

Eugénie d'Alessandro

## Développement et politique. Le cas d'une politique de santé en Géorgie

---

### Résumé

Aujourd'hui, les ONG prennent une place croissante dans la gestion de notre monde. Ces entités semblent *a priori* englobées dans les processus de la mondialisation. Toutefois, on ne peut les réduire à des outils passifs au service de la gouvernance mondiale ou de politiques gouvernementales. A travers l'étude d'un projet de Médecins Sans Frontières (MSF) pour la prise en charge de la tuberculose résistante en Géorgie se trouve dévoilé toute la complexité de phénomènes de formation du politique au sein de cette organisation.

### Abstract

*Nowadays, NGOs have an increasing place in the global management. These entities appear to be included in globalisation processes. Nevertheless, they can not be considered as mere tools of world governance or states policies. Through the study of a pilot project of Médecins Sans Frontières (MSF) for the control of drug-resistant tuberculosis in Georgia, the overall complexity of these mechanisms of politics formation in this organization is enlightened.*

### Pour citer cet article :

Eugénie d'Alessandro. Développement et politique. Le cas d'une politique de santé en Géorgie, *ethnographiques.org*, Numéro 14 - octobre 2007 [en ligne].  
<http://www.ethnographiques.org/2007/d-Alessandro.html> (consulté le [date]).

---

### Sommaire

#### Introduction

#### Horizons historiques

*Les gestions de l'épidémie tuberculeuse en Géorgie*  
*La mission MSF en Géorgie*

#### La gestion de l'épidémie de tuberculose dans le Caucase et les espaces politiques de l'organisation MSF

*L'espace « Direction des opérations »*  
*L'espace « Desk de la Géorgie »*  
*L'espace « Equipe de terrain »*

#### Conclusion

#### Notes

#### Bibliographie

---

## Introduction

Dans le contexte actuel de globalisation, et plus particulièrement depuis l'effondrement du bloc soviétique, les entreprises de développement constituent une part croissante des mécanismes de gestion de la planète et des populations. Au cœur de ces processus, les ONG (Organisations Non Gouvernementales) font progressivement l'objet d'interrogations scientifiques multidisciplinaires de plus en plus abondantes. Parmi ces travaux émerge un courant d'anthropologie critique du développement qui met en avant la dimension politique de ces entreprises. Dans son livre, *The Anti-Politics Machine*, James Ferguson (1990) donne à voir un cas assez paradigmatique de cette perspective. Sous couvert d'une présentation technique formelle, voire de militantisme anti-mondialisation, les ONG sont désignées comme des leviers politiques et normatifs d'entreprises occidentales sur le second et le tiers-monde. Comme l'explique Bernard Hours (2003), les ONG, au nom d'une société civile mondiale virtuelle, participent bien d'une diffusion des normes et des valeurs occidentales dans d'autres sociétés. Ces entités sont même impliquées à divers degrés dans l'exécution de politiques gouvernementales et intergouvernementales (Guilhot, 2001).

Toutefois, cette désignation des ONG comme rouages d'une globalisation vectorielle mérite d'être interrogée. Une approche plus centrée sur l'acteur permet de mettre à jour la complexité qui sous-tend l'apparente linéarité entre des politiques d'Etat ou une gouvernance mondiale et des entités diverses, dont au demeurant, l'appellation commune d'ONG ne permet en rien de rendre compte.

Pour aborder cette problématique, l'étude présentée ici se focalise sur un objet bien délimité : un projet pilote de prise en charge de la tuberculose résistante en Géorgie initié au cours de l'année 2005 par deux principaux partenaires, le gouvernement géorgien et Médecins Sans Frontières (MSF).

Cette recherche s'inscrit dans les courants historiographique et anthropologique qui postulent que le politique est enchâssé dans le social. Dans cette perspective d'histoire sociale du politique, l'étude ne se limite pas seulement à l'analyse des discours et des mécanismes institutionnels, ni suivant une perspective « top-down ». La prise en compte des pratiques sociales est essentielle. Cette approche se retrouve notamment chez des historiens comme Maurice Agulhon (1968, 1979) et Edward Thompson (1988). Parallèlement, dans le domaine plus spécifique de l'anthropologie du développement, on retrouvera des auteurs comme Norman Long (1989, 1992), Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995) et Laëtitia Atlani-Duault (2003, 2005) notamment avec la notion d'« enchevêtrement des logiques sociales ». En dernier lieu, on mentionnera le legs précieux des micro-historiens italiens comme Giovanni Levi (1989) et Carlo Ginzburg (1980), en matière de méthodologie.

Le terrain de cette étude s'est déroulé au cours de la mission que j'ai effectuée pour MSF en Géorgie au poste de médecin coordinateur. Au sein de l'équipe MSF présente en Géorgie, j'étais chargé de la coordination des programmes implantés dans le pays ainsi que des négociations avec le gouvernement géorgien pour la mise en place de ce projet pilote pour la tuberculose résistante. Cette fonction offrait donc un point d'observation opportun pour l'enquête [1].

Pour comprendre l'élaboration d'une politique au sein de Médecins Sans Frontières (MSF) et l'économie organisationnelle qui sous-tend ce phénomène, nous proposons de replacer celle-ci dans une double perspective. D'abord, on tentera de saisir l'horizon historique dans lequel ce projet politique prend place. Puis, faisant varier notre focale, les négociations seront analysées à partir de différents espaces politiques depuis le local jusqu'à l'international.

## Horizons historiques

### *Les gestions de l'épidémie tuberculeuse en Géorgie*

Après la chute de l'URSS, les Républiques post-soviétiques sont entrées dans ce que les analystes désignent comme la phase de transition. En 1991, l'indépendance de ces pays s'est traduite par un mouvement d'« insertion banalisée dans la mondialisation » (Radvanyi, 2004). Autrement dit, les processus de la globalisation participent pleinement du remodelage des espaces politiques et sociaux des pays post-soviétiques. Dans le champ de la santé, les phénomènes de la globalisation intervenant dans ces pays nouvellement indépendants se matérialisent préférentiellement sous la forme d'entreprises d'aide au développement. L'histoire des politiques de contrôle de la tuberculose en Géorgie illustre bien ces phénomènes.

Au cours de la période soviétique, la gestion de l'épidémie de tuberculose en Géorgie reposait sur les politiques centrales émanant du Ministère de la santé de Moscou. Le pays était inclus dans le vaste système de soins soviétique et suivait l'organisation commune à l'ensemble des Républiques de l'Union. Les principales caractéristiques de cette politique de contrôle de la maladie se résumaient à une organisation sous forme de programmes verticaux — avec des structures et des personnels spécialisés et travaillant en dehors du système de soins général —, et une prise en charge de type hospitalisation et isolement des patients durant toute la durée du traitement. Immédiatement après l'indépendance, la Géorgie plonge dans une grave crise économique qui s'explique notamment par la fin du support matériel et financier accordé par Moscou, les guerres civiles qui frappent le pays entre 1991 et 1993 et un phénomène de réappropriation des ressources par des entités locales et régionales répondant à la notion de « décentralisation sauvage » évoquée par Marie Mendras (2003) pour la Russie. On assiste alors à un effondrement du système de soins. Les services de prise en charge de la tuberculose connaissent le même destin. Le directeur d'une des treize régions sanitaires du pays, Tariel Endeladze, se souvient qu'en 1994 tous les centres de tuberculose étaient en rupture de stock d'anti-tuberculeux et que les patients ne pouvaient plus recevoir de traitement. Pourtant les services tuberculose ne sont pas restés exsangues longtemps. Dès 1995, la Géorgie bénéficie d'un soutien remarquable de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'agence onusienne intervient dans le pays à travers l'implantation de projets pilotes répondant à la politique officielle internationale (Kochi, 1991 ; WB, 1993 ; WHO, 1994) dans les villes de Gori, Rustavi et Tbilissi [2]. L'année suivante, la Géorgie accueille son deuxième partenaire dans ce secteur. C'est le début d'une collaboration bilatérale entre la Géorgie et l'Allemagne. L'agence pour la coopération technique allemande Deutsch Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), lance un projet d'assistance technique et financière du programme national géorgien de lutte contre la tuberculose, le NTP (National Tuberculosis Programme). Jusqu'à aujourd'hui, cette coopération a permis entre autres d'approvisionner le NTP en anti-tuberculeux pour couvrir les besoins de l'ensemble du territoire. Ensuite, les assistances étrangères vont se multiplier. Le Comité International de la Croix Rouge (CICR) met en place et coordonne un programme de première ligne dans tout le système pénitentiaire du pays et contribue à une mise à niveau selon les critères internationaux [3] du réseau national des laboratoires tuberculose. Merlin, une ONG britannique, ouvre un projet pilote dans la région de Shida Kartli en 2002. A la même époque, le Medical Service Corporation International (MSCI), une ONG américaine, reçoit une donation de l'agence américaine pour le développement, l'United States Agency for International Development (USAID), pour un projet focalisé sur le « community-based development » [4]. Plus récemment, le « Georgia Health and Social Projects Implementation Center », département rattaché au Ministère de la santé et des affaires sociales, a

sollicité une aide auprès du Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ou Fond Mondial (GFATM) dont la première étape a été accordé avec un prêt de deux millions de dollars pour la tuberculose devant couvrir la période 2005-2006.

Ces collaborations multilatérales ont permis au gouvernement géorgien de mettre en place une politique publique de contrôle de la tuberculose qui s'aligne dorénavant sur les recommandations internationales à forte composante occidentale [5]. Les résultats sont encourageants, du moins sur les formes simples de la maladie. Car le pays, comme l'ensemble de la région post-soviétique, doit désormais faire face à l'émergence de l'épidémie de tuberculose résistante (Cox, Orozco, Male *et al.*, 2004 ; Pardini, Iona, Varaine *et al.*, 2005 ; MSF, 2002). C'est alors dans ce même mouvement d'entreprise d'aide au développement, que dès 2004, les dirigeants politiques géorgiens font appel à Médecins Sans Frontières (MSF) pour l'initiation d'un projet pilote de prise en charge des formes de résistance de la maladie.

En somme, l'introduction des entreprises d'aide au développement a changé la donne dès le milieu des années 1990. La perspective libérale a conduit à des modifications dans les champs politiques, économiques et sociaux en bouleversant les schémas hérités du régime soviétique. Dans le domaine de la santé, on peut s'interroger sur les fondements de ces remodelages du paysage sanitaire géorgien.

### ***La mission MSF en Géorgie***

Les premières interventions mises en place par Médecins Sans Frontières (MSF) en Géorgie sont motivées par les guerres civiles avec les régions sécessionnistes d'Abkhazie et d'Ossétie du Sud, entre 1991 et 1993. Durant les périodes d'affrontements armés, les activités se limitent à un soutien matériel transfrontalier. A partir de 1994, des cessez-le-feu ayant été signés, MSF décide d'opérer à l'intérieur de ces territoires. Dès cette date, les populations ne souffrent plus directement de violence de guerre, malgré quelques reprises sporadiques des combats. Néanmoins, l'organisation choisit de poursuivre son assistance. Elle estime sa présence nécessaire à double titre. D'abord, MSF veut conserver une position d'observateur. Dans l'optique de l'organisation, la forte instabilité persistante dans ces zones justifie pleinement sa présence, selon un de ses deux principes fondamentaux, le témoignage [6] (Brauman, 2002). Ensuite, les déclarations d'indépendance de ces deux régions ne sont reconnues ni par la Géorgie, ni par la communauté internationale et, par conséquent, ces deux entités territoriales sont placées dans un isolement forcé. Cette situation entraîne des répercussions immédiates sur les conditions de vie des populations et justifie alors pour MSF une poursuite de l'assistance médicale ainsi qu'une réorientation de celle-ci en fonction des nouveaux besoins.

En Abkhazie, deux programmes sont rapidement mis en place. Le premier est un programme d'accès aux soins pour les personnes vulnérables. La guerre civile et l'isolement ont réduit ce territoire, autrefois très prospère (notamment grâce à l'agriculture et au tourisme russe), à un état de misère. Ce programme d'accès aux soins consiste en un soutien matériel et technique accordé à plusieurs centres médicaux répartis sur le territoire abkhaze et à un hôpital de Soukhoumi, capitale de l'Abkhazie [7]. Le second est un programme de prise en charge de la tuberculose simple. D'emblée, ces activités sont établies en collaboration avec le gouvernement abkhaze et permettent de couvrir tout le territoire. Jusqu'à aujourd'hui, ce projet restera à peu près identique, en dehors de quelques modifications dans les propositions d'offres médicales dont la plus notable est une extension par un programme de prise en charge de la tuberculose résistante [8] au début des années 2000.

L'organisation MSF s'est donc implantée en Géorgie pendant les deux guerres civiles. Cette situation initiale correspond à une des principales politiques générales de MSF : l'assistance d'urgence dans les conflits armés. Suite à cette première intervention, l'organisation reste dans le pays en maintenant ses activités en Abkhazie. Puis, à partir de 1999, un nouvel événement va inciter MSF à intervenir

dans le nord-est du pays. A la fin de cette année 1999, les opérations militaires de l'armée fédérale russe en Tchétchénie ont forcé des Tchétchènes à traverser la frontière géorgienne. Cette première vague d'arrivée de réfugiés dans la vallée de la Pankissi vient approximativement doubler l'effectif de la population locale composée d'environ 7000 personnes [9]. MSF décide alors d'ouvrir dans cette zone un programme chirurgical. Si ces activités sont destinées à répondre aux besoins de la population sans distinction, il est bien évident que les principaux bénéficiaires en sont les Tchétchènes.

Par ailleurs, la vallée de la Pankissi est une base arrière pour les chefs tchétchènes. Or ce refuge qu'offre la Géorgie aux rebelles est une source de conflits importants, voire de tensions parfois explosives — comme en témoignent les bombardements russes de 2003 —, entre Moscou et Tbilissi. Avant la Révolution de velours [10], l'aura particulière d'Edouard Chevardnadze ainsi que ces relations avec Aslan Maskhadov, chef d'une des factions tchétchènes, permettaient au pouvoir central de Tbilissi d'assumer face au Kremlin cette position de zone de refuge pour les combattants tchétchènes (Gordadze, 2003). Toutefois, le nouveau président, Mikheil Saakachvili, n'a plus d'intérêts particuliers à entretenir cette situation conflictuelle avec la Russie. Laisser l'accès de cette région aux rebelles tchétchènes revient à donner au gouvernement russe des arguments pour justifier ses velléités hégémoniques sous couvert de « sécurisation de l'étranger proche » (Dubien, 2000). Aujourd'hui, officiellement, le territoire géorgien n'abrite pas de séparatiste tchétchène. Ce contexte a des conséquences directes sur les activités d'assistance dans la région, aussi bien en termes de légitimité que d'objectifs.

En somme, jusqu'au début des années 2000, MSF est parvenue à maintenir des activités destinées au soutien de populations à la fois abkhazes et tchétchènes à partir d'un établissement sur le territoire géorgien. Toutefois, de nouveaux enjeux vont apparaître, remettant en question ce positionnement. L'histoire de MSF dans la région conduit d'abord l'organisation à une obligation de légitimer sa présence sur le territoire géorgien. Ensuite, l'association se trouve plus récemment confrontée à deux problèmes de gestion des activités en cours, à savoir une question d'importation et d'enregistrement des médicaments et une autre de migration sanitaire liée à l'épidémie de tuberculose. Enfin, des logiques propres au champ politique international vont trouver des traductions dans cet agencement local. Voyons successivement ces différents points.

Après plus de dix ans d'activités dans le pays, MSF doit légitimer sa présence sur le sol géorgien. En laissant l'organisation poursuivre ses actions en Abkhazie et probablement plus encore dans la vallée de la Pankissi, le gouvernement géorgien accepte finalement qu'une ONG étrangère soutienne des groupes qui représentent pour lui une source de menace voire de conflits. D'un côté, en Abkhazie, MSF apporte une assistance au gouvernement abkhaze [11] qui est ouvertement en conflit avec le gouvernement géorgien. Et de l'autre, eu égard à sa longue histoire d'implication dans le conflit tchétchène, MSF est considérée par le gouvernement russe et le KGB (le Service fédéral de Sécurité (FSB) depuis 1995) comme une ONG "pro-tchétchène". De fait, sa présence dans la vallée de la Pankissi représente un élément de discrédit de la position officielle du gouvernement Saakachvili d'opposition à la rébellion tchétchène ou *a minima* de non-assistance à cette rébellion. Cette position représente un enjeu considérable pour les autorités de Tbilissi. Elle est, comme nous l'avons vu, le premier rempart pour contrecarrer les arguments de la politique hégémonique de la Russie mais elle participe aussi de l'inscription du gouvernement géorgien dans la lutte contre le terrorisme islamiste aux côtés des Etats-Unis. Finalement, pour soutenir cette activité assez fragile, MSF ne peut se soustraire à un engagement plus direct au bénéfice de la Géorgie. De leur côté, les dirigeants politiques géorgiens tiennent un atout dans leur jeu : la "licence" tacite accordée à MSF pour maintenir ses activités dans la vallée de la Pankissi est mise en balance avec un soutien de leurs projets sanitaires. Au début de l'année 2002, c'est sur ce motif que MSF a ouvert une clinique de soins primaires dans la banlieue de Tbilissi. Toutefois, cette option ne satisfait pas vraiment les deux partenaires. Ouverte dans l'urgence pour "calmer le jeu", cette clinique va à l'encontre des principes d'actions de l'organisation. Quant au gouvernement, cet effort consenti par MSF lui semble dérisoire au regard des dizaines de millions d'euros apportés par l'aide internationale (Commission Européenne, DFID — British Department for International Development — et Banque Mondiale)

pour ce secteur des soins primaires, financés dans le cadre de la « Réforme du Secteur de la Santé » [12]. D'autres options d'entente sont donc recherchées et la question du projet de prise en charge de la tuberculose résistante entre dans ce cadre.

Ensuite, plus récemment, l'organisation se trouve confrontée à deux questions de gestion de ces programmes. Le premier problème est d'ordre logistique. Pour approvisionner ces programmes, la politique générale impose de façon préférentielle l'importation de médicaments à partir d'une centrale d'approvisionnement française, MSF Logistique [13]. Comme tous les pays, la Géorgie a sa propre législation en matière d'enregistrement et d'importation de médicaments. Avant la Révolution des roses, les procédures administratives exigées par l'Agence du médicament géorgienne restaient gérables par l'association et les programmes pouvaient être approvisionnés sans trop d'entraves. Toutefois, le changement de pouvoir dans le pays a radicalement bouleversé la donne. Le nouveau gouvernement géorgien s'est rapidement attelé à un contrôle accru des institutions étatiques pour répondre à la volonté présidentielle de "nettoyer" le pays de la corruption et de la fraude. S'agissant de l'enregistrement et de l'importation des médicaments, les lois n'ont pas changé, elles ont simplement commencé à être appliquées à la lettre. En pratique, cela se traduit par de lourdes procédures administratives, et depuis cette date, cette question d'approvisionnement en médicament est devenue un enjeu essentiel pour MSF dans ses négociations avec le gouvernement. La deuxième question, encore plus récente, est plutôt de l'ordre d'une éthique médicale. Le programme de prise en charge de la tuberculose résistante mis en place par MSF en Abkhazie représente le seul accès à des traitements de deuxième ligne dans toute la région transcaucasienne. Après près de trois ans de fonctionnement, ce programme a commencé à être connu en dehors de l'Abkhazie. Cette offre a donc généré une demande de la part de personnes "non abkhazes" à laquelle elle ne peut pas toujours répondre compte tenu la situation géopolitique [14].

Enfin, les logiques à l'œuvre dans le champ politique international dans lequel MSF est engagée trouvent leur traduction dans ce contexte local. La lutte contre l'épidémie de tuberculose résistante dans la région sud caucasienne s'inscrit dans les politiques générales de MSF de contrôle des maladies endémiques et d'accès aux médicaments essentiels (MSF, 2004).

Cette histoire singulière de la mission MSF en Géorgie nous apporte des éclairages sur les nécessités auxquelles les autorités géorgiennes et l'organisation doivent faire face à l'heure actuelle. Dans ce contexte politico-historique prennent place les discussions entre le gouvernement géorgien et MSF à propos du projet pilote. En d'autres termes, à travers leurs acteurs respectifs, ces deux entités institutionnelles vont devoir composer avec des contraintes locales, régionales et internationales qui pèsent inéluctablement sur leurs choix et leurs orientations politiques comme nous le montre le suivi des négociations au sein de différents espaces politiques.

## **La gestion de l'épidémie de tuberculose dans le Caucase et les espaces politiques de l'organisation MSF**

### ***L'espace « Direction des opérations »***

Au sein de l'organisation MSF, la question du projet pilote de prise en charge de la tuberculose résistante s'impose dans le débat dès l'automne 2004. A l'occasion d'un bilan trimestriel sur les missions de MSF France, les points discutés pour la mission Géorgie se focalisent sur cette problématique de l'épidémie de tuberculose résistante. Ce bilan correspond aux propositions émanant des plus hautes instances décisionnelles de l'organisation, à savoir la direction du

département des opérations et les responsables de la politique générale de contrôle de la tuberculose. Les options retenues sont alors claires même si elles sont explicitement présentées comme reposant sur des bases fragiles. Les dirigeants de MSF fondent leur analyse sur une première préoccupation. La tuberculose résistante est une "nouvelle maladie", c'est-à-dire une maladie pour laquelle la connaissance scientifique est encore balbutiante en termes physiopathologiques comme thérapeutiques avec une absence totale de recul épidémiologique. Autrement dit, s'engager dans la prise en charge de la tuberculose résistante c'est "s'aventurer dans l'inconnu" avec tous les risques que cela comporte. Les premiers résultats restent ambivalents. Pour le programme mis en place depuis 2000 en Abkhazie, comme l'explique l'un de ces responsables, « le constat actuel est que le traitement fonctionne plus ou moins bien... C'est un travail de longue haleine qui demande du temps sur des programmes lourds et coûteux... Avec un engagement en termes de ressources humaines et de financements sur le long terme » [15]. Face à ces résultats, les responsables des opérations et de la politique tuberculose de MSF s'interrogent sur l'optique générale à suivre quant à l'inclusion de patients dans ce type de programme. Pour la mission Géorgie, l'option retenue est d'initier des investigations jugées nécessaires à l'évaluation du projet. La décision finale est rendue à la fin du mois de septembre 2004 : la direction des opérations donne « un accord de principe pour examiner les possibilités d'un deuxième programme en Géorgie (le premier étant celui mis en place en Abkhazie), qui sera proposé en réunion des opérations si avis favorable du desk et du terrain » [16]. Cette décision repose sur trois logiques essentielles aux yeux de ces acteurs. D'abord, des logiques "scientifiques" qui consistent à multiplier et consolider les expériences afin d'être en mesure d'étudier, de comprendre et de guider l'action : « si nous voulons avancer, il nous faut inclure plus de patients, même si aujourd'hui, notre centaine de patients en Abkhazie représente une cohorte importante puisque peu de patients sont en traitement au niveau mondial ». Ensuite, des logiques relevant des enjeux internationaux relatifs au débat sur la politique de gestion de la tuberculose à l'échelle mondiale : le directeur du département des opérations « souligne l'intérêt d'étudier les possibilités d'ouverture de programmes de prise en charge de la tuberculose résistante en Abkhazie, Géorgie, Arménie, ceci afin d'atteindre une masse critique de patients, ainsi notre discours n'en sera que plus légitime (face à l'OMS et la communauté scientifique) ». Enfin, des logiques plus contextuelles relatives aux besoins locaux et aux conditions de faisabilité, autrement dit des logiques de santé publique [17] :

« aujourd'hui, nous avons la possibilité d'étudier la situation pour ouvrir une deuxième mission en Géorgie. Les conditions sont favorables dans la mesure où le gouvernement géorgien nous en a fait la demande en exprimant une volonté de se pencher sur la question, a aussi remplacé le directeur national (le directeur du NTP) [18] et que les malades atteints de tuberculose résistante réclament des traitements efficaces ».

A partir de cette date, l'idée de ce projet est adoptée dans les objectifs opérationnels par les responsables de MSF. Autrement dit, la direction des opérations donne son aval aux responsables de la mission, le « desk » et le « terrain », pour débiter les évaluations préalables à la décision finale d'ouverture d'un programme. Pourtant les premières investigations ne seront entreprises qu'à partir de l'été 2005.

### ***L'espace « Desk de la Géorgie »***

Au siège de MSF France à Paris, les « desks » sont les bureaux responsables des missions pays. Chaque desk est constitué d'une équipe composée de membres des différents départements (départements des opérations, médical, logistique et administratif) et coordonne l'activité d'environ quatre à cinq missions pays.

A la suite de la décision prise par les responsables des opérations, le desk de la Géorgie ne va pas immédiatement s'engager avec le terrain dans la mise en œuvre des études relatives au programme tuberculose résistante en Géorgie. En effet, les variables pertinentes dans cet espace sont différentes. Le desk a en quelque sorte une position intermédiaire. Les acteurs de cette équipe doivent s'assurer du "bon fonctionnement" des missions. Pour les évaluer et les guider, deux dimensions principales sont prises en compte : d'une part, l'adaptation des programmes aux réalités de terrain (du moins telles qu'elles sont perçues par les acteurs) et d'autre part, l'adaptation des programmes aux grandes orientations politiques de l'organisation. Autrement dit, le desk doit suivre et superviser à la fois la mise en œuvre sur les terrains des grandes orientations opérationnelles de l'organisation et s'assurer de la cohérence contextuelle des programmes proposés. Or, au cours des années 2004-2005, ces questions d'adaptation des programmes de la mission Géorgie vont conduire le desk à évacuer pour un certain temps le nouveau projet tuberculose résistante. Le contexte contraint ces acteurs à donner la priorité à d'autres questions malgré les sollicitations des responsables des opérations. La mission Géorgie doit effectivement faire face à de nouvelles problématiques.

D'abord, l'évolution politique et socio-économique préside à la redéfinition de la situation locale. Dans la gestion de la mission, les responsables MSF ne peuvent faire l'économie de la prise en compte de ces nouveaux impératifs. S'agissant de l'évolution politique, comme il a déjà été expliqué plus haut, dès l'année 2004, un bouleversement des procédures administratives géorgiennes relatives à l'importation et à l'enregistrement des produits pharmaceutiques compromet sérieusement l'approvisionnement des programmes de MSF en médicaments. Si précédemment les "relations de confiance" suffisaient à simplifier des procédures trop lourdes, dorénavant, les responsables gouvernementaux se retrouvent les mains liées par le cadre législatif. Cet événement conduit à une mobilisation massive des équipes de MSF. Pourtant, malgré un déploiement de moyens humains, les autorisations sont obtenues au compte-gouttes alors que les programmes fonctionnent sur près de trois cents molécules. Ces difficultés amènent nombre d'acteurs engagés sur cette question à la mettre en balance avec le projet pilote de prise en charge de la tuberculose résistante. Le gouvernement géorgien et l'organisation MSF basent alors leurs négociations sur ces deux éléments complémentaires : d'un côté la demande que soit instauré le projet pilote de la part du gouvernement, et de l'autre, la demande de simplification des procédures d'importation émanant de MSF. Les discussions sont désormais essentiellement sous-tendues par ces deux arguments, comme en témoignent les rencontres entre les acteurs MSF et les membres du Ministère de la santé. Entreprises dès la fin de l'année 2004 et se multipliant au cours de l'année suivante, de longues négociations entre MSF et le Ministre de la santé, Lado Chipashvili, son vice-ministre, Levan Jugeli, et ses conseillers responsables des départements politique et technique de ce ministère conduisent progressivement le gouvernement à faire des propositions de lois. Discutées puis votées au Parlement au cours de l'été 2005, ces lois permettent une réforme de la législation dont le premier aboutissement est la mise en place d'un recours à une « commission d'exemption ». Sur la présentation d'un dossier par MSF dès septembre 2005, cette commission est appelée à statuer sur une demande d'autorisation exceptionnelle d'importation. La conclusion du président de cette commission, le Ministre de la santé, résume bien l'ensemble de ces négociations :

« ... on m'a rapporté que le projet (pour la tuberculose résistante) avançait... de notre côté, les réformes législatives en cours témoignent de notre volonté d'aboutir et cette autorisation en est la preuve... alors chaque parti doit maintenant prendre ses responsabilités... ».

A cette époque, la discussion de cette question sort même largement du cadre de relation entre l'organisation et le gouvernement. Tous les acteurs étrangers impliqués dans la gestion de la tuberculose y participent plus ou moins directement.

Au même moment, d'autres changements interviennent en Abkhazie. L'évolution socio-économique de ce territoire s'est accélérée au cours de ces dernières années. D'une part, l'Abkhazie fait l'objet d'un investissement humanitaire croissant : on y observe une augmentation des investissements américains via United States Agency for International Development (USAID) et l'initiation de pourparlers sur l'intervention du Fond Mondial ou Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM). D'autre part, l'Abkhazie est également l'objet d'un investissement croissant de la part de ses voisins. Après les affrontements armés, l'opposition entre la Géorgie et la Russie, toujours bien présente, s'exprime désormais par des stratégies socio-économiques opérant des avancées par, respectivement, les frontières est et nord. Les Abkhazes de la région de Gali à l'est reçoivent des pensions géorgiennes alors que ceux des régions plus au nord reçoivent de nouveau celles de Moscou. Pour la santé, les populations de Gali sont orientées vers Zugdidi (ville géorgienne limitrophe de l'Abkhazie) alors que celles du nord aboutissent plus volontiers à Sochi, en Russie. Par ailleurs, toujours dans cet objectif de récupération du territoire, les Russes favorisent la reprise du tourisme sur les côtes abkhazes (non minées !) et depuis 2004-2005, ce commerce commence à représenter une manne considérable pour la population comme pour le gouvernement. Face à cette évolution, aussi bien en termes de budget national abkhaze que de prospérité locale, les responsables MSF doivent impérativement réévaluer le programme d'accès aux soins pour les populations vulnérables et proposer des réadaptations. Pour les responsables du desk, l'engagement de l'équipe de terrain sur cette question précède sa mobilisation sur un projet encore virtuel.

Ensuite, les grandes orientations de l'organisation ne se limitent pas aux questions relatives à l'extension de la prise en charge de la tuberculose résistante. Le programme tuberculose en Abkhazie est l'enjeu d'un nouvel objectif : une analyse rétrospective du programme tuberculose résistante que rend nécessaire l'apparition inquiétante de nouveaux profils de résistance ainsi que la survenue des premiers cas d'échec de traitement. Cette question entre dans le cadre de la politique générale adoptée par MSF pour la gestion de l'épidémie tuberculeuse. C'est une intervention qui se joue sur le modèle de double négociation avec d'un côté la construction de réponses adaptées aux réalités de terrain et de l'autre la mise en place de politiques dont les objectifs dépassent les besoins locaux, s'engageant dans le champ du débat sur les problématiques humanitaires et de santé internationale.

Dans cet espace politique du desk, des logiques spécifiques émergent et participent d'une prise en compte particulière de cette question du projet tuberculose résistante en Géorgie. D'abord, les décisions d'orientations et de priorités politiques font l'objet d'une double considération. La balance doit se faire entre les exigences émanant des terrains et celles induites par les politiques générales. L'ancienneté de certains enjeux, comme l'importance d'assurer une cohérence des programmes existant avant de s'engager dans toute nouvelle entreprise, a justifié le report du projet. En outre, un phénomène supplémentaire participe à la détermination de cette politique. Ce projet devient un argument de la négociation sur l'importation et l'enregistrement des médicaments. Elaboré d'abord dans une configuration plutôt de type « biomédicale », ce projet bascule dans une configuration « politique » où il est alors essentiellement envisagé comme un atout politique. L'analyse ici ne prétend pas porter un jugement critique sur les considérations prises en compte par les acteurs de l'organisation MSF quant au procès de cette entreprise. Bien au contraire, il s'agit de sortir des discours idéologiques et normatifs construits pour justifier ces pratiques, et d'analyser les phénomènes à l'œuvre pour comprendre leur cohérence.

### ***L'espace « Equipe de terrain »***

Le terrain est guidé par les orientations et les priorités du desk. Cela ne correspond pas exactement à une subordination du terrain selon des principes hiérarchiques. Les décisions émanant du desk entrent plutôt dans le cadre d'un guidage nécessaire pour assurer une certaine cohérence à un ensemble plus vaste. Et de fait, ce guidage ne trouve pas sur le terrain une traduction *in extenso*. En d'autres termes, le terrain n'est pas un organe purement exécutif appliquant les stratégies, voire les

politiques dans leur ensemble, émanant du siège à Paris. Le terrain est à la fois une finalité et un point de départ. Il met en œuvre les politiques autant qu'il en initie l'élaboration et l'adoption. L'histoire de la construction de ce projet de prise en charge de la tuberculose résistante en Géorgie met en lumière l'autonomie autant que l'interdépendance de cette troisième sphère de décision de l'organisation MSF.

Le terrain est avant tout sollicité par les réalités locales. Les équipes y sont forcément confrontées quotidiennement, depuis les soignants passant leurs journées auprès des malades dans l'hôpital jusqu'aux coordinateurs chargés de toutes les négociations nécessaires pour permettre à un programme d'exister. Face à ce quotidien, les décisions du desk sont mises en balance. S'agissant du projet tuberculose en Géorgie, le terrain va se retrouver en décalage avec certains points de vue du siège : les réalités perçues sont différentes et les priorités définies ailleurs perdent ici en partie leur sens. Les logiques propres au terrain vont amener ces acteurs à adopter une perspective nuancée par rapport à ce projet.

Dans un premier temps, les acteurs de terrain sont confrontés aux réalités de l'épidémie de tuberculose résistante en Géorgie. D'abord, comme nous l'avons vu, les demandes des partenaires sont pressantes et cristallisent toutes les négociations, avec le gouvernement mais également avec les agences internationales et les autres ONG. Au cours de l'année 2005, alors que l'équipe décide de reprendre contact avec les acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose en Géorgie, à l'occasion d'une réunion, tous les responsables des organisations étrangères n'ont que cette seule question à adresser aux responsables MSF : où en est le projet tuberculose résistante ? Pour le CICR, cette question a même des implications directes sur ses projets. En charge du programme de première ligne dans tout le système pénitentiaire du pays mais faisant face à un taux d'échec important eu égard à la prévalence des formes résistantes chez les détenus, les responsables de la mission Géorgie du CICR envisagent d'ouvrir un programme de deuxième ligne. L'application faite au Green Light Committee (GLC) [19] au début de l'année 2005 a reçu une réponse positive à une condition cependant, à savoir la présence d'un programme de deuxième ligne dans le secteur civil en mesure d'assurer le suivi de prisonniers libérés en cours de traitement [20]. Ensuite, au-delà de la sphère des décideurs politiques, cette épidémie génère désormais une demande dans la population qui se retourne alors vers les autorités pour réclamer des traitements. Au cours des années 2004-2005, on voit naître un mouvement social de revendications et de contestations auquel doit faire face le gouvernement. Nombre d'événements témoignent de l'émergence de cette tension dans la société géorgienne qui fragilise le pouvoir des dirigeants en place et constitue un facteur incontournable dans la construction de la politique gouvernementale. L'émergence de mouvements sociaux relatifs à cette question n'en est d'ailleurs pas la seule expression. Les malades et les soignants sont à l'origine d'initiatives plus personnelles. Dès l'année 2005, des malades ou des parents de malades viennent s'adresser directement au bureau de MSF à Tbilissi, informés par les soignants du centre tuberculose de Tbilissi ou par des réseaux de connaissance dans le gouvernement. D'autres, par courrier, sollicitent une considération particulière de leur cas aux responsables du NTP et du gouvernement ; Sandra Roelofs, la première Dame de Géorgie et ambassadrice mondiale de l'OMS pour la lutte contre la tuberculose, a reçu au cours de l'année 2005 plus d'une vingtaine de lettres de malades. Enfin, plutôt que de réclamer une assistance auprès des autorités, des malades décident de "franchir les frontières". Certains tentent leur chance en Russie, à Moscou, mais la prise en charge y est anarchique et les soins payants demeurent inabordable pour la majorité. D'autres commencent à arriver sur le programme en Abkhazie. Ce sont, avant tout, des Géorgiens venant de la région de Mingrélie (Gali/Zugdidi), limitrophe de l'Abkhazie. Un des critères d'inclusion dans le programme étant la nationalité abkhaze, ces patients s'appuient sur des parents vivant dans la région de Gali en Abkhazie ainsi que sur un médecin de la région quasiment organisé en réseau pour l'obtention de faux papiers. L'équipe de terrain doit désormais faire face à de sérieux problèmes de sécurité. On l'a dit, nombre de ces patients ne sont pas les bienvenus en Abkhazie. Ils sont menacés par la population locale et certains sont même victimes de représailles violentes. Les responsables MSF conjointement avec le Ministère de l'intérieur abkhaze sont contraints de mettre en place des mesures exceptionnelles. Toutefois, ces solutions palliatives n'apportent pas de réponses satisfaisantes à une situation qui préoccupe de plus en plus les acteurs MSF au cours de l'année

2005 par l'ampleur qu'elle prend [21]. Au-delà des problèmes de sécurité, ces phénomènes de migration sanitaire prennent une signification d'ordre de santé publique pour l'équipe locale, autant que pour le siège du reste. Les migrations ne concernent pas seulement les Géorgiens ; des Arméniens et des Russes se sont retrouvés dans le même cas. En outre, ces itinéraires thérapeutiques de personnes souffrant de la tuberculose résistante réalisent des circuits complexes incluant les programmes nationaux de tous ces pays, ainsi que le secteur privé, notamment en Russie où la vente d'anti-tuberculeux de deuxième ligne est libre. Ces parcours thérapeutiques aboutissent *in fine* à des modifications des profils de résistance des Bacilles de Koch [22] qui se traduisent dans le programme en Abkhazie par un recrutement de patients présentant des formes de plus en plus sévères avec depuis 2005 l'apparition des premiers échecs thérapeutiques. Et cette question des échecs entre dans le cadre d'un questionnement sur la compréhension de la maladie, de ses thérapeutiques et de la définition de la prise en charge. Non seulement, la prise en charge est quasiment impossible, mis à part quelques soins palliatifs. Mais de surcroît, cela pose des questions de santé publique. Les équipes soignantes traduisaient la situation en ces termes : que faire de ces malades en attendant qu'ils meurent ? Ces patients sont considérés comme de véritables "bombes humaines" puisqu'ils sont porteurs contagieux de souches "super-résistantes", c'est-à-dire contre lesquelles tout l'arsenal antibiotique actuel est impuissant. Sur ce point, il semble que les Occidentaux, habituellement prompts à dénoncer les conceptions stigmatisantes et autoritaires des modèles de gestion épidémique soviétiques, rejoignent finalement assez volontiers leurs homologues russes car des deux cotés la tentation est grande et même quasi irréprouvable de proposer un enfermement de ces patients jusqu'à leur mort pour protéger le reste de la population. Finalement personne n'a été enfermé, même si cette situation relève plus d'une indécision totale face à l'inconnu que d'une prise de position fermement établie. L'ensemble de ces phénomènes crée autour de la question générale de l'épidémie de tuberculose — ainsi qu'autour de la question plus spécifique du projet pilote —, un climat contextuel bien particulier qui participe assurément à l'élaboration et à l'application de politiques publiques de santé en Géorgie.

Un dernier élément vient compléter ce tableau. Il s'agit de la question de la légitimité de la présence de MSF sur le sol géorgien. Les principales populations bénéficiaires des programmes mis en place par MSF sont les Abkhazes et les Tchétchènes. Même si le gouvernement géorgien n'a jamais ouvertement menacé d'exclure une organisation qui appuie, à partir de son territoire, des populations représentant plutôt des sources de conflits, il va de soi que cet argument est sous-entendu dans les négociations, quoique de façon assez ambivalente ; lorsque les responsables MSF disent ne pas encore être engagés dans la tuberculose en Géorgie, les personnes du gouvernement répondent avec une pointe d'ironie que l'Abkhazie est une région de la Géorgie et dans le même temps, ils rappellent qu'ils ne peuvent pas changer leurs lois pour une organisation qui ne travaillerait pas pour la population géorgienne... Par ailleurs, des membres de l'équipe de terrain font de cet argument un élément incontournable ; des "relations saines" avec les autorités géorgiennes ne leur semblant pas possibles sans une certaine forme d'honnêteté.

Sur le terrain, la confrontation à certaines réalités fait émerger des éléments de contradiction et d'incompréhension vis-à-vis des décisions du desk. Les priorités vont être perçues en fonction de réalités et de logiques différentes et donc acquérir une pertinence différente. Les principaux points de discordances relèvent de perceptions divergentes des réalités locales. Les orientations politiques de MSF sont réfléchies dans l'espace de l'équipe de terrain avant tout au regard des réalités locales perçues. Ces discordances sont de deux types : celles directement relatives au projet et celles liées à la mission dans son ensemble. Finalement, cet espace politique constitue encore une approche différente du projet de prise en charge de la tuberculose résistante en Géorgie. Les références prééminentes pour les acteurs de terrain trouvent leur origine dans les contraintes qu'imposent les réalités locales. Si les grands axes politiques de l'organisation fixent un certain cadre, les potentialités envisagées à l'intérieur de celui-ci sont différentes. Les grandes orientations vont donc être pensées dans un autre contexte de référence : le terrain imprime sa marque sur ces politiques. Comme l'a fait remarquer l'un des acteurs de l'équipe de terrain à propos des difficultés rencontrés avec les patients non abkhazes se présentant dans le programme et qui de fait devaient être refusés selon les critères d'inclusion : « C'est l'exception qui forge la règle à MSF ». En fait, devant ces réalités, la règle est

d'abord contournée simplement par pragmatisme ; les cas singuliers prennent le pas sur des principes de santé publique. Cette exception, lorsqu'elle se répète, va être prise en compte de façon plus formelle et peut alors devenir une règle générale. Ainsi, cet espace du terrain participe à la formulation des politiques de l'organisation par ses interactions avec les autres espaces.

## Conclusion

Le modèle de fonctionnement de l'organisation MSF diffuse dans tous ses cercles de réflexion et de prise de décision. L'analyse, la compréhension et la construction de discours et de pratiques des acteurs se font d'abord au travers de cette grille de lecture. Cependant, les logiques et les grands axes directeurs de ce modèle ne sont pas les seuls à l'œuvre. Ce modèle pose les bases d'un espace du possible dont le relief prend forme dans un agencement particulier à chaque position. Dans chaque cercle, des logiques contextuelles viennent se superposer définissant en quelque sorte des variations sur un même thème. Chaque espace a ses forces propres conduisant à une polyphonie des acteurs. Les trois espaces politiques identifiés correspondent à des territoires au sein desquels l'horizon "MSFien" va se construire selon des agencements dont les logiques prééminentes diffèrent.

D'abord, au sein de l'« espace international », c'est-à-dire de la direction des opérations et de la politique générale de lutte contre la tuberculose, ce projet politique semble soumis à deux contraintes principales. D'une part, un impératif d'« éthique médicale » qui conduit à adopter une attitude prudente devant l'inconnu (le manque de recul de la science et du savoir biomédical sur cette pathologie). D'autre part, une dimension politique, à savoir la volonté de participer au débat sur la scène politique internationale et donc l'acquisition d'une forme d'expertise par l'expérience de terrain et par les données biomédicales ainsi produites pour légitimer les propositions et le discours de MSF face notamment à l'OMS et à la communauté scientifique. Ensuite, pour l'« espace du desk », l'enjeu est essentiellement d'ordre « fonctionnel » : le principal objectif du desk est d'assurer la cohérence entre les politiques générales de MSF et les réalités locales, autrement dit d'établir et de suivre des programmes en cherchant à réaliser une forme d'adéquation, de convergence entre une pratique et un discours. Enfin, s'agissant de l'« espace terrain », ce projet se construit dans la confrontation avec la contingence du « quotidien » : les réalités locales telles qu'elles sont perçues, la gestion de situation au singulier tordent les analyses effectuées dans le cadre des politiques générales.

En somme, la construction de ce projet au sein de l'organisation MSF ne procède pas d'un fonctionnement univoque imposé par un éventuel système normatif de type pyramidal. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre une idéologie, ou une politique commune guidant clairement les acteurs et leurs actions mais plutôt d'agir à partir d'un faisceau d'idées transversales, véritables liens entre les trois espaces. Dans chaque agencement local, ces idées prennent des formes variables, remodelées par les conditions locales ou perçues de différents points de vue. Toutefois, même variables, elles matérialisent une relation autorisant alors aux interfaces les négociations et les discussions entre les acteurs et expliquent ainsi la persistance d'une certaine cohérence globale de l'organisation. Le projet est alors assimilable à une politique négociée progressant tout autant sur la base d'idées partagées que sur des formes d'opposition et de contradiction.



[1] On notera que mon premier rôle sur le terrain n'était pas celui de chercheur, loin s'en faut, mais bien celui d'acteur. Si l'on reprend la notion d'observation participante (Olivier de Sardan, 1995), ici le processus est inversé : ce n'est pas le chercheur qui devient acteur malgré lui mais l'acteur qui devient chercheur... malgré lui ! S'agissant des limites imposées par la position d'acteur qui concourent à réduire les champs d'investigation de l'enquête, je reprendrais l'heureuse comparaison de Giovanni Levi selon les mots de Jacques Revel (1989) : « Giovanni Levi aime à comparer le travail de l'historien à celui de l'héroïne d'une nouvelle de Henry James : télégraphiste enfermée « dans la cage », elle reconstruit le monde extérieur à partir des bribes d'information qu'elle reçoit pour les transmettre. Mais la métaphore a ses limites : car ce qui distingue éventuellement l'historien de la télégraphiste, c'est que, tout aussi démunie qu'elle, il sait que son information est un choix dans la réalité, sur lequel il superpose d'autres choix. Il peut au moins tenter d'en mesurer les conséquences et en tirer parti ». En somme, cette position d'acteur conditionne le déroulement de la recherche mais la position de chercheur extérieur au milieu étudié, en fait tout autant. C'est donc une fausse question. Dans les deux cas, le problème est le même : celui d'être pleinement conscient que la sélection des données empiriques répond à un choix subjectif que cette subjectivité soit tributaire d'une réduction volontaire dans le cas d'une pléthore de sources ou d'une résignation nécessaire face à des accès limités ou interdits. En revanche, la position de chercheur dans l'action apporte indéniablement un changement. Comme le dit Thierry Berche (1998), c'est le « regard augmenté » de l'acteur-anthropologue. De façon pragmatique, la recherche va permettre ponctuellement, et donc dans le cours de l'action, de construire une réflexion, une analyse plus riche et plus avisée ; un regard extérieur et donc un regard neuf.

[2] Depuis le début des années 1990, la politique mondiale de contrôle de la tuberculose officiellement recommandée par l'OMS correspond à la stratégie DOTS (Directly Observed Treatment, Short course chemotherapy). Cette stratégie introduite en Géorgie dès les années 1994-1995 par l'OMS s'oppose dans ces principes au modèle soviétique de programmes verticaux. Brièvement, le DOTS se structure à partir de cinq points cardinaux : (1) l'engagement politique des gouvernements nécessaire au soutien des activités de contrôle de la tuberculose, (2) un système de dépistage passif par examen direct des échantillons de crachats, (3) des régimes de traitements standardisés de six à huit mois dispensés selon la notion d'observation directe de la prise des comprimés, (4) un approvisionnement régulier pour tous les anti-tuberculeux de première ligne, et (5) un système standardisé d'enregistrement des cas et de rapports.

[3] Les critères internationaux correspondent à des normes assurant un niveau de qualité et de sécurité établis par des experts scientifiques et validés par l'OMS.

[4] La notion de « community-based development » repose sur l'idée que dans les populations existent des communautés au sein desquels les individus sont responsables des services et biens collectifs. En pratique, cela implique des interventions basées sur des agents communautaires dont l'activité doit relever du volontariat.

[5] En matière de contrôle de la tuberculose, l'OMS est l'organe officiellement mandaté pour émettre les recommandations internationales. A ce jour, l'essentiel de ces recommandations est regroupé dans la stratégie DOTS avec quelques apports plus récents notamment pour la prise en charge des formes de résistance de la tuberculose, le programme DOTS-Plus, et pour la prise en charge des co-infections VIH/Tuberculose, la Pro Test Initiative.

[6] Comme l'explique Rony Brauman, les deux principes fondamentaux de MSF s'inscrivent dans un héritage historique : « Lorsque MSF a été créé en 1971, il y avait une double idée. La première était d'agir dans un domaine d'activité bien déterminé qui était celui de la médecine d'urgence. La deuxième était de ne pas reproduire les erreurs de la Seconde Guerre mondiale. Le silence de la Croix-Rouge était une obsession très forte dans l'esprit de quelques-uns des fondateurs. Il s'agissait de mettre sur pied un groupe d'intervention médicale d'urgence dont la fonction serait également d'alerter l'opinion » (Brauman, 2002).

[7] En parallèle, le CICR a mis en place un programme d'assistance alimentaire au bénéfice de cette même population.

[8] Les formes simples de la tuberculose sont traitées par des associations d'anti-tuberculeux à travers des programmes DOTS (ou programme de première ligne) selon les recommandations officielles. Les formes de résistance de la maladie ne peuvent pas être prises en charge par ces molécules. Elles sont traitées par des associations d'anti-tuberculeux dits de deuxième ligne à travers des programmes DOTS-Plus (ou programme de deuxième ligne) toujours selon les recommandations de l'OMS.

[9] La population vivant dans la vallée de la Pankissi est très majoritairement Kist. Originaires de Tchétchéno-Ingouchie, ils sont citoyens géorgiens mais formant une communauté relativement à part. Ils parlent le tchétchène, sont majoritairement musulmans sunnites — alors que les Géorgiens sont principalement orthodoxes — et ont toujours gardé des liens culturels forts avec leur terre

d'origine.

[10] En novembre 2003, une révolution civile embrase le pays. Edouard Chevardnadze, président de la République géorgienne depuis 1995, ancien Ministre des affaires étrangères de l'Union soviétique et personnage ayant joué un rôle majeur dans la fin du communisme et de la Guerre froide, est évincé du pouvoir. C'est la Révolution de velours ou Révolution des roses qui permet la constitution d'un nouveau gouvernement dont Mikheil Saakashvili prend la tête. Cette révolution s'inscrit dans l'histoire des révolutions de couleur qu'ont connu les pays post-soviétiques au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle (Serbie, Ukraine, Géorgie et Kirghizstan).

[11] Assistance au gouvernement, dans le sens où l'ONG assume une part de la charge technique, humaine et financière du Ministère de la santé abkhaze, part considérée comme palliative par les acteurs MSF puisque la politique de l'organisation est de suppléer un manque et non de prendre la place de responsables (ce qui est la définition théorique de l'humanitaire).

[12] Les Réformes du Secteur de la Santé sont devenues un phénomène mondial dans les années 1990. Au cours des années 1980 et débuts des années 1990, il est apparu évident pour les experts de santé publique que la stratégie « la santé pour tous d'ici l'an 2000 », adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé de 1977 (Conférence d'Alma-Ata) ne pourrait devenir une réalité sans une modification radicale de la conception des services de santé publique ainsi que de la formation théorique et pratique des professionnels de la santé. C'est pourquoi, en 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA 48.8) dans laquelle elle demande instamment à l'OMS et à ses Etats Membres d'entreprendre des réformes de la prestation des soins de santé. Cette réforme repose sur trois principes fondamentaux : (1) assurer une meilleure coordination des activités de planification, de production et de gestion, (2) la formation et l'utilisation des ressources humaines doivent être axées sur les besoins du système de santé, (3) les systèmes de santé (secteurs public et privé confondus) doivent servir les intérêts de la population.

[13] MSF Logistique est une organisation humanitaire qui a pour objectif de fournir dans les plus brefs délais le matériel et les médicaments nécessaires aux populations en situation précaire. Située à Bordeaux, cette organisation assure l'approvisionnement des missions de MSF et d'autres organisations humanitaires aussi bien dans le cadre des programmes structurels qu'en interventions d'urgence. Cet intermédiaire permet d'une part, d'assurer les fournitures en urgence grâce à un stock de réserve et d'autre part, d'assurer la qualité du matériel et des médicaments envoyés sur les missions par un contrôle qualité préalable des fabricants et des produits.

[14] L'Abkhazie reste un territoire fermé dont les frontières sont gardées par les Peace Keeping Forces (PKF) russes. Si les Russes peuvent entrer sans trop de difficultés par la frontière nordique séparant cette région de la Russie, les personnes d'une autre nationalité doivent obtenir une autorisation spéciale. Quant aux Géorgiens, l'entrée leur est interdite, sauf exception, et par ailleurs, l'hostilité toujours très vive de la population abkhaze envers l'« ennemi géorgien » représente une menace qui peut être aussi sérieuse que l'évolution spontanée d'une tuberculose résistante !

[15] Les citations relatives à l'espace « direction des opérations » sont extraites du compte-rendu du bilan trimestriel d'octobre 2004 et de discussions informelles.

[16] Le « desk » et le « terrain » désignent les équipes responsables de la mission respectivement au siège à Paris et dans le pays en question, ici la Géorgie.

[17] Reposant sur des critères "rationnels" définissant les priorités de santé publique.

[18] George Khechinashvili, qui avait créé le NTP (National Tuberculosis Programme) en 1995 et en avait été son directeur pendant près de dix ans, est limogé et remplacé par un jeune médecin du Centre National de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires, Archil Salakhaia.

[19] Le GLC est une agence dépendant de l'OMS dont le mandat est l'assistance des organisations gouvernementales et non gouvernementales dans la mise en place, le suivi et l'approvisionnement de programmes DOTS-Plus ou programmes de deuxième ligne.

[20] Sachant que la durée moyenne d'un traitement de deuxième ligne est de deux ans et que l'interruption intempestive d'un traitement en cours risque de conduire à des "super-résistances", cette condition imposée par le GLC prend tout son sens.

[21] De façon anecdotique, l'incident diplomatique a même été évité de peu. Un Géorgien, "non Mingrel" de surcroît, gravement atteint par une forme résistante, a réussi à rejoindre l'hôpital tuberculose à Sukhumi en payant des passeurs pour la frontière. A son arrivée, les soignants locaux ont d'abord refusé de le prendre en charge et se sont retournés contre l'équipe MSF, les accusant d'essayer de faire rentrer des Géorgiens sur le territoire abkhaze. Pris de panique face à l'agressivité des soignants, le patient a fait une tentative de suicide. En urgence, il a été placé dans un véhicule MSF pour évacuation immédiate sur Tbilissi. S'il était mort en Abkhazie, les autorités abkhazes auraient sûrement été placées dans une situation délicate face à une demande d'explication des

autorités géorgiennes.

[22] Le Bacille de Koch (le BK) est le nom donné au bacille responsable de la tuberculose, le *Mycobacterium tuberculosis*, du nom du médecin allemand, Robert Koch, qui l'a découvert en 1882.

## Bibliographie



AGULHON Maurice, 1968, *Pénitents et Francs-maçons dans l'ancienne Provence*, Paris, Fayard.

AGULHON Maurice, 1979, *La République au village*, Paris, Editions du Seuil.

ATLANI-DUAULT Laëticia, 2003, « Les ONG locales, vecteurs de « bonne gouvernance » dans le second monde ? », *Journal des Anthropologues*, 94-95 (« Les ONG, médiations politiques et globalisation ») : 183-190.

ATLANI-DUAULT Laëticia, 2005, *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Nanterre, Société d'ethnologie.

BERCHE Thierry, 1998, *Anthropologie et santé publique en pays Dogon*, Paris, Editions Karthala.

BRAUMAN Rony, 2002, *Humanitaire, le dilemme*, Paris, Editions Textuel.

COX, OROZCO, MALE *et al.*, 2004, « Multidrug-resistant tuberculosis in Central Asia », *Emerging Infectious Diseases*, 10(5) : 865-872.

DUBIEN A., 2000, « Le concept de sécurité nationale de la Fédération de Russie », *Revue internationale et stratégique*, 38 (« La Russie à la croisée des chemins »).

FERGUSON James, 1990, *The Anti-Politics Machine : Development, Depoliticization and Bureaucratic Power in Lesotho*, Cambridge, Cambridge University Press.

GINZBURG Carlo, 1980, *Le fromage et les vers. L'univers d'un meunier frioulan du XVIIe siècle*, Paris, Editions Aubier.

GORDADZE T., 2003, « Tchétchénie : l'éradication de l'ennemi intérieur », in Fabrice Weissman (ed.), *A l'ombre des guerres justes*, Paris, Edition Flammarion.

GUILHOT Nicolas, 2001, « Les professionnels de la démocratie. Logiques militantes et logiques savantes dans le nouvel internationalisme américain », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 139 : 53-65.

HOURS Bernard, 2003, « Les ONG : outils et contestation de la globalisation », *Journal des anthropologues*, 94-95 (« Les ONG, médiations politiques et globalisation ») : 13-22.

KOCHI, 1991, « The global tuberculosis situation and the new control strategy of WHO », *Tubercle* ; 72 : 1-6.

LEVI Giovanni, 1989, *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIIe siècle*, Paris, Editions Gallimard.

LONG Norman, 1988, *Encounters at the interface. A perspective on social discontinuities in rural development*, Wageningen, Agricultural University.

LONG Norman & LONG Ann (eds.), 1992, *Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development*, Londres, Routledge.

MEDECINS SANS FRONTIERES, 2002, *Tuberculosis programme and drug resistance in 6 newly independent states*, MSF presentation at the European Respiratory Society Conference, Paris, MSF France.

MEDECINS SANS FRONTIERES, 2004, *Running out of breath ? TB care in the 21st century. Campaign for access to essential medicines*, Geneva, MSF International.

MENDRAS Marie, 2003, *Comment fonctionne la Russie ?*, Paris, Edition Autrement.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique de terrain. Sur la production de données en anthropologie », *Enquête*, 1 : 71-109.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Editions Karthala.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2001, « Le « développement participatif » : ni solution miracle, ni complot néolibéral », *Afrique contemporaine*, 99 (« L'Etat en Afrique : entre le global et le local ») : 148-156.

PARDINI, IONA, VARAINE *et al.*, 2005, « *Mycobacterium tuberculosis* drug resistance, Abkhazia », *Emerging Infectious Diseases*, 11(3) : 501-502.

RADVANYI Jean, 2004, *Les Etats post-soviétiques. Identités en construction, transformations politiques, trajectoires économiques*, Paris, Editions Armand Colin.

REVEL Jacques, 1989, « L'histoire au ras du sol » (Préface), in Giovanni Levi, *Le Pouvoir au Village*, Paris, Edition Gallimard.

THOMPSON Edward, 1988, *La formation de la classe ouvrière anglaise*, Paris, Le Seuil.

WORLD BANK, 1993, *World Development Report 1993 : Investing in Health*, New York, Oxford University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994, *Global Tuberculosis Programme. Framework for effective tuberculosis control*, Geneva, WHO.

**Eugénie d'Alessandro**  
**Développement et politique. Le cas d'une politique de santé en Géorgie,**  
**Numéro 14 - octobre 2007.**