LA FONDATION MEDECINS SANS FRONTIERES
crash
CENTRE DE RÉFLEXION SUR L'ACTION ET LES SAVOIRS HUMANITAIRES

MSF France dans la guerre du nord-est du Nigéria (2015-2016)

Récit d'une opération MSF

Judith Soussan
Fabrice Weissman

avec Jessica Sayyad (Epicentre)
et Hassan Boucenine

Version établie par Marc Le Pape et Judith Soussan

MEDECINS SANS FRONTIERES

Les cahiers du crash

MSF France dans la guerre du nord-est du Nigéria (2015-2016)

Récit d'une opération MSF

Judith Soussan
Fabrice Weissman

avec Jessica Sayyad (Epicentre)
et Hassan Boucenine

Version établie par Marc Le Pape et Judith Soussan

Février 2023 - Crash / La Fondation Médecins sans frontières

DANS LA COLLECTION DES CAHIERS DU CRASH

Sauf mention contraire, les titres sont également disponibles en anglais

- L'aide humanitaire nourrit-elle la guerre ? Le rôle de l'aide humanitaire dans la dynamique du conflit au Libéria
  Fabrice Weissman, 1996 - uniquement en français

- À qui s'adresse l'aide alimentaire d'urgence ? La réponse internationale à la « famine » éthiopienne de l'an 2000
  Fabrice Weissman, 2001 - uniquement en français

- De l'Éthiopie à la Tchétchénie
  Recueil des travaux de François Jean, 2004

- Revue critique des opérations MSF-France au Darfour (Soudan)
  Corinne Danet, Sophie Delaunay, Evelyne Depoortere, Fabrice Weissman, 2007

- Témoignage humanitaire et témoignage judiciaire : historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes et de poursuites judiciaires
  Françoise Bouchet Saulnier, Fabien Dubuet, 2007

- L'action humanitaire en situation d'occupation
  Xavier Crombé, 2007

- Le manuel des acteurs de l'aide
  2007

- MSF et la protection : une question réglée ?
  Judith Soussan, 2008

- L'aide alimentaire et la politique des chiffres en Éthiopie (2002-2004)
  François Enten, 2008

- Dénutrition infantile, intérêts et limites de l'approche médicale humanitaire
  Jean-Hervé Bradol, Jean-Hervé Jézéquel, 2009

- Médecins sans frontières et les sorties de guerre
  Jean-Hervé Jézéquel, Camille Perreand, 2010

- L'eau humanitaire est-elle potable ?
  Jean-Hervé Bradol, Francisco Diaz, Jérôme Léglise, Marc Le Pape, 2011

- Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques
  Joan Amondi, Jean-Hervé Bradol, Vanja Kovačič, Elisabeth Szumilin, 2011

- Handicaps et Médecine. Étude du programme de chirurgie reconstructrice, Amman, 2012
  Marc Le Pape, Suzanne Bradol, 2012

- Médecins sans frontières et la qualité médicale
  Rony Brauman, Michèle Beck, 2017

- Should I stay or should I go? Médecins sans frontières et les stratégies de sortie
  Rony Brauman, 2017 - uniquement en français

- Les représentations du VIH et leur impact sur le recours aux soins. Enquête au sein de la population masculine de Homa Bay au Kenya
  Xavier Plaisancié, 2020

- Accès aux produits de santé : quelles priorités et quel rôle pour MSF ?
  Michaël Neuman, Natalie Roberts, 2023

- Les détournements internes à Médecins sans frontières
  Clément Perrin, 2023

La Fondation Médecins sans frontières crash

14-34 avenue Jean Jaurès 75019 Paris - FRANCE
tél. : 00 33 (0)1 40 21 29 29 - fax : 00 33 (0)1 40 21 29 62
www.msf-crash.org

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans le concours des différents protagonistes de l'histoire tumultueuse que vous allez lire.

Chacun à son niveau, du siège jusqu'au terrain, a permis l'accès à ses sources, ses documents, sa correspondance, et nous a livré en entretien sa version de cette histoire.

Qu'ils et elles soient tous ici remerciés pour la confiance qu'ils nous ont accordée.

A tous les collègues qui ont accompagné notre réflexion et nos questions au cours de l'élaboration de ce travail, nous exprimons également notre gratitude.

Recherche, rédaction : Judith Soussan, Fabrice Weissman - **Recherches complémentaires** : Hassan Boucenine, Jessica Sayyad - **Édition** : Marc Le Pape, Judith Soussan - **Graphisme et mise en page** : tcgraphite

FIGURE 1. Carte générale du Borno, principales villes et routes d'accès (d'après OCHA, *Borno State Basemap*, juillet 2016)

FIGURE 2. Carte administrative du Borno et de ses 27 LGA *(Local Government Areas)*

Sommaire

INTRODUCTION **9**

SAISON 1. L'OUVERTURE (2011-mars 2015) **13**

Épisode 1. À la recherche des « victimes directes » du conflit 14
Épisode 2. Actes de naissance 20
Épisode 3. L'insuffisance manifeste de la réponse MSF 29

SAISON 2. L'EXPANSION (avril-décembre 2015) **35**

Épisode 1. Les urgences prennent la main 36
Épisode 2. Montée en puissance des opérations 46
Épisode 3. Détournements et autres signes de surchauffe opérationnelle 58
Épisode 4. La fin de l'urgence ? 65

SAISON 3. LA NORMALISATION (1er janvier-13 juin 2016) **77**

Épisode 1. Opération « Mains propres » à Maiduguri 78
Épisode 2. Le terrain fait de la résistance 84
Épisode 3. La famine du dehors 100

SAISON 4. L'URGENCE (14 juin-31 décembre 2016) **115**

Épisode 1. « Crise humanitaire » à Bama 116
Épisode 2. Le desk régulier passe à l'action 122
Épisode 3. Les quinze premiers jours des urgences 131
Épisode 4. Les commandos sanitaires aéroportés 141
Épisode 5. Muna, Custom, catastrophes ignorées aux portes de Maiduguri 146

EN GUISE DE CONCLUSION. L'OPINION DES AUTEURS **155**

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS **169**

TABLES **173**

TABLE DES MATIÈRES **175**

INTRODUCTION

Le 13 juin 2016, les équipes MSF présentes dans la ville de Maiduguri, capitale de l'Etat du Borno, au nord-est du Nigéria, découvraient avec stupeur l'état de santé catastrophique de femmes et d'enfants évacués de Bama, une ville de province reprise aux mains de Boko Haram par l'armée nigériane l'année précédente. Les deux tiers des 600 enfants ramenés en bus à Maiduguri par une petite ONG nigériane souffraient d'une forme sévère ou modérée de malnutrition aiguë. Cette découverte venait confirmer les bribes d'informations alarmantes circulant à Maiduguri et dans le milieu de l'aide sur l'existence en zone rurale de camps de déplacés décimés par la malnutrition et les épidémies – informations que la majorité des responsables opérationnels de MSF n'avaient pas prises au sérieux jusqu'alors. Désormais, MSF estimait qu'entre 500 000 et 800 000 déplacés étaient probablement menacés par une famine.

La situation dramatique des personnes rassemblées par l'armée dans les villes de garnison était connue des autorités et d'autres acteurs de l'aide depuis septembre 2015 au moins. Comment expliquer que MSF ait pris conscience huit mois plus tard de cette catastrophe ? Quelle était la compréhension de l'environnement par sa section française, implantée à Maiduguri depuis 2014 ? Comment comprendre les choix opérationnels ayant amené MSF à se concentrer sur la capitale du Borno et à négliger la situation dans les zones rurales ? Quel bilan tirer des efforts entrepris après juin 2016 pour intervenir à Bama et à l'extérieur de Maiduguri dans un contexte marqué par une grande insécurité ? Telles sont les questions à l'origine de cette enquête commanditée en 2017 par la directrice des opérations.

Pour y répondre, nous avons cherché à reconstituer de manière chronologique les informations dont disposaient les responsables opérationnels, leurs analyses et leurs intentions, les obstacles internes et externes qu'ils rencontrèrent ainsi que leurs réactions et les résultats de leur action. Notre ambition a été de restituer le point de vue et la logique de ces responsables à trois niveaux : celui du « terrain » ou projet (coordinateurs de projet, *team leaders*, coordinateurs d'urgence décentralisés), celui de la capitale (chefs de mission, coordination générale, coordinateurs d'urgence) et celui du siège (cellule ou *desk*, départements de support et directeurs impliqués)[1].

1. Pour une explicitation des termes MSF ou issus du jargon humanitaire, se reporter au glossaire figurant en fin de document, page 169.

Retracer l'histoire du déploiement opérationnel de MSF s'est avéré bien plus ardu qu'escompté étant donné le chaos des archives opérationnelles. Plusieurs semaines ont été nécessaires pour recenser et organiser les documents de projet. Théoriquement centralisés et conservés sur le serveur interne « myMSF », les fichiers en lien avec le Borno y sont disséminés dans plusieurs dossiers (« Nigéria », « Emergency 2016 ») au sein desquels les années et les projets sont parfois mélangés[2]. Cette documentation se révélant très incomplète, c'est sur les ordinateurs des responsables de cellule et de terrain que nous avons dû rechercher les archives manquantes. Les renouvellements d'équipes, conjugués à la valse des ordinateurs et à l'absence de sauvegarde systématique, ont rendu cette recherche éminemment aléatoire. Les données médicales n'ont pas été plus faciles à rassembler – l'absence d'archivage systématique et centralisé des fichiers Excel utilisés jusqu'en 2015 puis les difficultés liées au passage à un nouveau logiciel en 2016 ont transformé cette collecte en véritable travail d'enquête. Aussi ne pouvons-nous garantir avoir eu accès à tous les documents essentiels.

Un deuxième écueil tient au faible degré de formalisation des décisions opérationnelles – de la direction des opérations jusqu'au terrain[3]. En l'absence de documents de cadrage formels sur les projets, il est souvent difficile de savoir quelles sont les hypothèses de travail des responsables opérationnels (diagnostic sur la situation, ordre de priorités, objectifs, paris, etc.) et les orientations opérationnelles retenues à l'issue de leurs discussions. Il est tout aussi ardu d'interpréter les nombreux documents intitulés « proposition d'intervention » ou « rapport d'évaluation » ou tout simplement dépourvus de titre dont ne nous connaissons ni les auteurs, ni les destinataires, ni les réponses qui leur ont été apportées. A quoi s'ajoute parfois la difficulté à identifier qui sont les personnes aux commandes de l'opération[4].

Sources documentaires inestimables compte tenu de la rareté des archives sur la mission, les rapports de situation routiniers ou « Sitrep Borno » (dont le nombre et la fréquence varient en réalité grandement selon les périodes) donnent toutefois dans leur majorité une vision parcellaire, fragmentée et au final assez confuse du contexte, des intentions opérationnelles et des résultats obtenus par les équipes.

---

2. Les titres des fichiers, souvent très peu parlants (pas de nom de projet, de date, de sujets), ont ajouté à la difficulté : en pratique, il fallut ouvrir tous les dossiers et chacun des fichiers afin d'identifier ceux concernant le Borno qui, une fois triés et renommés, se sont révélés incomplets.

3. S'agissant du siège, par exemple, il n'existe pas de compte-rendu détaillé de la réunion des opérations entre janvier 2014 et mai 2016, mais un enregistrement audio et des notes plus ou moins mises en forme prises à la volée par l'assistante du département. A partir du mois de mai 2016, ces notes sont remplacées par une courte synthèse rédigée en anglais sous forme de *bullet points*. De même, les mises à plat ne font pas l'objet de compte-rendu officiel – tout juste retrouve-t-on des présentations *PowerPoint* parfois accompagnées de commentaires et suivies d'échanges de courriels qui permettent de deviner quelles ont été les décisions. Quant au format « fiche projet », il n'est pas utilisé pour le Borno.

4. Entre 2015 et 2016, le Borno change quatre fois de cellule et chaque cellule se renouvelle. Chaque transition inter-cellule et chaque renouvellement intra-cellule est marqué par une période de flottement plus ou moins longue (jusqu'à trois mois) au cours de laquelle coexistent plusieurs chaînes hiérarchiques (cellule des urgences/régulière, ancien/nouveau responsable de cellule ; coordinateur d'urgence/chef de mission régulier, etc.) sans qu'il soit toujours possible de savoir qui est l'auteur des décisions importantes. A cet égard, l'absence fréquente de signature de documents (à quoi parfois s'ajoute l'absence de date) nous a contraints à de fastidieuses recherches pour identifier leurs auteurs de façon à reconstituer l'histoire des décisions.

Enfin, la consultation des boîtes mails (du chef de mission régulier, du coordinateur d'urgence et du coordinateur de projet) s'est révélée moins prometteuse que nous ne l'escomptions[5]. Etant donné le nombre de courriels perdus ou détruits, la correspondance à laquelle nous avons eu accès ne correspond pas à la réalité des échanges électroniques. En outre, ces derniers ne capturent qu'une partie de la communication écrite entre responsables opérationnels, qui de manière croissante utilisent des applications de type *WhatsApp*. Nous nous sommes néanmoins appuyés sur un certain nombre de courriels jugés importants.

Les carences de la documentation écrite ont ainsi conféré une portée singulière aux entretiens réalisés en face à face, via *Skype*, ou par téléphone. Une trentaine d'interviews, souvent de plusieurs heures, ont été réalisées au cours de cette enquête.

Au bout du compte, voici un récit foisonnant, décrivant de l'intérieur la mécanique d'une opération – un récit qui soulève de nombreuses questions sur nos manières de faire, de penser et d'agir, par-delà le cas du Borno.

Centré sur les décideurs opérationnels, il donne une place très secondaire, pour ne pas dire marginale, aux autres acteurs de la crise, à leurs expériences, à leurs points de vue : qu'il s'agisse des MSF de « front », nigérians et étrangers, qui produisent les secours en bout de chaîne ; des patients, des déplacés, de leurs représentants ; des autorités civiles, des militaires, de la guérilla ; ou des autres acteurs de secours, à commencer par nos collègues d'autres sections MSF. Si tous ces protagonistes font bien leur apparition à un moment ou un autre, c'est à travers les yeux des coordinateurs de terrain, d'urgence, des chefs de mission ou responsables de cellule que nous les observons. En ce sens, l'histoire que nous racontons donne un aperçu du monde dans lequel vivent les responsables opérationnels et des interactions qu'ils entretiennent avec leur environnement – et une autre histoire de ce projet pourrait certainement être racontée à partir d'autres voix.

S'étalant sur plus de deux ans, le récit des opérations MSF (France) dans le Borno est un véritable feuilleton, avec ses saisons et ses épisodes. Nous invitons le lecteur à le lire par petits bouts… afin de laisser résonner en lui ou elle cette histoire, les réflexions qu'elle lui suscite, les échos avec sa propre expérience. En conclusion, nous lui soumettons les nôtres – quelques « enseignements » ou points de vigilance que nous nous sommes formulés au fil de l'écriture. Précisons, enfin, que les annexes de ce travail sont disponibles sur le site du Crash[6].

Bonne lecture et bon voyage dans le chaos ordinaire des opérations MSF.

---

5. En l'absence de politique d'archivage de la correspondance électronique, certains mails sont stockés sur le serveur (pour une durée limitée fixée par les administrateurs réseau), d'autres sont archivés sur les disques durs (dont ils épousent la durée de vie), d'autres sont entièrement supprimés par leurs utilisateurs. Il n'existe, par exemple, aucun courriel en provenance ou à destination de la boite msf-borno-pc@paris.msf.org entre janvier et mai 2016 et cinq échanges seulement pour le mois de juin avec d'autres adresses mail MSF.

6. https://msf-crash.org/fr/publications/acteurs-et-pratiques-humanitaires/msf-france-dans-la-guerre-du-nord-est-du-nigeria.

SAISON 1. L'OUVERTURE

(2011-mars 2015)

2010. Un an après la création de Boko Haram, le Borno s'enfonce dans le cercle vicieux de la violence politique – entre actions meurtrières des insurgés et répression aveugle des forces armées. Une fois décidée à intervenir en réponse à ce conflit, MSF cherche à en prendre en charge les blessés, sans y parvenir (Épisode 1). L'arrivée de déplacés à Maiduguri mi-2014 change la donne. Des activités variées démarrent. Fin 2014, le projet Borno soumis à la direction des opérations prévoit des interventions dans les sites de déplacés ainsi que dans la « communauté » (Épisode 2). A peine formulé, ce calibrage opérationnel apparaît toutefois très insuffisant au regard du caractère massif de l'afflux de déplacés et des services disponibles. Fin mars, la direction des opérations décide le transfert du projet aux urgences (Épisode 3).

ÉPISODE 1. À LA RECHERCHE DES « VICTIMES DIRECTES » DU CONFLIT (2011-2014)

LA PRÉHISTOIRE DU PROJET (2011-AVRIL 2014)

L'histoire du projet MSF « Borno » commence en mai 2014, au moment où, après de nombreuses tentatives et hésitations, MSF décide enfin d'installer une petite équipe à Maiduguri, la capitale de l'Etat.

Au Borno, MSF – présente au Nigéria depuis les années 1990 – avait surtout mené des interventions d'urgence (sept missions courtes entre 1999 et 2011) essentiellement en lien avec des épidémies de choléra[1]. Pour la cellule et la coordination, le nord du pays était ainsi synonyme d'épidémies et de surmortalité materno-infantile chronique. La violence politique, quant à elle, se situait plutôt au sud – comme l'indique le choix d'ouvrir un *trauma center* à Port-Harcourt en 2005.

Le passage de Boko Haram à l'action violente en 2010 n'infléchit pas cette représentation[2]. Il faut attendre fin 2011, alors que les attaques commises par les insurgés s'intensifient dans l'État du Borno, pour que la violence dans le nord devienne un objet de préoccupation, avec d'emblée en ligne de mire la prise en charge de ses « victimes directes », les blessés.

ENCADRÉ 1. Les débuts de Boko Haram

La plupart des observateurs font remonter le conflit entre le gouvernement et Boko Haram au mois de juillet 2009, au moment où la police et l'armée nigérianes répriment un début d'insurrection fomentée dans le nord-est du pays par un mouvement salafiste dirigé par un jeune prédicateur kanouri, Mohamed Yussuf[3]. Celui-ci est arrêté et exécuté, ainsi que des centaines de ses partisans. Les insurgés ayant survécu à la répression se dispersent dans l'État du Borno et les pays voisins (Tchad, Mali, Niger, Cameroun) avant de se regrouper l'année suivante sous la direction d'un disciple de Mohamed Yussuf, Abubakar Shekaw. En juin 2010, Shekaw déclare la guerre à l'État nigérian au nom du « Groupe sunnite pour la prédication et le djihad » (désigné par ses adversaires sous le sobriquet de « Boko Haram » en raison de sa condamnation morale des institutions et de l'éducation occidentales).

1. En cela, le Borno ne se distingue pas pour MSF du reste du nord Nigéria, où ses interventions ont à chaque fois pour objet la réponse à des épidémies (rougeole, méningite, choléra, dengue…) ou à de fortes prévalences de malnutrition – le projet nutritionnel ouvert en 2010 dans l'Etat de Jigawa prend ainsi une ampleur démesurée en l'espace de quelques mois.

2. Des développements plus substantiels sur l'histoire et la dynamique du conflit figurent en ANNEXE 1, consultable sur le site du Crash.

3. Selon la formule un peu rapide d'un journaliste du *Monde* : « Dans les quatre pays riverains du lac – Niger, Tchad, Cameroun et Nigéria –, on retrouve les mêmes peuples. Les Chuwa, une ethnie arabe, les Kanouri, maîtres du Borno, les Haoussa, les plus nombreux, les Boudouma, qui dominent le lac, et les Peuls, bergers et marchands de l'Atlantique à la mer Rouge ». https://www.lemonde.fr/afrique/article/2017/06/25/entre-maiduguri-et-boko-haram-une-lutte-a-mort_5150891_3212.html.

A partir de juillet 2010, Boko Haram mène une campagne d'attentats ciblés à Maiduguri et dans d'autres villes du pays, à laquelle répond une répression massive et aveugle de la part des autorités fédérales qui fait des milliers de morts (et peu de blessés…) à Maiduguri et dans les villages suspectés de soutenir l'insurrection. Particulièrement ciblés par la guérilla, de nombreux chrétiens du nord et des notables locaux émigrent vers les États du sud. En zone rurale, où Boko Haram étend son influence, les fonctionnaires abandonnent leur poste, notamment les professeurs et le personnel de santé. L'essentiel des violences restent néanmoins concentrées dans la capitale du Borno. Cette période voit aussi le développement d'enlèvements contre rançon de notables locaux et de ressortissants étrangers dans le nord du Nigéria et du Cameroun, perpétrés par Boko Haram et l'une de ses branches dissidentes, Ansaru.

Deux missions exploratoires sont envoyées à Maiduguri début 2012. Ne trouvant pas de pistes d'intervention en direction des blessés, la coordination propose de s'attaquer à des problèmes de santé chroniques. Pour Abuja, l'important est d'avoir « *les pieds sur le terrain* », quitte à commencer par un projet « *sans grande justification médicale*[4] ». L'idée est retoquée par la cellule qui, en l'absence de « victimes directes » auxquelles MSF pourrait porter secours, ne souhaite pas démarrer un nouveau projet dans contexte sécuritaire flou et incertain, et alors qu'elle estime avoir atteint son volume opérationnel maximum au Nigéria (trois projets réguliers importants[5] auxquels s'ajoute une équipe de réponse aux urgences).

Cette position évolue fin 2012 à la suite de l'arrivée d'une nouvelle responsable de cellule (RC) qui partage la conviction d'Abuja quant à la nécessité d'établir une présence plus stable à Maiduguri. Mais c'est cette fois la directrice des opérations qui s'y oppose, jugeant cette option trop dangereuse en raison notamment des risques d'enlèvements. Deux interventions sont néanmoins conduites sous la forme de cliniques mobiles dans des villes secondaires du Borno touchées par les affrontements, à Baga (avril-mai 2013) et Chibok (août-octobre 2013). Chacune de ces interventions prend fin pour raisons de sécurité, sans que des tentatives soient faites pour y retourner, sans doute parce que c'est à Maiduguri que les responsables opérationnels d'Abuja et Paris sont de plus en plus sûrs de vouloir être.

Car à la suite de la création en juin 2013 des *Civilian Joint Task Force*, une milice d'auto-défense populaire, Boko Haram a été chassé de Maiduguri ; l'essentiel de la terreur s'est déplacé vers le reste du Borno, où les affrontements entre insurgés et armée donnent lieu à des violences extrêmes – massacres, viols, pillages des réserves alimentaires, incendie des habitations, enlèvements de grande ampleur (cf. Annexe 1). Si l'insurrection réussit de façon sporadique à entrer à Maiduguri pour y commettre des attentats contre les rassemblements publics (marchés, mosquées, gares routières, etc.), le risque d'enlèvement a diminué. Le positionnement d'une équipe y devient envisageable. A

4. Entretien avec le coordinateur médical de l'époque, 11 mars 2017.

5. Projets Port-Harcourt (sud du pays, prise en charge chirurgicale des victimes de violences), Jahun (activités gynéco-obstétriques), Kazaure (nord du pays, prise en charge de la malnutrition).

l'automne 2013, un coordinateur de projet (CP) arrive dans la capitale du Borno avec pour mission de constituer un réseau et d'identifier des pistes opérationnelles. Il s'agira de regarder ailleurs que du côté des blessés, peu nombreux et déjà pris en charge, lui suggère bientôt le chef de mission, qui estime que la focalisation sur cette catégorie de victimes est « *la raison principale pour laquelle aucun projet n'a été ouvert à ce jour*[6] ».

En dépit de cette inflexion, aucun projet ne voit encore le jour : le coordinateur de projet, qui « *ne fait pas l'affaire*[7] », s'en va début 2014, sans être immédiatement remplacé. Entre janvier et mai 2014, seul un *liaison officer* payé à la journée permet que le projet ne soit pas tout à fait au point mort. Résident de Maiduguri, très désireux de voir MSF démarrer des activités dans la ville, il ne ménage pas sa peine et se rend régulièrement à Damaturu sur ses propres deniers pour communiquer avec le chef de mission. « *Membre-clé du personnel* » ayant un sentiment d' « *ownership du projet*[8] », il deviendra bientôt l'assistant du nouveau CP qui arrive pour un an, en mai 2014, alors que la guerre au nord-est du Nigéria commence à être médiatisée sur la scène internationale à la suite de l'enlèvement par Boko Haram de 276 lycéennes à Chibok.

ENCADRÉ 2. La campagne #BringBackOurGirls

Le 14 avril 2014, Boko Haram enlève 276 lycéennes dans l'internat de Chibok au cours d'un raid meurtrier sur la ville. Une semaine après l'enlèvement, un avocat nigérian relaie sur Twitter l'appel d'une fonctionnaire internationale nigériane à son gouvernement : #BringBackOurGirls. Le message est retweeté plus de quatre millions de fois en un mois. Au Nigéria, il sert de point de ralliement à plusieurs mouvements d'opinion exigeant du président Goodluck Jonathan une action déterminée contre Boko Haram. À l'étranger, le mouvement est relayé par des personnalités très diverses, de Michèle Obama à Sylvester Stalone en passant par Rania de Jordanie, Line Renaud ou Carla Bruni. Il ne s'agit plus de protester contre la passivité du gouvernement nigérian mais contre l'inaction de la « communauté internationale » (les « dirigeants », le conseil de sécurité des Nations unies ou la Cour pénale internationale, est-il parfois précisé). En 2014, la France, la Grande-Bretagne et les États-Unis proposeront au Nigéria une aide militaire pour secourir les otages, qui sera promptement déclinée par les autorités.

6. Document « Concept notes on intervention in Maiduguri » (non daté mais son contenu indique qu'il a été écrit en décembre 2013 ; non signé mais son style et sa forme désignent le chef de mission comme son auteur)

7. Entretien avec la responsable de cellule, 23 février 2017.

8. Entretien avec le CP n°1 présent de mai 2014 à juin 2015, 11 juillet 2017.

ÉVALUATIONS TOUS AZIMUTS (MAI-JUIN 2014)

A peine arrivé en mai 2014, le nouveau coordinateur de projet se lance avec ses deux collègues nigérians dans des évaluations tous azimuts, dont il conclut à son tour qu'il est difficile d'identifier des « victimes directes » que MSF puisse prendre en charge, rejoignant ainsi le chef de mission qui plaide pour changer de paradigme sur la présence et les opérations à Maiduguri et dans le Borno. Il est donc temps d'assumer d'être dans la capitale sans activités en attendant d'« *appuyer sur le bon bouton* » : car à la suite des interventions menées depuis des années par les équipes d'urgence, il est possible de « *capitaliser* » sur la bonne réputation que s'est gagnée MSF, auprès des autorités officielles mais aussi de Boko Haram – après les cliniques mobiles à Baga et Chibok, « *on pense que BH nous connaît très bien* », en dépit du fait qu'aucun contact n'a jamais été établi avec ses membres[9].

Aussi le coordinateur projet et son équipe multiplient-ils les visites en mai et juin 2014 à Maiduguri (hôpitaux, clinique de Maimusari) et dans plusieurs localités rurales (Konduga, Monguno, Biu, Kwaya Kusar, Baga, Damboa…), profitant de fenêtres parfois « *très étroites* » pour prendre la route, après s'être enquis auprès des camionneurs, dans les gares routières, de l'état de la sécurité sur l'axe qu'ils prévoyaient d'emprunter[10]. Cette période inédite de déplacements dans l'ensemble du Borno

9. Narratif figurant sous l'une des diapositives du document *PowerPoint* pour la mise à plat, mai 2014.La question d'établir des liens directs avec Boko Haram revient lors de chaque mise à plat.

10. Entretien avec le CP n°1, 11 juillet 2017.

prend fin au début de l'été 2014 : passant à une guerre de position, Boko Haram prend progressivement le contrôle des trois quarts de l'Etat et d'une partie des Etats voisins (Adamawa, Yobé) où elle proclame son « *califat* ». L'embrasement des campagnes et les conquêtes territoriales de Boko Haram entraînent la fuite de centaines de milliers de personnes vers Maiduguri. Alors qu'il devient de plus en plus dangereux de circuler en dehors de la capitale, l'apparition des premiers camps de déplacés en ville change d'un coup la donne pour le projet.

ENFIN, DES CAMPS DE DÉPLACÉS ! (JUILLET-AOÛT 2014)

La présence de nombreux déplacés disséminés dans la ville n'avait pas échappé à la petite équipe. Elle était palpable dans bien des quartiers, comme à Maimusari, ancien bastion de Boko Haram, très défavorisé, où le CP avait emmené le chef de mission lors de sa visite sur le terrain : « *Regarde, tous ces gens ne sont pas d'ici* », lui avait-il dit. Cette connaissance sensible ne suffisait toutefois pas, selon le chef de mission, à « *formuler un argumentaire sur les besoins* » :

> Nous n'avions pas d'argument fort. (…) C'est de la pure sensation : nous connaissions Maiduguri avant, et après ; donc nous avons vu de nos yeux. Nous parlions avec les gens, le personnel local nous racontait. Mais nous n'avions pas de chiffres, nous ne savions pas qui ils étaient, d'où ils venaient. Nous n'avions pas investi dans le recueil de données qualitatives – je ne parle même pas de données quantitatives ! (…) Je pense qu'à l'époque, nous aurions pu construire un argumentaire à partir de données qualitatives[11].

En juillet 2014, une église et trois écoles fermées pour l'été sont transformées en sites d'accueil pour déplacés. Quelques milliers de personnes en tout y sont prises en charge par les autorités et des notables locaux, recevant trois repas quotidiens (on tue une vache tous les deux jours), des vêtements, des jouets pour les enfants… Bref, rien qui constitue un changement radical du point de vue des « besoins » – mais *tout* est changé du point de vue des représentations : avec l'émergence de « camps », ce lieu humanitaire par excellence, les déplacés dans leur ensemble accèdent à la visibilité, à l'existence, donnant d'un coup une raison d'être au projet MSF.

Dans les mois qui suivent, des milliers de personnes arrivent chaque semaine à Maiduguri. Ainsi que le décrira l'équipe à l'automne :

> Dans le Borno, désormais, Boko Haram a pris le contrôle de Gwoza, Dikwa, Gomboru-Ngala ; également, d'autres localités sont vidées de leur population, comme Konduga, Mafa, Askira,

11. Entretien avec le chef de mission présent d'octobre 2013 à juillet 2015, 11 mars 2017. Présent à Abuja en 2011-2012 en tant que coordinateur médical, il faisait déjà partie de ceux qui plaidaient pour s'affranchir de l'objectif de trouver des victimes de violence (cf *supra*).

> Chibok et Damboa. Tous les résidents de ces LGAs [districts] ont quitté leurs maisons, fermes et cheptel pour devenir des déplacés, la majorité d'entre eux étant venue à Maiduguri[12].

L'équipe s'emploie à documenter la situation en continu. Elle suit de près l'évolution permanente du nombre de sites d'accueil (ouvertures lors de nouvelles arrivées, mais aussi fermetures et transferts de personnes d'un camp à un autre) et l'état de ceux-ci. Elle note toutefois que l'immense majorité des déplacés se trouve dans la « *communauté-hôte* » (seuls 10 % vivent dans les camps, selon la NEMA, l'agence nationale de gestion des urgences, dont les statistiques, encore peu détaillées, recensent alors 870 000 personnes dans les trois Etats du nord-est, principalement dans le Borno). Ainsi à Maimusari, l'équipe s'est laissé dire que « *la plupart des familles (…) hébergent trois, quatre, cinq familles*[13] » et l'un des instituteurs a « *neuf familles de déplacés de Marte dans sa maison !!*[14] »

12. Document « IDPs in Maiduguri, Compilation of various visits and activity report (update 2nd October 2014) » (non signé).
13. Document intitulé « 8 juillet », dans le dossier « Reports on IDPs », juillet 2014 (non signé – issu du terrain).
14. Document « Maimusari and its surrounding villages », 18 septembre 2014 (non signé).

ÉPISODE 2. ACTES DE NAISSANCE (AOÛT-DÉCEMBRE 2014)

PREMIERS SECOURS (AOÛT-NOVEMBRE 2014)

Dans ce contexte, l'équipe se donne trois objectifs – démarrer des activités dans les camps, dans la clinique de Maimusari, répondre aux « *urgences* ».

Cliniques dans les camps

Dès le mois d'août 2014, sur sollicitation du *Commissionner of Health*, l'équipe MSF apporte un soutien à la clinique du camp NYSC (National Youth Service Corps), qui est alors le plus important site de déplacés avec 4 000 personnes. Les autorités souhaitent en faire un camp « *bien organisé* » vers lequel diriger les nouveaux arrivants. A la demande de la coordination, qui préconise de « *ne pas se précipiter* », MSF intervient « *en appui*[1] » (approvisionnement en médicaments et petit matériel, formation du personnel et supervision technique) – un investissement moindre que celui souhaité par le terrain, qui penchait pour un « *soutien complet* ». Courant septembre démarrent des activités similaires dans un deuxième site, WTC (Women Teachers College), qui vient d'ouvrir pour accueillir environ 4 000 femmes et enfants ayant fui Bama[2].

L'épidémie de choléra

Au cours de l'évaluation initiale de ce nouveau camp, l'équipe recense plus de 200 cas de gastro-entérite ayant causé cinq décès – les premières victimes d'une épidémie de choléra. Entre septembre et décembre 2014, avec l'appui de l'équipe d'urgence d'Abuja, elle aide les autorités sanitaires à prendre en charge les cholériques, à collecter et analyser les données épidémiologiques, à approvisionner les structures en solutés, chlores et autres consommables. Plus de 6 900 patients (dont 40 % sont originaires des camps de déplacés) sont traités dans des points de réhydratation orale et un centre de traitement du choléra de 120 lits où MSF intervient directement. « *Cela nous a apporté une légitimité* », estime le chef de mission qui avait même, avoue-t-il, espéré qu'une telle épidémie survienne, lorsqu'à l'été 2014 il jugeait nécessaire de donner un coup de fouet au projet naissant.

La réponse à l'épidémie a-t-elle bien eu l'effet d'entraînement escompté ? A-t-elle au contraire différé la mise en œuvre d'autres activités en captant l'énergie de l'équipe ? Dans tous les cas, aucune autre activité significative ne voit le jour pendant cet automne 2014, suscitant tour à tour l'impatience du chef de mission – soucieux de s'impliquer au plus vite dans la clinique de Maimusari – et celle du terrain – souhaitant agir plus directement dans les camps.

1. Entretien avec le CP n°1, 11 juillet 2017.
2. Document « WTC camp », 23 septembre 2014 (rédigé par le CP).

Agir ou plaider ? L'hygiène désastreuse des sites d'accueil

L'épidémie de choléra a mis en exergue les conditions d'hygiène déplorables qui règnent dans la plupart des sites de déplacés. Celles-ci sont précisément documentées par le terrain qui, au 2 octobre 2014, a visité et évalué chacun des sept camps officiels que compte désormais Maiduguri[3]. En novembre, puis en décembre, elle produit de nouveaux documents récapitulatifs faisant état des évolutions intervenues[4].

Elle y décrit une prise en charge médicale et alimentaire acceptable : les autorités sanitaires ont établi une clinique dans chaque site avec du personnel et des médicaments (dont l'approvisionnement laisse parfois à désirer). Bientôt, la plupart des sites compteront même deux cliniques, l'Unicef, associé à l'Agence de développement des soins de santé primaire du Borno (SPHCDA), ayant entrepris de s'y positionner sans se préoccuper de l'éventuelle duplication avec les services du ministère de la Santé – ainsi à NYSC, dont MSF soutient la clinique, une petite guerre de territoire s'installe rapidement[5]. Quant à la situation alimentaire, elle est sous contrôle en raison des donations effectuées par l'Etat fédéral (via la NEMA, l'agence nationale de réponse aux urgences), par les autorités du Borno (gouverneur et SEMA, l'agence de réponse aux urgences de l'Etat du Borno) et par des notables locaux, qui rivalisent de zèle en amont des élections de 2015.

L'eau-hygiène-assainissement s'impose sans conteste comme le domaine le plus problématique. Ainsi l'équipe rapporte-t-elle à propos de WTC : « *Il n'y a pas d'eau potable dans tout le camp. L'eau qui provient d'un forage de mauvaise qualité est non traitée, brouillée, [d'une qualité] complètement inacceptable. Elle est stockée dans un réservoir souterrain minable où pullulent des centaines de cafards*[6] ». Un autre site se trouve dans la même situation. Par la suite, en novembre et décembre 2014, l'équipe pointe également des problèmes de quantité d'eau : tantôt des forages de qualité acceptable existent mais le système de pompage est défaillant – du fait d'une pompe en panne ou d'un approvisionnement en carburant aléatoire ou inexistant – laissant de fait les déplacés sans eau « *pendant plusieurs jours* » ; tantôt le pompage est possible mais les capacités de stockage nettement insuffisantes, réduisant d'autant la quantité d'eau réellement disponible. Or l'action de MSF mise en place peu après le début de l'épidémie de choléra se limite à la fourniture de chlore (et la formation à son utilisation).

Quant aux latrines, c'est un désastre, décrit dès les premiers rapports de visite. En décembre 2014, les sites, qui accueillent désormais entre 5 500 déplacés (à NYSC, devenu finalement le plus petit site) et près de 19 000 personnes (à Government College), comptent entre 9 et 34 latrines ; Government

3. Document « IDPs in Maiduguri, compilation of various visits and activity reports », 2 octobre 2014 (non signé).

4. Documents « Mai IDP camp recap sheet », 16 novembre 2014; « IDP follow up sheet for Maiduguri Borno State – Week 48 & 49 » et « 09122014 Camp analysis dec », 9 décembre 2014 (non signés).

5. Document « IDP follow up sheet for Maiduguri Borno State – Week 48 & 49 », 9 décembre 2014. Cette guerre de territoire est génératrice d'un stress important – en entretien, nombreux sont ceux qui mentionnent les « *problèmes avec l'Unicef* » comme l'un de leurs principaux casse-têtes.

6. Document « IDPs in Maiduguri… », 2 octobre 2014.

College en a pour sa part 18, dont 12 en mauvais état[7]. Le coordinateur de projet et son équipe souhaitent remédier directement à cette situation. Mais la coordination en capitale les engage à faire plutôt de l'*advocacy* auprès d'autres acteurs. Le CP oriente donc Action contre la faim (ACF), qui cherche à démarrer des activités à Maiduguri, vers les camps où des cas de choléra sont présents.

> Leur première équipe est arrivée pour faire une évaluation après le pic de l'épidémie. Ensuite ils sont rentrés à Abuja pour faire leur demande de financement. Leur première latrine a été construite après que nous avons quitté notre centre de traitement du choléra… (…) Nous finissons par faire les choses nous-mêmes – mais tard[8].

Pour le coordinateur de projet, les réactions de l'équipe de coordination à Abuja, comme les échanges trop nombreux à son goût avec le coordinateur logistique ou finances, ne sont pas en phase avec la situation d'urgence dont il est témoin. Rétrospectivement, il voit deux explications à ce décalage. La première a trait au fonctionnement routinier de l'équipe de capitale : l'insistance pointilleuse de certains de ses membres sur le strict suivi des procédures, leur tendance à différer les décisions en demandant toujours davantage d'informations au terrain. Par ailleurs, le coordinateur de projet souligne sa propre difficulté à convaincre la capitale à distance, à l'« embarquer » dans sa compréhension de la situation. S'il confesse avoir « *fini par en avoir marre* » de rédiger des *proposal* restant sans suite, des rapports ne suscitant pas de réponse, le CP ne s'est toutefois pas autorisé à devenir plus pressant, voire à changer de ton ; il s'en est tenu à l'envoi de documents :

> Je me demande si j'aurais dû dire : « plus vite, plus vite »… Quand tu vois la situation de tes yeux, tu es convaincu. Mais quand ils lisent, ils ne vont en percevoir que 70 %. Ensuite d'eux jusqu'au desk : à nouveau seulement 70 %[9]…

Mi-novembre 2014, le chef de mission se rend en visite à Maiduguri. Il conclut à l'existence d'un « *clair besoin d'augmenter notre implication dans le domaine de l'eau-hygiène-assainissement étant donné le laxisme des autres acteurs participant à la réponse dans ce domaine*[10] ».

Réhabiliter la clinique de Maimusari

La visite du chef de mission à Maiduguri est également l'occasion d'avancer sur le projet de soutien à la clinique de Maimusari. Si l'équipe a visité celle-ci à trois reprises (en mai, septembre et octobre), elle n'y a encore démarré aucune activité, son attention et son énergie étant allés, reconnaît-elle, en priorité au choléra et aux camps.

---

7. Document Excel « Mai IDP camps Wash report summary » (onglet « Need », portant sur les 8 camps officiels que compte Maiduguri fin 2014), inclus dans le document « IDP camp watsan summary », 12 décembre 2014. Les standards internationaux recommandent en général « *au minimum 1 [toilette partagée] pour 20 personnes* ». (https://handbook.spherestandards.org/fr/sphere/#ch006_002).

8. Entretien avec le coordinateur de projet n°1, 11 juillet 2017.

9. *Ibid*.

10. Document « Maiduguri visit 18-22 november 2014 » (chef de mission).

Petite structure construite 14 ans plus tôt, Maimusari desservait à l'origine une population estimée à 25 000 personnes ; elle en couvrirait désormais 40 000[11]. Consultations générales, prénatales, accouchements simples et observation (12 lits en tout), soins d'urgence de base, immunisation, clinique nutritionnelle, et programme tuberculose sont les services théoriquement disponibles. Les chiffres d'activité de la clinique étant tout à fait confus, un infirmier MSF y a été positionné dans le seul but de récolter des données plus fiables. Son observation confirme que la fréquentation du lieu est très faible – conséquence probable de l'approvisionnement aléatoire en médicaments (parfois gratuits, parfois payants) et de l'état de délabrement général de l'ensemble, non entretenu depuis sa construction. Ainsi, c'est par d'importants travaux de réhabilitation que commencera l'investissement de MSF, depuis la mise en place d'un approvisionnement en eau potable jusqu'au remplacement du mobilier, en passant par l'électricité et la gestion des déchets.

LE COMITÉ DE PROJET DU 16 DÉCEMBRE 2014

Fin 2014, après deux années d'hésitations, les contours du projet MSF dans le Borno sont désormais plus nets. Le 16 décembre, à Paris, se tient un « comité de projet » consacré à cette mission.

Un seul document nous en est parvenu, qui est difficile à interpréter : il s'agit d'une présentation *PowerPoint*[12]. C'est donc en le mettant en relation avec d'autres écrits qui l'ont précédé que nous pouvons tenter de reconstituer la perception du contexte et des enjeux qu'ont alors l'équipe de terrain et, surtout, le chef de mission – auteur notamment de la proposition opérationnelle du 30 novembre et du rapport de visite du 22 novembre 2014.

Aux sources (troubles) du « profiling »

Ces documents décrivent comment Maiduguri est progressivement devenue une île au milieu du Borno au cours de cette année 2014, à mesure que les villes de l'Etat ont été saisies par les insurgés et que les principales routes d'accès ont été coupées (à l'exception de l'axe de Damaturu, seule voie de sortie de Maiduguri, qu'emprunte l'équipe pour se rendre à Abuja). Le chef de mission et l'équipe de terrain jugent néanmoins acceptable de rester sur place : ils estiment que « *Maiduguri ne tombera pas* » aux mains des insurgés, notamment du fait de la forte présence des CJTF, les milices d'auto-défense, qui « *ne s'enfuiront pas comme l'armée*[13] » en cas d'attaque ; d'autre part, selon une logique similaire, la route de Damaturu, si elle venait à être coupée, ne le serait que très temporairement.

11. Document « Operational proposal for intervention in Maimusari PHC », 21 novembre 2014. L'estimation s'appuie sur le nouveau chiffre de population pour le quartier de Maimusari (127 000 personnes selon le chef de l'arrondissement, à la suite de la croissance démographique et de l'arrivée de déplacés), qu'elle tempère (on ne sait comment) du fait de l'existence de nouvelles structures médicales alentour.

12. Document « Borno project comittee », 16 décembre 2014, co-signé par le chef de mission et la responsable de cellule.

13. Document « Maiduguri visit 18-22 november 2014 » (chef de mission). Le document contient une analyse des risques en annexe, dont nous postulons qu'elle est le résultat des discussions entre l'équipe de terrain et le chef de mission.

Dans ce contexte, le chef de mission préconise une stratégie de visibilité accrue permettant d'être mieux identifiés comme médecins et de se démarquer des ONG de droits de l'homme, alors activement engagées dans la dénonciation des atrocités commises par Boko Haram.

Dans son rapport de visite, le chef de mission relate par ailleurs avoir abordé la question du « *profilage* » des expatriés au cours de ses discussions avec différents interlocuteurs à Maiduguri. Cette mesure a été de mise dès les premières missions exploratoires, préconisant d'« *éviter les expatriés européens à cause de Boko Haram et de ses liens avec AQMI*[14] ». Par la suite, le profilage n'apparaît presque jamais dans les documents, ou tout à fait en passant, sans être ni discuté ni justifié (et sans jamais que soient précisés ses critères, qui demeurent ambigus, oscillant sans cesse entre la couleur de peau et la nationalité) ; c'est donc là l'une de ses rares occurrences, qui se révèle surprenante :

> 1. Le commissaire de police de l'Etat du Borno : (…) j'ai posé la question de la sécurité à Mai[duguri], de la présence d'étrangers et d'Occidentaux, la réponse a été qu'il n'y a pas de problème à maintenir des étrangers à Maiduguri y compris des Caucasiens !! c'est la route qui pose problème !
>
> 2. Le directeur de la DSS : (…) Il a mentionné que Mai[duguri] est sûre et que toutes les nationalités sont acceptées, étant donné qu'il n'y a pas de risque de kidnapping ou de vol à main armée[15].

De fait, le risque d'enlèvement qui a justifié à partir de 2012 ce choix de « profiler » les expatriés envoyés à Maiduguri (sur le conseil des autorités à l'époque) a considérablement diminué avec l'expulsion de Boko Haram hors de la ville et la fermeture de quatre de ses cinq routes d'accès : où des ravisseurs pourraient-ils se retirer s'ils s'avisaient d'enlever un étranger ? Toutefois, ce changement ne donne pas lieu à une remise en cause de la mesure, tacitement reconduite[16]. Dans le souvenir qu'ont conservé de leur *briefing* plusieurs expatriés arrivés sur le terrain en 2015, les risques d'enlèvement sur la route Damaturu-Maiduguri étaient la raison alors invoquée pour expliquer le profilage – raison qu'ils jugèrent peu convaincante, estimant que les risques en question s'appliquaient à tous et pas seulement aux Occidentaux[17], comme en témoigne l'enlèvement des Chibok Girls et de nombreux notables.

---

14. Document « Borno initial », rapport de la mission exploratoire du 13-24 février 2012.

15. Document « Maiduguri visit 18-22 November 2014 », chef de mission.

16. La proposition opérationnelle du 30 novembre ne fait aucune mention des contraintes de sécurité. Dans le document *PowerPoint* qui nous est parvenu pour le comité de projet, une diapositive consacrée aux « *risques* » fait figurer celui de « *kidnapping* » (sans doute discuté ensuite oralement dans les termes que nous avons donnés plus haut). Le profilage, lui, n'est jamais nommé (par exemple à propos des besoins en RH).

17. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, arrivé en avril 2015, 2 octobre 2017 ; entretien avec le coordinateur logistique d'urgence n°2, arrivé en juin 2015, 9 novembre 2017.

ENCADRÉ 3. Principaux enlèvements de ressortissants étrangers attribués à Boko Haram (*source : ICG sauf mention contraire)*

13 mars 2011, au nord de l'État de Kebbi (Nigéria). Kidnapping par Ansaru de Christopher McManus (britannique) et de Franco Lamolinara (italien), deux « construction engineers ». Tués lors d'une tentative de libération par les forces spéciales britanniques et nigérianes à Sokoto, le 7 mai 2012 alors que la famille avait entamé les négociations pour paiement de rançon.

26 janvier 2012, État de Kano (Nigéria). Kidnapping par Ansaru d'un ingénieur en construction allemand, Edgar Raupach. Tué avec 4 ravisseurs lors d'une tentative de libération par les troupes nigérianes dans leur planque dans la banlieue de Kano en janvier 2012.

19 décembre 2012, Rimi village, Katsina (Nigéria). Enlèvement d'un ingénieur français travaillant pour S.A. Vergnet France sur un projet d'éolienne, revendiqué par Ansaru qui fait référence à l'interdiction par la France du port du voile dans les écoles et à son intervention au Mali. S'échappe le 16 novembre 2013 lors de son transfert de Katsina à Zarai (État de Kaduna).

16 février 2013, Jama'are, nord de l'État de Bauchi (Nigéria). Enlèvement de 7 expatriés travaillant pour la société de construction libanaise basée au Nigéria Setraco travaillant sur la route Kano-Maiduguri. Les otages sont britannique, italien, grec, libanais (2) et syriens (2). Revendiqué par Ansaru qui cite « *les transgressions et atrocités commises à l'encontre de la religion d'Allah… par les pays européens dans de nombreux endroits du monde comme l'Afghanistan et le Mali* ». Ansaru revendique les avoir exécutés. Selon ICG, il y a un doute sur leur sort (tués ou pas à l'occasion d'une tentative de sauvetage par les armées nigériane et britannique ?)

19 février 2013, Parc naturel de Waza (Cameroun). Enlèvement de la famille Moulin-Fournier (4 enfants, 3 adultes) revendiqué par Boko Haram qui demande la libération de femmes capturées par l'armée. Libérés contre rançon au bout de deux mois.

13 novembre 2013, Nguetchewé parish of Mayo-Moskota (Nord Cameroun). Enlèvement du prêtre français Georges Vandenbeusch, attribué à Boko Haram. Libéré le 31 décembre contre rançon et contre la libération de membres importants de la secte emprisonnés à Maroua.

4 avril 2014, parish de Maroua (Nord Cameroun). Une sœur canadienne et deux prêtres italiens kidnappés et relâchés le 1er juin vraisemblablement contre rançon.

Mai 2014, Waza (Nord Cameroun). Kidnapping de dix employés chinois de la compagnie de construction routière Sinhohydro, libérés en octobre vraisemblablement contre rançon aux côtés de dignitaires camerounais enlevés dans la même région en juillet[18].

18. http://www.bbc.com/news/world-africa-29581495

Juillet 2014, Gobi, État de l'Adamawa (Nigéria). Kidnapping d'un ressortissant allemand, Nitsch Eberhard Robert, par Boko Haram. Officiellement libéré au Cameroun autour du 20 janvier 2015 par une opération des forces armées locales.

Le plan 2015 : Aider les déplacés en ville et dans les camps

Parallèlement à la quasi-disparition de l'accès à l'extérieur de Maiduguri, l'explosion du nombre de déplacés dans la ville est l'autre évolution marquante intervenue entre l'été 2014 et la fin de l'année, explique le chef de mission. Sur les 700 000 déplacés que comptent désormais les trois Etats du nord-est du pays affectés par le conflit (Borno, Yobe, Adamawa), 500 000 se trouvent dans le Borno, dont 400 000 à Maiduguri. Les services y sont déjà « *épuisés*[19] », dans la « *communauté* » comme dans les camps, où des changements importants sont à prévoir, le gouvernement ayant l'intention de regrouper les déplacés dans deux sites afin de pouvoir procéder à la réouverture des écoles.

Dans ces conditions, la proposition opérationnelle du 30 novembre suggère de « *se concentrer sur le secours aux déplacés et la préparation/réponse à la violence*[20] ». S'il n'y a là aucune inflexion notable par rapport aux orientations prises depuis la mi-2014, c'est en revanche la portée et l'ambition de celles-ci qui augmente : mise en place d'un système de surveillance épidémiologique dans tous les camps ; soutien médical dans les trois plus gros avec, outre les consultations générales et les références, la création de deux cliniques mobiles hebdomadaires dans chaque site, l'une nutritionnelle, l'autre anténatale ; « *soutien médical* » également à Maimusari où il s'agira essentiellement d'améliorer l'offre de services existante et de renforcer la maternité (notamment en vue d'en faire le lieu de référence des camps) : ouverture 24 heures sur 24, augmentation du nombre de lits ; soutien aux autorités sanitaires pour la prise en charge des afflux de blessés (formation et donations de matériel), en explorant les possibilités de participer directement aux soins. Enfin, le chef de mission envisage de soutenir, dans un second temps, le bloc opératoire et la maternité de l'hôpital de Monguno, ville de province encore accessible située à 140 km au nord de Maiduguri, en direction du Lac Tchad, où Boko Haram étend alors son influence.

Une remarque. Il est difficile de ne pas être frappé, dans la proposition opérationnelle du 30 novembre, par la place importante que continue d'avoir la réponse aux violences comme justification au projet, par contraste avec la réalité des options opérationnelles prises. Entièrement tourné vers les déplacés, le projet Borno semble ainsi continuer d'avoir pour horizon la prise en charge des blessés et la délivrance de soins secondaires. L'essentiel de la section intitulée « *Opportunités* » y est consacré ; tout dans les formulations y dénote cette dévaluation du projet dans sa forme présente comme étant un pis-aller, le moyen d'autre chose : à Maimusari, « *il est vrai que le soutien sera surtout en santé*

19. Document « Operational proposal for Intervention in Borno State », 30 novembre 2014 (non signé).
20. *Ibid.*

primaire (…) mais ce n'est qu'un début », qui va permettre de « *gagner la confiance* » des autorités, très réticentes à une implication directe de MSF dans ses hôpitaux et notamment pour la chirurgie et la prise en charge des blessés. C'est « *un prêté pour un rendu* », explique le chef de mission : « *fournir aujourd'hui des 'soins de santé de faible valeur avec un impact limité' peut se révéler être de grande valeur pour nos activités futures dans le Borno* ». De même, la création de liens avec les hôpitaux par le biais des références de patients pourrait « *ouvrir les portes pour intervenir… en chirurgie à l'avenir !* » Selon nous, cette façon qu'ont les concepteurs du projet de s'excuser de ce qu'il est réellement, de le justifier en le raccordant à un autre projet, idéal et futur, ne parle pas tant de leurs obsessions propres que de l'idée qu'ils se font des attentes de la « maison » (et notamment la direction des opérations) et des arguments légitimes, illustrant la prégnance du paradigme de la prise en charge des blessés dans les contextes de conflit et la difficulté à assumer de s'en écarter.

Concernant le domaine de l'eau-assainissement, une véritable ambivalence se dégage des documents. Depuis sa visite à Maiduguri, le chef de mission partage la conviction du coordinateur de projet qu'une implication dans des activités EHA est indispensable. La proposition opérationnelle du 30 novembre prévoit d'en déployer dans les camps (et peut-être en ville, la formulation est ambiguë) ; mais pour y prodiguer un « *soutien limité* ». Si restrictive qu'elle paraisse, l'expression doit pourtant être comprise, précise rétrospectivement le coordinateur de projet, comme étant « *déjà beaucoup*[21] » eu égard au contexte d'alors, peu propice au développement de telles activités : la nouvelle conviction du chef de mission n'était en effet partagée ni par le reste de l'équipe de capitale (et notamment le coordinateur logistique, qui ne s'était pas rendu en visite à Maiduguri à ce stade[22]), ni par la cellule[23]. Le chef de mission avait-il échoué à les convaincre à son retour de Maiduguri ? Ou n'avait-il pas tenté avec la vigueur requise, s'estimant à l'avance peu fondé à affirmer une ambition pour MSF dans ce domaine ? Toujours est-il que, comme s'il n'était pas tout à fait assumé, ce volet EHA disparaît ensuite du reste du document du 30 novembre (on n'en trouve notamment aucune trace dans la section consacrée aux activités). Surtout, il est totalement absent du *PowerPoint* produit pour le comité de projet du 16 décembre, alors même que l'équipe de terrain a entre-temps conduit de nouvelles évaluations dans les camps et produit une estimation précise des besoins[24]. En fin de compte, ce sont des personnes du siège présentes lors de ce comité qui auraient abordé le sujet, engageant le chef de mission à adjoindre « *des activités eau-assainissement essentielles*[25] » au plan opérationnel qu'il présentait. C'est d'ailleurs là, d'après ce dernier, la seule modification demandée par les membres du comité de projet, par ailleurs « *d'accord sur tout* ».

---

21. Entretien avec le CP n°1, présent de mai 2014 à juin 2015, 11 juillet 2017.

22. A l'occasion de son évaluation de fin de mission, le coordinateur logistique reconnaîtra avoir tardé à prendre la mesure de la situation du fait même de cette absence de visite, responsable d'un « *manque de visibilité* » (« Individual review », document attaché au courriel du 28 mai 2015).

23. Discussion informelle avec la responsable de cellule, 23 avril 2018.

24. Document « Report, Camp analysis », 9 décembre 2014 ; « IDP camp watsan summary », 12 décembre 2014, incluant un fichier Excel avec une évaluation chiffrée des besoins (notamment plusieurs centaines de latrines dans chaque camp, ainsi que plusieurs centaines de mètres-cubes de stockage d'eau).

25. Entretien avec le chef de mission de l'époque, 11 mars 2017. Dans tous les cas, le sujet a été marginal et la responsable de cellule, pourtant co-autrice du *PowerPoint*, n'en a pas conservé de souvenir précis.

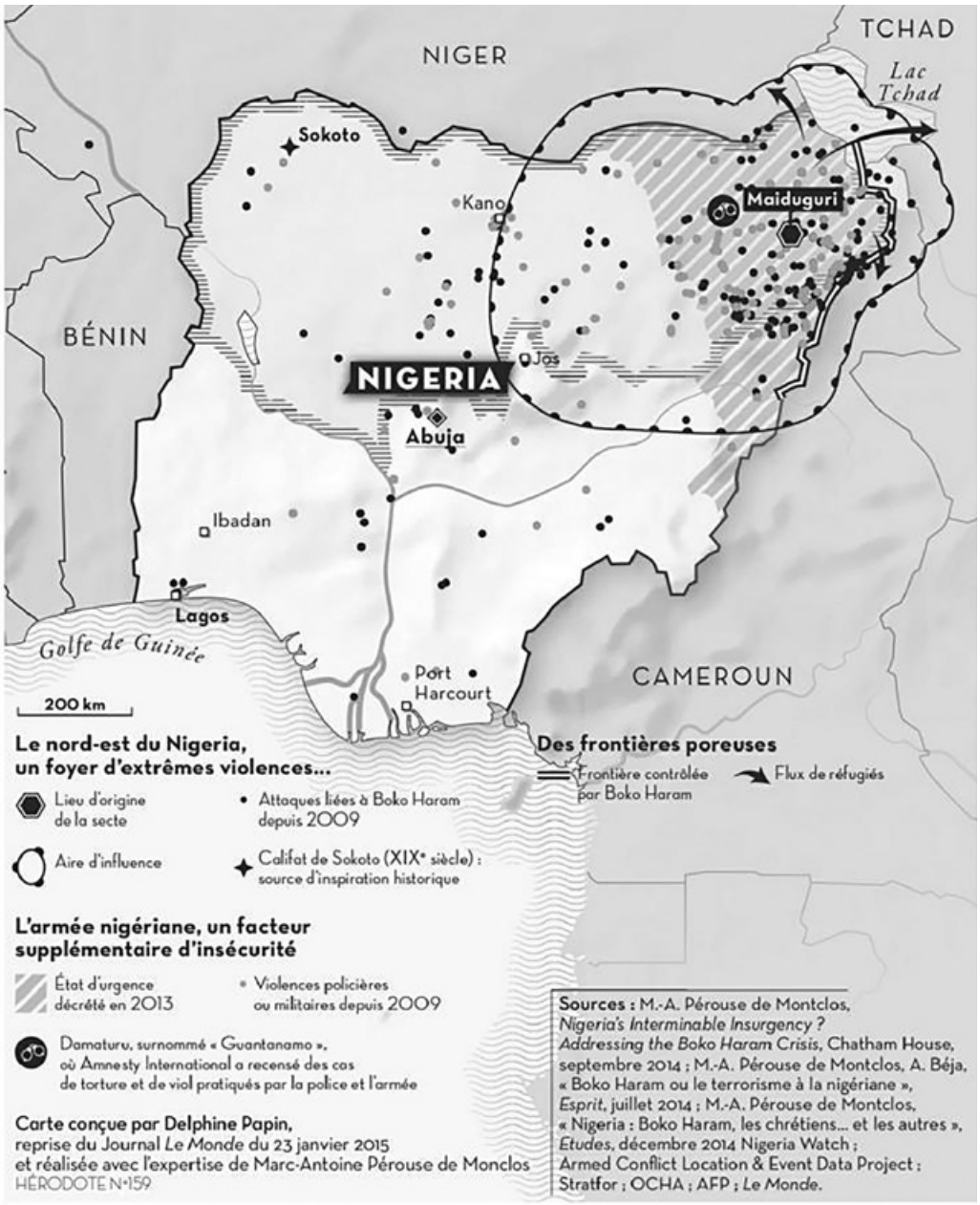
Enfin, les moyens à prévoir pour le projet apparaissent pour la première fois dans ce même PowerPoint. En augmentation par rapport à l'existant, ils demeurent cependant modestes : trois expatriés (coordinateur projet, *medical team leader*, logisticien-administrateur), six médicaux (employés MSF et *community health workers*), 16 employés pour « *la logistique, l'administration et les locaux* », le tout pour un budget de 1,3 millions d'euro.

Au cours des mois qui suivent cette « naissance officielle » du projet, le décalage entre la réponse prévue par MSF et l'ampleur de la crise devient saillant aux yeux de la responsable de la cellule régulière, qui se convainc alors de la nécessité d'un changement de rythme et d'échelle.

ÉPISODE 3. L'INSUFFISANCE MANIFESTE DE LA RÉPONSE MSF (JANVIER-MARS 2015)

INTENSIFICATION DES OPÉRATIONS MILITAIRES ET NOUVELLES ARRIVÉES DE DÉPLACÉS À MAIDUGURI

FIGURE 3. Le conflit entre Boko Haram et l'État au 1er janvier 2015



Au premier trimestre 2015, le nombre de déplacés s'accroît considérablement à Maiduguri où convergent des dizaines de milliers de personnes fuyant les affrontements entre Boko Haram et l'armée, qui reprend progressivement le contrôle des capitales de district du Borno. Les recensements mis en place par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) dénombrent 660 000 déplacés à Maiduguri en janvier 2015, et 920 000 en avril[1].

Cette réalité est à peine évoquée, voire totalement passée sous silence dans les documents MSF du début 2015. Ces derniers font néanmoins état d'une forte activité militaire autour de Maiduguri, donnant lieu à des changements permanents de territoires entre l'armée et Boko Haram. « *Les mois de janvier et février ont vu des attaques – incursions ou attentats-suicides de Boko Haram – quasi-quotidiennes dans les villes et villages* » du Borno, résume le chef de mission[2]. L'une d'elles, début janvier, a été spectaculaire : les insurgés sont parvenus à s'emparer de la ville de Baga, base de la Force multinationale conjointe combattant l'insurrection aux côtés de l'armée nigériane (MNJTF)[3]. Deux mille personnes auraient été tuées en trois jours, et une quantité considérable d'armes et de munitions aurait été saisie dans les locaux de la Force multinationale.

L'équipe réussit en dépit de ces turbulences à effectuer une visite à Monguno ; mais le lendemain même, la ville est attaquée et passe aux mains de l'insurrection. Outre qu'elle ruine la possibilité pour MSF d'y travailler, la prise de Monguno resserre encore l'étau autour de Maiduguri, désormais totalement isolée du reste du Borno, et toujours ciblée par les insurgés. Ainsi deux raids, fin janvier, y sont repoussés par l'armée, et une attaque-suicide perpétrée par une fillette de 10 ans y a lieu début février – l'équipe MSF fournit à cette occasion un soutien au State Specialist Hospital, où sont conduits la plupart des blessés[4].

Boko Haram frappe également pour la première fois à l'extérieur des frontières du Nigéria (attaques des 6 et 8 février 2015 au Niger et du 13 février au Tchad).

Enfin, pendant les six premières semaines de 2015, la perspective des élections générales prévues le 14 février donne lieu à une sorte de « suspens », l'anticipation de probables turbulences dans le pays par les équipes MSF (notamment à Abuja) les inclinant à différer les décisions importantes à l'après-élections. Finalement, à quelques jours de leur tenue, la date en est repoussée au 28 mars 2015.

---

1. OIM, Displacement Tracking Matrix, round 2 (1er janvier-28 février 2015, https://displacement.iom.int/node/581), et DTM round 3 (29 avril 2015).

2. « Nigeria Monthly Sitrep / Context », couvrant la période du 1er janvier au 20 février 2015.

3. La Force multinationale conjointe (MNJTF) est composée de troupes du Nigéria, du Niger, du Cameroun, du Tchad et du Bénin. Créée en 1998 pour promouvoir la coopération dans la lutte contre le banditisme transfrontalier dans la région du Lac Tchad, elle s'est plus récemment préoccupée des questions de terrorisme.

4. Une formation à la prise en charge d'afflux de blessés est par ailleurs organisée à Abuja à l'intention de membres du personnel de l'hôpital.

LES CARENCES DE L'OFFRE DE SOINS SECONDAIRES ET NUTRITIONNELS

Dans ce contexte tendu et incertain, l'équipe lance les travaux de réhabilitation de la clinique de Maimusari, et développe les activités dans les camps, avec leur lot d'aléas : soutien à l'une des cliniques d'un nouveau camp, Teachers' Village ; problèmes chroniques de duplication avec les cliniques Unicef, menant au retrait de MSF du camp de WTC, etc. Elle souligne les difficultés persistantes, pour les patients des camps, à accéder aux hôpitaux : « *au total, 103 patients ont été référés au State Specialist Hospital (…) La majorité de ces patients n'ont pu accéder à des soins pour des raisons financières* », note le sitrep de janvier, qui signale le décès d'une patiente enceinte après son transfert vers l'hôpital SSH, où elle n'a pu être soignée faute de moyens. Bien qu'officiellement gratuits pour les déplacés en vertu des directives du gouverneur du Borno, dans les faits, les soins secondaires se révèlent payants du fait des fréquentes ruptures de stocks de médicaments, confirme le coordinateur médical adjoint à l'issue de sa visite à Maiduguri en février[5].

Cette question des références est l'occasion pour le coordinateur médical adjoint de réaliser une visite au State Specialist Hospital, par laquelle il « *confirme une importante augmentation du nombre de patients* », et en particulier une « *nette augmentation des cas de malnutrition reçus (40 % des hospitalisations pédiatriques)*[6] ». Cette information vient s'ajouter aux préoccupations de l'équipe nées du *screening* nutritionnel qu'elle a effectué en janvier auprès de plus de 700 enfants dans les cliniques des trois camps où elle intervient, faisant apparaître une malnutrition aiguë sévère (SAM) de 7,9 %. A quoi s'ajoutent les résultats préliminaires du dépistage nutritionnel rapide conduit par ACF dans des camps formels et informels de Maiduguri, extrêmement mauvais : 9 % de SAM, 29 % de malnutrition aiguë modérée (MAM)[7]. Après avoir visité avec l'équipe de terrain l'« *unité de nutrition* » de l'hôpital SSH, qui ne propose en réalité aucune prise en charge spécifique, le coordinateur médical adjoint recommande d'ajouter un centre de réhabilitation nutritionnelle intensive (ITFC) aux services prévus dans la clinique de Maimusari[8]. Ce sera le premier ITFC de Maiduguri.

LE MANQUE D'EAU DANS LES CAMPS

Parallèlement, les activités dans le domaine de l'eau-hygiène-assainissement, elles, restent au point mort ; leur démarrage fait l'objet de discussions pendant deux mois sans qu'aucune résolution ne

5. Document « Field visit report : Borno project », Coordinateur médical adjoint, 1er mars 2015.

6. *Ibid.*

7. Document « Nut situation in Maiduguri and the actors' response – Brainstorming points », 16 février 2015.

8. « Nutrition Unit Assessment Report », Coordinateur médical adjoint, 26-27 février 2015. Dans son rapport de visite, il recommande par ailleurs d'inviter « *des experts d'Epicentre pour réaliser une évaluation nutritionnelle rapide de Maiduguri* ». C'est finalement en mai qu'une enquête Epicentre sera demandée.

soit prise[9]. Puis, à partir de début mars et pour plusieurs semaines, la quasi-totalité des documents qui nous sont parvenus sont liés à la construction d'une proposition d'intervention complète[10]. Pendant ce temps, « *la situation dans les camps se détériore* », note la responsable logistique de la cellule (LogCell), en visite en mars, qui poursuit : « *il faut répondre aux besoins immédiatement*[11] ». Or, selon les souvenirs de la responsable de cellule, la coordination à Abuja peine à passer en mode « urgence »:

> [Le coordinateur logistique] me disait : « *l'eau, tu comprends, il n'y a pas de générateur, pas de fuel* » (…) Je me souviens qu'avec la responsable logistique du desk, on lui disait « *mais payez !!* ». Nous, on voulait faire sauter les process, monter en puissance. Mais c'était compliqué, y compris sur Abuja (…), la *coordo*, nos processus, le manque de ressources humaines, de flexibilité… (…) Pour moi c'était clair que c'était une urgence, il fallait être beaucoup plus rapide, monter en puissance, se dire « *on y va* »[12].

Le 23 mars, la proposition d'intervention EHA est achevée. Il s'agira d'intervenir dans quatre camps – les trois où MSF soutient une clinique ainsi que celui de Bakassi, nouvellement ouvert et où aucune ONG n'est présente – afin d'y améliorer la quantité et la qualité d'eau disponibles ainsi que l'hygiène (fourniture de fuel pour les pompes, de réservoirs, construction de plus de 2 000 latrines et douches…)[13]. Un responsable expatrié, quatre assistants *watsan*, ainsi que près de 90 volontaires sont prévus pour la mise en œuvre ; le tout pour un budget de 450 000 euro (contrastant avec les 38 000 euro prévus lors du comité de projet pour l'ensemble des activités non médicales).

Le même jour, tout se précipite : sur sollicitation des autorités, l'équipe visite un nouveau camp, Federal Training Center (FTC), tout juste créé à la suite de l'arrivée de plusieurs milliers de personnes fuyant la ville de Bama. Et c'est dans ce camp non prévu dans le plan d'action que commence en

---

9. Le sujet est totalement absent des sitreps ; les évaluations conduites à la veille du comité de projet n'ont pas été suivies d'actions (« Camp analysis », document du 12 décembre 2014, non signé, probablement produit par le terrain. Le document donne une idée de la timidité entourant le sujet – ou de la timidité de l'équipe de terrain en général : au milieu de données indiquant des besoins en eau se comptant par millions de litres d'eau dans certains camps, il demande l'autorisation pour procéder à la couverture de 22 latrines avec du *plastic sheeting*). Un rapport de janvier 2015 sur le camp Teachers' Village mentionnant sa situation désastreuse et l'absence d'eau pendant des jours entiers ne semble pas davantage avoir donné lieu à des actions concrètes (« Teachers Village camp logistic updated », 15 janvier 2015, signé de l'équipe logistique Borno), si l'on en croit le rapport d'activité du Coordinateur logistique pour janvier.

10. Nouvelle évaluation exhaustive des camps, avec deux options d'intervention (l'une « sélective », l'autre dans les 8 camps officiels) ; budget provisoire ; élaboration d'une stratégie de mise en œuvre en deux phases.

11. Rapport de visite effectuée du 10 au 18 mars 2015.

12. Entretien avec la responsable de cellule, 22 février 2017.

13. « WASH proposal, NG 152 », 23 mars 2015. Cette proposition reprend l'orientation prônée dans la proposition de début mars qui, contrairement au souhait du terrain, plaidait pour l'option de l'« *investissement sélectif* » dans 4 camps, du fait des « *ressources limitées* » et de la « *contrainte de sécurité* » : « *avec des ressources limitées, mieux vaut faire peu mais bien* ». Si cette logique sélective se défend, on peut toutefois en questionner le critère, qui n'est pas l'acuité de la situation du camp mais l'implication préalable de MSF (soutien à la clinique du camp, pour NYSC, TV, ATC) ou la possibilité de travailler sans entrave (absence d'autres acteurs, pour Bakassi). Dans plusieurs des camps non sélectionnés, la situation semble en effet bien plus critique, d'après l'évaluation exhaustive des camps (« Mai IDP camp WASH report », 4 mars 2015, avec toutefois une réserve sur ces informations du fait de plusieurs incohérences entre le narratif sur chaque camp et le tableau récapitulatif, concernant les capacités de stockage, le nombre de litres d'eau disponibles).

urgence le plus gros des activités *watsan* du projet, avec l'installation de réservoirs et la mise en place d'un approvisionnement en eau par camion-citerne.

Le 26 mars, le Borno est à l'ordre du jour du conseil d'administration qui se tient au siège parisien de MSF. La responsable de la cellule y plaide pour un accroissement significatif de l'attention et des moyens accordés à cette crise qui doit « *être une priorité pour MSF* ».

A l'issue de ce conseil d'administration, et à la surprise de la responsable de cellule, la direction des opérations décide le transfert du projet Borno à la cellule des urgences.

SAISON 2. L'EXPANSION

Avril - Décembre 2015

Dans les semaines qui suivent l'arrivée d'un coordinateur d'urgence, les activités augmentent et leur rythme s'accélère, tandis que les moyens, notamment en RH, peinent à suivre (Épisode 1). Deuxième clinique dans la « communauté », démarrage d'un programme nutritionnel, réponse au choléra, fourniture d'eau, soins secondaires : au cours de l'été 2015, le volume opérationnel explose, avec davantage d'activités réparties sur davantage de sites d'intervention (Épisode 2). Certains membres de la coordination et du siège s'affolent de ce volume et du risque important de perte de contrôle sur les ressources – risque qui se matérialise dès août 2015 avec l'affaire dite « de la dalle » (Épisode 3). Au cours des trois derniers mois de 2015, une certaine confusion règne quant aux orientations du projet. Alors que la direction des opérations a annoncé le retour prochain de celui-ci sous la responsabilité de la cellule régulière, les deux cellules planifient d'abord pour 2016 une nouvelle extension des activités, pour changer tout à fait de cap un mois plus tard : il faut réduire les activités à Maiduguri, où l' « urgence est terminée » (Épisode 4).

ÉPISODE 1. LES URGENCES PRENNENT LA MAIN (FIN AVRIL-FIN JUIN 2015)

CHANGEMENT DE RYTHME À MAIDUGURI

La décision fin mars de transférer le projet à la cellule des urgences ne prend effet qu'un mois plus tard avec l'arrivée d'un coordinateur d'urgence (e-Coordo).

Celui-ci se rend immédiatement à Maiduguri, où il est frappé par la modestie des activités (notamment logistiques), qu'il s'agisse du nombre de camps où MSF intervient ou de la quantité d'eau fournie. Cette modestie contraste avec l'idée d'intervenir « *dans tous les camps* » héritée de son briefing – et défendue par l'équipe de terrain, qu'il découvre « *frustrée* », se souvient-il, des limitations mises depuis plusieurs mois par la capitale à ses propositions d'action[1].

Initialement venu pour évaluer la situation sur le terrain avant de rentrer à Abuja, le coordinateur d'urgence décide alors de rester à Maiduguri afin d'épauler l'équipe. Le rapport détaillé qu'il rédige le 28 avril 2015, consacré pour une large part à l'eau-assainissement dans les camps, fait un état de la situation dans chacun des sites où MSF est présent et liste les actions à entreprendre dans un délai de deux semaines. Ainsi, si changement il y a, c'est surtout au regard de la rapidité avec laquelle le coordinateur d'urgence entend remédier, de façon systématique, à chacun des manques constatés – à commencer par les quantités d'eau dérisoires disponibles dans trois des camps, 3,5 litres par personne et par jour à Teachers Village, 2,5 litres à Arabic Teachers College, 4 litres à NYSC[2].

Le mois de mai voit le lancement d'activités dans plusieurs directions. Dans les camps de National Youth Service Corps, Arabic Teachers College, Teachers Village et Federal Training Center, d'abord : approvisionnement en eau, construction de latrines, évaluation en vue d'une distribution de biens de première nécessité, construction d'abris à NYSC où des gens dorment encore « *sous les arbres* », recrutement et formation de volontaires en vue du démarrage de la surveillance épidémiologique (effective dans les quatre camps à la mi-mai)[3].

Du côté de la « *communauté* », c'est-à-dire en ville, ensuite : on prépare la réouverture de la clinique de Maimusari dont les travaux de réhabilitation touchent à leur fin. A cet effet, le recrutement d'infirmiers est lancé notamment pour le service d'hospitalisation materno-infantile, dont la cellule des

1. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, présent d'avril à novembre 2015 (sauf juin-juillet), 14 mars 2017.

2. Des chiffres bien inférieurs, pour ces deux derniers camps, à ce qui avait été calculé lors de l'évaluation de mars. De fait, les données diffèrent grandement d'un document à l'autre, sans qu'une explication soit fournie par leurs auteurs ou puisse être déduite à partir des éléments qu'ils livrent (par ailleurs, ainsi que déjà mentionné, des divergences existaient à l'intérieur même des documents de mars 2015).

3. « Borno emergency sitrep week 18 » (27 avril-3 mai 2015), « week 19 » (4-10 mai 2015), « week 20 » (11-17 mai 2015). A partir de l'arrivée du coordinateur d'urgence, les sitreps deviennent hebdomadaires ou, la plupart du temps, bimensuels.

urgences a décidé de porter le nombre de lits à 72 (60 lits de pédiatrie : hospitalisation générale et centre nutritionnel thérapeutique ; et 12 en maternité), au lieu des 20 lits initialement prévus par la cellule régulière. Ce quasi-quadruplement de la capacité d'hospitalisation est jugé nécessaire par l'adjoint responsable de cellule (ARC) des urgences tant au regard du nombre de déplacés vivant parmi la population résidente que des problèmes sanitaires chroniques au nord-Nigéria, comme la mortalité materno-infantile et la malnutrition[4]. En outre, la création d'un véritable service d'hospitalisation pédiatrique et d'une maternité à Maimusari vise à offrir une structure de référence aux femmes et enfants déplacés privés d'accès aux soins secondaires.

Parallèlement, l'équipe répond aux besoins divers des déplacés à Maiduguri : ainsi les 9 et 17 mai, des dizaines de bus affrétés par les autorités amènent près de 3 000 nouveaux déplacés en provenance du Niger (où ils étaient réfugiés), rapatriés à la suite d'une attaque de Boko Haram contre des militaires nigériens. Tous sont dirigés vers un nouveau site, « Gubio » : il s'agit d'un « *estate* », c'est-à-dire un lotissement en construction, solution vers laquelle les autorités se tournent de plus en plus lors des afflux de déplacés, alors que les établissements scolaires sont saturés et qu'il est question de les libérer afin qu'ils puissent accueillir à nouveau écoliers et collégiens. Sollicitée par la SEMA, l'équipe MSF organise en urgence une distribution de biens de première nécessité, une clinique mobile, une évaluation nutritionnelle, et s'implique également dans la distribution d'eau : tout comme Federal Training Center en mars, Gubio vient s'ajouter à la liste des camps où MSF a des activités médicales et logistiques. Par la suite, cette liste variera sans cesse, au gré de l'évolution de la situation des déplacés et de la réponse à celle-ci par les différents acteurs. Il est ainsi quasi-impossible de se figurer de façon stable la physionomie du projet, la distribution des sites, des activités et du personnel dans la durée.

Enfin, l'arrivée annoncée de centaines de femmes libérées des geôles de Boko Haram mobilise au mois de mai 2015 une part importante de l'énergie du terrain, de la capitale et du siège. Les autorités ont sollicité l'appui de MSF pour préparer le « centre de stabilisation de Legacy » chargé d'accueillir les ex-captives. Les équipes aménagent les locaux (construction de toilettes, cuisine, aire de lavage), préparent des kits pour les femmes (biens de première nécessité, etc.), installent une pharmacie ainsi qu'une salle de consultation, recrutent des expatriés pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles… Une somme d'efforts qui se révèlera inutile : inauguré en grande pompe par les autorités locales début juin, le centre de Legacy attendra en vain l'arrivée de ces femmes, vraisemblablement transférées directement à Abuja[5].

4. Entretien avec le responsable adjoint (ARC) de la cellule des urgences, 26 février 2017.

5. « Borno emergency response sitrep week 25 » (15-21 juin 2015).

ABUJA ET PARIS À LA TRAINE

« Je trouve que le Borno va bien vite »

Dès ses premiers efforts en vue d'accélérer le déploiement des activités, le coordinateur d'urgence constate, comme avant lui le coordinateur de projet, le décalage entre Maiduguri et l'équipe de capitale. Ses demandes en matériel ou en ressources humaines sont l'occasion de nombreuses frictions, ainsi que l'illustre le courriel de recadrage envoyé par le CoRH lorsqu'il prend connaissance du nouvel organigramme de la clinique de Maimusari et du besoin de « *21 infirmiers et un superviseur* » :

> Je trouve que le Borno va bien vite, c'est la première fois que je vois cet organigramme, or toutes vos propositions devraient être discutées ici à Abuja à la mini-MAP et validées. Je sais que l'on a déclaré l'urgence dans le Borno, mais nous avons toujours des procédures à suivre, comme la validation, l'ouverture de poste, les descriptions de postes, etc. (…) Initialement à Maimusari, le nombre de lits était de 12 ? Quel est le plan maintenant, comment se fait-il que vous l'augmentiez ainsi jusqu'à 50 ou 60 lits? Je mets la coordinatrice médicale [en copie], je suis sûr que ce sera une bonne surprise pour elle aussi[6].

De fait, pendant les premières semaines de sa mission, le coordinateur d'urgence ne dispose pas d'une équipe dédiée (e-CoLog, e-CoMed…). C'est donc avec la coordination régulière d'Abuja – elle-même en lien avec la cellule des urgences – qu'il fonctionne… au prix de grandes difficultés : « *Nous, on disait 'c'est une urgence', cela ne suivait pas* », résume-t-il[7]. Le coordinateur de projet se souvient quant à lui avoir reçu des prophéties pessimistes de la part de membres de l'équipe de capitale, lui promettant l'échec à monter en puissance, ou la perte de contrôle[8].

Pénurie de ressources humaines au desk des urgences

Exaspéré, le coordinateur d'urgence finit par court-circuiter l'équipe de capitale et transmettre directement ses demandes en RH internationales à la cellule des urgences. Toutefois, la difficulté à obtenir des expatriés pour le projet Borno demeure. Alors que le volume d'activités augmente chaque jour, c'est une équipe à peine plus étoffée qu'avant le passage aux urgences qui est à pied d'œuvre tout au long du mois de mai : cinq expatriés, coordinateur d'urgence inclus. « *Assez rapidement, on s'est retrouvés débordés. Vu les besoins, il fallait accélérer. On travaillait jour et nuit* », se souvient l'e-Coordo.

La cellule parvient finalement à envoyer à Abuja une coordinatrice d'urgence Finances et RH (e-CoFiRH), puis des coordinateurs logistique (e-CoLog) et médical (e-CoMed) au mois de juin,

6. Echange de courriels du 27 avril 2015, « Urgent recruitment ».
7. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, présent d'avril à novembre 2015, 14 mars 2017.
8. Entretien avec le coordinateur de projet n°1.

permettant la constitution progressive d'une équipe de coordination d'urgence. Le terrain quant à lui reçoit en mai un pharmacien, puis un logisticien « distribution », ainsi que des personnes dédiées au projet Legacy (une psychologue, un gynécologue). En revanche, personne n'a été trouvé pour le poste-clé de *logistic team leader* : en attendant de pourvoir le poste, on demande à l'assistant CoLog d'Abuja, un Nigérian promis à l'expatriation, qui connaît bien Maiduguri et le projet pour avoir fait partie des premières missions exploratoires, de remplir la fonction. Mais bientôt, c'est le poste de coordinateur de projet qu'on lui demande d'occuper en attendant de trouver un remplaçant au premier CP, dont la mission s'achève – un intérim qui durera jusqu'à novembre 2015.

Enfin, à côté du poste de *logistic team leader* redevenu vacant, celui d'administrateur terrain l'est également. L'assistant administrateur nigérian de Maiduguri se trouve ainsi à gérer seul, pendant les mois de mai et juin, l'augmentation des activités. Or, rappelle la responsable financière de la cellule, « *il n'[a] pas de formation d'admin, il était juste assez gentil pour accepter d'aller à Maiduguri !*[9] » En l'absence d'administrateur, le coordinateur d'urgence décide de ne pas établir de contrats, recourant à un bataillon de journaliers pour développer les activités. Fin juin, la cellule parvient à envoyer une administratrice expatriée qui, selon la responsable financière, « *coche toutes les cases* » : elle est noire et anglophone… « *sauf la case 'compétence'*[10] ».

La faute au profilage ?

Lors des entretiens, le profilage est régulièrement invoqué en lien avec la difficulté à pourvoir les postes avec des personnes compétentes. « *Pas facile de trouver un [logisticien] watsan expérimenté, africain, anglophone* », expliquent les uns. D'autres, toutefois, nuancent (notant qu'on a toujours du mal à trouver des personnes en été, par exemple), ou avancent d'autres explications : « *pour moi, c'était un choix opérationnel,* juge ainsi l'e-Coordo. *On avait le Yémen, qui était la priorité*[11] ».

Le profilage a du moins une conséquence incontestable : à l'exception des e-Coordos successifs et du responsable adjoint de la cellule des urgences, « africains », les membres de la coordination, de la cellule et des départements de support (majoritairement « caucasiens ») ne peuvent se rendre sur le terrain. Leur absence prive les équipes de terrain du soutien dont elles ont manifestement besoin sur place, mais aussi d'un soutien à distance adapté : les responsables opérationnels et les référents techniques manquent de familiarité avec la vie et l'environnement de la mission, ne peuvent se forger leur propre perception du projet par l'observation, l'arpentage et les discussions. Cette distance physique, professionnelle, sensible, est d'autant plus dommageable que l'équipe expatriée de terrain ne peut, par ailleurs, s'appuyer sur une équipe locale solide. Le recrutement de personnel compétent

9. Entretien avec la responsable financière en charge du Borno (d'abord au sein de la cellule régulière puis de celle des urgences) à partir de janvier 2015, 23 août 2017. Recruté en mars 2015 par la coordination régulière à Abuja, l'assistant administrateur a reçu une formation MSF de trois jours avant d'être envoyé sur le terrain.

10. *Idem*.

11. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, 14 mars 2017.

dans le Borno se révèle extrêmement difficile, et n'est qu'en partie compensé par le recours à des personnes « délocalisées ».

Fin juin, au prix d'importants efforts, le personnel international du projet urgence Borno est passé à 14 expatriés, dont 4 pour l'équipe de coordination en capitale.

TABLEAU 1. Évolution des ressources humaines nationales et internationales affectées au projet Borno, en équivalent temps plein, janvier-juin 2015

	RH expatriées (incl. Abuja)	RH nationales
janv-15	1	13
févr-15	2	14
mars-15	3	16
avr-15	4	23
mai-15	7	32
juin-15	14	57

LA SITUATION AUX YEUX DE L'ÉQUIPE DE MAIDUGURI EN JUIN 2015

Tout en développant les activités initiées par la mission régulière et en répondant aux situations nouvelles, le coordinateur d'urgence procède à une « *revue du plan opé* ». Ses propositions pour les mois à venir sont formulées dans un *proposal* mi-juin[12]. En réponse, l'ARC des urgences consigne dans un court document intitulé « *Operational direction emergency response Borno*[13] » les orientations qu'il a retenues.

Cette feuille de route du 25 juin n'a pas pour ambition d'être compréhensible hors d'un cercle restreint[14]. C'est donc à partir des sitreps et du *proposal* de mi-juin, avec sa description détaillée de la situation politico-militaire et « *humanitaire* » (la cellule l'a trouvé « *long et ennuyeux* », rapporte l'e-Coordo), que nous pouvons nous figurer les enjeux et les priorités discutés entre le coordinateur d'urgence et sa cellule.

12. « Operational plan proposal for Borno project », 14 juin 2015, coordinateur d'urgence (non signé).

13. « Operational direction emergency response Borno », 25 juin 2015, ARC de la cellule des urgences (non signé).

14. Il s'agit de deux pages clairsemées en style télégraphique qui sont une liste d'activités, sans justification, avec des passages en rouge ressemblant à des commentaires (en réalité rédigés par l'ARC également). L'ARC précise que son document était d'autant plus concis qu'il était à lire en lien avec le proposal de mi-juin, très détaillé. Demeure néanmoins la question de l'appropriation d'un tel document.

Détérioration de la situation sécuritaire

Le premier phénomène que le *proposal* de mi-juin fait apparaître est le regain d'attentats à partir du mois de mai et notamment de l'intronisation du nouveau président, Muhamadu Buhari, le 29 mai 2015.

On voit là se préciser une tendance perceptible semaine après semaine dans les sitreps. Ainsi, ceux du mois d'avril notaient une accalmie à Maiduguri après les mois de février-mars 2015 : la situation y était qualifiée à répétition de « *calme et stable*[15] », la vie s'y déroulant « *sans accroc*[16] » ; les combats qui continuaient d'avoir lieu dans le reste du Borno (l'armée reprend Bama et Gwoza mi-avril, bombarde la forêt de Sambissa) semblaient être interprétés comme la queue de comète de l'effort de reconquête de l'armée : « *d'après certaines informations, les troupes nigérianes contrôlent désormais pleinement la quasi-totalité de l'Etat mis à part la forêt de Sambissa, qui serait apparemment la prochaine zone à nettoyer*[17] ». Mais le schéma bien connu se produit à nouveau au mois de mai : sous « *pression* » et « *en train de perdre du terrain* », mais aussi profitant du flou créé par la période de transition entre les présidents sortant et élu, les insurgés frappent à nouveau Maiduguri le 13 mai, Damaturu le 16. Puis, à partir de la prise de fonctions du nouveau président, c'est l'escalade. « *Nous avons eu une explosion presque chaque jour à Maiduguri* », note l'équipe dans son sitrep[18]. Le président, quant à lui, réitère sa promesse d'intensifier la lutte contre Boko Haram, et fait transférer le commandement opérationnel d'Abuja à Maiduguri.

Déplacer les déplacés

Le deuxième élément de contexte longuement décrit dans le *proposal* concerne le futur des camps de déplacés et les projets de « *relogement* » de leurs habitants [*relocation* en anglais]. Le sujet, déjà évoqué fin 2014, est revenu à l'ordre du jour en mai au cours d'une réunion avec la SEMA à Maiduguri. Celle-ci a annoncé être « *sur le point d'évacuer les déplacés des écoles*[19] » (dont l'occupation a déjà fait perdre une année scolaire aux enfants), et de les transférer vers des bâtiments publics ou des estate à la périphérie de la ville. Entre 20 000 et 30 000 déplacés sont concernés. « *Toute la question est : 'quand ?'* », précise l'équipe : « *pour le moment, les autorités disent : 'à tout moment d'ici à septembre' ; nous devons être prêts en cas de décision au dernier moment*[20] ».

Parallèlement, les autorités examinent les possibilités de renvoyer des gens « *dans leurs zones d'origine, comme Monguno, Bama, ou encore Askira Uba* ». Toutefois, les axes menant à ces localités ne sont

15. « Borno sitrep week 16 » (13-19 avril 2015), « Borno sitrep week 17 » (20-26 avril 2015).
16. « Borno emergency response sitrep week 18 » (27 avril-3 mai 2015) et « week 19 » (4-10 mai 2015).
17. « Borno sitrep week 16 » (13-19 avril 2015).
18. « Borno emergency response sitrep week 23 (1-7 juin 2015). Les attentats font 90 victimes la semaine qui suit l'intronisation du nouveau président.
19. « Borno emergency response sitrep Week 18 » (27 avril-3 mai 2015).
20. « Operational plan proposal for Borno project », 14 juin 2015, coordinateur d'urgence (non signé).

toujours pas sûrs et les représentants de la SEMA, lors de la réunion à laquelle a assisté l'équipe, ont confié n'être « *pas favorables au fait de renvoyer les déplacés avant d'avoir évalué les villes récemment libérées* » ; ainsi, « *ils sont allés à Bama et ont trouvé la ville complètement détruite et brûlée !!*[21] ». Projet émanant du gouvernement fédéral à Abuja (et des Nations unies dans son sillage), le retour des déplacés est censé démontrer que le Borno est en voie de normalisation, comme l'a proclamé le président dès son entrée en fonctions. Le « *haut-comité technique* » créé spécialement pour la mise en œuvre de ce projet prévoit de « *tout finaliser en 90 jours (construire les marchés, les écoles, les centres de santé dans les zones d'où viennent les déplacés)* », selon l'équipe.

Ce discours de la normalisation fait l'objet de vives réactions au sein du forum d'ONG humanitaires à Abuja, dont certains des échanges figurent parmi les rares courriels auxquels nous avons pu avoir accès. Ainsi ce message de la chef de mission d'ACF et coordinatrice du forum, le 17 juin, en réaction à l'annonce d'une future évaluation des besoins par les Nations unies et la NEMA dans les zones de possible retour :

> Veuillez noter que nous sommes face à de nombreux acteurs (les agences des Nations unies en particulier le Coordinateur humanitaire, et dans une moindre mesure son adjoint, la FAO, le PNUD, le HCR, et en partie l'Unicef) qui sont très désireux de revenir au 'business as usual' = développement – et donc qui parlent de 'normalisation de la situation', 'retours', '*early recovery*', etc. dans leur communication et leur plaidoyer auprès de la communauté internationale (…) Au bout du compte, il semble à ce stade que les ONG sont les seules ou presque à faire valoir le point de vue des déplacés (mis à part quelques individus isolés au sein de leurs organisations). Je crois personnellement que nous avons une forte responsabilité à prendre la parole pour faire que les populations affectées ne soient pas oubliées tandis que tout le monde trouverait plus confortable d'ignorer le problème[22].

En amont de ce courriel figure un message du coordinateur d'OCHA, Kasper Engborg, adressé aux ONG afin de les rassurer sur les objectifs de l'évaluation des besoins à venir, et de « *clarifier la position d'OCHA* », différente de celle du Coordinateur humanitaire des Nations unies :

> La situation dans le nord-est demeure volatile et imprévisible, et en ce sens nous ne croyons pas que l'environnement général soit propice à un retour organisé de grande ampleur. D'après les observations et rapports reçus, nous reconnaissons que seuls des retours spontanés et épars se produisent pour l'instant, et seulement dans l'Etat de l'Adamawa.
>
> Il est tout à fait exclu d'encourager les déplacés à rentrer chez eux si les conditions d'un retour sûr et volontaire ne sont pas remplies. L'évaluation des besoins prévue ne vise aucunement

21. « Borno emergency response sitrep Week 18 » (27 avril-3 mai 2015).
22. Courriel du 17 juin 2015.

> à faciliter ou encourager de tels retours. Elle a une visée purement humanitaire et doit nous aider à avoir une meilleure compréhension de la situation sur le terrain, indispensable si nous voulons assurer au mieux le respect et la mise en œuvre des standards internationaux sur le retour volontaire et éclairé des déplacés. (…) Je veux par ailleurs souligner qu'OCHA ne soutient ni n'encourage les escortes militaires dans quelque contexte que ce soit. (…) L'évaluation des besoins à venir ne sera pas effectuée dans des lieux accessibles seulement par escorte puisque la simple nécessité de celle-ci indiquerait selon nous automatiquement que ces zones ne sont pas propices à un retour sûr[23].

Dans quelle mesure ces discussions qui se tiennent à Abuja – et auxquelles participe, davantage que l'équipe d'urgence, la nouvelle chef de mission régulière – parviennent jusqu'à Maiduguri, il est difficile de l'établir. Mais dans tous les cas, la question de la qualification de la situation des déplacés (normalisation ou détérioration, à Maiduguri ou au dehors ?) et de leur devenir est posée, sur le terrain comme en capitale.

CHANGER D'ÉCHELLE

Les propositions du coordinateur d'urgence

Les propositions présentées par le coordinateur d'urgence « *en lien avec le contexte évoqué ci-dessus* », introduisent deux inflexions par rapport au projet existant.

La première est la volonté de mettre l'accent sur les soins secondaires, au détriment relatif des soins primaires. Plusieurs éléments semblent y concourir, à commencer par l'aggravation des problèmes de collaboration avec l'Unicef. En dépit d'une réunion de conciliation en novembre 2014, au terme de laquelle un partage de territoire était prévu entre MSF et l'Unicef, les déboires se sont multipliés – refus de quitter le camp normalement dévolu à MSF, installation d'une clinique Unicef à côté de la clinique MSF, siphonage du personnel MSF… En juin, décision est prise de se retirer des camps où l'Unicef est présente, NYSC et Gubio – camp où prévaut pourtant une situation très préoccupante, d'après la surveillance épidémiologique tout juste mise en place (avec une mortalité chez les moins de cinq ans de 3,6 et 2,5/10 000/jour respectivement semaines 22 et 23).

Prenant acte de ces difficultés et de la dégradation de la situation sécuritaire, le proposal suggère d'abandonner à l'Unicef les soins de santé primaires dans les camps et redéployer les activités médicales vers l'hospitalisation ; il s'agit de resserrer le projet « *sur les priorités qui sont les soins secondaires et l'eau-assainissement*[24] ». L'e-Coordo propose d'ouvrir trois petits hôpitaux : dans l'un des camps

23. Courriel, « OCHA position on upcoming needs assessment », 12 juin 2015.
24. « Borno emergency response sitrep week 22 » (25-31 mai 2015). L'assertion n'est toutefois pas étayée davantage.

qui va recevoir les déplacés relogés ainsi que dans deux quartiers de la « *communauté* » accueillant de nombreux déplacés.

La deuxième inflexion introduite est précisément l'accent mis sur la « *communauté-hôte* » : outre la création des deux structures d'hospitalisation mentionnées à l'instant, il est proposé d'y mettre en œuvre une surveillance épidémiologique, des activités d'eau-assainissement, une distribution de biens de première nécessité.

Les choix du desk

Le plan opérationnel tel que validé par la cellule des urgences dans le document du 25 juin n'endosse pas la proposition d'abandonner les soins primaires (parce qu'ils permettent, dira l'ARC, de « *garder un œil sur les camps*[25] », par-delà les problèmes avec l'Unicef). Il reprend en revanche à son compte celle d'un investissement accru sur les soins secondaires et en direction des quartiers de la ville accueillant de nombreux déplacés ; à quoi il ajoute la volonté d'intervenir plus directement dans la réponse aux « *fréquents afflux de blessés* ».

Il s'agit en somme de mener davantage d'activités, sur davantage de sites. Ainsi pour le médical :

- cinq consultations externes : outre les trois existantes (clinique de Maimusari, camps d'ATC et TV), il s'agit d'en ouvrir deux nouvelles en ville (Maimusari2 et Bolori2) ;
- deux structures d'hospitalisation (Maimusari et une nouvelle, soit à Gubio comme dans le *proposal* de mi-juin, soit dans un quartier populaire de Maiduguri) ;
- une activité de « *chirurgie et soins d'urgence pour les blessés* », qu'il va falloir négocier avec les autorités ;
- des activités de santé mentale dans les camps et en ville (un choix lié à la présence à Maiduguri d'une psychologue venue pour le projet *Legacy* et se trouvant désœuvrée) ;
- et un système de surveillance épidémiologique étendu à tous les camps officiels et à la « *communauté-hôte de Maimusari* », à la mise en place duquel doit contribuer l'enquête commandée à Epicentre par la cellule des urgences[26].

Du côté des secours non médicaux, le document, très évasif, dénote un mouvement similaire d'extension vers la ville : ainsi les activités d'eau-assainissement engagées dans les camps (fourniture d'eau, de latrines, de douches et d'abris) seraient également mises en place dans la « *communauté-hôte de Maimusari* ». Un accent particulier serait mis sur les biens essentiels, dont la distribution est prévue en direction de l'intégralité des déplacés en camps, ainsi qu'à l'extérieur de ceux-ci (sans que le document en précise les modalités).

25. Discussion informelle avec l'adjoint responsable des urgences, septembre 2017.

26. L'idée d'une enquête de mortalité rétrospective et nutritionnelle, émise par la cellule régulière en février (cf *supra*) afin de documenter la situation prévalant à l'extérieur des camps, était restée sans suite. La cellule des urgences la reprend, en lui adjoignant la visée de cartographier la présence des déplacés dans la ville afin d'identifier des zones de forte densité où concentrer la surveillance (entretien avec la directrice des enquêtes d'Epicentre, 15 novembre 2017).

Cette feuille de route du 25 juin reflète la volonté de la cellule des urgences de répondre à l'immensité des besoins dans un contexte où MSF continue d'être l'un des seuls acteurs vraiment opérationnels. Il s'agit aussi pour elle d'accomplir et de réussir ce pour quoi elle s'est vu confier la charge du projet Borno, à savoir une montée en puissance. Après Ebola et les critiques relatives au manque de réactivité de la cellule lors de l'épidémie, la pression en ce sens était forte, notamment sur l'ARC, se souvient une membre de l'équipe : « *là, pour [lui], c'était : 'il faut y aller, il ne faut pas se rater [opérationnellement]'*[27] ».

27. Entretien avec la responsable financière de la cellule des urgences, 23 août 2017.

ÉPISODE 2. MONTÉE EN PUISSANCE DES OPÉRATIONS (JUILLET-OCTOBRE 2015)

FIGURE 4. Le porte-à-porte dans les camps en amont de la distribution de biens de première nécessité (photo prise par le logisticien distribution, juillet 2015)

FIGURE 5. Une déplacée de retour vers son abri avec son « kit NFI »
(photo prise par le logisticien distribution, juillet 2015)

NOUVELLES VAGUES DE DÉPLACEMENTS DE POPULATION

Les sitreps des mois de juillet et août 2015 font état d'une intensification des affrontements à Maiduguri et en zone rurale, à l'origine de nouvelles arrivées de déplacés dans la capitale. Mi-août, l'équipe rapporte que la population des camps atteint 90 à 100 000 personnes, réparties sur 15 sites – dont deux « informels » où échouent une grande partie des nouveaux arrivés : « Farm Centre » (8 200 personnes) et « 400 Housing Estate along Bama road » (4 600 personnes, plus tard désigné sous les noms de « FTC2 » ou « Dalori2 »)[1]. L'augmentation du nombre des déplacés à Maiduguri est en réalité bien plus importante que la situation dans les camps ne le laisse entrevoir ; ce nombre total serait passé de 900 000 à 1,4 million entre juin et août 2015, selon les chiffres collectés par l'OIM et consignés dans la base de données DTM (*Displacement Tracking Matrix*), et auxquels les équipes ont accès. Les sitreps ne rendent pas compte de cette vague massive d'arrivées dans la population-hôte, sans doute difficile à percevoir avant que le comptage de la DTM ne l'objective.

Parallèlement, les autorités organisent le retour de déplacés vers certaines zones, Konduga, Bama, et surtout Gwoza : ainsi le camp de Government College, composé en grande partie de gens originaires de cette région, passe de 12 000 personnes en juillet à 6 000 en août 2015, rapporte l'équipe, qui doute du caractère volontaire de ce rapatriement alors que les informations confuses dont elle dispose indiquent que la sécurité dans la ville serait précaire et qu'un camp y aurait été créé où se trouveraient des « *personnes captives*[2] ».

C'est dans ce contexte incertain que l'équipe expatriée à Maiduguri[3] s'attelle à la mise en œuvre du nouveau plan opérationnel.

LA PSY OUVRE UNE FENÊTRE SUR LE VÉCU DES DÉPLACÉS

Début juin, au lendemain d'une cérémonie d'accueil au « *centre de réhabilitation de Legacy* » qui s'est déroulée en leur absence, il a fallu s'y résoudre : on ne verrait sans doute pas les ex-captives de Boko Haram tant attendues (y compris par MSF, qui n'échappe pas à l'attrait que suscitent de façon générale ces victimes « *high profile*[4] »). L'équipe envoyée à Maiduguri au prix d'immenses efforts pour s'occuper d'elles se retrouve « *au chômage technique*[5] ». Quitte à être sur place, et dans l'incertitude quant à l'évolution des choses et une possible réapparition de ces *girls*, le gynécologue apporte son appui aux activités materno-infantiles. Et la psychologue commence à s'intéresser aux camps où

1. « Borno emergency response sitrep week 32-33 » (première quinzaine d'août 2015).
2. « Borno emergency response sitrep week 34-35 » (22 août-4 septembre 2015).
3. Monté à 12 en juillet, le nombre d'expatriés oscille entre 10 et 11 entre août et octobre, selon les informations rapportées dans les sitreps.
4. Expression utilisée par la coordinatrice médicale d'urgence dans un courriel du 8 juin 2015.
5. Entretien avec la psychologue, présente de juin à novembre 2015, 5 mai 2017.

travaille MSF : c'est ainsi que démarre le volet « santé mentale » du projet Borno – qui durera le temps de sa mission, et prendra fin avec son départ.

Tout en demeurant focalisée sur Boko Haram comme source unique de souffrance des personnes, la psychologue est vite amenée, dans les faits, à avoir une approche non discriminante : « *ça allait de la femme échappée toute seule enceinte avec ses deux enfants à la mère d'un enfant hospitalisé pour malnutrition (…) C'étaient des gens arrivés la veille ou trois ans auparavant*[6] ». Dans les camps, la psychologue commence à organiser des groupes de discussion avec des femmes, puis des hommes ; tous parlent « *très facilement* ». Rapidement, ces discussions font exister une réalité faite de terreur, de violences multiples venant de tous les côtés (et pas seulement de Boko Haram), mais aussi, notamment chez les femmes, de dépossession continue :

> Si l'on regarde ce à quoi ces femmes ont été exposées depuis des mois voire des années, elles ont été des objets de BH, même si elles n'ont pas été enlevées, et sont maintenant des objets du gouvernement (droits, hébergement, nourriture, liberté de mouvement, frais médicaux…) ; elles dépendent de l'aide et de la volonté d'autrui pour à peu près tout de leur vie[7].

Elles évoquent leur difficulté à s'occuper et se faire respecter de leurs enfants, témoins des pires atrocités, privés de figure parentale protectrice, et désormais oisifs ; et aussi combien elles se sentent coupables « *car au moment de fuir à toutes jambes dans la brousse, personne ne se préoccupait même de ses propres enfants*[8] ». Et les hommes de raconter, en écho :

> … les enfants tués/enlevés, la peur de mourir, la peur d'avoir un enfant enlevé, l'impuissance, la paternité, ce que cela fait d'être un homme quand vous ne pouvez pas protéger votre propre famille et que vous dépendez des autres pour nourrir votre femme et vos enfants. Ils ont également abordé le sujet des femmes enlevées, violées et enceintes : le sentiment d'être blessé, dépossédé (…) Ils ont exprimé combien ils se sentaient eux-mêmes victimes à travers leur femme[9].

Tous ont vu leur monde bouleversé, « *se sentent comme des objets, comme des animaux (chassés, abattus), voire comme des déchets (cadavres abandonnés)* ».

---

6. *Ibid.* Cette approche a été encouragée par la coordinatrice médicale dès qu'a commencé à vaciller le projet *Legacy* et que, les ex-captives étant inatteignables, il était question de s'occuper de leurs familles : la CoMed avait alors exprimé sa désapprobation d'une telle sélection des patients *a priori*, estimant que l'offre de soins de santé mentale devait s'adresser « *à toute personne qui en a besoin* » (courriel du 8 juin 2015).

7. « Mental Health Sitrep », 6-17 juillet 2015.

8. « Mental Health Sitrep », 3-16 août 2015.

9. « Mental Health Sitrep », 17-30 août 2015.

La psychologue réalise également des consultations individuelles dans les camps ainsi que dans la clinique de Maimusari, au lit du patient – notamment avec des mères d'enfants hospitalisés, déplacées comme résidentes (parfois des pères), chez qui se télescopent les émotions, presque « *90 % d'entre elles [ayant] déjà perdu un enfant*[10] ».

Ces descriptions font saisir, par un contraste particulièrement saillant, la pauvreté en histoires et en émotions des écrits produits depuis le début du projet par les équipes successives – et notamment le peu de chair des sitreps, qui juxtaposent les éléments factuels sans les articuler, et racontent le projet tout entier à travers les activités prises une par une (les chiffres, les obstacles qu'elles rencontrent) ; tandis que la population pour laquelle le projet a été créé demeure un lointain décor de celui-ci, dont n'émergent jamais des personnes ou des sentiments humains.

En l'occurrence, de façon notable, les sitreps de la psychologue deviennent rapidement pour le reste de l'équipe expatriée une fenêtre sur le vécu des gens, leurs conditions de vie au présent. « *C'était très lu* », se souvient-elle[11]. S'il y a lieu de s'en réjouir, il est aussi possible de s'interroger sur ce que cet intérêt pour les « sitreps santé mentale » dit du fonctionnement du projet où « *parler aux gens* » serait devenu la spécialité du psychologue plutôt que d'incomber naturellement à tous les membres de l'équipe – une remarque qui vaut sans doute pour de nombreux projets. Ainsi qu'elle le résume dans l'un de ses sitreps à propos du faible nombre de références qu'elle reçoit de la part de ses collègues : « *Comme l'équipe ne parle pas avec les gens de leur situation, les patients s'en tiennent aux symptômes physiques, et l'équipe avec*[12] ».

Pareillement, les recommandations données par la psychologue face au sentiment de dépossession et de passivité identifié lors des groupes de discussions soulignent le déficit, de la part du personnel soignant, des marques d'attention et de respect élémentaires dues au patient – ici en l'occurrence, aux patientes :

> Il me semble important de leur donner l'opportunité d'être en position active à nouveau chaque fois qu'elles peuvent décider pour elles-mêmes, et de les aider à se sentir humaines à nouveau : les regarder dans les yeux, leur expliquer ce qui leur arrive / arrive à leur enfant, à quoi servent les médicaments prescrits, leur demander comment elles vont, comment elles se sentent, se comporter correctement en tant que travailleur de santé (…) respecter la confidentialité…[13]

10. *Ibid.*

11. Entretien, 5 mai 2017. L'ARC les mentionne également pour indiquer que l'on connaissait la situation des gens et qu'on leur parlait (discussion informelle).

12. « Sitrep Mental Health », 17-30 août 2015.

13. « Sitrep Mental Health », 6-17 juillet 2015.

Enfin, la présence de la psychologue rend également plus visibles les cas individuels – ceux que les acteurs humanitaires font en général entrer dans la case « *cas de protection*[14] » : une jeune femme violée et qui ne veut pas garder le bébé à naître, pour lequel on cherche une solution de placement, après qu'une interruption de grossesse n'a pu être mise en œuvre (elle finira par la réaliser par ses propres moyens) ; des patientes qui veulent garder leur grossesse secrète et pour qui l'on arrange le transport jusqu'à la consultation…

Au bout du compte, si la psychologue rapporte avoir reçu le soutien du coordinateur de projet[15] et des coordinateurs médicaux successifs dans sa recherche de solutions, ni la question des violences sexuelles ni celle des interruptions de grossesse ne semblent toutefois s'être constituées en enjeu opérationnel pour l'équipe. Pendant les mois de présence de la psychologue, aucune IVG n'a été pratiquée ; « *il n'y avait pas tant de demandes que cela, les cas étaient anciens, les femmes avaient accouché* », explique-t-elle. Quelques cas de viols récents sont mentionnés dans ses sitreps (souvent au moment de décrire le profil d'une patiente pour laquelle un suivi a été décidé), et des actions ponctuelles également évoquées (comme la référence de patientes vers un programme de prise en charge du VIH). Mais on peut penser que les « *viols BH* » par milliers survenus par le passé – et pour lesquels il n'y a rien d'autre à faire qu'apporter un soutien psychologique éventuel – auront contribué à éclipser la réalité présente, où les viols étaient certainement beaucoup plus massifs qu'il n'est apparu à l'équipe.

Le volet « *santé mentale* » du projet s'arrête au bout de cinq mois avec le départ de la psychologue, aucun remplaçant qui satisfasse au critère du profilage n'ayant été trouvé. En réalité, ce n'est qu'au prix d'importantes contorsions qu'elle-même avait été considérée « *conforme* », étant française d'origine indienne : « *lors du briefing à Paris, on m'a dit que la politique était de ne pas avoir de Français ni de blanc – donc de dire que j'étais indienne* », se souvient-elle, précisant que « *c'était lié à l'urgence* » : en somme, la nécessité qu'une équipe arrive à temps pour l'ouverture de Legacy justifiait d'assouplir les critères. La responsable RH de la cellule des urgences explique pour sa part que la psychologue était certes « *typée indienne* », mais qu'elle « *passait au niveau de la couleur*[16] ». Cette appréciation n'est pas partagée par les habitants de Maiduguri, constate toutefois la psychologue sur place : « *je faisais pleurer les bébés à cause de ma tête… moi en Afrique on me considère comme une blanche* ». Par la suite, d'autres aménagements se produisent, avec des justifications toujours alambiquées, tandis que la mesure, pourtant éminemment problématique en soi, demeure en place sans être jamais, à notre connaissance, débattue de façon ouverte et collective.

14. Ses sitreps sont de fait les seuls où est mentionnée la participation à des « réunions Protection » où sont présents les agences onusiennes, des ONG locales et internationales, le représentant local du ministère de la Santé.

15. Il s'agit du coordinateur de projet n°2, en poste de juillet à décembre 2015.

16. Entretien avec la responsable RH de la cellule des urgences, 5 juillet 2017.

BOLORI 2, UN CENTRE DE SANTÉ AU CŒUR D'UN QUARTIER MARTYR

Fin juillet démarrent les activités en soins de santé primaire dans une deuxième structure au sein de la « *communauté* », la clinique de Bolori 2. Tout est allé vite entre le *proposal* de mi-juin, qui suggérait de regarder du côté des quartiers d'Old Maiduguri ou de Mashamari, et finalement le choix du quartier de Bolori 2, l'évaluation de sa clinique et l'obtention d'un accord des autorités sanitaires pour s'y positionner. C'est parce qu'il connaissait déjà Maiduguri pour y avoir été en 2013 que le coordinateur d'urgence a pensé à ce quartier défavorisé du nord de Maiduguri, qui plus encore que Maimusari mérite d'être décrit comme un ancien bastion de Boko Haram – on dit que c'est là que son fondateur Mohammed Yusuf commença à prêcher, et que la clinique de Bolori 2 fut un temps utilisée par l'émir de Boko Haram comme palace :

> La zone a été une "no-go area" depuis décembre 2011. Fin 2012, Bolubulin Ngarannam [le quartier où est située la clinique] était encore interdit d'accès aux non-membres du groupe, ce qui a mené les anti-Boko Haram à partir s'installer ailleurs dans la ville. La situation est demeurée ainsi jusqu'au milieu de 2013, quand les Civilian JTF ont pénétré dans le quartier et chassé BH en collaboration avec l'armée nigériane. A ce moment, des armes, des voitures volées, des cadavres, des fosses communes ont été découverts. Après avoir chassé les insurgés, l'armée a [bouclé] la zone jusqu'à mai 2015, date à laquelle les gens ont été autorisés à y accéder de nouveau. Environ un tiers des bâtiments du quartier ont été rasés par le gouvernement nigérian – tous les bâtiments considérés comme des caches d'armes[17].

Sur les 103 000 personnes que comptait le quartier avant d'être vidé, plus de la moitié seraient revenues, à quoi s'ajoutent les déplacés :

> Selon le responsable de la clinique, environ 70 % de la population désormais se compose de déplacés. La plupart vivent sans chef de famille (tué, ou parti avec Boko Haram).

Se positionner dans la clinique du quartier visait ainsi, se souvient le coordinateur d'urgence, à « *toucher la communauté vulnérable, négligée, victime de 'blâme', et les déplacés. Cela permettait aussi de se rapprocher de Boko Haram, éventuellement de favoriser les contacts*[18] ». Le responsable de la clinique, qui est la seule structure de santé à Bolori 2, accueille favorablement l'idée d'un appui de la part de MSF pour la fourniture de soins de santé primaires classiques : consultations externes (jusqu'à 15 ans), consultations anténatales et accouchements d'urgence, vaccination, centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire (ATFC), observation. La fréquentation est d'emblée importante (environ 100 consultations par jour, soit l'équivalent de Maimusari, et le triple de la fréquentation rapportée par le personnel de la clinique lors de l'évaluation) ; surtout, 40 % de ces patients sont des déplacés

17. « General assessment of Bolori 2 and its health facility (PHC) Maiduguri 9 july 2015 » (document non signé).

18. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°2, présent en juin-juillet 2015, 15 mars 2017. L'e-Coordo n°1 revient ensuite à Maiduguri d'août à novembre 2015.

(contre 7 % en moyenne à Maimusari)[19]. En somme, avec l'ouverture de Bolori 2, le nombre de consultations externes pratiquées par MSF double.

ADMISSIONS EN HAUSSE DANS LES CENTRES NUTRITIONNELS

Parallèlement, l'activité est en nette augmentation à Maimusari, notamment la prise en charge de la malnutrition en ambulatoire (ATFC) et en hospitalisation (ITFC) ; entre juillet et août, les admissions y doublent toutes les deux semaines[20]. Plus de 1 000 enfants sont inscrits dans le programme nutritionnel ambulatoire en septembre 2015 ; quant au centre nutritionnel intensif, ils y sont fin août « *deux ou davantage par lit*[21] ». A la fin de l'année, MSF France aura traité près de 6 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ou modérée à Maiduguri dont 650 cas compliqués nécessitant une hospitalisation.

Donner sens aux chiffres rapportés dans les sitreps n'est pas aisé, en raison des variations du nombre de structures et des critères d'admission depuis novembre 2014[22]. Si l'ouverture de Bolori 2 peut expliquer la hausse des admissions à l'été 2015, l'équipe n'exclut pas une possible dégradation de la situation nutritionnelle parmi la population, en lien avec la « *disponibilité de la nourriture ou avec des pathologies*[23] ». Toutefois, ces questions ne sont pas reprises dans les documents des semaines qui suivent[24].

Il est en fin de compte assez difficile, d'après les documents disponibles[25], de se faire une idée générale de la situation nutritionnelle prévalant alors à Maiduguri, soit du fait de leurs silences, soit parce qu'ils se contredisent en partie ; difficulté qui devient plus grande encore à propos de la situation à l'extérieur de la ville. Ce flou ressenti à la lecture se retrouve dans les entretiens ; mais

19. « Borno emergency response sitrep week 32-33 » (première quinzaine d'août 2015) pour les chiffres de fréquentation ; compilation des données présentes dans les sitreps précédents, pour les moyennes.

20. Les sitreps rapportent 151 admissions mi-juillet (au cours des semaines 30-31) dont 26 en intensif, 310 la première quinzaine d'août (semaines 32-33) dont 41 en intensif ; et 576 admissions la deuxième quinzaine d'août dont 61 en intensif (semaines 34-35), se stabilisant ensuite pour quelques semaines.

21. « Borno emergency response sitrep week 34-35 » (deuxième quinzaine d'août 2015).

22. Après une expansion constante jusqu'à mai 2015 (programme ambulatoire dans 2 camps, puis 3 à partir de janvier, puis 4 en mai, auquel s'ajoute fin mai l'ATFC/ITFC de Maimusari), les mois de juin-juillet 2015 voient l'arrêt des activités nutritionnelles dans les camps : d'abord le départ de MSF de NYSC et Gubio, puis l'arrêt de la nutrition à ATC et TV dans le cadre d'un arrangement avec l'Unicef, qui s'engage en retour à laisser MSF seul en charge des consultations externes. Ainsi mi-juillet, MSF ne dispose plus que de l'ATFC/ITFC de Maimusari. Enfin, au mois d'août, un nouvel ATFC voit le jour avec le démarrage des activités MSF dans la clinique de Bolori 2. Ces variations ne sont jamais résumées dans les sitreps et autres documents, qui décrivent à chaque fois la situation au moment présent. Les reconstituer ne peut donc se faire qu'au prix d'un fastidieux travail de fourmi. Par ailleurs, les chiffres sont présentés tantôt sur une semaine, tantôt sur deux, tantôt désagrégés (différenciation des sites), tantôt agrégés.

23. « Borno emergency response sitrep week 32-33 » (première quinzaine d'août 2015).

24. Soit qu'ils se concentrent sur les mesures concrètes à prendre pour faire face à l'afflux de patients (tel le nombre de jours d'ouverture de l'ATFC, porté à cinq par semaine) ou tenter de le réduire (comme la suggestion, non mise en œuvre finalement, de repasser à un critère d'inclusion à 115 mm de périmètre brachial, contre 120 mm utilisés depuis mai 2015 « *pour des raisons de prévention* »), soit qu'ils présentent les chiffres sans commentaires. Soulignons également que les faibles taux de guérison et les forts taux d'abandon à l'ATFC (moins d'un enfant sur deux sort guéri du programme entre juin et septembre) ne suscitent pas non plus de commentaires et restent à ce jour inexpliqués.

25. Il s'agit essentiellement des sitreps écrits par les coordinateurs d'urgence n°1 (en juin, puis à son retour en août), et n°2 (en juin et juillet) ainsi que des *proposals* de juin.

au fond, tout semble indiquer que la dégradation de la situation alimentaire constitue alors pour les équipes (terrain et e-Coordo) un sujet de vigilance, pas une priorité[26]. « *Ce n'était pas une situation où les gens maigrissaient à vue d'œil* », résume la psychologue à propos des camps. Quant à la situation à l'extérieur des camps, dans la « *communauté* », elle est absente des documents. Il transparait des entretiens que chacun se faisait son idée à partir de ce qu'il voyait (à Maimusari et Bolori par exemple), ou savait par ailleurs de Maiduguri et ses quartiers avant le conflit. Motivée par cette piètre visibilité sur la situation nutritionnelle hors des camps, une enquête Epicentre est réalisée courant juillet – ses résultats ne seront néanmoins disponibles que plusieurs mois plus tard (cf Annexes 4 et 5)[27].

LES CAMPS SOUS SURVEILLANCE

Retour aux camps : fin août 2015 voit la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique à visée « *exhaustive* ». C'est désormais dans les 15 camps officiels de Maiduguri[28] qu'après avoir réalisé un recensement initial, des équipes comptabilisent chaque semaine les arrivées et les départs, les morts et les naissances, les maladies à potentiel épidémique[29]. L'équipe MSF fait ainsi entrer d'un coup dans son champ de vision et de préoccupation les camps où elle n'a pas d'activité[30].

Les chiffres de mortalité reproduits chaque semaine dans les sitreps font apparaître des situations extrêmement contrastées, certains camps se distinguant par leur dépassement répété des seuils d'urgence communément utilisés (pourtant déjà questionnables du fait de leur valeur élevée, qui induit à classifier comme acceptables des situations que l'on pourrait juger critiques[31]). C'est le cas de Gubio dès la mise en place de la surveillance en mai 2015. A partir du début du mois d'août, et pour plusieurs mois, Federal Training Center (FTC) présente à son tour des chiffres de mortalité mauvais pour les enfants mais aussi en population générale, avec un taux brut de mortalité deux à quatre fois supérieur à la moyenne nationale du Nigéria.

---

26. Même pour les plus pessimistes, comme l'e-Coordo n°1 à propos de la situation dans les camps : « *Déjà [assez tôt], on disait que les gens n'ont plus rien… Mais à l'époque ce n'est pas une priorité, la priorité c'est l'eau et la santé* ». Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, présent d'avril à novembre 2015, 14 mars 2017.

27. Nous n'avons pas trouvé trace de discussions sur les résultats préliminaires, qui auraient commencé à circuler à l'automne 2015. Si étrange que cela puisse paraître, le rapport final n'est pas daté ; un courriel de réaction de l'ARC indique qu'il a dû être diffusé début décembre 2015.

28. Chiffre tel que rapporté par l'équipe dans ses sitreps et rapports de surveillance. Ce décompte est en cohérence avec la base de données DTM, qui comptabilise fin août 18 camps, mais parmi eux trois ont une population infirme (DTM Round V report, 31 août 2015).

29. Le dépistage de la malnutrition, initialement inclus dans cette surveillance, a été abandonné, sans doute parce qu'alourdissant une charge de travail déjà énorme.

30. Jusqu'alors, seuls figuraient dans les sitreps les six camps où MSF a des activités médicales ou logistiques, ATC, TV, NYSC, Gubio, FTC, Bakassi, tandis que l'existence des autres camps était passée sous silence (sauf exception, comme lors de l'évocation du plan de relogement des déplacés hébergés dans des écoles, qui fait apparaître, le temps d'un sitrep, plusieurs noms de sites jamais mentionnés auparavant). Il faut remonter au mois de mars 2015, avec les rapports d'évaluation de la situation au regard de l'eau-assainissement, pour trouver une précédente liste exhaustive des camps, alors au nombre de sept – liste caduque à peine établie.

31. Voir Annexe 4, section *Mortalité* - « Quels seuils d'urgence utiliser pour le Borno ? ».

TABLEAU 2. Taux bruts de mortalité et mortalité chez les moins de 5 ans, camp de déplacés de Gubio (moyenne mobile sur trois semaines[32]), système de surveillance MSF, Maiduguri, 2015

	Juin				Juillet				Août				Sept.
Semaine	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
U5 MR	2,63	1,43	2,22	1,50	7,56	8,32	9,82	4,41	2,79	1,84	1,19	1,13	1,14
CMR	0,97	0,83	0,95	0,96	1,94	1,82	2,05	1,15	0,89	0,77	0,55	0,63	0,36

TABLEAU 3. Taux bruts de mortalité et mortalité chez les moins de 5 ans, camp de déplacés de Federal Training Center (moyenne mobile sur trois semaines), système de surveillance MSF, Maiduguri, 2015

	Août		Septembre				Octobre					Novembre				Déc.	
Semaine	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
U5 MR	1,42	1,95	1,95	1,95	1,41	1,95	1,77	2,65	1,95	2,30	1,06	1,24	1,06	1,59	1,58	1,75	1,58
CMR	1,13	1,48	1,64	1,75	1,83	2,1	1,99	2,10	1,63	1,63	1,36	1,28	1,01	1,16	1,25	1,35	1,08

Cette surmortalité n'est pas commentée dans les sitreps avant début août[33]. Celui des semaines 32-33 note que la mortalité des enfants est « *encore élevée* » à Gubio et FTC et pointe la piètre qualité du service prodigué dans les cliniques de ces camps, « *étroitesse des horaires d'ouverture* », « *manque de références à temps vers d'autres structures*[34] ». En outre, le « *manque de soins médicaux* » (en l'occurrence la non-disponibilité de médicaments pour maladies chroniques) est responsable d'une surmortalité dans une « *maison pour personnes âgées* » à FTC. Ces problèmes sont valables plus généralement pour l'ensemble des camps, souligne l'équipe, qui s'inquiète de la difficulté pour les déplacés à accéder aux hôpitaux pourtant censés les accueillir gratuitement[35].

Par la suite, une certaine perplexité point face à la persistance de chiffres de mortalité alarmants à FTC chez les enfants comme les adultes[36].

A partir de début septembre, le nombre des décès est en augmentation dans de nombreux autres camps. Ce sont des décès en lien avec des formes sévères de paludisme, des complications de

32. A partir des taux de mortalité calculés par l'équipe chaque semaine, nous utilisons des moyennes mobiles sur trois semaines glissantes, de façon à « lisser » les résultats hebdomadaires en en supprimant les fluctuations transitoires (1 seul décès pouvant, dans un camp de moins de 10 000 personnes, faire « bondir » le taux de mortalité).

33. Soit que les sitreps manquent (semaines 24, 26, 27) ou ne comportent pas de partie consacrée à la surveillance (semaines 28-29), soit qu'une section « surveillance » existe bien (semaines 23, 25, 30-31), avec les chiffres de mortalité et une indication de la cause de décès pour les moins de 5 ans mais sans que ces chiffres fassent l'objet d'une quelconque appréciation de gravité.

34. « Borno emergency response sitrep week 32-33 » (première quinzaine d'août 2015). Le problème des références, identifié de longue date, doit être en partie résolu avec la mise en place imminente d'une ambulance MSF, note le sitrep.

35. « Borno emergency response sitrep week 34-35 » (deuxième quinzaine d'août 2015).

36. L'équipe, qui avait annoncé tout d'abord vouloir rencontrer les « *partenaires en charge de la santé dans le camp* » afin de leur soumettre des recommandations (semaines 34-35), finit par souhaiter le faire pour « *comprendre la situation actuelle* » (sitrep semaines 39) ; les documents n'indiquent pas si une telle rencontre a eu lieu.

rougeole, de malnutrition, toujours des maladies chroniques chez les adultes – et les premiers cas de choléra dans le camp de Shehu Sanda Kyarimi, puis Goni Katchallari et Farm Center. Si la surmortalité et les cas de rougeole détectés par le système de surveillance ne déclenchent pas d'action spécifique, les cas de choléra font l'objet d'une mobilisation immédiate, occasionnant un nouveau surcroît d'activité.

RETOUR DU CHOLÉRA ET DÉVELOPPEMENT DES ACTIVITÉS EHA

Préparée à répondre du fait d'une première alerte mi-août, l'équipe est prompte à réagir et envoie du personnel et du matériel à Maimusari et à Shehu Sanda Kyarimi afin d'isoler et traiter les cas en attendant le feu vert des autorités pour monter un centre de traitement du choléra d'une capacité de 100 lits ; celui-ci ouvre mi-septembre dans l'un des hôpitaux de la ville, *Infectious diseases hospital* (IDH). Parallèlement, jusqu'à dix points de réhydratation orale sont créés à mesure de l'évolution de l'épidémie, d'abord dans les trois camps où sévit celle-ci, puis dans deux autres camps, et dans cinq quartiers de Maiduguri – Maimusari, Bolori 2, puis Bolori 1, IDH, Mashamari – où se déplace progressivement l'épidémie et d'où sont originaires 83 % des cas diagnostiqués fin octobre.

Outre ce déploiement médical, le choléra suscite une importante augmentation de l'activité en lien avec l'eau dans les camps. Du jour au lendemain ou presque, le nombre de sites où MSF « *fournit de l'eau propre (chloration) pour couper les voies de transmission* » passe de cinq à huit, puis neuf[37]. Or dès avant cette extension des activités, « *il fallait courir partout*[38] », juge le logisticien *watsan* expatrié (qui en réalité n'a aucune formation spécifique dans ce domaine, et avait été envoyé sur le projet afin de mettre en œuvre l'importante distribution de biens de première nécessité décidée en mai). En l'absence de superviseurs, dont le recrutement tarde à se faire, le logisticien et ses deux assistants se retrouvent pendant un temps à « *courir de camp en camp pour effectuer la chloration* » eux-mêmes. L'équipe logistique n'est pas dimensionnée pour superviser un tel volume d'activités. Ainsi, aux près de 230 rotations de camions-citernes déjà effectuées chaque semaine, pour l'essentiel à Gubio et Bakassi, sont venues s'ajouter plus de cent rotations supplémentaires (cf. tableau 4 ci-après).

37. Courriel récapitulatif du coordinateur d'urgence n°1 à la nouvelle chef de mission (CdM n°2, présente de juillet 2015 à juillet 2016), 17 septembre 2015. Pour une raison que nous ignorons, ce courriel riche en informations a échappé à la disparition qui a frappé la quasi-totalité des autres messages. En revanche, les sitreps de la période sont très pauvres en informations concernant la logistique et notamment les activités EHA.

38. Entretien avec le logisticien *watsan*, 12 avril 2017.

TABLEAU 4. Approvisionnement en eau des camps de déplacés, MSF, semaine 41 (octobre 2015)[39]

Camps	Quantité totale produite (litres)	Réservoirs MSF Total/ Production forage/ semaine	MSF Total Water Trucking		Autres ONG/ Pompes manuelles/ production camions-citernes/CICR	Nombre de déplacés	Quantité (litres)/ jour/ personne	Remarques
			Nbre de litres fournis	Nbre de trajets/ semaine				
ATC	**782 000**	558 000	0	-	224 000	5 918	**18,8**	4 pompes manuelles
TV	**1 321 000**	1 069 000	140 000	14	112 000	8 754	**21,5**	2 panneaux solaires endommagés, MSF a réparé une pompe manuelle
NYSC	**896 000**		0	-	896 000	5 226	**24,5**	
GUBIO	**1 610 000**		1 400 000	140	210 000	9 775	**23,5**	
BAKASSI	**2 079 000**	1 349 000	730 000	73	0	12 710	**23,3**	2 panneaux solaires réparés et utilisés par MSF
SANDA KIYARIMI	**560 000**	252 000	140 000	14	168 000	2 505	**31,9**	
GONI KANTCHAL-LARI	**371 600**	210 000	140 000	14	21 600	2 211	**24,0**	
FARM CENTER	**1 457 000**	405 000	800 000	80	252 000	8 843	**23,5**	

Outre qu'il est coûteux, l'approvisionnement par camions-citernes est particulièrement difficile à contrôler, du fait du nombre considérable de trajets nécessaires pour atteindre les volumes requis, à quoi s'ajoutent les variations des quantités livrées chaque semaine pour chaque camp (l'équipe *watsan* répercutant, sur les commandes qu'elle envoie par message SMS au prestataire, les mouvements de population dans les camps enregistrés par l'équipe de surveillance). Le terrain n'ignore pas qu'il serait préférable de remplacer l'approvisionnement par camions-citernes par des forages connectés aux réseaux de distribution. Le sitrep de mi-juillet notait par exemple que deux forages venaient d'être terminés à FTC : « *cette évolution va dans le sens de notre tentative d'offrir des solutions durables dans ce domaine critique ; dans la foulée, nous avons diminué le nombre de trajets de camions-citernes, passé de 8 à 4 par jour* ». On s'y désolait qu'en revanche le forage entrepris à Gubio « *depuis deux mois* » n'ait pas été concluant : « *Il semble que la géologie du lieu n'était pas favorable. Un autre endroit a été identifié et les travaux de forage doivent reprendre bientôt*[40] ». Mais début octobre, les

39. Tableau extrait du rapport de visite à Maiduguri du responsable logistique de la cellule des urgences, 15 octobre 2015.
40. « Borno emergency response sitrep week 28-29 » (première quinzaine de juillet 2015).

camions-citernes fournissent toujours 100 % de l'eau à Gubio. Ils représentent près de 60 % des 7 815 000 litres d'eau produits chaque semaine par MSF dans les neuf camps.

Corrélativement au volume considérable d'activité dans les camps, le développement d'un volet eau-assainissement en ville, prévu dans le plan opérationnel de juin, est quant à lui abandonné. C'est un abandon de fait, qui n'est pas formalisé ni justifié dans les documents que nous avons consultés – dont certains pourtant soulignent que le choléra s'est nettement déplacé dans les quartiers populaires de Maiduguri.

OUVERTURE DE LA CHIRURGIE ET TRANSFERT DE L'HOSPITALISATION PÉDIATRIQUE

Fin septembre 2015, la volonté d'intervenir plus directement dans la réponse aux afflux de blessés commence à se concrétiser. Après les discussions tenues à l'été avec les autorités, puis une évaluation des services d'urgence et de chirurgie de l'*Umaru Shehu Ultra Modern Hospital* (USUMH), l'un des principaux hôpitaux de Maiduguri, une équipe MSF commence à travailler dans la salle d'urgence le 21 septembre 2015 à la suite d'un attentat de grande ampleur – quatre explosions coordonnées tuent 58 personnes et font une centaine de blessés, dont 31 sont amenés à Umaru Shehu. Outre des médicaments et un soutien logistique, trois médecins, six infirmiers et un infirmier anesthésiste MSF sont dépêchés à l'hôpital. Programmé d'abord pour une dizaine de jours, jusqu'à la fin de l'Aïd, le soutien à la salle d'urgence et au bloc est ensuite reconduit pour trois mois. L'implication prévue est conséquente, avec une équipe médicale nombreuse (chirurgien et anesthésiste expatriés, cinq à six médecins nationaux, plus de dix infirmiers dont des infirmiers de bloc et anesthésistes, des superviseurs) et du côté de la logistique, la réhabilitation des trois blocs opératoires de l'hôpital, du laboratoire, l'amélioration de la gestion des déchets[41].

Par ailleurs, le service d'hospitalisation materno-infantile de Maimusari a été déménagé à l'hôpital IDH (où se trouve le centre de traitement du choléra). En effet, à l'occasion de sa visite de la clinique le 2 septembre, le gouverneur de l'Etat du Borno, constatant qu'une partie des patients sont sous tentes (résultat de l'extension du service par la cellule des urgences postérieurement aux travaux engagés par la cellule régulière), a proposé de prendre en charge la construction d'un bâtiment en dur. Dans la foulée, les travaux ont été planifiés, et le transfert du service (hospitalisation et programme nutritionnel intensif) vers l'hôpital IDH a lieu début octobre, la maternité étant quant à elle maintenue à Maimusari.

Ces deux évolutions contribuent à alourdir encore le projet – une activité supplémentaire, davantage de personnel, du travail logistique additionnel, et une dissémination géographique accrue.

41. « Umaru Shehu Hospital – Proposal for MSF support in the A&E and OT for short term », 15 octobre 2015 (non signé). L'auteur du document est très probablement l'e-Coordo. Si ambitieux que paraisse le projet, l'e-Coordo précise en entretien qu'il a en réalité largement revu à la baisse un premier projet élaboré en juillet par son prédécesseur (document que nous n'avons pas retrouvé).

ÉPISODE 3. DÉTOURNEMENTS ET AUTRES SIGNES DE SURCHAUFFE OPÉRATIONNELLE (AOÛT ET OCTOBRE 2015)

LE LOGCELL S'AFFOLE DE L'AMPLEUR DES ACTIVITÉS EHA

Du 5 au 11 octobre 2015, le responsable logistique (LogCell) et la responsable financière (FinCell) de la cellule des urgences se rendent à Maiduguri : c'est la première visite du siège depuis celle de l'ARC en mai 2015. Elle a été rendue possible par la mise en place d'une liaison aérienne Abuja-Maiduguri par avion MSF début septembre, qui donne lieu à un assouplissement du profilage, sous la forme de visites d' « *expats blancs*[1] » pour quelques semaines – le profilage des membres de l'équipe terrain étant donc maintenu.

A Maiduguri, le LogCell découvre littéralement le volume des activités, leur dissémination dans toute la ville, l'équipe logistique débordée, désorganisée. « *Quand il a mis les pieds ici, il a dit 'c'est pas possible !!'*[2] », se souvient le logisticien *watsan* de Maiduguri, qui mesure rétrospectivement combien Paris et Abuja « *n'avaient pas conscience de l'ampleur du projet* » en l'absence de visites sur place : car « *dans les sitreps, ça ne se voit pas*[3] ». L'équipe terrain a « *la tête dans le guidon* », sans « *capacité de s'extraire* », jouant « *au pompier tout le temps*[4] », juge le Log cellule. Le logisticien *watsan* confirme : « *moi je ne me rendais pas compte, je dis 'ça peut aller', alors que j'étais en train de cramer* ».

S'il est affolé par le volume des activités, le responsable logistique de la cellule rapporte aussi avoir été frappé par « *la mauvaise qualité des installations, les eaux usées stagnantes, la boue partout* », liées à une « *réponse à la va-vite* ». Toutefois, contrastant avec cette description rétrospective, le rapport qu'il rédige à l'issue de sa visite frappe par son extrême sobriété – reproduisant en quelque sorte le défaut des sitreps, incapables de rendre compte de la réalité vécue par les équipes[5]. Ainsi dans la section consacrée à l'eau, il note simplement que « *tout d'abord, il serait bienvenu de stabiliser les activités de fourniture d'eau et d'améliorer la qualité et la quantité* », avant de présenter sous forme de tableau, sans aucun commentaire, la quantité d'eau disponible dans chaque camp[6] (au demeurant acceptable au regard des valeurs de référence communément utilisées), puis une liste de recommandations :

- Inventorier les sources d'approvisionnement en eau dans chaque camp
- Cartographier chaque camp avec la position des points de distribution d'eau

1. Compte-rendu de la réunion des opérations du 8 septembre 2015.
2. Entretien avec le logisticien *watsan* n°1, 12 avril 2017.
3. *Ibid*. En l'occurrence, à partir de l'arrivée du coordinateur d'urgence n°1 en avril 2015 et jusqu'à la fin de l'année, le sitrep général Borno est produit par celui-ci, puis ses successeurs (et non plus par le terrain). Etant « profilés », ils sont jusqu'à la mise en place de l'avion les seuls membres de l'équipe d'Abuja à se rendre à Maiduguri.
4. Entretien avec le responsable logistique de la cellule des urgences, 14 juin 2017.
5. Nous ne savons pas par ailleurs si (et en quoi) son debriefing oral a différé de l'impression donnée par le rapport.
6. Cf *supra*, le tableau du nombre de litres fournis dans chaque camp semaine 41.

- Analyser l'eau de chaque forage (zones contaminées)
- Regarder la possibilité de collaborer avec le CICR et la Croix-Rouge nigériane (sensibilisation communautaire, approvisionnement en eau)
- Investiguer les sources d'approvisionnement en eau pérennes et réduire le recours aux camions-citernes
- Etendre la distribution d'eau chlorée à la population locale (la plupart des cas de choléra venaient de la communauté)
- Inventorier les entreprises de forage[7]

Cette liste de recommandations, comme celles présentées dans les autres sections du rapport (gestion des déchets, articles non alimentaires, etc.) paraît ambitieuse pour une équipe à propos de laquelle il note par ailleurs, en toute fin du document, qu'« *au regard du volume d'activités, les profils des ressources humaines sont mauvais en termes de gestion, du fait d'un manque d'expérience* ». Il recommande de « *renforcer l'équipe en mettant une personne expérimentée au poste de logistic team leader* » ; et de recruter un deuxième logisticien *watsan* afin d'« *augmenter la qualité et la quantité de la fourniture d'eau dans les camps en divisant la charge de travail par deux* ». Cette dernière recommandation, qui se concrétise rapidement, suscite la gratitude du logisticien *watsan* n°1 : « *il m'a sauvé !*[8] ». Toutefois, le renfort qui arrive fin octobre n'a pas davantage d'expérience que son homologue dans le domaine de l'eau-assainissement, et tous deux sont bien en peine de mettre en œuvre les changements recommandés par le superviseur logistique. « *J'en ai peut-être demandé trop par rapport à leur expérience* », concède celui-ci en entretien.

UNE CHAÎNE LOGISTIQUE FRAGILE

Le « *manque d'expérience* » des logisticiens expatriés ne serait pas si problématique si le reste de la chaîne logistique était solide ; ce n'est pas le cas. L'équipe logistique nationale semble affectée par de nombreux problèmes, évoqués à demi-mots en entretiens. Le coordinateur de projet n°1 laisse ainsi entendre que plusieurs membres de cette équipe ont été recrutés pour leur simple qualité « *d'anciens collaborateurs de MSF* », et que se trouvaient parmi eux « *des personnes pas honnêtes* » qu'il n'aurait pas fallu réembaucher[9]. La responsable RH de la cellule souligne pour sa part que la difficulté à trouver des personnes compétentes valait autant pour l'équipe nationale que pour les expatriés.

7. « Rapport de visite RLO e-desk », responsable logistique cellule des urgences, 5-15 octobre 2015.

8. Entretien avec le logisticien *watsan* n°1, 12 avril 2017.

9. Entretien avec le coordinateur de projet n°1, 11 juillet 2017. Il fait référence à un incident dont nous avons eu connaissance au hasard de l'épluchage des courriels : en mai 2014, pendant l'intervention de l'*e-prep* en réponse à l'épidémie de choléra dans l'Etat du Bauchi, deux membres de l'équipe logistique mobile ont demandé à 10 superviseurs de récolter de l'argent auprès de tous les volontaires en prétextant un cadeau pour l'équipe MSF expatriée. Chaque superviseur a reçu 28 000 naira, les deux logisticiens empochent 114 000 naira, le tout pour un total de 394 000 naira, soit près de 1800 euro (courriel du 1er juillet 2014, « Incident report Bauchi »). Alors que le rapport d'incident préconisait la mise sur liste noire de ces deux personnes, elles sont intégrées à l'équipe de Maiduguri ; le CP n'a eu connaissance de leur passif que bien plus tard.

Quant à la partie de la chaîne logistique située au-dessus de nos deux logisticiens *watsan*, elle ne remplit pas son rôle d'encadrement, d'accompagnement, d'aide à l'organisation. L'instabilité des personnes à leurs postes, depuis la reprise du projet en avril 2015 par les urgences, a caractérisé tous les échelons, terrain, capitale, cellule[10] – même les référents techniques ont varié sur la période. « *C'est problématique pour le suivi, la mémoire, les infos* », avec la difficulté à avoir « *une vision du réalisé à partir des documents, qui présentent des intentions, des propositions : n'étant pas en direct, on ne sait pas ce qui a été réalisé, validé ou pas…*[11] ».

Car à ce roulement important s'ajoute l'absence de visites sur le terrain jusqu'à la mise en place de la liaison aérienne. Si le coordinateur de projet et l'administrateur ont pu avoir la visite de leurs coordinateurs respectifs, « profilés » (ou considérés comme tels[12]), les logisticiens ont pour leur part été « *complètement livrés à eux-mêmes*[13] ». Le coordinateur logistique d'urgence (e-CoLog) à Abuja pendant l'été 2015 estime que l'impossibilité de se rendre sur le terrain a été « *la plus grosse difficulté* » de ses trois mois de mission : difficulté pour « *comprendre le supply, l'équipe* », pour « *comprendre la sécu, les risques, avoir le feeling de la ville* », pour « *la connaissance du contexte* », pour « *se rendre compte du degré d'urgence* ». Mais surtout, « *difficultés à comprendre leurs difficultés* » : « *eux avaient un problème de reporting et moi, d'expérience.* » L'e-CoLog juge ainsi avoir été de « *peu de soutien pour [s]es équipes*[14] ». Seul à formuler cette auto-critique, il pointe en réalité un problème plus large – la coordinatrice logistique d'urgence qui le remplace, les *logistic team leaders* successifs, le CP n°2, tous sont depuis peu de temps ou pour la première fois sur le poste qu'ils occupent.

Dans son rapport, le responsable logistique de la cellule conclut que le projet souffre d'un « *manque de coordination évident, lié au volume des opés et au manque d'expérience des gens*[15] ». Les risques de détournements ne sont abordés que de façon implicite, entre les lignes de certaines recommandations, telle celle d'« *améliorer le suivi de la livraison des matériaux* ». Ce sont les responsables finances et RH qui, elles, mettent le doigt explicitement sur le coût de la montée en puissance en termes de désorganisation du projet et de perte de contrôle sur les ressources.

10. L'équipe de Maiduguri a fonctionné sans *logistic team leader* et sans l'appui d'un coordinateur logistique d'urgence jusqu'au mois de juin 2015 ; la CoLog d'urgence n°1, arrivée début juin, ne venait que pour trois semaines ; elle part avant l'arrivée de son remplaçant, qui reste trois mois ; elle revient en octobre. A Paris, le roulement est également important : le LogCell qui visite Maiduguri en octobre est le troisième à suivre le projet Borno depuis la reprise.

11. Entretien avec le référent eau-hygiène-assainissement du siège (pôle de support de Bordeaux), 17 mars 2017.

12. Si les coordinateurs d'urgence n°1 et 2 sont africains, la CoFiRH d'urgence, elle, est coréenne. Cf note 16 ci-dessous.

13. Entretien avec le responsable logistique de la cellule des urgences, 14 juin 2017.

14. Entretien avec le coordinateur logistique d'urgence n°2, 9 novembre 2017.

15. *Ibid.*

ALERTES SUR LES RISQUES DE FRAUDE

Le « rapport catastrophique » de l'administratrice à Abuja (août 2015)

Plusieurs mois avant la visite de la responsable financière de la cellule des urgences en octobre 2015, de nombreux problèmes de gestion ont déjà été identifiés et pointés par la coordinatrice finances et RH d'urgence (e-CoFiRH) basée à Abuja, qui a séjourné plusieurs semaines à Maiduguri au mois d'août[16]. Dans son rapport de visite, l'e-CoFiRH décrivait des problèmes et dysfonctionnements à tous les niveaux, en lien avec un démarrage des activités sans support, une montée en puissance rapide, mis en œuvre par des équipes non qualifiées et insuffisamment encadrées[17].

Elle pointait notamment, dans sa section consacrée aux « *ressources humaines* », la confusion régnant dans l'équipe logistique (organisation peu claire des responsabilités, « *pas de ligne claire de reporting/supervision, pas assez de partage d'information et de suivi*[18] »). Quant à l'équipe administrative, elle était débordée : « *cela est sans doute dû en partie à un manque d'organisation, à l'accumulation de tâches en souffrance, mais la charge de travail elle-même a augmenté significativement depuis début juin* », avec notamment le recrutement de personnel pour toutes les nouvelles activités. C'est en réalité surtout entre début mai et début juin que le personnel dédié au projet Borno avait considérablement augmenté, passant en l'espace d'un mois de 33 personnes au total (expatriés, « délocalisés » et 24 employés locaux[19]) à 142 personnes (dont 124 employés locaux[20]), le tout en l'absence d'administrateur expatrié.

Surtout, l'accroissement des effectifs s'était fait en grande partie par le recours à des journaliers, tant pour les activités médicales (c'est avec eux qu'a ouvert Bolori 2 fin juillet) que logistiques. Le rapport soulignait le caractère problématique de cette pratique :

> En juin, plus de 8 millions de naira [36 000 euro] ont été dépensés pour payer les journaliers, et cela a encore crû en juillet. En août, le projet comptait plus de 100 journaliers, plusieurs d'entre eux dans des postes où ils pourraient être sous contrat. La nécessité de revoir le recours aux journaliers et de changer certains postes en CDD a déjà été discutée, mais n'a jamais été mise en place. Aucun suivi n'a été fait non plus.

---

16. Séjour qui illustre, tout comme la venue sur le projet de la psychologue, comment l'application du profilage a pu tolérer des écarts. L'e-Coordo n°1 l'a autorisée à venir en visite à Maiduguri dès le mois de mai, alors que lui-même s'y trouvait. Sceptique quant à la pertinence du profilage, il avait discuté avec Abuja et Paris dès son arrivée afin de pouvoir apporter des aménagements à cette mesure, et négocié la venue de l'e-CoFiRH en arguant de l'importance des besoins de support dans ce domaine.

17. « Field visit updates-Borno, Nigeria (5th-20th August), e-CoFiRH », 25 août 2015.

18. Sans doute en référence au rôle du *logistic team leader*, avec lequel plusieurs membres de l'équipe logistique eurent du mal à travailler (entretiens avec le CP n°1, le logisticien *watsan* n°1, le coordinateur logistique d'urgence n°2).

19. « Borno emergency response sitrep week 18 » (27 avril-3 mai 2015).

20. « Infos opés semaine 22 », document de synthèse hebdomadaire produit pendant quelques semaines par la chargée de communication en charge du Borno au siège (25-31 mai 2015). Fin août, au terme de la visite de la CoFiRH d'urgence, le projet comptait 193 personnes : 14 expatriés dont 4 en coordination, 4 employés délocalisés, 58 employés en CCD ou CDI, 68 journaliers réguliers et 49 fonctionnaires du ministère de la Santé sous incentives – soit 175 employés locaux.

> La gestion des journaliers est une charge de travail supplémentaire pour les responsables d'activité médicaux et logistiques, qui passent beaucoup de temps à remplir des documents, distribuer l'argent, rapporter les feuilles de paiement au bureau de l'admin. Néanmoins, nous n'avons pas une très bonne idée de la gestion des journaliers. Tous ne viennent pas au bureau de l'administrateur pour être payés, certains sont payés sur site par l'expatrié en charge (en principe) ; une information a circulé – à confirmer cependant – selon laquelle le paiement de certains journaliers aurait été confié à un superviseur journalier, à la suite de quoi ils n'ont pas vu la couleur de leur argent. A l'inverse, on dit à des journaliers que leur emploi s'arrête, mais sur la feuille ils continuent à travailler. (…) La plupart des journaliers devraient être arrêtés fin août (priorité). Engager des journaliers est inévitable, mais doit être suivi de près.

A l'image de la gestion du personnel, celle des commandes et des paiements est également caractérisée par une grande désorganisation, note encore le document. Dépassé, l'assistant-administrateur nigérian ne respecte pas les procédures de base pour la comptabilité du projet[21]. En l'absence d'archivage des factures et de suivi de caisse, il est impossible de savoir qui a été payé, qui ne l'a pas été. Mais surtout, en amont du problème des factures se trouve celui des procédures en lien avec l'approvisionnement, auquel l'e-CoFiRH consacre une part importante de son rapport :

> Encore à présent, un nombre considérable de commandes sont générées, et [la recommandation] de planifier et compiler les besoins en faisant des commandes régulières n'a pas été mise en œuvre. En conséquence, le jour de la paie des fournisseurs et des sous-traitants, le bureau de l'admin est plein de différents fournisseurs attendant leur paiement, tandis que les mêmes fournisseurs reviennent à de nombreuses reprises pour le règlement des mêmes articles à chaque fois.

Elle pointe en outre l'existence de contrats hebdomadaires (pour la location de voitures ou le transport d'eau par camions-citernes) reconduits chaque semaine à des tarifs très peu avantageux.

Enfin, à l'occasion de travaux engagés au sein de la clinique de Maimusari – la construction d'une dalle de ciment pour l'aire d'attente des patients, régulièrement inondée en pleine saison des pluies –, l'e-CoFiRH constate avec effarement l'absence de procédure de validation des factures, le fournisseur de matériaux s'étant présenté plusieurs fois au bureau pour le règlement de factures additionnelles. « *Nous ne savons jamais si de nouvelles factures vont apparaître, puisque nous n'avons pas d'idée claire de ce qui a été planifié, commandé, livré, et utilisé* » explique-t-elle[22]. Elle note également le monopole détenu par le fournisseur qui à lui seul, sous différents noms, livre à MSF des matériaux de construction, des voitures de locations, des ouvriers, « *alors qu'il existe d'autres fournisseurs disponibles, avec*

21. Ainsi que l'indiquent par défaut les recommandations du rapport : « *chaque paiement doit être enregistré immédiatement, et les documents/factures devraient être dans le classeur. Les entrées dans SAGA devraient être faites au minimum de façon hebdomadaire* ».

22. Elle poursuit : « *Apparemment c'est un manque de procédures de validation pour les grosses dépenses, mais cela implique aussi que 1) il n'y a pas eu de communication, de supervision et de suivi jusqu'à ce que ce soit découvert ; 2) MSF a échoué à choisir un bon fournisseur et des ressources ont été gaspillées.* »

des prix compétitifs ». Par la suite, en creusant davantage cet incident bientôt désigné par tous comme « *l'histoire de la dalle* », on découvre que les quantités de matériaux livrés sont tout à fait disproportionnées par rapport aux besoins. La mission du *base logistician* en charge de la supervision de ces travaux est interrompue, et sa validation à l'expatriation (il était « détaché » d'un pays voisin) annulée.

Dans les semaines qui suivent, l'e-Coordo obtient confirmation que des malversations ont bien lieu :

> J'ai rencontré plusieurs fournisseurs qui me disent préférer arrêter de travailler avec MSF, car des gens de notre personnel leur demandent de mentir. Certains ont participé au trafic, d'autres non. Ceux que j'ai rencontrés en avaient marre de mentir, surfacturer[23].

Selon lui, le coordinateur de projet n°2, sans doute conscient de ces trafics et de l'implication de membres de l'équipe logistique, n'a pas fait « *remonter les problèmes* » et a « *laissé passer beaucoup de choses* » du fait de la position délicate dans laquelle il se trouvait – Nigérian, occupant le poste de CP pour la première fois, il ne parvenait pas à s'imposer face aux expatriés, y compris les logisticiens en dépit de son importante expérience dans ce domaine.

Les Warnings de la responsable financière du siège (octobre 2015)

L'incident de la dalle, le rapport « *catastrophique* » de l'e-CoFiRH et les nouveaux éléments apportés par l'e-Coordo sont venus donner corps à l'inquiétude de la responsable financière de la cellule des urgences qui (comme l'e-CoFiRH à Abuja), constatait semaine après semaine, depuis le poste d'observation privilégié que constitue le suivi comptable et budgétaire, le brouillard dans lequel évoluait l'équipe.

La FinCell était consciente depuis longtemps de la vulnérabilité du projet aux dérapages : « *dès le début on s'est mis d'accord, on s'est dit 'on y va, mais il va y avoir de la casse' (…) Clairement, on assumait à l'avance les possibles glissements*[24] ». Au mois de juillet 2015, à défaut de pouvoir aller à Maiduguri, elle s'était rendue à Abuja afin de travailler avec l'e-CoFiRH « *pour essayer de simplifier, recentrer, juste au moins avoir un cahier où noter les dépenses…* ». Ne pouvant se résoudre à fermer les yeux sur les irrégularités, elle s'interdisait toutefois de prendre des mesures qui auraient entravé la mise en œuvre du plan opérationnel :

> Un moyen de contrôle qu'on n'a utilisé qu'à moitié, c'était la demande de trésorerie : très régulièrement, on recevait la demande de trésorerie, toutes les deux-trois semaines, environ

23. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1 (présent de mai à juin et d'août à novembre 2015), 14 mars 2017.

24. Entretien avec la responsable financière de la cellule des urgences, 23 août 2017. Même son de cloche de la part du coordinateur d'urgence : « *on disait qu'il y avait un risque important de perte de contrôle sur les ressources, du fait du nombre de gens pas assez expérimentés* ».

> 700 000 euros. J'ai demandé à l'ARC, j'ai dit que ça ne collait pas avec les opés. On a demandé des justifications au terrain. On freinait un peu : on envoyait la moitié et… comme les explications n'arrivaient pas, on envoyait le reste, pour ne pas bloquer les opés.

Début octobre 2015, la FinCell revient, cette fois pour se rendre à Maiduguri.

> Lors de ma visite d'octobre, c'est Noël tous les jours. Je visite les structures, la compta des bureaux, je comprends qu'on se fait entuber de partout – et de l'intérieur. J'ai fait un rapport de visite assez alarmant, j'ai mis des « *warning* » pour alerter sur une situation catastrophique.

Son rapport contient en effet à quatre reprises dans la marge le point d'exclamation entouré d'un triangle qui, dans le code de la route, signifie « danger », et sous lequel elle fait figurer la mention « *RISQUE DE FRAUDE* ». Des règles de base ne sont toujours pas respectées, comme l'usage d'un cahier de caisse où noter en temps réel toute transaction. L'administrateur terrain arrivé en août pour faire suite à la première administratrice présente depuis juin « *avait également de très grosses difficultés* », précise rétrospectivement la responsable financière ; « *il était perdu, il a pris des décisions qui ont aggravé les choses, comme : 'puisque nous avons des difficultés à suivre le cahier de caisse, supprimons-le'*[25] ». Parmi les autres points de vulnérabilité détaillés figure le recours à des journaliers, déjà évoqué par l'e-CoFiRH d'Abuja. Enfin, la gestion de stock où demeurent d'importantes faiblesses : « *suivi du fuel, suivi des trajets de camions-citernes* », « *fourniture de matériaux directement sur site, principalement pour la construction/EHA – les quantités livrées doivent être comparées aux quantités facturées*[26] ».

A son retour, la responsable financière demande un débriefing avec les deux cellules, urgences et régulière ; « *tout le monde était d'accord pour renforcer les RH, etc., mais rien de plus*[27] », résume-t-elle. La cellule des urgences opte à ce stade pour une gestion des possibles malversations en interne – la cellule des alertes professionnelles, « *mise dans la boucle* » à propos de la dalle, est en simple support (elle recommande de « *vérifier les procédures*[28] »). Par ailleurs, dès avant la visite au Nigéria de la FinCell, l'e-Coordo s'est vu conseiller de ne pas pousser plus avant ses investigations : « *la cellule [des urgences] à ce moment nous a dit, pour des raisons de sécurité : 'arrêtez de rencontrer tous ces fournisseurs, on va mettre en place un système'*[29] ». A l'issue du « *travail de fourmi* » qu'elle a effectué à son retour, la responsable financière de la cellule consigne tous les éléments dont elle dispose à propos de l'affaire de la dalle : elle y estime les pertes pour MSF entre 10 000 et 19 000 €[30].

---

25. *Ibid.*

26. « Borno field visit report », responsable financière de la cellule des urgences, 15 octobre 2015.

27. Entretien avec la responsable financière de la cellule des urgences.

28. Entretien avec la responsable de la cellule des alertes professionnelles, 24 juillet 2017. Rebaptisée en 2018 « cellule EAMA » (pour *Ethics, Awareness and Management of Abuse*), elle est chargée de soutenir les équipes confrontées à des cas d'abus ainsi que d'aider à prévenir et détecter la survenue de tels cas.

29. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, 14 mars 2017.

30. « Incident report », 19 novembre 2015.

ÉPISODE 4. LA FIN DE L'URGENCE ? (OCTOBRE 2015-JANVIER 2016)

La mise en lumière des fragilités du projet coïncide avec l'annonce par le directeur des opérations par intérim, le 13 octobre 2015, du futur retour du Borno à la cellule régulière, dans le cadre de plusieurs transferts visant à « *désengorger le desk des urgences*[1] ». Les mois qui suivent cette annonce sont marqués par un flottement quant à l'orientation à donner au projet, entre perspective de passation tour à tour oubliée et rappelée, flou du diagnostic sur la situation, et remise en cause des orientations décidées en mise à plat.

UNE PASSATION CONTESTÉE (OCTOBRE 2015)

Absente de tous les documents que nous avons consultés, la décision de retour du projet à la cellule régulière est controversée. Côté urgences, elle est jugée inopportune ; « *ce n'était pas le moment ! Cette histoire de passation, c'est parce que le régulier voulait récupérer le projet*[2] », rapporte l'e-Coordo. A Abuja, dès l'été 2015, la chef de mission régulière « *poussait pas mal pour reprendre* », renchérit l'e-CoLog, elle « *voulait suivre tout ce qui se passait, prendre des décisions*[3] ». Son insistance à « *être dans la boucle* » en tant que représentante de MSF dans le pays attise les tensions entre coordinations régulière et d'urgence en capitale[4]. « *Il y a eu un vrai push de la chef de mission et moi-même pour reprendre* », reconnait aisément la responsable de la cellule régulière, « *il fallait sortir du mode urgence, ça n'avait pas de sens de laisser le Borno un an sur le desk urgences*[5] ».

En fin de compte, la décision annoncée par la direction des opérations semble surtout être le résultat du « lobbying » développé par la cellule régulière et n'a pas l'adhésion de la cellule des urgences au bénéfice de laquelle elle est censée avoir été prise[6].

C'est dans ce contexte tendu que les membres des deux cellules se réunissent pour la mise à plat début novembre, quelque trois semaines après l'annonce du retour du projet au « *régulier* ».

---

1. Compte-rendu de la réunion des opérations du 13 octobre 2015. Il s'agit d'une annonce faite un peu en passant, lors d'un tour de table. Le Nigéria fait partie des « trois projets qui vont quitter le desk en priorité, dans les mois à venir – probablement autour des mises à plat », précise simplement le directeur des opérations.

2. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, 14 mars 2017.

3. Entretien avec le coordinateur logistique d'urgence présent de juin à septembre 2015, 9 novembre 2017.

4. Discussion avec la responsable de la cellule régulière, décembre 2017.

5. *Ibid.*

6. On pourrait faire l'hypothèse que la direction des opérations juge nécessaire, contre l'avis de la cellule des urgences, de délester celle-ci d'un projet dont les fragilités commencent à être mises au jour et qu'il faudrait stabiliser – mais la cellule ne fait mention d'aucun conflit à cet égard.

LA MISE À PLAT ET LA DÉCISION D'EXTENSION (NOVEMBRE 2015)

Le contexte début novembre, à la veille de la mise à plat

Restituer le paysage dans lequel prennent place les orientations opérationnelles décidées lors de la mise à plat est délicat. Seules nous sont parvenues la présentation *PowerPoint* ayant servi de support à la discussion, et une synthèse rédigée par l'e-Coordo à l'intention de son équipe. Ni l'une ni l'autre ne produit un récit organisé faisant émerger une perception du contexte, des priorités, des enjeux du moment par les protagonistes[7].

D'après ces deux documents ainsi que les sitreps, les entretiens et quelques courriels, nous pouvons néanmoins tenter de caractériser la situation du projet. Celui-ci est devenu énorme en l'espace de quelques mois en raison de la multiplicité de sites et d'activités (récente implication dans le service d'urgence de l'hôpital d'Umaru Shehu et soutien à son bloc opératoire, soutien aux cliniques de Maimusari, Bolori 2, Teachers village[8], hospitalisation pédiatrique et centre de réhabilitation nutritionnelle à l'hôpital IDH, surveillance épidémiologique dans 15 camps et réponse aux épidémies, fourniture d'eau et distribution de biens de première nécessité dans neuf camps). Pour conduire ce projet, une équipe (notamment logistique) débordée, peu soudée, avec à sa tête un coordinateur de projet en difficulté ; équipe par ailleurs en pleine transition en novembre-décembre 2015, avec le départ de plusieurs personnes-clés (e-Coordo, coordinateur projet, *medical team leader, logistic team leader, head nurse, outreach manager*), dont certaines ne sont pas remplacées, ou pas immédiatement. Enfin, la mise à jour d'importants problèmes de gestion et de détournements.

Le contexte d'intervention, quant à lui, n'est pas différent de ce qu'il était quelques mois plus tôt, dans le Borno en général (où les opérations militaires continuent et les informations demeurent « *floues* ») comme à Maiduguri : l'épidémie de choléra commence à se résorber tandis qu'une épidémie de rougeole se développe dans la ville après avoir touché les camps ; des acteurs humanitaires sont en train d'arriver qui cherchent à s'implanter (sans aucun effet tangible à ce stade) ; la population déplacée est toujours massivement présente, avec 1,4 million de personnes dont 10 % dans les camps selon les autorités et l'OIM – et la question du relogement des déplacés hébergés dans des écoles est à nouveau au premier plan, les autorités ayant annoncé le 28 septembre 2015 leur donner

7. La synthèse (« Feedback MAP Borno + comments from e-Coordo », 6 novembre 2015, non signé) ne mentionne que les activités retenues, pas leur justification. Quant à la présentation *PowerPoint*, elle est un patchwork de diapositives détaillées à l'extrême – longs paragraphes rédigés sur le contexte politico-économique, la situation médicale générale, les activités MSF – et d'autres plus classiquement succinctes et allusives. La description de la situation semble davantage influencée par la presse ou les échanges entre ONG à Abuja que par les informations émanant du terrain. Le tout s'enchaîne sans qu'émergent des points saillants (naturellement, la vocation d'une présentation *PowerPoint* n'est pas d'être une archive ; on peut toutefois penser que si des enjeux y étaient pointés de façon nette, ils y seraient perceptibles). Par ailleurs, les entretiens sont de peu de secours à propos de cette période, les souvenirs des uns et des autres étant notablement plus embrouillés autour de cette mise à plat, mélangeant l'avant et l'après-MAP, les décisions prises alors et celles prises un mois plus tard.

8. L'autre camp où MSF a des activités, ATC, serait fermé, puisqu'il s'agit d'un établissement scolaire.

deux semaines pour vider les lieux ; début novembre, il semble qu'aucun changement ne soit intervenu[9], mais la perspective demeure.

Un double déni ?

La proposition présentée par la chef de mission et l'e-Coordo à leurs cellules lors de cette mise à plat consiste en une (nouvelle) extension du projet. Ainsi pour le médical :

> Etendre l'activité de consultations externes (consultation générale – PEV – consultations pré-natales – nutrition – soins materno-infantiles) à IDH et aux trois principaux camps qui vont recevoir les déplacés suite au plan de relogement, Bakassi, Gubio et Farm Centre (…)
> Mettre en œuvre la vaccination PCV [antipneumococcique] au sein des structures soutenues par MSF (…)
> Porter la capacité d'hospitalisation à IDH de 130 lits (hospitalisation/soins intensifs/centre nutritionnel intensif) à 200 lits pour la même activité, incluant la maternité – cela pour répondre au manque de lits pour les références MSF (…)
> Prévoir la campagne de vaccination choléra (…)
> Planifier un éventuel soutien hors de Maiduguri dans les zones à forte densité de returnees[10]

L'essentiel de cette proposition est validé – le document qui synthétise les conclusions de la mise à plat mentionne même des activités supplémentaires, ravivant l'idée d'une intervention en eau-assainissement dans les quartiers de Maiduguri, dont il est rappelé qu'ils abritent 92 % des déplacés[11].

La perspective de retour au régulier, les problèmes de malversations, l'état de l'équipe et la difficulté à pourvoir le projet, qui ne figurent sur aucune des diapositives du *PowerPoint*, semblent avoir été tout autant absents des discussions, si l'on en croit le document de synthèse[12]. Tout se passe comme si la discussion sur l'orientation du projet lors de la mise à plat s'était déroulée en déconnexion totale d'avec la réalité des contraintes internes pesant sur lui.

Un faisceau de motifs différents selon les personnes ont sans doute concouru à ce double déni collectif de la future passation et des problèmes du projet. Pour l'e-Coordo, c'est la décision de retour au

---

9. Selon le « Borno emergency response sitrep week 41 », les déplacés ont refusé de bouger : d'une part, les camps supposés les accueillir sont déjà saturés ; d'autre part, les déplacés encouragés à rentrer dans leurs localités d'origine préfèrent « *rester dans les camps jusqu'à ce que les choses soient OK* ». Mais à Abuja, où la question du relogement/retour des déplacés revient en force au sein des arènes humanitaires au mois d'octobre du fait de l'annonce des autorités, on confond celle-ci et sa mise en œuvre. Joe Read, le représentant d'OCHA écrit ainsi, dans un document visant à demander davantage de mobilisation et de fonds et qu'il soumet aux ONG, que les déplacés auraient été « *relogés de force* », et qu'on serait sans nouvelle de « *milliers* » d'entre eux qui auraient disparu au cours du processus (courriel du 14 octobre 2015). D'après nos vérifications, et si étrange que cela puisse paraître, il s'agit là d'une pure conjecture de sa part… mais qui sera reprise comme une information par d'autres acteurs, dont MSF : elle figure mot pour mot dans la présentation du contexte lors de la mise à plat.

10. Présentation *PowerPoint* « 2016 MAP, North east Nigeria », diapositive n°22.

11. Document « Feedback MAP Borno + comments from e-Coordo », 6 novembre 2015.

12. *Ibid*. La responsable de la cellule régulière confirme que la passation est absente des discussions de mise à plat (discussion informelle, décembre 2017).

régulier qui était un déni de réalité : au regard des « *besoins énormes*[13] », « *on était en train de se mentir à nous-mêmes* » ; en conséquence, il n'intègre pas la perspective de passation à sa réflexion. Quant aux responsables des urgences, on les imagine partagés entre leur volonté de ne pas rabattre les ambitions opérationnelles du projet, et un certain effroi à l'idée d'en accroître l'ampleur alors qu'il est déjà si difficile à gérer. Pour l'ARC qui ressentait, nous l'avons dit, une forte pression à réussir cette « *opé* », la mise à jour de malversations est un douloureux accroc. Elle vient en outre décevoir l'espoir qu'il avait caressé, confiera-t-il en entretien, en héritant de ce projet « profilé » : celui, « *politique* », de faire la preuve qu'il était possible de mener à bien une mission MSF « *all black*[14] ».

Du côté du régulier, on peut se demander pourquoi la chef de mission et la responsable de cellule votent pour l'extension sans jamais inviter dans la discussion la perspective de reprise du projet qu'elles ont souhaitée et dont elles ont provoqué l'advenue. Souci d'éviter un sujet générateur de tensions entre les cellules et sous-estimation de l'ampleur du projet ont certainement joué. Sans doute leur silence permet-il aussi d'éviter que soit abordée – et par conséquent, questionnée – leur capacité à reprendre le projet. Ainsi que le raconte la RC régulière :

> A la mise à plat, on n'était pas du tout dans l'optique d'une réduction d'activités. En sortant de la MAP, on a dû se dire « *on ne peut pas reprendre ce truc-là !!* » C'est le desk des urgences qui disait « *c'est trop gros, vous ne pourrez pas reprendre* » ; jamais je n'ai dit « *on ne peut pas* »[15].

Un mois plus tard, changement de cap complet. Un nouveau plan opérationnel, daté du 4 décembre 2015, prévoit la réduction de plusieurs activités et la réorientation du projet. Déclencheur, cause, prétexte ? C'est en tout cas en réaction à l'annonce fin novembre, par les autorités sanitaires, que MSF doit quitter l'hôpital IDH, que ce revirement s'est produit.

LE REVIREMENT (DÉCEMBRE 2015)

L' « ULTIMATUM » ET SON LENDEMAIN

Le 26 novembre au soir, le nouveau coordinateur d'urgence (e-Coordo n°3[16]), arrivé l'avant-veille à Abuja après plusieurs semaines de vacance du poste, écrit à l'ARC afin de lui relater l'incident : lors d'une réunion avec des ONG, le *Commissionner of Health* du Borno a annoncé que « *MSF a deux semaines pour quitter IDH* » et « *référer tous les patients vers d'autres structures* » ; IDH accueille alors 84 lits de pédiatrie dont l'ITFC. « *L'équipe a protesté mais rien n'y a fait* », résume l'e-Coordo.

13. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, 14 mars 2017.

14. Entretien avec l'ARC des urgences, 28 février 2017 (lui-même nigérian).

15. Entretien avec la responsable de la cellule régulière, 22 décembre 2017.

16. Pour rappel, l'e-Coordo n°1 est présent de mai à juin et revient d'août à novembre ; l'e-Coordo n°2 couvre la période de juin-juillet ; ce qui explique que l'e-Coordo n°3 succède fin novembre à l'e-Coordo n°1.

Le lendemain matin, c'est une réduction drastique des activités prévues que propose l'ARC des urgences à son coordinateur :

> Le coordinateur médical d'urgence m'a aussi informé que les autorités veulent : être impliquées dans tout processus de recrutement ; la fermeture du CTC ; la fermeture de l'ITFC ; le départ de MSF jusqu'à l'inauguration par le *Commissionner of Health*.
> Donc nous sommes face à quelque chose d'assez inhabituel. En même temps, lorsque nous examinons nos données, nous voyons que l'urgence est terminée, il y a une diminution dans toutes les activités y compris la nutrition et les admissions pédiatriques. Également une diminution du nombre d'attentats ou d'incidents violents à Maiduguri.
> Nous proposons que tu ailles sur le terrain discuter avec les autorités sanitaires et exprimer notre préoccupation quant à cette rupture dans la communication et leur hostilité croissante.
> MSF cherche à réduire ses activités et passer des activités au ministère de la Santé ou à d'autres acteurs.
> Comme nous en avons déjà discuté, il est temps que [la chef de mission] se positionne et nous dise quelles activités seront gérables pour son équipe. Les besoins médicaux sont maintenant stabilisés.
> Pour nous, il faut quitter IDH, ramener le nombre de lits à 74, à Maimusari, maternité incluse.
> Passation de toutes les activités de nutrition ambulatoire à l'exception de Maimusari.
> Arrêt des activités à Umaru Shehu à la fin janvier selon l'accord passé.
> Réduction de l'EHA dès que les objectifs actuels auront été remplis et réduction de l'équipe logistique.
> Il est temps de préparer des explos dans d'autres districts dans la mesure où de plus de plus de gens sont en train de bouger… il nous faut prendre contact pour Dikwa et Monguno.
> S'il te plaît, discute avec [la chef de mission et l'e-CoMed] et envoie-nous un nouveau plan opé que l'on puisse discuter ici avec le desk régulier et ensuite présenter au ministère de la Santé[17].

L'e-Coordo et la chef de mission depuis Abuja, la responsable de la cellule régulière à Paris, répondent chacun à ce message pour dire sans réserve leur accord avec la proposition. Une semaine plus tard, l'e-Coordo fait parvenir à Paris le « *plan opé* » demandé[18] (tandis que l'élément qui semblait l'avoir déclenché a entretemps disparu : grâce à un intense travail de négociation et à l'intercession du gouverneur et du *Shehu* du Borno, l'équipe a reçu l'assurance de pouvoir maintenir son service d'hospitalisation à IDH jusqu'à l'achèvement des travaux de réhabilitation à Maimusari).

L'ultimatum des autorités à quitter l'hôpital a donc permis, en l'espace de 24 heures, de sortir par le haut de la situation inconfortable dans laquelle tous se trouvaient depuis la mise à plat et la déci-

17. Courriel de l'ARC des urgences au coordinateur d'urgence, 27 novembre 2015.
18. Document « Proposed operations », 4 décembre 2015.

sion d'augmenter les ambitions opérationnelles. L'ARC des urgences aurait ainsi en quelque sorte pris en charge un « retour au réel », une mise en adéquation des ambitions opérationnelles avec les capacités de la cellule régulière.

Toutefois, ce n'est pas ainsi que le changement proposé (et son maintien en dépit de la disparition de l'ultimatum des autorités) est principalement justifié par l'ARC et son coordinateur d'urgence. Ainsi que l'explique l'introduction du nouveau plan opérationnel, ce sont « *d'importants changements dans le contexte survenus depuis la mise à plat* » qui « *nous contraignent à redessiner notre politique opérationnelle* » : car « *l'urgence est terminée*[19] ».

Que signifie « *l'urgence est terminée* » ?

Si l'assertion d'une fin de l'urgence réfère principalement à la situation sanitaire (« *diminution dans toutes les activités* », stabilisation des « *besoins médicaux* »), le registre sécuritaire est également convoqué à l'appui du diagnostic (diminution des attentats). Le plan opérationnel ajoute d'autres raisons justifiant de réduire les activités, toutes relatives à la situation « humanitaire » (diminution des arrivées de nouveaux déplacés, relogement futur des déplacés hébergés dans des écoles, présence à Maiduguri d'une dizaine d'ONG « *prêtes à lancer leurs opérations* »).

Chacun de ces arguments est éminemment discutable. Sur le contexte général d'abord : la diminution du nombre d'attentats-suicides est trop récente pour constituer une tendance significative et, si elle s'avérait, pourrait au contraire plaider pour l'extension des activités du fait d'une sécurité plus favorable ; la baisse du nombre des nouveaux déplacés, « *notamment semaine 44-45 avec 1000 personnes en moins* », est, pour sa part, totalement anecdotique au regard de leur volume global qui reste considérable (plus d'un million). Quant au relogement des déplacés et à la présence d'ONG, ce ne sont pas des éléments nouveaux, contrairement à ce qui est avancé dans le plan opérationnel (ils figuraient à la mise à plat) ; dans tous les cas, rien n'indique que l'arrivée d'ONG soit rapidement suivie d'effets tangibles ni, surtout, que le relogement conduise à une diminution des besoins étant donné l'état de saturation des camps de destination, bien décrit par l'équipe.

Le contexte sanitaire ensuite : la « *diminution dans toutes les activités* » invoquée d'après l'examen de « *nos données* » est loin d'être évidente. L'activité générale dans les structures à Maiduguri est en effet très soutenue en dépit du reflux des épidémies de choléra et de rougeole : la moyenne des consultations externes a par exemple doublé à Bolori2 entre août-septembre et novembre[20] ; comme a doublé le nombre d'accouchements à Maimusari entre les mois d'août-octobre (entre 130 et 150 par mois) et le mois de novembre (302 accouchements)[21]. Dans les deux domaines spécifiquement

19. *Ibid.* Le document reprend ainsi l'expression utilisée par l'ARC dans son courriel du 27 novembre cité plus haut, au lendemain de l'ultimatum des autorités.

20. Voir Annexe 7, tableau 13.

21. *Ibid.*, tableau 16.

mentionnés dans le courriel, une diminution intervient seulement courant novembre : les admissions en pédiatrie ont d'abord considérablement augmenté entre août et octobre (de 81 à 202, refluant à 156 en novembre) ; celles dans le programme nutritionnel ambulatoire ont également atteint leur pic en octobre (932 admissions, puis 753 en novembre) ; quant aux admissions dans le programme nutritionnel intensif, d'une centaine en août et septembre, elles passent à 128 en octobre, et 146 en novembre[22]. En somme, fin novembre, il est excessif de parler de diminution dans toutes les activités, même si l'on peut s'attendre à une telle évolution avec la fin de la période traditionnellement associée aux pics de choléra, de paludisme et de malnutrition.

D'autres éléments suggèrent par ailleurs qu'en parlant d'urgence « *terminée* », les protagonistes de cette séquence n'expriment pas une conviction profonde sur l'environnement du projet. De façon notable, ni l'ARC des urgences ni l'e-Coordo n'ont le souvenir d'avoir perçu la situation ainsi lorsque cette période est évoquée en entretien[23].

De fait, quelques jours à peine après son courriel du 27 novembre, l'ARC met en garde contre une possible dégradation de la situation. Réagissant aux résultats de l'enquête de mortalité et de malnutrition conduite par Epicentre en juillet, qui viennent d'être publiés et se révèlent moins mauvais qu'escompté, il recommande de ne pas se rassurer trop vite :

> Avec la perturbation de leurs moyens de subsistance, l'absence de récolte et le nombre croissant de rapatriés, on s'attend à recevoir un nombre important de patients malnutris en dépit de la faible prévalence de la malnutrition aiguë sévère ; il faut pousser pour une distribution de masse pour couvrir les besoins des déplacés, associée à une extension de nos critères d'admission dans le programme[24].

En somme, en dépit de la mobilisation de multiples registres de justification, l'affirmation que « *l'urgence* » serait « *terminée* » ne semble pas reposer sur des arguments solides ni refléter une conviction profonde de ceux qui l'énoncent. Comment alors expliquer une telle assertion ?

Une première hypothèse est « *nominaliste* » : la fin de l'urgence désignerait une réalité institutionnelle (la fin de l'implication de la cellule des urgences) et viserait en retour à la justifier. Tout se passe alors comme si la description du contexte découlait de l'intention de réduire les activités, elle-même résultant de la perspective de passation. Une deuxième lecture est également possible, à partir d'une phrase à la fin du courriel de l'ARC qui semble n'avoir aucun lien avec le reste : « *il est temps de*

22. *Ibid.*, tableaux 14 et 17-19.

23. Interrogés sur cette assertion d'une urgence « *terminée* », le premier pense que d'autres que lui-même sont l'auteur de la phrase en question (entretien avec l'ARC des urgences) ; le second croit se souvenir qu'elle référait à la chirurgie, et insiste au contraire sur la précarité de la situation générale : « *L'ITFC était plein ; ça en disait beaucoup* », et préserver ce centre nutritionnel – le seul ITFC de Maiduguri – était une priorité (entretien, e-Coordo n°3, 27 mars 2017).

24. Courriel de l'ARC des urgences au coordinateur d'urgence, à la responsable de la cellule régulière, à la chef de mission, 2 décembre 2015.

préparer des explos dans d'autres districts ». L'affirmation est lapidaire, semblant se passer d'explications (et prend à nouveau le contre-pied de la mise à plat où la question n'était évoquée que de façon évasive). Parler d'une urgence « *terminée* » (à Maiduguri) ne prendrait sens que par contraste avec le reste du Borno où règne une situation floue, et sans doute mauvaise. Il s'agirait de réduire les activités à Maiduguri de façon à recouvrer la souplesse nécessaire pour se déployer hors de la ville. Mais alors… pourquoi ne pas l'avoir dit plus clairement ?

Les limites, un impensé ou un indicible à MSF ?

Si la décision de réduction des activités est venue « rectifier » les orientations prises en mise à plat dans le silence des contraintes internes, le récit qui l'accompagne, pour sa part, perpétue donc en grande partie ce silence, en imputant principalement au contexte la responsabilité du changement de cap[25].

L'ensemble de cette séquence pose ainsi la question d'une difficulté à assumer que des contraintes internes, et non les seuls « *besoins* », puissent déterminer la définition et le calibrage des opérations (ou du moins, des opérations menées sous l'égide des urgences, faudrait-il peut-être préciser). A cet égard, il n'est sans doute pas anodin que, dans le plan opérationnel préparé par l'e-Coordo à la demande de l'ARC des urgences, l'unique occurrence de raisons internes (« *maintenir une opération plus gérable à l'aune des besoins et de nos capacités* »), en toute fin d'une longue liste de justifications contextuelles, fasse l'objet d'un net recadrage : « *Désolé, mais MSF doit trouver les ressources pour assister les besoins humanitaires sur le terrain* », commente dans la marge le LogCell, suscitant en retour une réponse de l'e-Coordo qui se rétracte, comme pris en flagrant délit de manque d'ambition.

Parfois impensée (comme dans l'exemple ci-dessus) mais la plupart du temps simplement indicible (chez ceux qui acceptent l'idée mais ne se sentent pas habilités à l'exprimer), cette question des limites de nos capacités aurait pourtant gagné à être discutée et débattue ouvertement. En imputant la réduction d'activités au contexte, la cellule et l'e-Coordo ne pouvaient que susciter la confusion.

Revisitant cet épisode à distance de sa mission dans le Borno, le coordinateur d'urgence réaffirme qu'il faut mettre en cohérence les opérations avec nos capacités :

> MSF, on veut être dans toujours plus d'endroits, en faisant davantage… mais quelle est notre capacité ? il faut trancher, soit laisser tomber les protocoles, ne pas avoir les mêmes standards… Par exemple, à Maiduguri avec 10-15 expats : soit on diminue la taille du projet, soit on fait des compromis sur la qualité…[26]

25. Le courriel du 27 novembre contient certes une référence à la future passation, mais tout se passe comme si c'était pour mieux taire tout le reste (la difficulté de l'équipe à gérer un si gros projet, son épuisement, sa surcharge de travail, les questions quant à la qualité de celui-ci, les difficultés à trouver du personnel expérimenté, sans parler de cet « éléphant dans le salon » que sont les malversations mises au jour à partir du mois d'août) ; ainsi, le seul élément de contrainte interne que la cellule des urgences consent à citer – la passation – lui est, en quelque sorte, « extérieur ».

26. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°3, 27 mars 2017.

Son prédécesseur avait pour sa part bien exprimé – et assumé – la contradiction dans laquelle évoluait le projet :

> C'était une situation où on a besoin de gens, mais il n'y a pas de gens assez expé, du coup faut-il redimensionner ? mais les besoins de la population sont énormes… du coup on a avancé comme ça[27].

Pour l'e-Colog de juin à septembre 2015, l'immensité du Nigéria ne faisait qu'ajouter à la difficulté :

> C'est tellement grand, peuplé, il y a tellement de besoins que pour avoir un impact, quelque chose qui se voie, c'est difficile. Tu fais 100 latrines : ça ne se voit pas, ça ne change rien. Ça démobilise les équipes. (…) Tout est surdimensionné. Quand je suis arrivé à Maiduguri j'ai fait « *ah ouais quand même… !!! Wow !* » (…) Est-ce qu'on est capables de répondre à de tels volumes d'activité ? Est-ce qu'on a assez de RH ? De gens formés pour l'encadrement ? A ce moment, en 2015, ces questions, on ne se les pose pas trop[28].

PENDANT CE TEMPS, À MAIDUGURI

Nouvelle équipe, nouveau regard

Tandis qu'à Paris, l'ultimatum à quitter l'hôpital IDH fournit à la cellule des urgences l'opportunité d'une réorientation du projet, sur le terrain, d'intenses négociations ont lieu fin novembre afin d'obtenir des autorités qu'elles reviennent sur cet ultimatum. Ces négociations sont conduites par l'e-Coordo n°3, venu à Maiduguri afin de s'occuper de l'incident, et par le nouveau coordinateur de projet tout juste arrivé pour remplacer le CP n°2.

En plus des autorités sanitaires, dont le *Commissionner of Health* auteur de l'« ultimatum », ils rencontrent le « roi » du Borno (*Shehu*) ainsi que le gouverneur de l'Etat, qui tous deux les assurent de leur soutien respectif « *en toute situation*[29] ». Ce dernier, « *extrêmement amical* », leur garantit de pouvoir rester à IDH tant que durent les travaux à Maimusari (qu'il a lui-même initiés après avoir constaté la présence de patients sous tente) ; par ailleurs, il leur fait comprendre que les rumeurs de corruption au sein de MSF ont suffisamment circulé pour arriver jusqu'à lui. En dépit de ces preuves de confiance, le coordinateur d'urgence comme le CP jugent tous deux « *très mauvais*[30] »

27. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°1, 14 mars 2017.
28. Entretien avec le coordinateur logistique d'urgence n°2, 9 novembre 2017.
29. Rapport de fin de mission, coordinateur d'urgence n°3, 9 décembre 2015.
30. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°3, 27 mars 2017, et le coordinateur de projet n°3, 14 février 2017.

l'état dans lequel ils trouvent le « réseau » de contacts à leur arrivée[31]. D'autres aspects de la mission leur semblent laisser à désirer. Ainsi de la gestion de la sécurité : « *alors qu'il y avait 10-15 expatriés, en cas de problème sécu, nous n'avions pas les numéros de téléphone des autorités, nous ne savions pas qui appeler, pas de ligne de communication. (…) Les chauffeurs n'étaient au courant de rien, aucune règle à suivre, personne à appeler en cas d'incident…* [32] ». Également du travail logistique : dans les camps, les quantités d'eau livrées « *n'étaient pas fondées sur des évaluations des besoins actualisées* », et dans au moins un d'entre eux (plusieurs selon le CP n°3), la chloration « *n'était pas effectuée*[33] ». Ainsi enfin de la gestion administrative, où les procédures d'avance de trésorerie et de validation ne sont toujours pas en place[34]. Ce n'est pas une surprise pour le coordinateur de projet, à qui la responsable financière de la cellule a fait part, en briefing, des problèmes de malversations, et indiqué (en accord avec l'ARC) que remettre de l'ordre serait « *parmi ses priorités* », et « *qu'il allait être assez seul parce qu'il y avait des expats mouillés et que son assistant CP l'était peut-être*[35] ».

Autant que par ses dysfonctionnements, les nouveaux CP et e-Coordo sont frappés par l'ampleur du projet, si dispersé qu'il faudra au premier « *plusieurs semaines* » avant d'avoir saisi « *qui est qui, qui fait quoi* » ; frappés aussi par l'ambiance « *chaotique* » régnant sur la mission, où « *tout le monde est dépassé*[36] » et l'équipe est « *proche du burn-out*[37] », entre les effectifs insuffisants au regard des besoins, les durées de mission rallongées pour compenser la difficulté à pourvoir le projet, l'immense pression pesant sur ceux qui ne se sentent pas à la hauteur de leur poste (tel l'administrateur qui « *ne dort plus* »), tandis que les plus compétents s'épuisent à faire le travail des autres afin de combler leurs insuffisances[38].

Sortir

Parallèlement, les nouveaux coordinateurs se penchent sur la question de sortir de la ville. Lors de leur rencontre avec le gouverneur au sujet de l'hôpital IDH, celui-ci a indiqué que les autorités comptent avoir renvoyé la majorité des déplacés dans leurs zones d'origine au 29 mai 2016. La question de la possibilité et de l'opportunité pour MSF de se rendre dans ces zones est abordée :

---

31. « *Nous étions l'un des acteurs les plus importants, positionnés au bon moment dans la région ; mais nous n'avons pas bien négocié,* estime le coordinateur d'urgence. *Les contacts établis auparavant n'avaient pas été rafraîchis* ». Le CP n°3 souligne la position extrêmement délicate dans laquelle se trouvait son prédécesseur du fait d'être nigérian – hausa de surcroît –, éprouvant des difficultés face à des autorités lui témoignant peu de respect et avec lesquelles il peinait à « *être en tension* ».

32. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°3.

33. D'autres personnes questionnent cette assertion et expliquent que du fait du débit important lié à des capacités de stockage insuffisantes, la chloration n'avait pas le temps de faire effet dans les réservoirs.

34. « Borno Field Sitrep - December 2015 », coordinateur de projet n°3 (4 janvier 2016). Les documents produits par le CP n°3 sont les premiers à être datés mais aussi signés (nom et poste occupé).

35. Entretien avec la responsable financière de la cellule des urgences, 23 août 2017.

36. Entretien avec le CP n°3.

37. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°3.

38. « Borno Field Sitrep – December 2015 », *op.cit.* ; entretien avec le coordinateur d'urgence n°3 ; entretien avec le coordinateur d'urgence n°2.

> Il nous a approchés là-dessus. Il a été très clair qu'il faudrait une personne foncée (en tant que Pakistanais, j'étais trop clair), et une escorte. Il proposait d'aller ensemble.
>
> On n'avait pas la vision d'ensemble, mais on se disait qu'il y avait une vulnérabilité importante dans le nord-est. La nutrition était la préoccupation la plus importante (…) Parmi les nouveaux arrivés, on voyait des enfants en mauvais état : pas affamés totalement, mais MAM. Il y avait de nombreuses informations non confirmées (du staff, des autorités, du gouverneur, du CICR) sur le fait que les gens n'avaient pas assez à manger dans les LGA, outre l'absence de structure médicale. Notre politique opérationnelle c'était : il faut sortir, il faut évaluer, faire des explos à l'extérieur[39].

Toutefois, l'e-Coordo rapporte que la cellule et lui-même s'accordent pour « *attendre un peu* » avant de réaliser les deux missions exploratoires à Dikwa et Monguno qui font partie du nouveau plan opérationnel : « *Le coordinateur de projet était nouveau, moi je ne restais que quelques semaines…* ». En outre, « *il y avait cette question de l'escorte, et puis de nombreuses attaques suicides* ». Ce sont les deux éléments que l'e-Coordo mobilise dans son rapport de fin de mission pour estimer que « *réaliser [ces] explos ne va pas être possible à ce stade*[40] ».

Le coordinateur de projet mentionne pour sa part en entretien (il n'en fait pas mention dans son sitrep fin décembre) avoir assisté dans les quelques semaines qui suivent son arrivée à Maiduguri, soit courant décembre, à un « *briefing* » organisé conjointement par l'armée et OCHA. Selon ses souvenirs, le représentant de l'armée y affirme que la situation est désormais sous contrôle, que Boko Haram est sur le point d'être défait ; et que 15 « *méga-camps* » vont être ou ont déjà été créés dans les capitales de LGA libérées : tous les civils devront rejoindre ces camps sous peine d'être considérés comme des insurgés. Aux ONG qui lui posent la question, il répond que c'est l'armée elle-même qui pourvoira aux besoins de ces populations (précisant qu'elles peuvent toutefois si elles le souhaitent lui confier leur assistance, la dangerosité des routes, où l'usage d'escortes est indispensable, l'amenant à leur déconseiller de s'y rendre elles-mêmes[41]). Présent à la réunion, le représentant du CICR fait part de son scepticisme quant à la capacité de l'armée à prendre en charge ces camps[42]. « *Le chef de sous-délégation du CICR a dit que la situation à Dikwa, Damboa était critique, et que la description faite par l'armée ne correspondait pas à ce qu'ils voyaient eux-mêmes, qu'il ne 'pouvait pas y souscrire'*[43] ».

39. Entretien avec le coordinateur d'urgence n°3, 27 mars 2017.

40. Rapport de fin de mission, coordinateur d'urgence n°3, 9 décembre 2015.

41. Entretien avec le CP n°3, 24 mars 2017.

42. Premier entretien avec le CP n°3, 14 février 2017. Le représentant du CICR aurait lui-même fait un « *rapport détaillé de la situation* » lors de ce briefing, indique le CP.

43. Deuxième entretien avec le CP n°3, 24 mars 2017.

D'autres éléments parviennent au CP de la part du CICR à la même période :

> Ils avaient commencé à utiliser la Croix-Rouge [nigériane] pour aller à Dikwa. Ils disaient que la situation était très très mauvaise, les gens n'avaient pas eu de nourriture pendant des semaines. Ils ont décidé de fournir un repas par jour. [J'ai appris des choses] par OCHA aussi : on avait de très bonnes relations, le gars d'OCHA m'a dit : « *ce qui se passe à l'extérieur de Maiduguri est catastrophique* ». Cela, c'était fin décembre 2015, début janvier 2016[44].

Ces éléments n'infléchissent pas la décision de remettre à plus tard une évaluation à l'extérieur de Maiduguri qui, prise début décembre par le coordinateur d'urgence n°3, est reconduite par son successeur arrivé courant décembre :

> La conclusion [des discussions avec l'e-Coordo n°3 puis n°4] a été qu'on était déjà débordés, ils ont dit qu'on comprenait mal la situation, qu'on avait peu d'informations, de contacts, pas de mouvements, donc pas de décision d'aller voir : « *nous avons besoin de plus d'information* »[45].

Sécurité, refus des escortes, perception par la coordination d'une image insuffisamment claire de la situation à l'extérieur de la ville, mais aussi énergie considérable nécessaire pour gérer le projet existant et remédier aux multiples problèmes déjà identifiés, s'entremêlent ainsi pour contribuer à mettre en suspens l'intention opérationnelle formulée début décembre de « *sortir* » de Maiduguri.

44. *Ibid.*

45. *Ibid.* Nous n'avons pas le point de vue du coordinateur d'urgence n°4, qui n'a pas donné suite à notre demande d'entretien.

SAISON 3. LA NORMALISATION

1er janvier – 13 juin 2016

Au premier semestre 2016, le Borno finit par repasser sous la responsabilité de la cellule régulière, qui se donne pour ambition de ramener la mission à une taille gérable afin d'avoir la capacité de sortir de Maiduguri. Pour le coordinateur de projet n°3, le retour au régulier est l'occasion de renforcer la lutte contre les détournements apparus au cours de la montée en puissance opérationnelle (Épisode 1). Persuadés que la situation empire à Maiduguri, le CP et son équipe rechignent en revanche à réduire les opérations malgré les consignes de la cellule, qui finit par imposer la fermeture de certaines activités (Épisode 2). Dans le même temps, le coordinateur de projet n'obtient pas de sa hiérarchie l'autorisation de sortir de Maiduguri sous escorte militaire afin de vérifier les informations de plus en plus inquiétantes sur l'existence de regroupements de populations au bord de la famine dans les villes de garnison (Épisode 3).

ÉPISODE 1. OPÉRATION « MAINS PROPRES » À MAIDUGURI (JANVIER-AVRIL 2016)

LE RETOUR AU DESK RÉGULIER (JANVIER 2016)

Le retour du Borno à la cellule régulière est officialisé lors de la réunion des opérations du 26 janvier 2016 (dont il n'existe qu'un enregistrement audio et quelques notes prises à la volée par l'assistante du département). Il ne prendra pleinement effet qu'au bout de deux mois, période pendant laquelle coexistent deux chaînes hiérarchiques (urgences et régulier) aux responsabilités mal définies. Le volume de la mission qui revient à la cellule régulière est sans commune mesure avec ce qu'il était avant son passage aux urgences. Entre avril et décembre 2015, le nombre d'expatriés est passé de 4 à 23, celui des salariés nigérians, de 23 à 288. Quant aux dépenses de la mission, elles ont été multipliées par dix et atteignent 2,25 millions d'euros au dernier trimestre 2015 (contre 224 624 au premier trimestre)[1].

ENCADRÉ 4. Les opérations MSF France au 1er janvier 2016

Pour rappel, au 1er janvier 2016, MSF gère un service d'hospitalisation pédiatrique de 84 lits hébergé par Infectious Disease Hospital (IDH), composé d'un centre de réhabilitation nutritionnelle intensif de 48 lits, d'une salle d'urgence, d'une unité de soins intensifs et de 24 lits de pédiatrie. La mission dispose également des deux centres de santé materno-infantiles de Maimusari et Bolori 2, comprenant chacun un service de consultations externes pédiatriques (jusqu'à 15 ans), un centre nutritionnel ambulatoire, une maternité et un service d'ambulance. Deux autres centres de santé offrent les mêmes services (à l'exception de la nutrition ambulatoire et de la maternité) dans les camps de Teachers Village et d'Arabic Teachers College. En outre, MSF soutient la salle d'urgence et le bloc opératoire de l'hôpital Umaru Shehu, assure des cliniques mobiles dans le camp de Dalori 2 et gère un système de surveillance dans les quinze camps de déplacés officiels reconnus par le gouvernement. A ces activités médicales s'ajoute un imposant volet EHA. En janvier 2016, la mission Maiduguri est impliquée dans l'approvisionnement en eau de 9 camps où elle fournit (sur le papier du moins) plus d'un 1,5 million de litres par jour et où elle mène divers travaux d'assainissement.

« *Le projet actuel est immense* » et les équipes sont « *débordées* », constate la responsable de la cellule régulière, qui s'est rendue à Maiduguri en janvier 2016 avec la LogCell pour préparer la passation. Lors de la réunion des opérations du 26 janvier, elle annonce son intention de réduire le volume d'activités en passant à d'autres acteurs une grande partie des projets eau et assainissement et des activités nutritionnelles (dans la continuité des orientations discutées avec l'ARC des urgences fin 2015). La mission ne conserverait que les consultations et l'hospitalisation pédiatriques, la chirurgie et la surveillance épidémiologique.

1. Source : données compilées par le département finances.

Cette réduction d'activités n'est pas justifiée par la « *fin de l'urgence* » à Maiduguri mais par la nécessité de retrouver la flexibilité nécessaire pour sortir de la ville. Si dans la capitale du Borno « *on est dans la même situation qu'il y a six mois voire même un an* », la situation à l'extérieur semble évoluer, explique la responsable de la cellule régulière. Les autorités ont annoncé leur intention de rassembler les populations vivant en zone rurale dans les capitales de district afin de « *créer un système de camps (…) et nettoyer les alentours (…). Si on est trop concentré, trop 'overwhelmed' sur Maiduguri on ne pourra pas bouger, détacher, aller voir. C'est là où il faut revoir notre positionnement et passer certaines activités*[2] ».

Par ailleurs, au cours de la discussion, les suspicions de détournement jusqu'alors occultées sont explicitement évoquées pour justifier le retour à la cellule régulière et la nécessité de réduire les activités. Pour la nouvelle directrice des opérations, le budget prévisionnel pour Maiduguri est « *énorme* » : 8,7 millions d'euros, soit plus que les trois projets réguliers dans le pays. Il importe de ne pas se laisser dépasser par l'immensité des besoins au Nigéria, affirme-t-elle : « *il faut trouver des partenaires, sinon ça va devenir ingérable* ». « *C'est déjà ingérable* », corrige la responsable de cellule qui précise, à propos des suspicions « *de fraudes de part et d'autre, [personnel] national et expats* » : « *c'est monté jusqu'au gouverneur qui nous a bien tapé sur les doigts* ». Elle fait état de la volonté des équipes de terrain de « *nettoyer la mission* ».

Début janvier, la chef de mission régulière et l'e-Coordo ont en effet écrit une lettre conjointe à leurs cellules respectives pour demander « *une investigation complète et sans compromis sur la malfaisance tentaculaire et persistante qui s'est déployée sous la bannière de Médecins Sans Frontières tout au long de 2015*[3] ». Critiquant le manque de réactivité des urgences face aux soupçons de malversations, ils exigeaient *a minima* qu'un audit soit réalisé afin que « *soient reconnus officiellement en interne les dysfonctionnements de cette urgence* » et que les malversations ne soient pas « *passées sous silence, comme une nouvelle 'normalité' de la façon de fonctionner de MSF*[4] ».

PRIORITÉ À LA LUTTE CONTRE LES DÉTOURNEMENTS

Nous ne savons pas comment ces nouvelles orientations ont été communiquées aux équipes d'Abuja et de Maiduguri[5]. Selon le souvenir qu'en conserve la chef de mission, la passation fut particulièrement hâtive :

> Nous avons reçu un appel téléphonique : « *la passation est faite au niveau du desk* ». Puis l'équipe

2. Enregistrement audio de la réunion des opérations du 26 janvier 2016.

3. Lettre du 4 janvier 2016 adressée au siège par le coordinateur d'urgence n°4 pour le Borno et la chef de mission régulière de la mission Nigéria.

4. Document « Urgence Nigéria-Maiduguri. 2015-2016 Rapport de synthèse établi par la Cellule des Alertes Professionnelles sur les problèmes mis en évidence lors de la mise en place de l'urgence à Maiduguri, et leurs conséquences sur les biens, les personnes ainsi que sur l'image MSF suite au transfert de l'affaire par les 2 Cellules (1 & 3) en charge », Cellule des alertes professionnelles, juin 2016.

5. A notre connaissance, il n'existe pas de document formel résumant les raisons, les objectifs et les modalités de la passation tels qu'ils ressortent de l'enregistrement audio de la réunion et des entretiens réalisés ultérieurement.

de coordination d'urgence a fait sa passation en une après-midi : ils sont venus et nous ont donné les clefs des voitures. Et c'est tout[6].

Quant au CP à Maiduguri, il retient du retour à la cellule régulière qu'il a désormais le soutien résolu du siège pour lutter contre les malversations. C'est selon lui une « *priorité clef* » pour réduire les tensions dans l'équipe, restaurer la réputation de MSF et sa capacité d'action[7].

Au premier trimestre 2016, il intensifie les efforts engagés fin 2015 pour lutter contre les détournements. Confirmant les craintes exprimées par l'e-CoFiRH et la responsable finances de la cellule des urgences, les investigations du CP et de l'équipe de capitale mettent à jour de nouveaux abus (depuis « *l'affaire de la dalle* ») : le vol du salaire de travailleurs journaliers par leur superviseur, la surfacturation de transporteurs routiers et de loueurs de véhicules associée au versement de rétro-commissions. Sans en avoir la preuve formelle, il suspecte également que la facture mensuelle du *water-trucking* (plus de 35 000 euros fin 2015) couvre de nombreuses rotations fantômes ou injustifiées.

Entre janvier et mars 2016, neuf salariés de MSF sont licenciés, mis à pied ou sanctionnés pour leur implication dans des malversations[8]. De nouvelles procédures sont mises en place, notamment pour l'approvisionnement des camps en eau par camion-citerne[9]. Toutefois, en l'absence d'audits physiques et de contrôles réguliers, les nouvelles procédures s'avèrent insuffisantes pour empêcher les fraudes. Si depuis janvier la coordination vérifie sur le papier l'adéquation entre les volumes d'eau transportés par camion-citerne et les besoins estimés dans les camps, elle ne peut garantir que le service payé est bien rendu : la feuille de suivi des livraisons d'eau mise en place en février est visiblement remplie a posteriori par le transporteur et les autorités des camps, observe la CoFiRH régulière (« *stylo, écriture, signatures identiques comme si la personne signant le faisait une seule fois* »). A compter de mi-février, les volumes d'eau commandés sont drastiquement réduits, limitant ainsi le risque de détournement.

Pour le coordinateur de projet et les deux chefs de mission (urgence et régulier), il ne fait aucun doute que l'assistant CP est impliqué dans la plupart de ces malversations et qu'il menace les personnes voulant le dénoncer[10]. La cellule des urgences est au contraire convaincue de l'honnêteté de l'assistant, qui s'est énormément investi dans le montage du projet depuis ses débuts. Elle pense que celui-ci est victime d'une campagne de diffamation liée à des rivalités personnelles et politiques. Lui-même nigérian, l'ARC des urgences hésite à prendre trop ouvertement sa défense, de peur d'être accusé de complaisance voire de complicité[11]. Sans nier la possibilité d'abus liés notamment à l'ap-

6. Entretien, 2 mars 2017.

7. Sitrep Borno, janvier 2016.

8. Sitreps Borno, février et mars 2016.

9. « *Tous les contrats (format et contenu) ont été revus avec l'admin et e-CoFin (…) Pour ce qui est du stock logistique, nous avons entré tous les articles dans [le logiciel] TuSuisTesStocks et sur des stock cards* » (Sitrep Borno, janvier 2016)

10. Il aurait notamment menacé les travailleurs journaliers s'étant plaints d'être spoliés de les désigner comme membres de Boko Haram aux autorités (ce qui équivaut à une menace de mort).

11. Entretiens avec l'ARC des urgences et la directrice des opérations.

provisionnement en eau, les membres de la cellule des urgences pensent qu'ils sont d'une ampleur limitée – et les jugent inéluctables vu le volume des opérations. « *J'avais le choix entre avancer et contrôler* », expliquera l'ARC des urgences à la cellule des alertes.

En l'absence de preuve formelle, l'assistant CP reste en poste jusqu'à l'échéance de son contrat en juin, qui n'est pas renouvelé.

L'INTERVENTION DE LA CELLULE DES ALERTES

Officiellement saisie au mois de février 2016, la cellule des alertes professionnelles estime, après un premier examen des pièces fournies par le terrain, des investigations du CP et des mesures correctives adoptées, que le « *temps de l'investigation est trop tardif* ». Elle décide de ne pas se rendre sur place mais de rédiger un rapport à base d'entretiens afin de nourrir la réflexion « *au plus haut niveau* » – demi-mesure qui ne satisfait que partiellement la chef de mission régulière et l'e-Coordo[12].

Très critique vis-à-vis des choix opérationnels et de la compétence de la cellule des urgences, le rapport de synthèse (achevé en juin 2016) conclut à l'existence de quatre abus avérés (cf. encadré 5) et de treize « *défauts de procédures* » portant sur le contrôle des ressources (achats, embauches, locations, avances, archivage des pièces comptables, etc.)[13]. Il juge impossible de chiffrer le montant des détournements, ni même de fixer un ordre de grandeur, « *les documents n'existant tout simplement pas.* »

La responsable de la cellule des alertes estime, d'après ses constatations et des rumeurs rapportées par le gouverneur de l'État du Borno et un fournisseur, qu'il « *régnait une corruption 'généralisée' au sein de notre programme de Maiduguri* ». « *C'est la première fois que j'ai vu un abus de biens de cette ampleur-là. A vue de nez au moins 50 000 euro*[14] », explique-t-elle en entretien. « *Ce qui est totalement atypique, c'est que tous les domaines étaient touchés. D'habitude, c'est un truc, la pharmacie, par exemple. Là, c'était tout qui n'allait pas*[15] ».

12. Entretien avec la chef de mission régulière, 2 mars 2017.

13. Cellule des alertes professionnelles, « Urgence Nigéria-Maiduguri, 2015-2016, rapport de synthèse », *op.cit.*, juin 2016.

14. Entretien, 24 juillet 2017.

15. Les principaux abus et défauts de procédures portent sur un certain nombre de dépenses locales (travailleurs journaliers, location de véhicules, transport d'eau, achats de nourriture pour les patients, contrats de construction), principalement réalisées en liquide, dont il est possible de connaître le montant global et pour lesquels on peut fournir une fourchette de pertes. Cette estimation n'a été réalisée ni par la cellule des alertes professionnelles, ni par la cellule des urgences (à l'exception des deux rapports d'incident établis par la FinCell des urgences, l'un concernant la « dalle » pour un montant estimé entre 10 000 € et 19 000 €, l'autre portant sur le vol du salaire des travailleurs journaliers dont le montant est estimé à 1 000 €), laissant en suspens la question de l'ampleur globale des détournements. Le chiffre de 50 000 euros avancé en entretien par la responsable de la cellule des alertes représente 0,8 % du total des dépenses réalisées au Borno par la cellule des urgences entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016. On peut penser qu'il s'agit d'une estimation basse au vu de l'importance des dépenses mensuelles de la mission et des défauts de procédures élémentaires soulignés par la FinCell et l'e-CoFiRH dans leurs rapports de 2015.

ENCADRÉ 5. Abus avérés, extrait du rapport de la cellule des alertes professionnelles, 2016

ABUS AVÉRÉS			
Cause/ contexte	Conséquences / Impacts	Actions/situation récentes	Actions/situation récentes
Abus de pouvoir & détournement d'argent	• Un superviseur de journaliers n'a pas payé les journaliers IDP durant plusieurs mois. Chaque semaine (3 fois) à partir d'août 2015, il leur fait signer des feuilles de paiement en disant que le responsable est en France et que l'argent n'est pas là. • A plusieurs reprises, les journaliers alertent les expatriés ou d'autres superviseurs sans succès. L'ancien PC est également informé mais il ne fait rien. • En février 2016, 5 IDP en colère disent au nouveau PC que MSF les a maltraités. C'est à la suite de ces explications que les choses sont corrigées. • Le PC assistant national, organise une réunion « secrète » avec ces IDP dans son logement privé afin de les faire taire avec même menaces de faire intervenir les autorités contre eux (le PC asst reconnaîtra cette réunion).	• Image MSF négative auprès de la population de ce camp-MSF perçu comme malhonnête. • Sentiment d'impunité par manque d'écoute et de gestion du problème en temps voulu. • Le non suivi en temps voulu a laissé une porte ouverte vers la continuité des abus /détournements /corruption • Cette situation aurait pu avoir un impact sur la sécurité des équipes. • Risque d'impact sur la sécurité des IDP ayant alerté.	• Superviseur impliqué licencié. • Assistant PC arrêté (même si non licencié pour faute). • Paiements régularisés. • Contact du PC laissé aux IDP en cas d'impact négatifs sur leur sécurité.
Conflits d'intérêt (avec avantage financier)	• Lorsqu'un point a été fait sur les voitures louées, il est apparu que notre radio-Op nous louait sa voiture. • D'autres voitures appartenaient aux familles du staff. • Un chauffeur de location a accusé le PC assistant d'avoir des intérêts dans le water trucking. Il a par la suite été découvert que le camion payé 1 000 N/trip de plus que les autres appartenait à un proche du PC asst en effet.	• image MSF : manque de contrôle de MSF sur ces activités, avec le choix des contacteurs laissé dans les mains du personnel national (A donné le sentiment que l'on peut faire tout et n'importe quoi chez MSF).	• Arrêt de ces locations. • Mise à pied de 8 jours du radio-Op et arrêt du Pc assistant.
Détournement de matériel Log	• Dès été 2015, il y eu une preuve de détournements au sujet de la fabrication d'une dalle de ciment, payé 4,5 fois le prix qu'il aurait dû coûter (perte de 10 à 20K €). • Accusation venue du *supplier* : selon lui 3 *watsans* lui demandaient d'enlever le surplus de matériel, mais de tout facturer (et de leur remettre la différence). • Autre accusation : d'enlever le surplus pour l'emporter dans un autre camp, mais de refacturer ce qui est re-livré ailleurs.	• Vol de matériel/ détournement. • Impact négatif sur l'image MSF (Le gouverneur aurait dit au PC actuel "You didn't receive the services you paid. Please don't throw your money like that! Be careful!"). • Impact potentiel sur leur sécurité (Crainte des suppliers quant à cette plainte et ne voulaient plus parler pour confirmer au moment de l'investigation).	• Le Log détaché en charge a été renvoyé dans son pays (il n'occupe plus la position de log supply sur place) et validation à l'expatriation suspendue.
Racket	• Un chauffeur de location a souhaité ne plus louer à MSF car cela lui coûtait trop cher. Il disait devoir payer 2000N par mois afin de conserver son contrat avec MSF.	• Impact sur la sécurité de ce contracteur qui a été menacé de mort suite à sa plainte. • Impact négatif sur l'image MSF.	

Interrogé sur l'importance des malversations et leur impact sur le fonctionnement de la mission, un membre clef de l'équipe nigériane, dont l'engagement et l'intégrité sont reconnus tant par le personnel local que par le personnel expatrié, nous donnait son avis :

> L'assistant CP avait été impliqué de longue date dans le projet, l'équipe lui faisait vraiment confiance et ils lui confiaient beaucoup d'argent. Ça fait beaucoup de pression sur une seule personne dans un pays comme le Nigéria. Donc oui il est possible qu'il y ait eu de la corruption. Le problème c'est qu'on n'a jamais eu des faits clairs pour savoir vraiment ce qui s'était passé. (…) Le CP était contrarié par toutes ces histoires[16].

LES TENSIONS, LA TRISTESSE, L'ÉPUISEMENT

Au premier trimestre 2016, l'incertitude sur l'ampleur des détournements et l'identité des personnes impliquées alimente un climat de suspicion généralisée au sein de la mission Maiduguri. Se plaignant d'être la cible de « *harcèlement managérial* », plusieurs personnes, expatriées et nigérianes, démissionnent ou abrègent leur mission, décision interprétée par la chef de mission régulière comme la preuve de leur culpabilité[17].

Quant à l'e-Coordo, qui reste en poste jusque fin février, ses relations avec sa cellule se sont considérablement dégradées depuis qu'il a signé la lettre demandant une investigation de la cellule des alertes[18]. Alors que les tensions s'amenuisent au mois de mars 2016 avec le passage effectif du projet à la cellule régulière, le renouvellement des expatriés et d'une partie du personnel national, un événement tragique vient alourdir le climat. Hospitalisé en urgence le 6 avril 2016 à l'hôpital universitaire de Maiduguri, le *logistic team leader* décède le lendemain des suites d'une maladie fulgurante. Ses collègues à Maiduguri sont terrassés.

16. Entretien, Maiduguri, 11 mars 2017.

17. Entretien, 2 mars 2017.

18. Il expliquera au coordinateur de projet : « *mon desk ne me parle plus à cause de cette histoire de corruption* » (entretien avec le CP n°3, 14 février 2017).

ÉPISODE 2. LE TERRAIN FAIT DE LA RÉSISTANCE (JANVIER-MAI 2016)

LA RÉDUCTION DES ACTIVITÉS EHA

Le dispositif

C'est donc à des équipes de terrain éprouvées et accaparées par la résolution d'importantes difficultés internes qu'il revient de resserrer le dispositif opérationnel et de regagner l'agilité nécessaire pour sortir de Maiduguri.

Les activités EHA sont les premières à faire l'objet de mesures de fermeture. Développées par les urgences en pleine épidémie de choléra avec de faibles moyens, elles se répartissent au 1er janvier 2016 sur 9 camps de déplacés abritant près de 64 000 personnes. Sur chacun de ces sites, la responsabilité de la production, de la distribution et de l'évacuation des eaux propres et sales est partagée entre plusieurs acteurs gouvernementaux (SEMA, Ministère des ressources en eau, Agence RUSSAWA) et étrangers (MSF, Unicef, Oxfam, CICR principalement) théoriquement coordonnés par la SEMA en tant que *camp manager*[1].

La principale activité de MSF est alors d'assurer tout ou partie de la maintenance des stations de pompage (réparation et remplacement des pompes et générateurs, approvisionnement en carburant, chloration…) et de pallier l'insuffisance de leur production par des rotations de camions-citernes (cf. tableau 5). Près de 400 rotations sont organisées chaque semaine sur 6 sites, principalement à destination des camps de Bakassi (13 500 personnes), Farm Center (10 000 personnes) et de Gubio (10 000 personnes). Dans ce dernier camp, l'intégralité de l'approvisionnement en eau provient des camions-citernes loués par MSF. Par ailleurs, MSF a construit et entretient 51 points de distribution d'eau adossés à une capacité de stockage globale de 475 m^3 répartie sur 159 réservoirs. MSF est également impliquée dans la construction de latrines, de douches, d'aires de lavage et d'abris individuels dans quatre camps. Sur le papier, l'action combinée de MSF et des autres partenaires (ces derniers n'assurant au global qu'un dixième des approvisionnements dans les 9 camps où intervient MSF) assure des quantités d'eau disponibles par personne et par jour jusqu'à deux fois supérieures aux standards SPHERE[2].

1. « *Prends 10 forages : sur un on va fournir de l'essence, l'autre on gère tout, le troisième on fait la chloration* ». Toutes les agences interviennent sur les mêmes camps avec des degrés d'implication divers et mal définis ; en pratique, « *c'était un gros bordel* », résumera le nouveau RC (entretien avec le responsable de la cellule régulière en poste à partir de mars 2016, 28 avril 2017 – jusqu'alors adjoint responsable de cellule, il prend le poste de RC au moment où celle qui l'occupait devient elle-même DirOp adjointe).

2. Résultats de l'initiative du même nom lancée en 1997 pour améliorer la qualité et la redevabilité des interventions humanitaires, les standards SPHERE portent sur 4 domaines : l'eau-hygiène-assainissement ; la sécurité alimentaire et la nutrition ; les abris et l'habitat ; la santé (https://www.spherestandards.org/fr/)

TABLEAU 5. Les activités Eau-Hygiène-Assainissement (EHA) au 1er janvier 2016

Sites	Bakassi	Gubio	Farm C	TV	ATC	NYSC	Dalori 2	Sand K	Goni K	Total
Production hebdo de MSF										
- Stations de pompage	1 750 m³	0 m³	1 470 m³	1 176 m³	644 m³	636 m³	693 m³	350 m³[14]	250 m³	6 969 m³
- Camion citerne	1 050 m³	1 680 m³	1 050 m³	0 m³	0 m³	70 m³	100 m³	0 m³	0 m³	4 090 m³
- Nbre rotations hebdo	105	168	105	0	0	7	10	14	0	409
- Coût (18 € / rotation)	1 890 €	3 024 €	1 890 €	0	0	126 €	180 €	252 €	0	7 362 €
Production hebdo par d'autres acteurs	0 m³	175 m³	336 m³	196 m³	280 m³	168 m³	0 m³	168 m³	43 m³	1 366 m³
Production totale hebdo	2 800 m³	1 855 m³	2 856 m³	1 372 m³	924 m³	874 m³	793 m³	658 m³	293 m³	12 425 m³
Nbre déplacés	13 433	9 918	9 731	9 273	5 922	5 327	4 886	2 582	2 577	63 649
Litres /p. / jour	30	27	42	21	22	23	23	36	16	28

Source : WashSitRep Décembre 2015

La critique

Ces activités sont jugées avec sévérité par le coordinateur de projet et les trois responsables logistiques qui se rendent sur la mission en janvier 2016 : le référent *watsan* régional (7-20 janvier)[3], la responsable logistique de la cellule régulière (12-23 janvier)[4] et la coordinatrice logistique de capitale (18 janvier-4 février). Ils jugent l'approvisionnement en eau par camion-citerne extrêmement coûteux et inapproprié compte tenu de l'existence de multiples forages auxquels il serait possible de relier les réseaux de distribution[5]. Il est en outre impossible de s'assurer que les 400 rotations hebdomadaires payées par MSF sont bien effectuées.

Quant aux réseaux de distribution, ils ont été construits avec des matériaux de mauvaise qualité, qui nécessitent une maintenance régulière et chronophage, estiment la LogCell et le référent. La plupart des réservoirs sont dépourvus de couvercle. Des tests aléatoires aux robinets révèlent à plusieurs reprises l'absence de chlore résiduel. Les abords des points d'eau sont boueux et parsemés de flaques d'eau stagnantes, les puits perdus réalisés dans la terre argileuse ne permettant pas à l'eau

3. Document « Watsan mission report », coordinateur technique *watsan* régional Afrique de l'Ouest, 23 janvier 2016.

4. Document « Nigeria Visit Report, RLOG 12/01/2016 – 23/01/2016 ».

5. Les camps où MSF réalise le plus grand nombre de rotations sont installés dans des lotissements en chantier, parsemés de puits profonds.

de s'infiltrer. Des travailleurs journaliers affectés à la maintenance des sites se plaignent de n'avoir pas été payés, observe le coordinateur de projet en janvier, et n'ont de toute évidence pas la compétence nécessaire pour assurer la chloration et l'entretien des points de distribution[6]. L'armée lui rapporte avoir arrêté un journalier de MSF qui exigeait des faveurs sexuelles pour mettre en service un point d'eau[7].

« *On voulait être partout. Sur le papier il y avait une réponse, mais personne ne connaissait la réalité de ce qu'on faisait* », se souvient la Log cellule[8]. MSF fournit très probablement des volumes d'eau inférieurs aux quantités annoncées et de mauvaise qualité, estiment le coordinateur de projet et les référents. Mais ils affirment dans le même temps que la situation est meilleure dans les 9 camps où MSF intervient que dans les autres et qu'en dépit de ses turpitudes, MSF bénéficie d'une bonne image auprès des déplacés : « *à la différence des autres intervenants, nous assumions nos responsabilités* », déclare le CP rétrospectivement[9].

Face à cette situation, les responsables logistiques encouragent l'équipe de Maiduguri à passer les activités EHA à d'autres intervenants (ce qui suppose au préalable d'« *améliorer la situation actuelle en remplaçant notamment le water-trucking par un système pérenne, plus facile à suivre*[10] »). Des rencontres sont organisées à cette fin avec le CICR, ACF, Oxfam, IRC dans le courant du mois de janvier 2016. Seul le CICR accepte de reprendre l'approvisionnement en eau des camps de Gubio et Dalori 2, où MSF arrête toutes ses activités *watsan* le 29 février. Cette passation permet à MSF de diviser par deux le volume d'eau transporté par camions. En revanche, à Farm Center et dans 6 autres camps, MSF continue, faute de repreneur, à faire du *water-trucking* et/ou à entretenir les stations de pompage[11].

LE MAINTIEN DES ACTIVITÉS MÉDICALES

L'hospitalisation sous pression

Contrairement à l'approvisionnement en eau, les activités médicales ne connaissent pas de réduction significative au premier trimestre 2016, à l'exception de la fermeture par les autorités du service pédiatrique hébergé à IDH (centre nutritionnel intensif et hospitalisation). Une partie des patients sont renvoyés chez eux. D'autres sont transférés vers diverses structures, dont l'hôpital d'Umaru

6. Le CP rapporte cette anecdote : « *J'ai vu un gamin assis au-dessus d'un réservoir, en train de boire dedans : je le sermonne. Il me dit : 'je travaille pour MSF'* » (entretien n°1, 14 février 2017).

7. Entretien n°2, 24 mars 2017.

8. Entretien, 26 avril 2017.

9. Entretien, 24 mars 2017.

10. Rapport de visite du référent *watsan* régional, 23 janvier 2016. La LogCell va dans le même sens, affirmant dans son rapport de visite que « *l'objectif aujourd'hui donné à la mission est d'arrêter les transports d'eau par camion-citerne au profit de solutions d'approvisionnement à long terme (…). A cette fin, nous avons besoin d'un watsan expérimenté avec de bonnes capacités de programmation* ».

11. Sitrep Borno, mars 2016.

Shehu où le directeur met temporairement à la disposition de MSF une salle de 35 lits. Courant avril, les enfants malnutris doivent à nouveau être déménagés vers un autre centre de santé, dans le quartier de Gwange, où MSF a reçu *in extremis* l'autorisation d'installer des tentes pour héberger son centre nutritionnel intensif. Faute de locaux, l'hospitalisation pédiatrique restera pour sa part fermée jusqu'en juillet.

Les déplacés et leurs hôtes

Par ailleurs, MSF continue d'assurer des consultations dans trois camps et n'est pas résolue à réduire l'offre de soins primaires et nutritionnels dans les quartiers populaires de Maimusari et Bolori 2. Au premier semestre 2016, 233 consultations pédiatriques sont assurées chaque jour en moyenne à Bolori 2, et 280 à Maimusari ; 330 accouchements y sont réalisés pendant ces six mois, principalement à Maimusari, dont la maternité est ouverte en continu. Toujours au premier semestre, les deux programmes de nutrition ambulatoire reçoivent 3 114 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère, comptant jusqu'à 2 200 enfants dans leur cohorte. Plus de 750 enfants sont également traités en intensif (à l'hôpital IDH puis au centre nutritionnel de Gwange)[12] .

Particulièrement préoccupée par la situation nutritionnelle dans le quartier de Bolori 2, l'équipe multiplie les démarches auprès de la SEMA et du CICR pour qu'ils y organisent des distributions générales de nourriture. En avril, elle propose d'ouvrir les consultations externes aux adultes. Elle justifie cette proposition par la crise économique qui frappe la capitale du Borno, par l'histoire dramatique du quartier (rasé par l'armée après avoir été le sanctuaire de Boko Haram), par la vulnérabilité particulière des personnes qui y résident et par leurs difficultés d'accès aux soins[13].

C'est aussi à Bolori 2 que l'équipe détecte en mars-avril un début d'épidémie de rougeole. Jusque début mai, elle documente le nombre et l'origine des malades par le biais de line listing, assure le traitement des cas simples dans ses consultations externes (OPD) et réfère les cas compliqués vers les hôpitaux qu'elle décrit comme rapidement débordés[14]. Pour l'équipe, l'épidémie démontre de façon patente le manque de fiabilité des campagnes de vaccination menées par le ministère de la Santé dans les quartiers périphériques de Maiduguri. La faible couverture tient vraisemblablement à la crainte des vaccinateurs de se rendre dans ces quartiers, à la présence de nouveaux déplacés en leur sein – voire, rapporte l'équipe d'investigation, au refus exprimé par certains déplacés de se faire vacciner tant que le gouvernement n'aura pas pourvu aux besoins qu'ils estiment prioritaires : de l'eau, de la nourriture, des écoles, des transports. L'épidémie souligne aussi les carences du système

12. Voir Annexe 7, tableaux 11-13, tableau 16, tableaux 17-19.

13. « Proposal for general OPD consultation for Bolori 2 primary health center », 19 avril 2016. L'analyse de la crise économique qu'on y trouve reprend intégralement celle présente dans plusieurs sitreps Borno successifs.

14. Sitrep Borno, mai 2016. Du 10 au 17 mai, elle réalise une investigation qui recommande une campagne de vaccination et le renforcement de la prise en charge hospitalière des cas compliqués (3 % des cas vus en consultation soit 38 enfants entre les semaines 9 et 19) (Document « Bolori 2 Maimusari and Dalori 2 Measles Assessment Report – by E-prep nurse, Borno medical activity manager, 10-17 May 2016, input from e-prep activity manager »).

de veille épidémiologique gouvernemental : ce dernier a enregistré 254 cas de rougeole pour les mois de mars-avril dans tout le Borno alors que MSF en dénombrait 1149 sur la même période dans le seul centre de santé de Bolori 2. A compter de fin mai, MSF monte une unité de traitement de la rougeole dans l'hôpital Umaru Shehu et encourage le ministère à faire une nouvelle campagne de vaccination.

Les blessés

Contrastant avec les centres de santé primaire et l'hospitalisation pédiatrique, le projet chirurgical d'Umaru Shehu connaît une faible activité. 96 patients sont opérés entre janvier et mars 2016, dont 68 victimes d'attaques ou d'attentats. Entre deux attentats, l'équipe chirurgicale fait de la formation. Cette sous-activité est liée à la baisse du nombre d'attentats réussis à Maiduguri en 2016[15]. Elle est aussi la conséquence du rôle secondaire que joue l'hôpital d'Umaru Shehu dans la prise en charge des blessés, acheminés en première intention à l'hôpital universitaire ou à l'hôpital de région où travaille le CICR[16].

L'équipe de Maiduguri et la cellule envisagent un moment d'ouvrir le service de chirurgie de l'hôpital d'Umaru Shehu à l'ensemble de la population déplacée, dans le but de lui faciliter l'accès aux soins secondaires (payants en dépit de l'existence d'un fonds spécial géré par les autorités et censé leur garantir la gratuité des soins). Le directeur de l'hôpital propose de confier à MSF l'aile de chirurgie (24 lits) ; toutefois, l'option n'est pas poursuivie, pour des raisons que nous ignorons.

En dépit de la faible activité, l'équipe de Maiduguri demande à la coordination d'embaucher du personnel supplémentaire pour « *améliorer la qualité des soins post-opératoires*[17] ». Celle-ci s'y oppose, avec le soutien de la cellule qui veut mettre fin à l'activité : « *il y avait beaucoup de besoins pendant les attaques, puis rien. Le chir[urgien] se faisait chier, on faisait de la formation, le truc restait là à traîner* », se souvient la Log cellule[18]. Chirurgiens et médecins anesthésistes expatriés se relaient sans discontinuer jusqu'aux 11 et 23 mai respectivement, date à laquelle Paris impose l'arrêt du projet en refusant de remplacer l'équipe chirurgicale.

15. Si l'insurrection mène le 30 janvier une attaque meurtrière aux portes de la ville, dans le village de Dalori (une centaine de morts et des dizaines de blessés), seuls quatre commandos suicides atteignent leur cible à l'intérieur de Maiduguri au premier semestre 2016, tuant une quarantaine de personnes. Moins nombreuses qu'en 2015, les tentatives d'attentats à Maiduguri et à sa périphérie immédiate aboutissent aussi moins souvent et font moins de victimes (du fait de dispositifs explosifs de moindre qualité).

16. Ce n'est que lorsque ceux-ci sont saturés que certains blessés sont transférés à Umaru Shehu. Ainsi, parmi les victimes de l'attentat du 30 janvier, 97 sont acheminées au University Teaching Hospital, 52 sont prises en charges par le CICR, et 17 par MSF (dont seulement 3 au bloc opératoire).

17. Il s'agit de répondre au « *besoin humanitaire immense lié à la fréquence des attentats et au dépassement des capacités de prise en charge des deux hôpitaux SSH [State Specialist Hospital] et UMH [Umaru Shehu Ultra Modern Hospital]* », soutient la proposition envoyée à la coordination d'Abuja et à Paris. Document « Umaru Shehu Ultra-Modern Hospital Proposal », 18 février 2016.

18. Entretien, 26 avril 2017.

LES VISITEURS DU SIÈGE

« C'est le Bronx »

La fermeture unilatérale de l'activité à Umaru Shehu est révélatrice des difficultés de communication entre le siège, la coordination et le terrain. La responsable de la cellule régulière ayant été nommée directrice adjointe des opérations, c'est son adjoint qui la remplace à partir du mois de mars. Peu à l'aise en anglais, le nouveau RC n'a jamais travaillé au Nigéria et peine à comprendre les hypothèses de travail des équipes de terrain. « *Au moment de la passation, personne, ni la chef de mission ni le desk [des urgences] n'arrive à nous expliquer ce qui se passe (…). Il n'y a pas d'analyses, pas d'écrits. C'est que de l'oral, ça part dans tous les sens* », se souvient-il[19]. Son adjointe, qui assure en grande partie la liaison avec le terrain, confirme : « *au téléphone, ça passait du coq à l'âne. Beaucoup d'informations mais pas d'analyse*[20]. »

Dès le mois de mars, le nouveau responsable de cellule décide de se rendre sur place pour se faire une idée. Il y retourne en avril, accompagné de sa responsable des ressources humaines et de son responsable médical (MedCell), pour soutenir l'équipe lors de la mort du *logistic team leader.* « *Sur place, ce n'est pas la situation qui m'alerte, c'est la gestion [de la mission]. (…) C'est le Bronx* », se souvient-il. « *Côté supply et finance, on n'avait aucune idée d'où on en était,* abonde son adjointe. *Même au niveau des [données] médicales on avait du mal à retrouver ses petits. C'était devenu le volume d'un pays* ». L'équipe terrain leur semble mal organisée :

> Toutes les activités étaient gérées de manière transversale (nutrition, maternité, log, etc.) et non par site. Du coup les équipes passaient leur temps à courir dans tous les sens, d'un site à l'autre. (…) Le seul qui pouvait expliquer le projet, qui avait une vision globale, c'était le coordinateur de projet. Avec les histoires de corruption, il voulait avoir la main sur tout. Le seul mec en qui il avait confiance, c'était le *medical team leader*, qu'il emmenait partout avec lui[21].

Lors de sa première visite, le responsable de cellule propose de restructurer l'équipe par site (et non par activités) et aide le *medical team leader* à identifier parmi le personnel nigérian des « *staffs avec du potentiel* ». Il redessine l'organigramme et refait des descriptions de postes simplifiées : « *on met les trois responsabilités essentielles, pas de profil détaillé* ». Lorsqu'il revient en avril, il déplore que ses propositions soient restées lettre morte. Venue avec lui, la responsable ressources humaines de la cellule a « *l'impression que les expatriés se dispersent et ne sont pas en mesure de se concentrer sur quoi*

19. Entretien, 28 avril 2017.

20. Entretien avec la responsable logistique puis adjointe responsable de la cellule régulière, 26 avril 2017. Ce sont en somme trois mouvements de postes qui se produisent en cascade : la RC quitte la cellule pour devenir DirOp adjointe ; son adjoint prend le poste de RC ; la LogCell devient ARC.

21. Entretien préliminaire avec le responsable de la cellule régulière, 3 novembre 2016.

que ce soit de précis », ayant parfois du mal à faire la part entre des options discutées et de franches décisions[22].

De plus, la mission manque de cadres intermédiaires. « *Il y a les expats MSF en haut. Les Nigérians tout en bas, mais personne entre les deux*[23] ». Et l'équipe de coordination à Abuja ne semble pas en mesure d'apporter le soutien opérationnel nécessaire à Maiduguri, estime le responsable de la cellule[24]. La chef de mission et sa coordinatrice médicale reconnaissent en entretien que le Borno a représenté une charge colossale pour l'équipe de capitale qui devait par ailleurs assurer le suivi des projets de Port-Harcourt et de Jahun.

La liquidation du projet *watsan*

Estimant que l'équipe logistique n'a pas la compétence pour réaliser la mise à niveau des systèmes d'approvisionnement en eau préconisée en janvier, le responsable de cellule décide lors de sa première visite de transférer toutes les activités *watsan* restantes avant le 1er mai, mesure officiellement annoncée par ses soins aux acteurs EHA de Maiduguri[25]. Sur place, il rencontre des représentants d'Oxfam et de Solidarités, auxquels il propose de reprendre clef en main l'ensemble des installations et du personnel MSF. Lorsqu'il revient en avril, ni la coordination à Abuja, ni le coordinateur de projet à Maiduguri n'ont semble-t-il poursuivi les discussions avec ces deux ONG. Alors que l'échéance fixée pour le transfert des activités *watsan* approche, l'équipe de terrain met un terme brutal à l'ensemble de ces activités les 9 et 10 mai dans les 7 camps où elle est encore présente, sans avoir trouvé de repreneur. « *On disait qu'on voulait passer [ces activités], mais on se voilait la face, car il n'y avait personne dans l'immédiat pour reprendre* », analyse a posteriori l'ARC.

« *La qualité globale des infrastructures que nous avons remises aux autorités est extrêmement médiocre, mais c'est fait* », constatent le référent *watsan* régional et le référent *watsan* du siège, qui se rendent à Maiduguri entre le 10 et le 20 mai, pour « *soutenir l'équipe* [26] » alors que les activités *watsan* dans les camps ont déjà été stoppées. A l'issue de leur visite, ils fixent douze priorités au *watsan manager* parmi lesquelles la « *mise aux standards MSF* » des infrastructures de santé (eau, assainissement, gestion des déchets médicaux), « *l'identification de populations résidentes auxquelles distribuer des filtres à eau individuels en prévention du choléra* », la réalisation d'une cartographie exhaustive par GPS de l'ensemble des infrastructures sanitaires (latrines, points d'eau, douches, cuisines, etc.) des six

22. Document « HR Officer visit Nigeria mission, April–May 2016 ».

23. *Ibid.*

24. « *Les membres de la coordo à Abuja ne communiquaient pas entre eux, un bordel grave. On a collé le Borno à une coordination dysfonctionnelle, elle a implosé* » (entretien, 28 avril 2017).

25. Compte-rendu de la réunion au cours de laquelle il formule cette proposition (« WASH in Emergency Sector Working Group Coordination Meeting » Water House, 15 mars 2016). Lors de cette réunion, le RC propose de procéder à une répartition des camps par organisation, plutôt que chaque intervenant réalise un bout du travail dans chacun des 15 sites officiels. Il s'agirait de nommer « un point focal EHA prenant la responsabilité d'entretenir les installations, de répondre aux besoins, de rapporter les gaps et les indicateurs ». Personne ne se porte volontaire, à l'exception du CICR pour Gubio et Dalori2 à qui MSF a transféré ses activités en février.

26. Document « Watsan Nigeria Support Visit – RTC Watsan West Africa from 10th to 20th of May », 30 mai 2016.

principaux camps de déplacés, et la mise en place d'un système d'information en temps réel sur « *qui fait quoi en matière d'activités watsan à Maiduguri (gouvernement et toutes les différentes ONGs)* », ce qui implique notamment « *de rencontrer toutes les autres ONGs afin de connaître leurs capacités, leurs forces et leurs faiblesses* » et « *d'écrire des rapports sur les différents meetings et leur suivi* ». Les deux référents quittent la mission en laissant au *watsan* expatrié un fichier Excel contenant un chronogramme d'activités censé l'aider à accomplir ce programme pharaonique : 76 tâches en 9 semaines affectées d'une priorité de 1 à 3…

Aveux d'impuissance

Fin mai, quatre mois après la réunion des opérations ayant décidé de réduire la voilure opérationnelle en passant à d'autres acteurs une grande partie des activités *watsan* et nutritionnelles, le bilan est donc mitigé. A l'exception des projets EHA dans les camps de Dalori 2 et Gubio, repris par le CICR, les activités *watsan* de MSF ont été arrêtées brutalement, sans repreneur. Quant au dispositif médical, il est quasi-identique à ce qu'il était fin 2015, à l'exception de la fermeture du projet chirurgical d'Umaru Shehu et de l'un des centres de santé installés dans les camps – toutes deux imposées par la cellule – et de l'arrêt temporaire de l'hospitalisation pédiatrique – imposée par les autorités. Entre janvier et mai, le nombre d'expatriés est passé de 23 à 16, celui des employés nationaux de 288 à 230. Quant aux dépenses, elles ont presque été divisées par deux, passant de 1,8 million d'euros au premier trimestre 2016 à 1 million au second trimestre.

Rétrospectivement, les membres de la cellule estiment qu'ils ont alors peu de prise sur l'évolution de la mission. « *Je passe en mars, je donne quelques trucs à cadrer, ça se fait pas. Je passe en avril, pareil, ils ne font pas* », résume le RC en référence à la refonte de l'organigramme par site, à l'arrêt du projet chirurgical ou aux discussions avec Solidarités concernant la reprise des activités EHA[27].

En réalité, il semble que cette incapacité du siège à embarquer le terrain dans la direction qu'il souhaite (et vice versa comme nous le verrons un peu plus tard) relève avant tout d'un désaccord implicite, non formalisé, non discuté, sur le diagnostic de situation et les priorités d'intervention.

LE DIFFÉREND LATENT

Alors que l'ancienne responsable de la cellule jugeait que la situation à Maiduguri avait peu changé depuis 2015 et restait éminemment critique, le nouvel RC estime que l'urgence est désormais révolue.

27. Entretien, 28 avril 2017. Nous n'avons trouvé aucun document explicitant de manière formelle le diagnostic de situation et les consignes laissées par le responsable de cellule à l'issue de ses visites. « *Ils ont oublié de prendre des notes* », déplore-t-il *a posteriori*, reconnaissant que c'est par oral qu'il a passé ses instructions.

> On a un énorme volume de consultations par mois. Dedans il y a des résidents, des déplacés en *host*, des déplacés en camps. On se dit qu'avec ce volume de patients, on a une image de ce qui se passe. En plus on a de la *watsan* partout. On a la vision des camps et de la communauté. En mars, je regarde un peu les données : il n'y a pas d'hospitalisations issues des consultations. A peine 1 % de références. Je trouve que la situation n'est pas très sévère au regard des moyens déployés. A la deuxième visite en avril, le MedCell va à l'ITFC. Il sort la moitié des gamins. On passe une journée à l'OPD : c'est de la bobologie. C'est là qu'on se dit : « *ce qu'on fait ça sert à rien, les gens ils vont bien* »[28].

Pour le responsable médical de la cellule (qui se trouve être Nigérian et originaire de Maiduguri), ce retour à la normale n'est pas étonnant, la ville ayant la capacité à absorber l'arrivée massive de populations rurales fuyant la violence :

> Début 2016, ce n'est pas à Maiduguri qu'il y a des problèmes. Dans la ville il y a des business partout, une université de 50 000 étudiants, une *medical school*. Ce n'est pas du tout une situation de guerre. Les fonctionnaires continuent à être payés, les hommes d'affaire ont leurs réserves. Des *mansions* sont construites, la ville est en plein boum.
> Où sont les gens, où sont les déplacés ? Ça ne se voit pas. (…) Les plus vulnérables ce sont les fermiers. Ils n'ont pas d'autres compétences qui leur permettent de s'insérer dans l'économie urbaine. C'est eux que tu retrouves dans les camps. Mais les autres, les déplacés en milieu ouvert ils ne veulent même plus être appelés déplacés, ce sont devenus des habitants de Maiduguri. (…)
> Imagine que toute la banlieue débarque à Paris à cause de l'insécurité. Au début, ça sera la galère, le chômage va doubler, mais ensuite la demande de travail augmente, ça va stimuler l'activité économique, il y a une nouvelle économie urbaine. En trois quatre ans c'est fini[29].

Cette lecture est aux antipodes de celle du coordinateur de projet et de son *medical team leader* (MTL), qui considèrent alors que la capitale du Borno est en proie à une crise économique et sanitaire majeure délibérément occultée par les autorités. La perception par le CP d'une situation préoccupante dans la ville remonte à décembre 2015. Alors tout juste arrivé à Maiduguri, il fait le tour des camps et s'entretient directement avec des déplacés :

> Les gens les plus âgés parlaient arabe. Ils nous racontaient leur situation. (…) Dans les camps, presque tout le monde se plaignait de n'avoir qu'un repas par jour – partout, on voyait des gens en train de faire sécher la nourriture : ils faisaient sécher le repas reçu afin de le conserver pour plus tard, et le recuisiner, disaient-ils. On pouvait voir des gens assez faibles. Donc certainement il y avait des effets en termes de malnutrition. (…) C'était clair qu'il n'y avait

28. *Ibid.*
29. Entretien avec le responsable de cellule adjoint en charge de la médecine (MedCell), 14 février 2017.

> pas assez de nourriture, pas assez d'assistance médicale. Cela, c'était dans tous les camps – la même chose. La situation à Gubio était particulièrement mauvaise[30].

Début 2016, le coordinateur de projet rapporte qu'« *il y a en ce moment de plus en plus de pénurie alimentaire à l'intérieur des camps*[31] » et que les déplacés « *se plaignent de l'insuffisance d'eau, d'abris, de nourriture et de latrines*[32] ». Plus généralement, explique-t-il dans ses sitreps, le conflit est à l'origine d'une grave crise économique qui affecte toute la population – déplacée et résidente, à l'intérieur des camps comme à l'extérieur :

> Le conflit lié à BH a eu un impact sur les récoltes et les moyens de subsistance [de la population]. Il est à l'origine d'une production agricole dans la région bien au-dessous de la moyenne. De plus, l'importante population déplacée à Maiduguri exerce une pression sur les approvisionnements en nourriture et les autres services essentiels. Le prix des denrées alimentaires de base augmente au moment même où : les revenus de la population s'effondrent, les pénuries de carburant alimentent la croissance du marché noir, la dépréciation du Naira et l'inflation affaiblissent le pouvoir d'achat des ménages. L'impact de [ces évolutions] se voit dans les taux de malnutrition. Nous observons non seulement une augmentation de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans mais également de la malnutrition parmi les adultes[33].

La situation est particulièrement critique dans le quartier de Bolori 2 où, en dépit du rétrécissement des critères d'admission, on enregistre toujours un « *nombre significatif de malnutris sévères* », conséquence selon lui « *des faibles ressources de la population qui compte une majorité de mères isolées et de l'absence de distributions de nourriture*[34] ».

Le CP et le MTL estiment par ailleurs que la gravité de la situation nutritionnelle est délibérément minimisée par les autorités. Ils en veulent pour preuve les remous survenus en février entre le ministre régional de la Santé et le directeur de la SEMA, après que celui-ci a déclaré dans la presse que « *450 enfants sont morts de malnutrition dans les 28 camps de déplacés de l'Etat du Borno en 2015* » faute, notamment, de distribution d'aliments spécialisés[35]. Le ministère de la Santé réfute vigoureusement ces chiffres, affirmant que seuls 98 enfants sont décédés ; et fait l'éloge de ses partenaires nutritionnels, omettant au passage de mentionner MSF, signe selon le CP de la « *réticence des autorités à reconnaître l'importance des problèmes de malnutrition au niveau local et les activités stabilisatrices de*

30. Entretien, 24 mars 2017.

31. Sitrep Borno, janvier 2016.

32. Sitrep Borno, février 2016.

33. *Ibid*.

34. Sitrep Borno, janvier 2016. Par la suite, de février à mai, la même formule est employée pour commenter l'augmentation constante du nombre d'admissions dans les ATFC : « *Ces chiffres reflètent: la pénurie de nourriture; les revenus très faibles de la population; les problèmes sécuritaires, sociétaux, économiques plus généraux évoqués dans la section 'Contexte' ci-dessus; ainsi que le manque d'un programme de supplémentation nutritionnelle [supplementary feeding program]* ».

35. https://www.vanguardngr.com/2016/02/450-children-died-of-malnutrition-in-28-idp-camps-in-borno/

MSF[36] ». C'est également à l'aune de cette réticence que le CP analysera en mars l'expulsion de MSF de l'hôpital IDH : « *nous pensons que c'est la présence même d'un centre de nutrition qui rend les autorités nerveuses. (…) Comme à Katsina en 2005, la crainte des autorités à l'égard de l'image négative véhiculée par une foule d'enfants émaciés empêche de s'attaquer à ce sérieux problème de santé*[37] ».

A cette perception d'une situation nutritionnelle générale très préoccupante s'ajoute, à partir de février, la nette « *augmentation des cas de rougeole et de maladies de peau*[38] » dans les camps. En mars, l'équipe confirme que « *des épidémies de rougeole ont éclaté dans les camps d'ATC, Dalori 2, Farm Center et Gubio* » en dépit des campagnes de vaccination organisées en décembre par le ministère de la Santé, tandis qu'à Bolori 2, l'épidémie flambe également (cf *supra*), avec un doublement du nombre de cas chaque semaine.

Enfin, l'équipe de Maiduguri est d'autant moins encline à réduire les activités médicales qu'aucun autre acteur de santé international ne lui semble en mesure de prendre la relève[39].

L'AMBIGUÏTÉ DES CHIFFRES

Les données de surveillance

L'opinion du terrain n'est pas confortée par les données de mortalité présentées dans ses sitreps. Calculés en moyenne mensuelle pour l'ensemble des camps (présentation qui efface les pics hebdomadaires de chaque camp), les taux de mortalité sont constamment « *sous les seuils d'alerte* », constatent les sitreps envoyés entre janvier et mai. L'équipe rapporte toutefois que les taux de mortalité ont connu une « *augmentation significative* » en mars et en avril. Le plus grand nombre de morts est alors enregistré dans deux camps, Farm Center et Gubio[40]. Dans ce dernier, les morts sont tous des enfants de moins cinq ans, principalement victimes de la rougeole.

36. Sitrep Borno, février 2016.

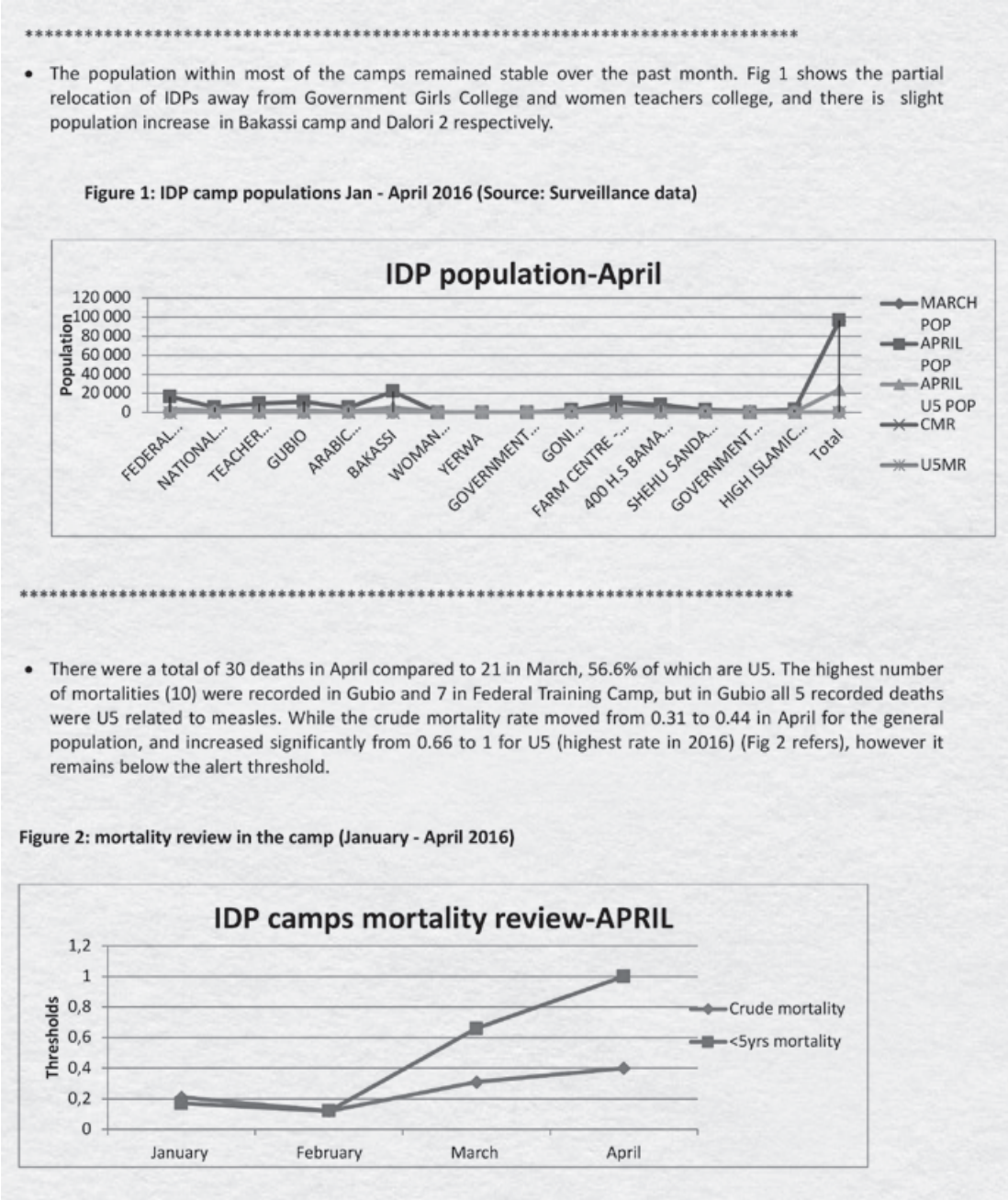
37. Sitrep Borno, mars 2016.

38. Sitrep Borno, février 2016.

39. Au premier semestre 2016, la mobilisation humanitaire internationale dans le Borno reste embryonnaire, avec 8 ONG internationales recensées par OCHA, MSF incluse (OCHA Snapshot, avril 2016).

40. Les taux de mortalité infanto-juvénile ont également ponctuellement dépassé les seuils d'urgence dans le camp de Mogcolis (High Islamic College) en février-mars, à chaque fois à la suite du décès d'un enfant de moins de 5 ans qui, dans un camp de 3 000 personnes, fait exploser le U5MR à plus de 3,5/10 000/j.

FIGURE 6. Présentation des données de surveillance dans le sitrep d'avril 2016



****

- The population within most of the camps remained stable over the past month. Fig 1 shows the partial relocation of IDPs away from Government Girls College and women teachers college, and there is slight population increase in Bakassi camp and Dalori 2 respectively.

Figure 1: IDP camp populations Jan - April 2016 (Source: Surveillance data)

****

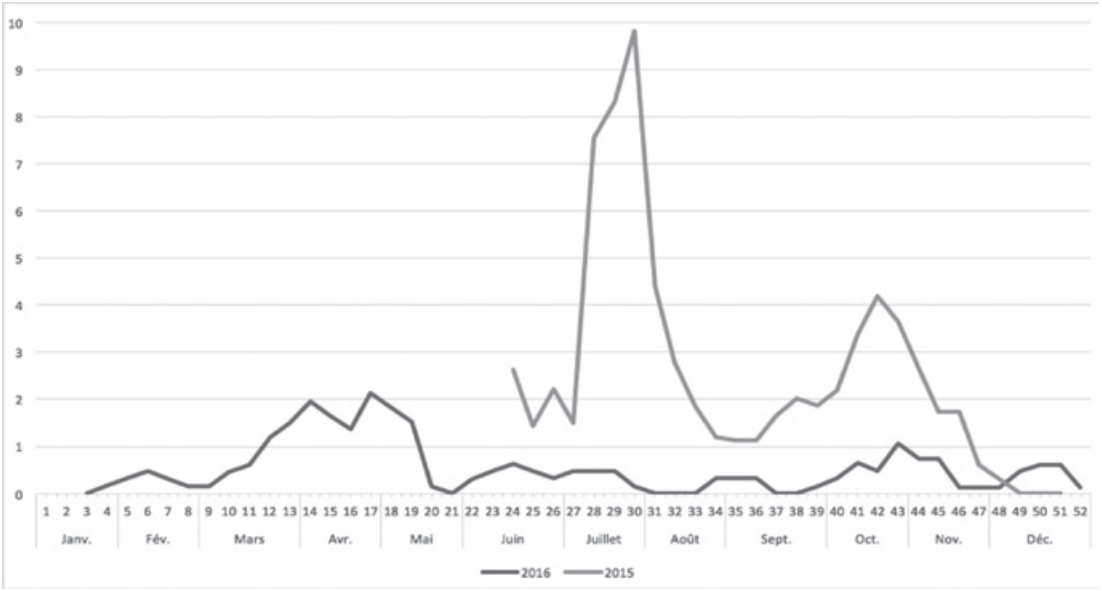
- There were a total of 30 deaths in April compared to 21 in March, 56.6% of which are U5. The highest number of mortalities (10) were recorded in Gubio and 7 in Federal Training Camp, but in Gubio all 5 recorded deaths were U5 related to measles. While the crude mortality rate moved from 0.31 to 0.44 in April for the general population, and increased significantly from 0.66 to 1 for U5 (highest rate in 2016) (Fig 2 refers), however it remains below the alert threshold.

Figure 2: mortality review in the camp (January - April 2016)

L'analyse des données de mortalité désagrégées réalisée *a posteriori* avec Epicentre montre en effet une augmentation des taux de mortalité infantile dans le camp de Gubio en mars et avril, où ils atteignent à plusieurs reprises le seuil d'alerte standard de 2/10 000/jour (cf. graphique 1). Cette donnée n'est pas mise en avant par le terrain, pas plus qu'elle n'est relevée par la coordination à Abuja et la cellule à Paris qui a finalement dissuadé l'équipe de terrain d'intervenir à Gubio. Toutefois, l'analyse montre qu'en dehors de ce camp, les taux bruts de mortalité et les taux de mortalité

infanto-juvénile se rapprochent de la normale nigériane et de ceux des résidents dans tous les camps officiels au premier semestre 2016. Les chiffres sont meilleurs qu'au cours de l'année 2015 qui avait connu des pics de mortalité catastrophiques dans la majorité des sites (cf. Annexe 6 sur les données de surveillance MSF).

GRAPHIQUE 1. Taux de mortalité infanto-juvénile en moyenne mobile[41] sur 3 semaines enregistré par le système de surveillance MSF dans le camp de Gubio, MSF, Epicentre, 2015-2016



Les données d'activité

Les seuls chiffres avancés par l'équipe de Maiduguri à l'appui de son diagnostic sont les données d'activité nutritionnelle qui montrent une augmentation constante des admissions dans l'ATFC et l'ITFC entre janvier et mai 2016. De fait, bien que les données des activités nutritionnelles soient incomplètes pour les deux premiers mois de 2016, elles montrent que le nombre d'admissions dans les programmes de nutrition ambulatoire de Bolori 2 et Maimusari reste soutenu au premier semestre 2016 alors qu'on se trouve en dehors de la période de soudure, notamment à Bolori 2 avec plus de 300 enfants admis chaque mois[42]. De même, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë parmi les patients reçus en consultation dans les deux centres de santé augmente continuellement au cours du premier semestre et atteint même les 70 % à Maimusari en juin. Quant au nombre d'admissions dans le centre de traitement nutritionnel intensif, il atteint dès le mois de mars le niveau correspondant au pic de l'année précédente (toutefois, nous l'avons vu, le médecin de cellule estime lors de sa visite en avril que la plupart des enfants hospitalisés à l'ITFC pourraient être suivis

41. Pour rappel, la moyenne mobile est un type de moyenne statistique utilisé pour analyser des séries temporelles en supprimant les fluctuations transitoires de façon à en souligner les tendances à plus long terme. Ici les moyennes ont été réalisées sur 3 semaines glissantes.

42. Cf. en Annexe 7 (Données de programme médicales) les graphiques 23 à 26 et tableaux 11 à 19.

en ambulatoire). Au total, le projet Maiduguri traite plus de 4 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère au premier semestre 2016 (contre 6 000 tout au long de 2015).

Bien que le terrain ne le mette pas en avant dans ses échanges avec le siège, on observe également que le nombre mensuel de consultations dans les centres de santé de Bolori et Maimusari dépasse dès le mois de février 2016 celui d'octobre-novembre 2015, qui correspond au pic annuel de malnutrition, de paludisme et de diarrhées[43]. Les pathologies observées correspondent au profil épidémiologique de la région à cette époque (saison sèche qui précède la période de soudure) : diarrhées et infections respiratoires représentent la moitié des consultations[44]. Quant au taux de référence, il avoisine les 1 % à Bolori mais oscille autour de 7 % à Maimusari – ce dernier chiffre contredisant l'affirmation de la cellule selon laquelle les taux de référence sont faibles et indiquent que les cas reçus en consultation relèvent de la « *bobologie* ». Du reste, on peut rappeler que les pathologies qu'il qualifie ainsi sont les pathologies-cibles des soins de santé primaire. Si la majorité des enfants ne se présentent pas dans un état de santé dégradé au point de nécessiter une hospitalisation d'urgence, leur condition médicale ne doit pas pour autant être négligée, au risque de se compliquer, soulignent nos collègues d'Epicentre. En outre, des cas de rougeole ont ainsi pu être détectés, traités et ont permis de donner l'alerte sur un phénomène épidémique. Soulignons enfin que les investigations menées en 2015 dans les camps frappés par des mortalités anormales avaient montré que la plupart des décès concernaient des personnes n'ayant pu bénéficier d'un diagnostic précoce dans les centres de santé primaire du camp où elles résidaient. Il s'agit là d'autant d'éléments chiffrés et qualitatifs que le terrain aurait pu mobiliser pour contester l'appréciation de la cellule selon laquelle « *les gens allaient bien* » et n'avaient pas besoin de nos services.

Les données d'enquête

Dans leur controverse latente sur le diagnostic de situation et les priorités d'intervention, ni le siège, ni le terrain ne mobilisent de données d'enquête, à commencer par les recensements de personnes déplacées réalisés par l'OIM, la SEMA et la NEMA dans le cadre de la DTM (*Displacement Tracking Matrix*). Les données de la DTM confirment l'observation répétée dans chaque sitrep du premier semestre 2016 selon laquelle « *la population de la plupart des camps est restée globalement stable au cours de la période écoulée* », autour de 100 000 personnes. La DTM enregistre toutefois un phénomène dont le ni la cellule, ni les sitreps ne mentionnent l'existence : la multiplication des sites de déplacés informels. 21 sites sont recensés en avril et 29 en juin, contre 8 seulement en février 2016. Le nombre de personnes comptabilisées dans ces regroupements précaires triple entre décembre 2015 et juin 2016, passant d'environ 11 250 à 31 800 personnes.

43. Malheureusement, avec l'introduction du nouveau logiciel DHIS en 2016, il n'est pas possible de connaître l'origine des patients ni la part des déplacés parmi la patientèle (qui s'élevait à 82,1 % à Maimusari en 2015).

44. Voir Annexe 7, tableaux 12-13 et 15.

TABLEAU 6. Nombre de personnes déplacées dans l'agglomération de Maiduguri, DTM (OIM/NEMA/SEMA), décembre 2015-juin 2016

		Décembre 2015	Février 2016	Avril 2016	Juin 2016
Camps officiels	Nbr. Déplacés	100 189	95 748	92 507	104 154
	% total Maiduguri	7 %	7 %	8 %	9 %
	Nbr. Camps	14	15	11	12
Camps informels	Nbr. Déplacés	11 256	15 214	21 995	31 808
	% total	1 %	1 %	2 %	3 %
	Nbr. Camps	7	8	21	29
Ville	Nbr. Déplacés	1 252 564	1 203 477	1 069 572	1 064 112
	% total	92 %	92 %	90 %	89 %
Total	**Nbr. Déplacés**	**1 364 009**	**1 314 439**	**1 184 074**	**1 200 074**

Entre avril et mai 2016, l'Unicef mène par ailleurs une campagne de dépistage nutritionnel dans 13 camps officiels (Gubio et Dalori 2 ne sont pas couverts) et dans un camp informel (le site de l'Association Catholique du Nigéria)[45]. Si dans 10 camps les taux de malnutrition aiguë et globale détectés sont inférieurs aux seuils d'urgence (de 3 % pour la SAM et de 15 % pour la GAM), trois sites sont sensiblement au-dessus de la limite.

En dehors des camps, ACF réalise en avril 2016 une enquête nutritionnelle rapide à l'échelle de Maiduguri et de Jere (soit 2,2 millions de personnes). Celle-ci révèle des taux de malnutrition aiguë sévère et globale inférieurs aux seuils d'urgence. Mais des investigations menées par le Programme alimentaire mondial (PAM) un mois plus tard spécifiquement dans les quartiers périphériques de la ville accueillant de nouveaux déplacés montrent une situation plus préoccupante, avec des taux de malnutrition aiguë sévère deux fois plus importants que dans le reste de la ville (même s'ils restent sous les seuils d'urgence).

Les résultats de l'enquête de mortalité menée parallèlement par ACF à l'échelle de Maiduguri au premier semestre 2016 ne sont pas non plus utilisés par le terrain bien qu'ils révèlent des taux de mortalité supérieurs au seuil d'urgence pour le Nigéria et à ceux enregistrés par Epicentre en 2015. Toutefois, menées à l'échelle des 2,2 millions de personnes vivant à Maiduguri, ces enquêtes masquent des foyers spécifiques de surmortalité parmi les populations les plus vulnérables, comme les nouveaux arrivants établis sur des sites informels. Force est de constater que les signaux faibles issus du système de surveillance MSF, de la DTM, des campagnes de dépistage de l'Unicef ou du PAM, indiquant l'existence de possibles poches de malnutrition et de surmortalité parmi de nouveaux déplacés installés sur de petits sites formels et informels, ne retiennent pas l'attention de MSF – y compris

45. Voir Annexe 5, tableau 10, pour les données des différentes enquêtes nutritionnelles mentionnées.

de l'équipe de terrain par ailleurs convaincue que la situation se détériore. Ces signaux sont également ignorés par les autres acteurs de l'aide, qui à l'instar de FEWSNET (Famine Early Warning Systems Network) concluent en avril que la situation nutritionnelle est « *normale*[46] ».

Questions d'échelle

En définitive, les données disponibles – qu'il s'agisse des données de surveillance du ministère de la Santé, des données de surveillance et d'activité de MSF ou des données d'enquête – sont trop générales pour permettre de trancher le désaccord implicite entre le terrain et le siège sur la gravité de la situation. Elles illustrent l'impasse consistant à poser un diagnostic à l'échelle de la métropole de Maiduguri et de ses 2,2 millions d'habitants.

Certes, on n'enregistre plus en 2016 de mouvements massifs de population comme en 2014 et en 2015 où près de 1,4 million de déplacés étaient venus s'ajouter au million d'habitants de la capitale du Borno en quelques mois. Dans l'ensemble, la situation sanitaire dans les camps officiels s'est améliorée et la ville n'est pas au bord d'une famine généralisée. Pour autant, les structures MSF ne désemplissent pas, les épidémies et la malnutrition restent menaçantes. A la périphérie et dans les interstices de la ville apparaissent des poches de malnutrition et de surmortalité, notamment parmi les nouveaux arrivants qui continuent d'affluer au premier semestre 2016 et s'installent à Gubio et sur des sites précaires, non reconnus par les autorités et dépourvus d'assistance. Cette diversité de situations, cette géographie sociale et spatiale contrastée de la crise sanitaire, échappe aux données d'enquêtes globales. Elle est occultée tant par le discours de la cellule sur la normalisation que par celui du terrain sur l'aggravation, trop englobants et généraux pour rendre compte des catastrophes locales, même lorsque le terrain détecte leur existence, comme à Muna Garage (cf. *infra*, Saison 4, Épisode 5).

46. FEWSNET, « Nigeria Food Security Outlook Update April 2016 ». « *L'examen des données de l'Unicef suggère que les niveaux de malnutrition aiguë globale dans certains camps de déplacés officiels à Maiduguri pourraient dépasser le seuil critique de 15 % établi par l'OMS. Cependant, il est à noter que les niveaux de malnutrition aiguë sévère pour le Borno sont généralement élevés, dépassant les 10 %, comme lors des enquêtes SMART et DHS de 2012, 2013 et 2014 dans l'Etat. En outre, un rapport de l'Unicef de mars 2016 mentionne une prévalence de la malnutrition aiguë sévère entre janvier et mars 2016 (évaluée indirectement [proxy prevalence]) inférieure à celle l'année précédente* ».

ÉPISODE 3. LA FAMINE DU DEHORS (FÉVRIER-JUIN 2016)

Le retour du projet Borno à la cellule régulière est donc suivi de l'abandon d'un certain nombre d'activités et d'une réduction des dépenses de la mission. Toutefois, alors que cette diminution de volume était censée redonner à l'équipe la souplesse nécessaire pour sortir de Maiduguri[1], celle-ci reste cantonnée en ville, tandis que commencent à filtrer de plus en plus d'informations alarmantes sur la situation prévalant à l'extérieur de la capitale.

LES SIGNAUX D'ALERTE

A partir de février 2016, les quotidiens nigérians[2] font état d'un nombre croissant d'opérations contre-insurrectionnelles dans les zones rurales du Borno. Les articles recensés par la base de données ACLED au premier semestre 2016 indiquent une importante activité militaire dans la forêt de la Sambisa et autour de celle-ci, le long d'un croissant formé par les districts de Damboa, Gwoza, Bama, Dikwa, Mafa – autrement dit, contre la faction Shekau de Boko Haram. Ils décrivent un schéma récurrent : l'armée « libère » des villages et rassemble leur population dans les villes de garnison (les journalistes nigérians parlent de « *libération d'otages* »). Boko Haram réplique par des attentats-suicides dans ces villes, des embuscades sur les routes et l'attaque de localités mal défendues.

ENCADRÉ 6. L'intensification des opérations contre-insurrectionnelles décrites par la presse nigériane au premier semestre 2016

C'est dans les districts **de Dikwa et de Mafa** que les quotidiens nigérians mentionnent tout d'abord, en **janvier et février**, la « libération » par l'armée de dizaines de villages et de milliers d' « *otages* ». Ils rapportent que deux fillettes se font exploser le 9 février dans un camp à Dikwa, faisant 58 morts et plus de 70 blessés graves parmi les déplacés. Le 24 février, l'insurrection essaye en vain de reprendre la ville ; en mai, elle s'attaque à plusieurs villages isolés alentour. Elle tend une embuscade à l'armée sur la route reliant Mafa à Dikwa le 3 juin, entraînant la reprise des opérations de « nettoyage » dans les LGA de Mafa et Dikwa à la fin du mois.

Entre **fin mars et mi-avril**, c'est dans le district de **Bama** que de nombreux articles annoncent la « *libération* » de dizaines de villages et de centaines d' « *otages* » au cours d'opérations conjointes des armées nigériane et camerounaise[3]. Boko Haram tend une embuscade à l'armée sur la route Maiduguri-Bama le 19 avril, essayant sans succès d'assassiner un général. Le lendemain, un kamikaze dissimulé parmi les déplacés déclenche sa

1. Rappelons que se déployer à l'extérieur de la ville était l'une des principales ambitions affichées par la cellule régulière lors de la réunion des opérations du 26 janvier 2016. « *Les autorités souhaitent que les populations vivant en zones rurales se fixent dans des villes comme Bama, Baga, Monguno etc. et y demeurent, le temps que l'armée 'nettoie' les alentours. C'est donc encore fragile côté sécurité, mais nous devons continuer à étudier la possibilité d'aller évaluer la situation en périphérie et ne pas rater une possibilité de sortir* », avait répété la RC lors du point info du 2 février 2016.

2. Nous nous sommes limités aux articles recensés par la base de données ACLED.

3. ACLED recense 34 articles sur les opérations militaires à Bama entre le 1er janvier et 30 juin.

ceinture d'explosifs dans la ville de Banki, à la frontière entre le district de Bama et le Cameroun, tuant 7 personnes.

Durant toute la période, la presse fait également état de nombreux raids militaires dans les districts de **Damboa et Gwoza**, dans la forêt de la Sambisa. Boko Haram aurait contre-attaqué les 7 et 8 mars, cherchant à reprendre Gwoza – offensive repoussée avec difficulté avec l'aide de l'aviation nigériane. Pulka aurait également été attaquée à plusieurs reprises, les 8 mars, 15 avril et 12 juin.

Dès la fin 2015, la littérature grise humanitaire se fait également l'écho de regroupements forcés de populations dans les villes de garnison. Le rapport FEWSNET (Famine Early Warning Systems Network) publié en décembre 2015 relate par exemple que près de 4 000 personnes ont été « *évacuées* » par l'armée vers Bama et 18 000 vers Dikwa depuis le mois d'août 2015[4]. Par ailleurs, reconnaissant que « *l'on sait peu de choses du nombre de déplacés et de la nature civile [ou militaire] des camps de déplacés* » dans les zones rurales du Borno, un rapport interne d'OCHA, largement diffusé aux ONG (dont MSF) en janvier 2016, met en garde les acteurs de l'aide contre le risque de participer à une politique d'internement forcé des populations civiles dans des camps militarisés[5]. Des informations plus précises apparaissent au premier semestre 2016 à l'issue des premières missions d'évaluation sous escorte militaire[6] réalisées à l'extérieur de Maiduguri par les agences des Nations unies.

En janvier, le bureau régional du Programme alimentaire mondial (PAM) à Dakar et les autres membres du IASC (*Inter-Agency Standing Committee* des Nations unies) ont en effet reçu la visite d'une délégation du CICR en provenance du Nigéria, du Niger, du Tchad et du Cameroun. Au cours de cette rencontre, à laquelle assiste le représentant régional de MSF pour l'Afrique de l'Ouest, le CICR décrit la situation au Nigéria comme « *la crise la plus grave à laquelle il est actuellement confronté* ». Le Comité international de la Croix-Rouge, qui organise des distributions générales de nourriture pour 500 000 personnes dans le Borno, presse le Programme alimentaire et les membres du IASC d'intervenir.

Une première mission d'évaluation à l'ouest de la capitale du Borno est coordonnée par OCHA le 23 février 2016, le long de la route reliant Maiduguri à Damaturu, dans les districts de Kaga et Konduga[7]. Justifiée par le besoin de « *rassembler des informations sur les besoins créés par les activités de l'insurrection* », l'investigation recense une dizaine de camps abritant 25 800 personnes déplacées… par l'armée. Privées d'accès aux champs et de ressources suffisantes pour s'acheter de la nourriture, « *des familles doivent se contenter d'un repas par jour et les plus pauvres ne peuvent même pas se nourrir*

4. FEWSNET, « Nigeria Food Security Update December 2015 ».

5. Joe Read, OCHA, *North-East Nigeria Access Analysis*, January 2016.

6. Les Nations unies ont accepté pour la première fois de circuler sous escorte en juin 2015, pour évaluer la situation dans les LGA de l'Adamawa où le gouvernement entendait rapatrier des déplacés.

7. Document « Fact Finding Mission to Communities in Kaga and Konduga LGAs, 23 February 2016, Humanitarian Coordination Team- Maiduguri, Borno State ».

tous les jours », relate le rapport qui fait état de cas de malnutrition, de rougeole et de diarrhées (cf. encadré). Il conclut qu'il est urgent d'accroître les secours, mais qu'il est nécessaire que le gouvernement renforce sa présence militaire au préalable tant la zone reste dangereuse pour la population et les travailleurs humanitaires.

ENCADRÉ 7. Humanitarian Coordination Team, « Fact Finding Mission to Communities in Kaga and Konduga LGAs, 23 February 2016, Maiduguri, Borno State » (extraits)

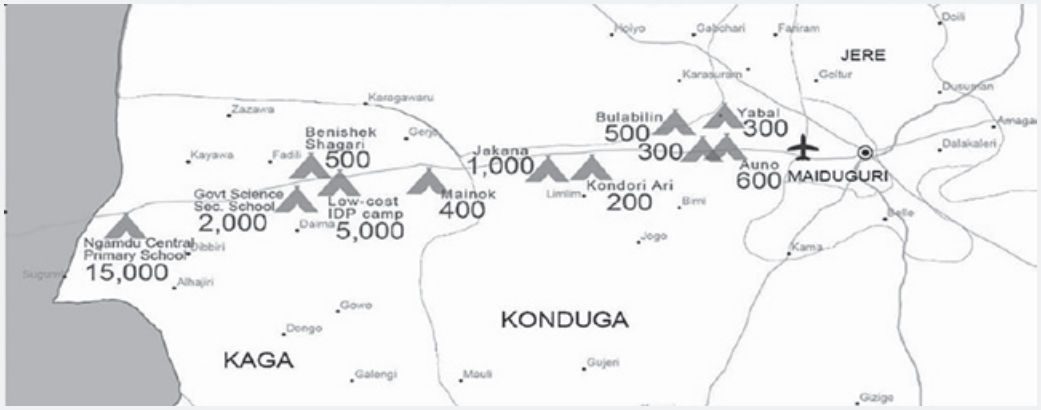
(…) Le 23 février, sous la coordination d'OCHA, une mission a été organisée à Kaga et Konduga dans le but de rassembler de l'information sur les besoins créés par les activités de l'insurrection, de façon à guider la réponse humanitaire. (…)

Les populations affectées dans les communautés visitées sont mélangées. Elles sont constituées de déplacés rentrés dans leurs zones de résidence habituelle, de personnes non affectées directement par l'insurrection mais qui ont dû fuir leurs régions d'origine du fait de l'insécurité et des activités militaires. Les leaders communautaires interviewés à Kaga ont par exemple indiqué que les militaires ordonnent souvent aux villageois d'évacuer afin de leur permettre de chasser les insurgés. Ces actions ont invariablement accru le nombre de déplacés. (…)

Parmi les ménages visités, certains ont indiqué qu'ils ont un accès limité à des terres. A Ngamdu par exemple, la plupart des terres cultivables est éloignée du village et les habitants considèrent la zone comme non sûre du fait de la présence de mines et des attaques fréquentes de la part des insurgés. (…) En conséquence, les militaires imposent souvent des restrictions aux villageois, amenuisant leurs possibilités de mener des activités de subsistance. Les *returnees* et les déplacés recourent à différents mécanismes de survie. L'équipe de la mission a observé que les mécanismes habituels tels la vente de charbon, de bois, ou le travail domestique, ont été pratiquement épuisés. Certaines familles rapportent avoir un seul repas par jour, et les plus pauvres ne peuvent même pas se nourrir tous les jours. (…) Les équipes ont constaté à Benisek et Mainok que les marchés sont ouverts mais leur activité est minimale, avec seulement une poignée de produits alimentaires et de première nécessité. L'armée surveille les marchés de très près pour empêcher les insurgés d'accéder à de la nourriture. (…)

La situation au regard de la sécurité demeure volatile et sujette à des attaques par des insurgés de Boko Haram qui rôdent dans les environs immédiats.

(Le rapport explique par ailleurs que les déplacés ne bénéficient d'aucune assistance, à l'exception de deux postes de santé, dont l'un est géré par les CJTF, l'autre soutenu par Unicef et UNFPA mais où les médicaments sont payants).



Six semaines plus tard, c'est au tour du PAM (qui n'a encore pas de présence opérationnelle au Nigéria[8]) de lancer des évaluations inter-agences par route, sous escorte militaire, puis en hélicoptère. La directrice régionale de l'agence onusienne et son adjointe y participent personnellement. Entre le 10 et le 14 avril, les équipes du PAM visitent ainsi les villes de Damboa, Dikwa, Bama et Monguno, toutes reprises par l'armée un an auparavant. Les messages diffusés à l'issue de ces missions sont contradictoires.

Le 12 avril, lors d'une conférence de presse, le coordinateur régional d'OCHA pour le Sahel, Toby Lanzer, décrit Bama comme « *au bord de la famine* [9] » ; mais il explique que les Nations unies sont déjà en train de répondre à la crise en dépit des dangers, avant d'insister sur l'urgence de financer l'aide au développement, de trouver une solution politique au conflit et plus généralement de résoudre la crise au Sahel qui menace la paix et la stabilité internationales – une position reprise dans le communiqué de presse OCHA publié le même jour (cf. encadré 8).

Dans les rapports diffusés par les agences des Nations unies dès la fin du mois d'avril[10], les observations de terrain réalisées lors des évaluations inter-agences sont noyées dans une analyse générale de la sécurité alimentaire à l'échelle des États du Borno et de Yobé. Dépourvus de chiffres de mortalité ou de malnutrition, ces rapports sont néanmoins parsemés d'observations décrivant une situation critique. Ils notent par exemple que « *les déplacés ne sont pas autorisés à quitter les camps de Dikwa et Bama* » (dont ils estiment la population à respectivement 54 638 et 30 000 personnes) et qu'ils « *dépendent entièrement d'une aide alimentaire irrégulière* » de 100 à 140 grammes par jour et par

8. Début 2016, le PAM n'a qu'une petite équipe de soutien technique au Nigéria composée d'une dizaine de personnes chargées d'aider la NEMA/SEMA dans ses opérations d'assistance (établissement des listes de bénéficiaires, montage de lignes d'approvisionnement logistique en nourriture, aide monétaire, etc.). Tant les bailleurs de fonds que le gouvernement estiment alors que le pays est suffisamment riche pour nourrir sa population sans aide extérieure.

9. Conférence de presse du 12 avril.

10. Les agences des Nations unies et notamment le PAM mettent en circulation trois documents dès le mois d'avril : *Joint UN Multi-Sector Assessment, Borno & Yobe State, Nigeria, Summary Report, April 2016, Final,* qui est le rapport d'évaluation officiel inter-agences ; le *Executive Brief – over 500,000 people in Borno State face Emergency food security conditions, April 2016*, qui est le rapport du PAM, qu'il partage largement avec ses partenaires (bailleurs, ONG) dont MSF ; et le *Borno Food Security Assessment, April 15, Internal*, qui est une présentation PowerPoint de son analyse de vulnérabilité (Vulnerability Analysis and Mapping).

personne (sans préciser que de telles quantités représentent 20 % à 30 % d'une ration complète). On peut y lire également que « *des épidémies de rougeole sont rapportées dans certains camps, notamment à Damboa et à Bama* » mais que « *des interventions médicales appropriées sont en cours* » dont « *beaucoup sont couronnées de succès* ». Les Nations unies dressent la liste de 10 autres camps satellites à évaluer qui hébergeraient plus de 140 000 personnes selon les informations transmises par la NEMA/SEMA. Mais ils jugent que la situation à Maiduguri est tout aussi critique que celle qui prévaut dans ces nouveaux camps satellites.

ENCADRÉ 8. Programme Alimentaire Mondial, « Executive Brief – over 500,000 people in Borno State face Emergency food security conditions », avril 2016 (extraits)

Les déplacés à Dikwa et Bama ne sont pas autorisés à quitter le camp. (…) La NEMA et la SEMA fournissent de la nourriture aux camps de façon irrégulière. Actuellement, les résidents reçoivent une ration cuisinée [wet ration] uniquement. Au camp de Bama (24000 personnes), par exemple, les déplacés ne sont pas autorisés à détenir des stocks de nourriture dans leur hutte. Les militaires livrent les rations tous les trois jours, qui sont cuisinées ensuite dans six cuisines communes. En raison de la pénurie de nourriture, 48 sacs de riz sont cuisinés en moyenne chaque jour, à partir de 7 heures du matin et jusqu'à 17h, et environ 100 hommes et femmes y travaillent. Les déplacés se présentent en groupes pour récupérer leur repas dans un seau. A Bama, les déplacés consomment l'équivalent de 100g de riz non cuit par jour, avec des haricots et condiments. (…) Avec des rations aussi maigres, le statut nutritionnel des enfants est très préoccupant.

L'approvisionnement en nourriture dans les districts du nord affectés par le conflit est étroitement supervisé par les militaires, qui tentent d'empêcher que vivres et carburant parviennent à Boko Haram. Les routes menant au nord et à l'est du Borno sont actuellement fermées au trafic commercial, d'où une très faible disponibilité en nourriture dans les 12 LGAs qui font face à une situation d'urgence. (…)

Le commerce de nourriture dans ces régions est extrêmement limité et ne se produit qu'avec l'accord des militaires. Par contraste [avec Bama et Dikwa], les déplacés à Monguno sont autorisés à aller et venir, mais même là, les opportunités de revenus sont extrêmement limitées. La population de ces camps se compose de femmes et d'enfants, de façon tout à fait disproportionnée. (…)

ENCADRÉ 9. OCHA, Conférence de presse du 12 avril 2016

Discours de Toby Lanzer (extraits)

Nous avons atteint Bama, qui n'est plus la ville qu'elle était. Il y a jusqu'à 30 000 déplacés. Je pense que parler de « faim » est un euphémisme ; pour décrire la situation de la population là-bas, il serait plus approprié de dire qu'elle est « au bord de la famine ». Aux Nations unies, nous avons commencé juste après ma visite, nous y sommes déjà retournés. Nous avons une meilleure idée des graves conséquences pour les gens dans les régions rurales du Borno, et nous leur avons apporté une aide d'urgence [lifesaving assistance]. Tout cela implique des risques considérables. Cela peut mal tourner. (…) Il nous faut prendre ces risques pour atteindre ces personnes dont on peut affirmer qu'elles ont davantage besoin d'aide que partout ailleurs où nous travaillons actuellement. (…)

Communiqué de presse (extraits)

'Les pays donateurs sont appelés à soutenir les agences des Nations unies parvenues à se rendre dans des communes rurales dans le Borno' – (…) A son arrivée dans la ville de Bama, située à 76 kilomètres de Maiduguri en direction de la forêt de Sambissa, et largement détruite par les violences, Toby Lanzer, coordinateur humanitaire régional des Nations unies pour le Sahel, a souligné que *« la souffrance de quelque 30 000 personnes à Bama est la plus aiguë que j'aie vue »*. (…) *« Confrontés à une telle souffrance, nous pouvons avoir tendance à nous focaliser sur une réponse d'urgence, et dans le cas de Bama cela est justifié, mais rarement le besoin de développement a été si important dans un contexte de crise que dans celui du Borno »*, a expliqué Toby Lanzer. *« Certaines agences des Nations unies se tiennent prêtes à soutenir les communautés, sous la conduite des autorités »*, a-t-il ajouté (…) *« et les bailleurs doivent désormais fournir aux agences les ressources permettant de compléter les efforts de l'Etat pour maintenir les personnes en vie et s'attaquer aux causes profondes de la crise »*.

LES CONFIDENCES DU PAM

De retour à Dakar fin avril, la directrice régionale du Programme alimentaire mondial, qui a participé aux missions d'évaluation à Bama, rencontre en privé le représentant régional de MSF. Son discours est autrement plus préoccupant que les rapports et la communication officielle des Nations unies : « *La situation est catastrophique, les villages sont brûlés, les gens vivent en état de siège, leurs vêtements en lambeaux, encerclés par les militaires dans un environnement très tendu*[11] », rapporte-elle. La responsable du PAM insiste sur l'enfermement des déplacés, l'absence de marchés, l'insuffisance des rations alimentaires et le dénuement total des gens. A posteriori, le représentant de MSF indique que le récit de son interlocutrice lui semble alors crédible :

> Je connais les gens qui ont fait l'évaluation. Ils disent 'les gens ont faim', 'ils sont minces'. Quand ils m'en parlent, ils ont les larmes aux yeux, ils n'ont pas de chiffres, mais ils décrivent une situation qui pue à mort[12].

Pourtant, répercutant la position de Paris, il répond à la directrice du PAM que si sans aucun doute la situation « *n'est vraiment pas bonne* », MSF n'a pas les éléments pour la qualifier de « *sévère* », personne au sein de l'association n'étant en mesure de confirmer les informations alarmantes dont elle fait état, qu'il qualifie « *d'hypothèses plausibles* ». « *Je vous trouve exagérément prudent dans votre manière d'interpréter la situation au nord-est du Nigéria* », lui rétorque la directrice régionale du PAM[13].

La réponse du représentant de MSF est symptomatique de l'état d'esprit des équipes de coordination et du siège, caractérisé par une incrédulité vis-à-vis des informations rapportées par les Nations unies. Elle reflète également l'inconfort de la coordination à Abuja vis-à-vis du recours aux escortes militaires par le PAM et OCHA. L'équipe de capitale vit en effet dans la crainte d'être instrumentalisée par le gouvernement nigérian pour encourager les déplacés à retourner dans leurs zones d'origine en dépit d'une insécurité persistante. Cette lecture de la situation est celle qui a prévalu parmi les représentants d'ONG à Abuja tout au long de 2015 face aux annonces répétées, de la part des autorités, d'un « *relogement* » imminent des déplacés[14] : pour la chef de mission MSF et ses homologues d'autres ONG, 80 % des habitants du Borno ont été déplacés et vivent à Maiduguri ; le gouvernement veut les rapatrier, y compris par la force, dans des zones dangereuses ; et les Nations unies se prêtent au jeu en acceptant de circuler sous escorte militaire dans les territoires non sécurisés.

---

11. « Nigeria // Meeting with WFP Regional Director // Important - Scaling up ops, discussion on the interpretation of the situation in North Nigeria », courriel du représentant régional de MSF en Afrique de l'Ouest adressé aux responsables de cellule Nigéria de Paris et Barcelone pour relater l'entrevue avec la directrice du PAM, 26 avril 2016.

12. Entretien avec le représentant régional de MSF en Afrique de l'Ouest, 15 décembre 2016.

13. Rapporté par le représentant régional de MSF dans son courriel relatant l'entrevue avec la directrice du PAM.

14. Cf. *supra*, Saison 2, Épisode 1, « Déplacer les déplacés ». Pour rappel, ce forum réunit alors MSF, Action contre la Faim (ACF), Save The Children (SCF), International Rescue Committee (IRC), International Medical Corps (IMC), Coopi, Oxfam et Christian Aid.

Ce dernier point semble capter l'essentiel de l'attention de la chef de mission, scandalisée par ce choix comme le sont les autres membres du forum inter-ONG d'Abuja (celui-ci décide, en réaction à la mission du PAM à Bama, d'écrire un courrier officiel à OCHA demandant aux agences des Nations unies de suspendre le recours aux escortes armées, qui « *peut affecter de manière critique la perception et, en conséquence, la sécurité* » de tous les humanitaires[15]).

Ainsi préoccupée par la question du retour des déplacés et celle des escortes, la coordination ne semble pas réaliser que l'armée a parallèlement pris l'initiative de regrouper dans les villes de garnison les populations rurales encore présentes dans le Borno (dont elle semble sous-estimer le nombre) ; elle passe à côté des informations recueillies par le PAM dans des conditions qu'elle réprouve, et dont l'essentiel lui parvient dans le flot continu des courriels envoyés par OCHA :

> Pour être franche avec toi : je n'y ai pas accordé d'importance. Il n'y avait rien de spécifique dans la façon dont ils ont diffusé le rapport, envoyé par la même personne qui convoquait les réunions, c'était « *veuillez trouver en PJ notre rapport d'avril* ». Bon courage pour trouver le temps, au milieu des milliers de choses que tu as à faire, pour ouvrir un rapport UN et le lire ! je n'ai pas ouvert la pièce jointe[16].

Les membres de la cellule ne relèvent pas davantage les informations rapportées officiellement et officieusement par les agences des Nations unies. « *Avec le MedCell, on se disait que si la situation était cata, les gens sortiraient des LGA. Pour moi, les gens étaient à Maiduguri, pas dans les LGAs* », résume le RC[17]. D'un bref échange avec des membres de l'équipe d'évaluation du PAM, croisés par hasard lors de son passage à Maiduguri en avril, il retire l'impression que « *la situation n'est pas terrible, mais pas catastrophique non plus* ». Et, comme la chef de mission, il craint l'instrumentalisation :

> Le gouverneur nous dit : 'on va vider les camps de Maiduguri et vous allez nous aider'. Les discussions qu'on a avec la coordination c'est : 'on ne vas quand même pas sortir de Maiduguri pour rapatrier les gens'[18].

15. « INGO brief on the use of armed escorts », 26 avril 2016. S'appuyant sur les guidelines d'Oslo, les ONG font valoir que rien n'indique que l'usage d'une protection militaire soit l'option de dernier recours ni que l'intensité des besoins justifie cette mesure exceptionnelle.

16. Entretien avec la chef de mission, 2 mars 2017.

17. Entretien, 28 avril 2017.

18. *Ibid.*

LES INTUITIONS ET LES INITIATIVES DU CP

Janvier : Le refus de la coordination d'urgence

Ainsi, jusqu'en mai 2016, ni la cellule ni la chef de mission ne prêtent véritablement attention aux rares informations concernant la situation des déplacés à l'extérieur de Maiduguri.

En janvier pourtant, le coordinateur de projet et l'e-Coordo n°4 mentionnaient dans leurs rapports de situation respectifs l'existence de camps satellites en zone rurale hébergeant plusieurs dizaines de milliers de déplacés[19]. Comme évoqué à la fin de la Saison 2, les militaires avaient officiellement annoncé aux ONG et aux agences des Nations unies en décembre 2015 qu'ils avaient commencé à rassembler les populations rurales dans 15 « *méga-camps* » situés dans les villes de district. Le CP aurait alors suggéré « *d'aller voir* », mais l'e-Coordo et la cellule des urgences s'y seraient opposés, arguant que la mission était déjà débordée et que les équipes n'avaient pas suffisamment d'information, faute de contacts à l'extérieur de la ville. De plus, il était impossible de sortir de Maiduguri « *sans être accompagné d'une escorte militaire au complet (full armed escort)*[20] », contrainte dont le caractère rédhibitoire semblait alors aller de soi et se passer d'explications. Pour l'e-Coordo, « *aucun axe n'[était] sûr et il [était] encore impossible de sortir de Maiduguri* », quoi qu'en disent les militaires[21].

Cette position était d'autant plus difficile à questionner, souligne le CP rétrospectivement, que les cellules n'étaient alors pas en mesure de jouer leur rôle d'arbitrage du fait de la transition entre les urgences et le régulier – et des remous créés par les affaires de malversation :

> Le processus de décision n'était pas clair, nous avions une investigation en cours… Un jour, j'étais contrarié, j'ai dit à l'e-Coordo : 'j'ai besoin de validation, tout le monde me pousse pour prendre des décisions, j'ai besoin de savoir : on ouvre ou pas, on bouge ou pas ?' Il me dit : 'comment te répondre, mon desk ne me parle plus à cause de cette histoire de corruption'. Il était sous pression. Nous aussi. A cette époque [janvier-février 2016], toute notre énergie était concentrée sur la gestion du projet[22].

---

19. Dans son seul et unique sitrep daté de janvier, l'e-Coordo rapporte des « *rumeurs d'opérations militaires pour 'nettoyer' les zones rurales de leur population (notamment à Damboa et Dikwa LGA) afin de permettre aux forces armées nigérianes de tirer à vue sur n'importe quel suspect Boko Haram* ». Il indique que « *les autorités et d'autres acteurs commencent à parler de camps de déplacés dans certaines capitales de LGA avec des estimations de population qui varient dans de grandes proportions (30 K - 100 K [kilopersonnes]). L'un est à Biu (accessible), l'autre à Dikwa, qui reste inaccessible sans escorte armée* ». De son côté, le CP indique que « *les autorités nous ont demandé de manière répétée de fournir une assistance en dehors de Maiduguri, dans des endroits comme Dikwa* » mais que « *en raison de l'environnement de sécurité volatile, des restrictions de mouvements et du besoin d'escortes militaires, nous n'avons pas cherché à nous aventurer plus loin [que Maiduguri] depuis notre évaluation de l'hôpital de Monguno en février 2015* », concluant : « *Dès que les mouvements deviendront possibles, MSF devra explorer plus avant cette option* » (Sitrep Borno, janvier 2016)

20. Entretien avec le CP.

21. Compte-rendu de sa présentation au point info du 8 mars 2016, à son retour de mission. Cette appréciation ne repose toutefois sur aucune analyse formalisée – la mission est alors dépourvue de cahier de suivi des événements, de guide sécurité ou de tout autre document décrivant la manière dont la coordination à Abuja et le coordinateur de projet à Maiduguri analysent leur environnement, les risques auxquels la mission s'expose en ville et sur les routes, et la manière dont elle essaye d'y faire face.

22. Entretien n°2 avec le CP, 24 mars 2017.

Février-Mai : Le refus de la coordination et du desk régulier

Entre février et le 13 juin 2016, les rapports en provenance du terrain sont totalement muets sur la situation des déplacés à l'extérieur de Maiduguri. Le coordinateur projet affirme avoir tenté à plusieurs reprises de sortir de Maiduguri pour confirmer l'existence possible de poches de famine – sans succès, faute d'autorisation de sa hiérarchie. Une grande partie des échanges aurait eu lieu par messagerie *WhatsApp*.

Février, le témoignage des blessés de Dikwa

Le 10 février 2016, une cinquantaine de personnes blessées dans un attentat-suicide à Dikwa sont transférées à l'hôpital Umaru Shehu à Maiduguri où MSF a encore une activité chirurgicale. « *Je me suis dit, c'est l'occasion d'avoir des informations de première main* », se souvient le coordinateur de projet. Sur place, il constate qu'une partie des blessés et de leurs accompagnants sont sévèrement malnutris, y compris des adultes.

> D'après les gens qu'on a questionnés, il y avait environ 70 000 personnes au camp de Dikwa, géré par les militaires (le CICR disait +/- 60 000 personnes). Pas de mouvement possible hors du camp sauf pour aller chercher du bois pour cuisiner. 1 repas par jour depuis l'arrivée du CICR le 25 novembre (rien avant). (…) Ils disaient qu'il y avait une clinique avec du personnel du CICR et de l'Unicef, mais pas de médicaments. Pendant au moins deux semaines, on a soigné et nourri les blessés à Umaru Shehu. Le gouverneur a voulu les faire rentrer, on a dit qu'ils n'étaient pas en état, on s'est interposés, moi, et le *protection officer* du CICR. Après notre départ, ils sont revenus et ont pris les gens pour les remmener à Dikwa. (…) J'ai pris des photos. J'ai dit qu'il fallait aller là-bas. Réponse [de la coordination] : 'non'[23].

Nous n'avons pas trouvé la trace dans les archives MSF des interviews réalisées par le CP, ni de la proposition de mission exploratoire[24]. L'e-Coordo s'y serait à nouveau opposé, estimant qu'il était impossible de sortir de Maiduguri pour raisons de sécurité.

Mars, sollicitation des autorités civiles et tentatives de 'remote'

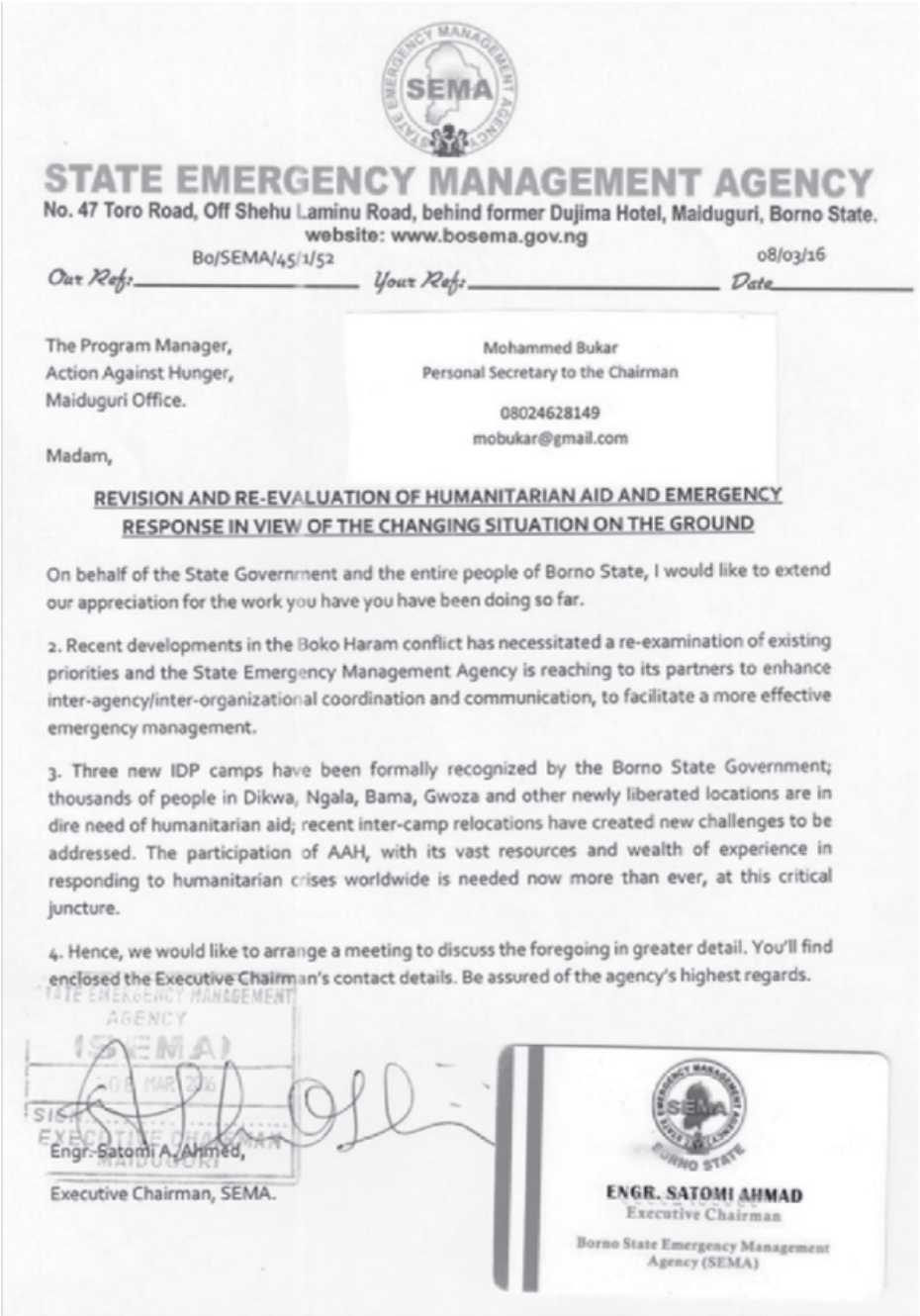
Le 8 mars 2016, la SEMA adresse un courrier à l'ensemble des ONG présentes à Maiduguri leur demandant de revoir leurs priorités d'intervention au vu de l'existence « *de milliers de personnes à*

23. *Ibid.*

24. En revanche nous avons trouvé deux photos amateur montrant l'enfouissement dans une fosse commune des cadavres des victimes de l'attentat de Dikwa ; ainsi qu'une lettre des autorités de Dikwa adressée au CP et sollicitant le « *soutien urgent* » de MSF en personnel et médicaments pour la population du camp de Dikwa (DIkwa Chairman, « Request for support from MSF Maiduguri », 17 février 2016)

Dikwa, Ngala, Bama, Gwoza et d'autres lieux récemment libérés [ayant] un besoin criant d'aide humanitaire ». A Abuja, les membres du forum inter-ONG, dont MSF, décident d'opposer une fin de non-recevoir à la demande de la SEMA tant qu'ils ne pourront pas sortir de Maiduguri sans escorte militaire[25].

FIGURE 7. Lettre de la SEMA adressée aux ONG le 8 mars 2016 (archives MSF)



STATE EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY
No. 47 Toro Road, Off Shehu Laminu Road, behind former Dujima Hotel, Maiduguri, Borno State.
website: www.bosema.gov.ng

Our Ref: BO/SEMA/45/1/52 Your Ref: Date 08/03/16

The Program Manager,
Action Against Hunger,
Maiduguri Office.

Mohammed Bukar
Personal Secretary to the Chairman
08024628149
mobukar@gmail.com

Madam,

REVISION AND RE-EVALUATION OF HUMANITARIAN AID AND EMERGENCY RESPONSE IN VIEW OF THE CHANGING SITUATION ON THE GROUND

On behalf of the State Government and the entire people of Borno State, I would like to extend our appreciation for the work you have you have been doing so far.

2. Recent developments in the Boko Haram conflict has necessitated a re-examination of existing priorities and the State Emergency Management Agency is reaching to its partners to enhance inter-agency/inter-organizational coordination and communication, to facilitate a more effective emergency management.

3. Three new IDP camps have been formally recognized by the Borno State Government; thousands of people in Dikwa, Ngala, Bama, Gwoza and other newly liberated locations are in dire need of humanitarian aid; recent inter-camp relocations have created new challenges to be addressed. The participation of AAH, with its vast resources and wealth of experience in responding to humanitarian crises worldwide is needed now more than ever, at this critical juncture.

4. Hence, we would like to arrange a meeting to discuss the foregoing in greater detail. You'll find enclosed the Executive Chairman's contact details. Be assured of the agency's highest regards.

Engr. Satomi A. Ahmed,
Executive Chairman, SEMA.

ENGR. SATOMI AHMAD
Executive Chairman
Borno State Emergency Management Agency (SEMA)

25. Courriel de la représentante de Rescue au nom du forum inter-ONG, « FW: Request from SEMA », 9 mars 2016.

Au même moment, le CP à Maiduguri reçoit la visite du président de la LGA de Dikwa et d'un représentant du camp de déplacés de la ville, qui demandent à MSF d'aller sur place ou au minimum de soutenir la clinique du ministère de la Santé. Le coordinateur de projet prend l'initiative d'inviter d'anciens membres du personnel sanitaire de Dikwa à venir passer un test de recrutement à Maiduguri. Son idée est de constituer deux équipes de 15 personnes qui pourraient se relayer à Dikwa pour faire tourner un dispensaire et un système de référence – l'équipe « off » profitant de sa présence à Maiduguri pour se former dans les centres de santé MSF. Le projet est semble-t-il abandonné sur les instructions de la cellule ou de la coordination, lorsque le CICR dissuade MSF d'intervenir, lui expliquant que le personnel qu'il compte embaucher est déjà sous contrat avec la Croix-Rouge nigériane.

Avril-mai : l'invitation des Nations unies et l'évaluation des risques du PAM

Un mois plus tard, des représentants d'OCHA et du PAM proposent au coordinateur de projet MSF de se joindre à l'évaluation conjointe des 10-14 avril à Damboa, Dikwa, Bama et Monguno, réalisée par route et sous escorte. Mais le CP ne reçoit pas la « *validation* » de sa hiérarchie, même lorsqu'il propose d'y aller « *incognito* », sans identification, afin de ne pas exposer MSF. Il essuie un refus similaire en mai, alors que le PAM lui propose de participer aux premières missions d'évaluation par hélicoptère à Bama, Banki, Monguno et Baga (17-19 mai).

Grâce aux bons contacts qu'il entretient avec ses homologues du PAM, le coordinateur de projet a accès au rapport d'évaluation rédigé par l'officier de sécurité de la mission d'évaluation[26]. Celui-ci confirme la gravité de la situation, notamment à Banki où « *environ 15 personnes meurent chaque jour en raison de la malnutrition* ».

Sur le plan sécuritaire, l'officier du PAM estime que la route de Monguno peut être empruntée sans escorte militaire. Quant à la route Maiduguri-Bama (75 km, 2h30 à 3h en véhicule léger), les taxis et les véhicules privés y circulent librement jusqu'à Konduga. Au-delà, « *le secteur est sous la menace directe de BH/ISWA malgré la présence de bases NAF* ». Le risque principal est de croiser des groupes d'insurgés qui empruntent ou traversent la route régulièrement. Ces derniers sont également capables de tendre des embuscades, planter des mines, voire d'organiser un enlèvement, estime l'officier de sécurité. Les risques sont encore plus élevés au-delà de Bama, sur la route allant à Banki, qui traverse un fief Boko Haram. Les déplacements en hélicoptère ne posent pas de problèmes particuliers selon lui, bien qu'il ait photographié un véhicule suspect à 800 mètres de la base militaire de Banki au moment de l'atterrissage – et constaté que les coordonnées GPS fournies par l'armée étaient parfois distantes de plusieurs miles nautiques de la zone d'atterrissage. Sur site, il estime que les camps sont suffisamment protégés par l'armée et les milices locales pour pouvoir accueillir des opérations

26. « Security Mission Report n°1 North East Nigeria – Objectif : Evaluation de la sécurité (par air) de Monguno, Baga, Bama et Banki ; évaluation de la route Maiduguri-Bama, mission du 17-19 mai 2016 ».

humanitaires, sans toutefois que la possibilité d'attentats-suicides puisse être totalement écartée. Au final, l'officier de sécurité du PAM juge les risques acceptables à condition de s'assurer que l'armée « *nettoie* » les abords des routes et des camps, que les équipes des Nations unies circulent sous escorte militaire, qu'elles utilisent des véhicules blindés, qu'elles disposent d'équipements de protection individuels (casques et gilets pare-éclats) et d'une formation aux premiers secours…

C'est l'évaluation la plus précise des risques que nous ayons trouvée dans les archives. Mais il ne semble pas qu'elle ait été transmise en l'état à la coordination ou au siège. Seule une rumeur infondée en restera : l'hélicoptère des Nations unies aurait failli atterrir dans une base Boko Haram.

Avril-Mai, l'invitation des militaires et du gouverneur

Au moment où les Nations unies invitent le CP à se joindre à leur mission d'évaluation, celui-ci fait la rencontre du Colonel L., en charge des opérations militaires sur le front est, qui l'encourage à venir à Bama:

> Un soir, mon ami d'OCHA m'a appelé et proposé de le rejoindre à l'hôtel. Le commandant de la zone allant de Bama à Banki était là. On a discuté. Il a dit : « *Je me fiche de ce que dit le [theater commander], on a une situation catastrophique dans les camps, des problèmes de rougeole, de la malnutrition généralisée, les gens qui meurent. Maintenant la situation est stable parce que tous les cas graves sont déjà morts ; et de nouveaux cas graves émergent. Si vous venez, je peux personnellement me charger de votre sécurité [I can be your bodyguard myself]* ». (…)
>
> Il a poursuivi : « *là il y a une fenêtre jusqu'à juillet* ». Il y avait une sorte de trêve : [les militaires] donnent de la nourriture à l'opposition, ils suspendent les opérations… on peut bouger. Il a donné des garanties. Mais ce ne sont pas ses garanties qui m'ont donné confiance, c'est son évaluation de la situation – parce qu'il était précis, spécifique. Il a dit : « *jusqu'à tel endroit* [à côté de là où a eu lieu l'embuscade plus tard]*, pas besoin d'escorte, après, c'est dangereux si tu y vas seul, ils traversent avec leurs motos* ». Moi j'ai dit « *on ne peut pas être dans vos escortes, vous avez des RPG, des fusils, on risque de prendre des balles non intentionnelles. Donc, c'est mieux si vous voyagez 5 km devant nous. Vous nettoyez la route, on n'est pas dans le convoi* ». Il a dit OK. Pour moi c'était un bon compromis. J'ai envoyé un message à la chef de mission, en lui disant qu'il y avait compromis des deux côtés. Jusqu'à juin, pas de décision. On donne l'info, on demande validation ; on ne la reçoit pas[27].

27. Entretien, 24 mars 2017.

Au cours des mois de mai et juin, le CP revoit cet officier à plusieurs reprises, qui réitère son invitation. Le gouverneur lui-même propose au coordinateur de projet de l'accompagner à Bama, le mettant dans une situation de plus en plus difficilement tenable :

> Le gouverneur me dit « *Si vous me dites [encore] que vous n'avez pas la validation, ce n'est pas la peine d'être là* ». J'ai dit [à la chef de mission] : « *S'il te plaît, suis ça avec le desk ; soit je vais à Bama, soit je rentre à Abuja et je rends ma casquette* ».

LA PREUVE PAR EMPOWER 54

Le 10 juin 2016, une collègue de MSF Espagne envoie à la chef de mission MSF France une dépêche AFP confirmant les informations sur Banki rapportées par l'officier de sécurité du PAM un mois plus tôt, selon lesquelles une dizaine de personnes au moins meurent de faim chaque jour[28]. « *Tu penses que ça peut être vrai ?* », demande-t-elle à la chef de mission MSF France.

Trois jours plus tard, celle-ci et le responsable de cellule reçoivent un courriel de la chargée de communication de la cellule, relayant un communiqué du CICR. Jusqu'alors totalement silencieux, ce dernier y explique qu'« *il y a un besoin urgent de nourriture, d'abris, d'eau et d'assistance médicale* » à Damboa, où 60 000 déplacés ont trouvé refuge, parmi lesquels de nombreux enfants atteints de malnutrition, de rougeole et de paludisme[29]. « *Je suis un peu préoccupée par la com' du CICR et du PAM, même si on n'est pas en train de parler de famine – ce qui est une bonne chose – je me demande quand même, il n'y a pas de fumée sans feu vous voyez ce que je veux dire…* », s'interroge la chargée de communication. « *De l'extérieur de Maiduguri, nous recevons l'information que la situation est pire [qu'à Maiduguri], les commandants de l'armée écrivent aux agences UN des lettres demandant de l'aide pour approvisionner les civils (camp de déplacés de Bama, total 25 000), cependant personne ne peut confirmer ou produire d'autres données sur ces endroits à cause des difficultés d'accès* », lui répond la chef de mission le 13 juin, à 18 heures[30].

Une heure plus tard, le coordinateur de projet à Maiduguri reçoit un message SMS du gouverneur demandant à MSF de se rendre en urgence au camp "Nursing village" où plus de 600 enfants et malades viennent d'être amenés de Bama par une petite ONG, Empower 54[31]. « *Sur place, nous*

---

28. Agence France-Presse, « Starving to death': Boko Haram displaced them and a food crisis is killing them », 10 juin 2016 (https://www.pri.org/stories/2016-06-10/starving-death-boko-haram-displaced-them-and-food-crisis-killing-them).

29. https://www.icrc.org/en/document/nigeria-measles-children-malnutrition.

30. Echange de courriels, 13 juin 2016. L'ARC fait de son côté une réponse similaire : « *D'après nos données, la situation n'est pas alarmante à Maiduguri. A l'extérieur c'est une autre histoire. Nous n'avons aucune donnée et honnêtement, je ne vois pas comment d'autres acteurs pourraient en avoir* ».

31. Empower 54 est une ONG basée au Massachussetts, créée par la femme d'affaire américano-nigériane Modupe Ozuala, fille du « roi du Bénin », ayant fait fortune dans la chirurgie esthétique au Nigéria. Deux vidéos, disponibles sur le site de l'ONG, relatent son intervention à Bama (https://www.youtube.com/watch?v=RgkS9Gna2Ss ; https://www.youtube.com/watch?v=iKN_QiQXNIc). Elle rapporte avoir découvert la gravité de la situation à Bama au cours d'une distribution alimentaire organisée avec le gouverneur le 30 mai 2016. Elle est retournée sur site le 1er juin pour organiser l'évacuation des personnes les plus malades vers Maiduguri les 13 et 15 juin.

avons découvert des centaines d'enfants malnutris. L'un d'eux est décédé juste avant notre arrivée. 60 ont été référés à l'ITFC de Gwange. Un autre enfant y est décédé dans la soirée », rapporte le soir même le *medical team leader*.

Entre le 13 et le 15 juin, 1 192 malades et accompagnants sont évacués de Bama par Empower 54. « *Les déplacés arrivent dans un très mauvais état, malnutris, affamés*, rapporte la chef de mission dans un e-mail adressé à la cellule le 16 juin. *Ils ne peuvent même pas marcher et ont dû être transportés du camion vers le centre [nutritionnel intensif de MSF]. (…) Trois enfants sont morts à leur arrivée dans le premier convoi. Et nous avons eu huit morts aujourd'hui, dont trois enfants*[32] ». Parmi les 586 enfants évacués (dont 466 âgés de 5 à 59 mois), MSF recense 182 cas de malnutrition aiguë sévère (39 %) et 129 de malnutrition aiguë modérée. 78 enfants sont transférés au centre nutritionnel intensif de Gwange, saturé. Selon les témoignages recueillis par le coordinateur de projet, les déplacés, d'origine Kanuri, proviennent de villages situés autour de Bama (Kumoshé, Soyé, Banki). Ils disent avoir été retenus prisonniers par Boko Haram, puis par l'armée pendant au moins 6 mois, précisant qu'ils « *étaient mieux nourris par Boko Haram que par les militaires* ».

A Paris et à Abuja, l'état de santé et le récit des rescapés lèvent le doute sur l'existence de regroupements de populations au bord de la famine en zone rurale et démontre que d'autres organisations y ont accès depuis plusieurs semaines voire des mois – à commencer par une petite ONG américano-nigériane présidée par une top-modèle, capable d'organiser une opération de sauvetage de grande ampleur. La cellule, qui envisage de communiquer immédiatement sur « *l'horreur de la situation et les taux de malnutrition sévère sans précédent*[33] », estime désormais que Bama n'est que la partie visible d'une catastrophe de bien plus grande magnitude.

32. « Déplacés Maiduguri : nouvelles arrivées », chef de mission, 16 juin 2016.

33. Courriel accompagnant le draft de communiqué de presse préparé par la responsable communication de la cellule. Le communiqué comporte cette interrogation : « *Quelle est la situation des populations prises en étau par les belligérants (…), dans les zones grises situées en dehors de Maiduguri et totalement isolées du fait de l'insécurité ? Nous n'en savons rien, mais nous pensons que l'état des déplacés de Bama est révélateur ce qui se passe probablement ailleurs* ».

SAISON 4. L'URGENCE

14 juin - 31 décembre 2016

Ayant pris conscience de la gravité de la situation des populations déplacées dans les villes reconquises par l'armée, le siège autorise une première mission exploratoire à Bama le 21 juin. Celle-ci permet de collecter d'importantes informations qualitatives et quantitatives, qui font l'objet d'un communiqué de presse le 22 juin, provoquant une crise politique (Épisode 1). Dans la foulée, la cellule régulière met au point un plan d'action. Celui-ci est remis en cause par la directrice des opérations, qui décide de transférer le projet à la cellule des urgences, lui confiant la mission d'ouvrir deux postes médicaux avancés fixes : à Bama et si possible à Dikwa (Épisode 2). Le 19 juillet, une petite équipe s'installe à Bama. Dix jours plus tard, elle tombe dans une embuscade sur la route Bama-Maiduguri, qui par miracle ne fait qu'un blessé parmi le personnel MSF (Épisode 3). Afin de pouvoir continuer à intervenir hors de Maiduguri, la cellule des urgences crée une brigade d'intervention héliportée – la Borno Emergency Support Team (BEST) – chargée de mener des opérations de masse de courte durée (Épisode 4). Au même moment, la coordination d'urgence constate l'évolution catastrophique de la situation sanitaire dans les camps de déplacés informels situés dans les faubourgs de Maiduguri. Rencontrant d'importantes difficultés à agir en zone rurale, la BEST trouve dans ces camps informels une nouvelle raison d'être (Épisode 5).

ÉPISODE 1. « CRISE HUMANITAIRE » À BAMA (14-28 JUIN 2016)

LE CONTRECOUP DE L'ÉVACUATION RÉALISÉE PAR EMPOWER 54

Crise politique dans le Borno

L'état de santé catastrophique des femmes et des enfants évacués de Bama par Empower 54 suscite une crise politique à l'échelle de l'État du Borno. La presse nigériane, qui jusque lors avait principalement répercuté les communiqués victorieux de l'armée, dénonce une situation de « *famine* » à Bama, mais aussi à Banki et dans les camps autour de Maiduguri. Tout en imputant l'origine de la crise alimentaire à Boko Haram, les journaux mettent en cause le gouvernement pour son incapacité à fournir une assistance aux « *otages libérés* ». Les articles les plus critiques accusent la NEMA/SEMA et les autorités locales de détourner les secours destinés aux victimes[1]. Les accusations s'appuient sur la diffusion sur les réseaux sociaux de vidéos montrant de la nourriture de la NEMA être reconditionnée pour être revendue sur les marchés à Maiduguri[2]. Des déplacés de Bama interrogés par la presse confirment l'importance des détournements, qui scandalisent les éditorialistes : « *Beaucoup de Nigérians se demandent quelle est la différence entre les terroristes de Boko Haram et les représentants de la NEMA/SEMA qui volent la nourriture destinée aux déplacés* », s'interroge par exemple un quotidien.

En réaction, le gouverneur et les représentants de l'armée assurent dans les médias avoir fait leur possible pour venir en aide aux victimes[3]. Tout en accusant « *un groupe de politiciens à Abuja* » de chercher à ternir la réputation de son administration, le gouverneur annonce le 18 juin l'ouverture d'une enquête de police sur les détournements et d'une enquête parlementaire sur le déficit d'assistance. Quant au parlement régional, il convoque le directeur de la SEMA pour qu'il s'explique sur les « *multiples morts dans les camps, notamment à Bama*[4] ».

Calme (presque) plat sur la scène humanitaire

L'événement qui agite la scène politique du Borno ne semble pas bouleverser les priorités d'action des Nations unies. Le 15 juin, une délégation d'OCHA et de l'OIM retourne à Bama en compagnie du gouverneur. Dans une note interne[5] transmise au coordinateur de projet MSF, OCHA reconnaît qu'à l'exception d'une « *présence médicale légère* » de l'Unicef, aucune assistance régulière n'a été apportée depuis la visite d'avril. Estimant « *urgent d'apporter des secours nutritionnels étant donné (…)*

1. « Boko Haram victims dying of starvation as Borno officials steal relief materials » titre par exemple le Premium Times, 18 juin 2016. https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/205489-boko-haram-victims-dying-starvation-borno-officials-steal-relief-materials.html

2. http://ends.ng/shettima-could-not-protect-borno-citizens-and-now-starves-them-to-death/

3. Cf. par ex. https://www.vanguardngr.com/2016/06/epidemic-looms-28000-idps-defecate-openly-borno-camp/

4. Premium Times, 18 juin 2016.

5. OCHA, « Situation update: Malnutrition in Bama, Borno », 17 juin 2016.

l'impossibilité logistique de transporter tous les patients [à Maiduguri], dont beaucoup ne survivraient d'ailleurs pas au transport », OCHA semble faire confiance à l'Unicef pour le traitement de la malnutrition ainsi qu'au CICR, au PAM et à la Fondation Dangote pour « *identifier des solutions prévisibles et durables permettant d'acheminer des denrées alimentaires de concert avec les partenaires gouvernementaux* ».

Le principal événement opérationnel sur la scène humanitaire vient alors d'Alima, qui est la première ONG internationale à sortir de Maiduguri après Empower 54. Entre le 16 et le 20 juin 2016, elle organise une « *explo-action* » à Monguno, accessible par route et sans escorte depuis le mois de mai, où les autorités recensent 100 000 déplacés. En 3 jours, Alima vaccine 19 000 enfants contre la rougeole, réalise une campagne dépistage rapide de la malnutrition ainsi qu'une distribution ciblée de RUTF[6] et reçoit 2 000 patients en consultation, dont de nombreux cas de rougeole et de diarrhées. Selon ses estimations, la ville hébergerait 100 000 à 200 000 personnes dans une situation critique. Les taux de malnutrition aiguë sévère et globale s'élèveraient à 13 % et 32 %.

LA MISSION EXPLORATOIRE MSF FRANCE DU 21 JUIN

La décision d'utiliser les escortes

Dès le 16 juin, le coordinateur de projet annonce son intention de réaliser une mission exploratoire à Bama : l'armée devancera les véhicules MSF pour « *sécuriser la route (…), nous suivrons à une certaine distance* », explique-t-il. « *C'est un bon compromis* » répond l'ARC, qui le 18 juin confirme l'aval de la cellule pour une mission exploratoire ayant un double objectif : « *se faire une idée claire de la situation sanitaire des déplacés de Bama et répondre aux besoins médicaux immédiats et urgents*[7] ».

« *Je n'étais pas du tout rassuré* », se rappelle le RC, qui n'a alors que peu d'éléments factuels pour apprécier les risques d'embuscade ou d'attaque contre les équipes. « *Ça se fait à l'arrache, on est aveugles sur la sécu, mal préparés, la com[munication] entre nous n'est pas fluide…*[8] ». Il se demande également si circuler dans un convoi de l'armée « *ne nous grille pas définitivement aux yeux de Boko Haram* », avec qui MSF n'a encore aucun canal de communication (tout au plus estime-t-on que notre action à Bolori 2, ancien fief de l'insurrection ayant la réputation d'héberger des familles de combattants, a pu nous faire connaître favorablement de la rébellion). Si le RC donne finalement son aval à la mission exploratoire après en avoir discuté avec plusieurs collègues, ce n'est pas au vu d'une évaluation plus précise et circonstanciée des risques, mais du fait de la gravité supposée de la situation sanitaire et de la pression créée par les précédentes missions d'Empower 54 et des Nations unies.

6. Acronyme (pour « *Ready-to-use therapeutic food* ») désignant les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère (dont le plus connu est le *Plumpy'Nut*, une pâte d'arachide enrichie en micronutriments).

7. Courriel du 18 juin 2016.

8. Entretien, 28 avril 2017.

Les résultats de la mission exploratoire

Le 21 juin, une équipe de 17 personnes dirigée par le CP et le *medical team leader* prend la route de Bama. Comme convenu, la voiture MSF suit les militaires à 500 mètres de distance. Ce choix n'est pas du goût d'une partie du personnel national qui, anxieux d'emprunter une route où Boko Haram a perpétré et publicisé de nombreux massacres en 2014-2015, préférerait coller aux militaires, pensant ainsi être mieux protégé[9]. Les soldats sont particulièrement nerveux ; passé Konduga, le convoi circule à plus de 100 km/h sur une route défoncée, l'escorte tire de manière frénétique sur les buissons qui bordent la route.

Arrivée sans incident à Bama, l'équipe reste quelques heures avant de rebrousser chemin. Aucune distribution ni donation n'a été prévue. Elle se concentre sur la collecte d'informations, qui fait l'objet d'un rapport d'évaluation médicale[10] et d'un compte-rendu oral du coordinateur de projet[11].

Selon les informations rapportées, Bama, deuxième ville de l'État du Borno tombée aux mains de l'insurrection en septembre 2014 et reconquise par l'armée en mars 2015, est désormais une ville fantôme abandonnée de ses 250 000 habitants et complètement détruite. Les seules personnes qui y vivent sont les militaires retranchés dans leur base et 25 000 déplacés (selon les autorités) gardés dans l'enceinte de l'ancien hôpital abandonné. Les déplacés proviennent des villages alentour « *libérés* » par l'armée. Ils ont d'abord été transférés dans un camp de « *filtration* », inaccessible aux observateurs extérieurs, destiné à identifier d'éventuels sympathisants de l'insurrection. Le sort des suspects est inconnu. Mais la quasi-absence d'hommes en âge de combattre parmi les déplacés laisse présager du pire. Ceux qui n'ont pas pris le maquis ont probablement été tués par l'armée, craint une partie de l'équipe. Les personnes réfugiées dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent en sortir librement. Les militaires contrôlent strictement leurs mouvements, affirmant que c'est à la fois pour les protéger de Boko Haram, et pour se protéger eux-mêmes d'éventuels espions ou combattants infiltrés. Vu le nombre de femmes enceintes, la faible proportion d'hommes déplacés et la proximité des militaires, le coordinateur de projet suspecte l'armée d'être à l'origine de violences sexuelles[12].

Les déplacés dépendent entièrement de la nourriture distribuée par la SEMA qui reçoit le soutien épisodique du PAM[13] et de la Fondation Dangote[14]. Il n'y a aucune activité commerciale. Depuis juin 2014, la zone est officiellement soumise à un blocus économique et les militaires contrôlent toutes les ressources qui entrent et sortent du camp pour s'assurer qu'aucune ne parvient à Boko Haram (du moins sans son accord…).

---

9. Débriefing de l'équipe explo par la chef de mission régulière.

10. « Report, exploratory mission Bama IDP camp on 21st June » (*Medical team leader* et *e-prep activity manager*)

11. Nous n'avons pas trouvé la trace du rapport d'évaluation logistique et sécuritaire censé avoir été rédigé par le CP qui a partagé ses informations par téléphone et messagerie électronique.

12. Courriel du coordinateur de projet du 22 juin 2016.

13. Distributions ponctuelles de *Plumpy Sup* aux enfants et aux femmes enceintes et/ou allaitantes.

14. Distribution générale de nourriture.

Un poste de santé géré par le ministère de la Santé avec le soutien de l'Unicef a été installé le 23 mai avec du personnel « *insuffisant en nombre, en qualité et en compétence technique* », note le rapport d'évaluation médicale. Selon le registre de consultations, 188 patients dont 62 enfants y sont décédés depuis l'ouverture, soit des taux de mortalité brute et infantile de 2,34/10 000/jour et 4,75/10 000 jour. Il s'agit d'une estimation basse, précise le rapport d'évaluation médicale, compte-tenu du nombre de personnes probablement mortes hors de la clinique. Des employés du poste de santé rapportent qu'à leur arrivée, au moins 30 personnes mouraient chaque jour dans le camp. L'équipe compte 1 233 tombes dans le cimetière attenant à l'hôpital. Elle parvient à mener une évaluation nutritionnelle rapide auprès de 804 enfants sélectionnés au hasard qui montre un taux de malnutrition aiguë sévère de 19 % pour un taux de malnutrition globale de 46 %. Elle s'assure que 16 enfants sévèrement malnutris et 3 malades identifiés au cours de la visite soient référés à Maiduguri.

Si le rapport d'évaluation conclut que « *la situation humanitaire est terrible [dire humanitarian needs]* », il estime qu'« *à moins d'une amélioration considérable des conditions de sécurité, il est presque impossible de laisser une équipe MSF complète sur place (…). Il n'y a toujours pas de voies d'accès sécurisées à Bama et la ville elle-même n'est habitée que par les militaires.* » Il recommande d'intervenir « *à distance* » (*remote*) en soutenant la clinique du ministère de la Santé avec du personnel supplémentaire et des formations, en améliorant le système de référence et en incitant d'autres acteurs à réaliser une vaccination contre la rougeole et construire des abris – les distributions de nourriture étant censées se régulariser grâce au PAM et à la Fondation Dangote.

LE COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 22 JUIN

A Paris, la cellule est mortifiée par le nombre de personnes exposées au cours de l'évaluation – 17 – alors qu'aucune distribution ni action d'urgence n'a été menée. La taille de l'équipe a toutefois permis de récolter en peu de temps d'importantes informations qualitatives et quantitatives. Avant même de savoir précisément quelles suites opérationnelles donner à l'évaluation, le siège décide de diffuser publiquement les chiffres de malnutrition et de mortalité récoltés sur place.

« *Au moins 24 000 personnes déplacées sont dans une situation sanitaire extrême à Bama* », titre le communiqué de presse diffusé dès le lendemain. Celui-ci est aussi précis sur la gravité de la situation sanitaire qu'il est évasif sur ses causes et l'origine du camp, décrit comme un lieu où se seraient spontanément regroupés les habitants de la ville et des alentours. Le communiqué n'est accompagné d'aucune recommandation. A la question « *Que demandez-vous ?* », le mémo préparé par le département de la communication donne une réponse également évasive[15] :

15. Document Q&A [Questions & Answers] « BAMA / Background and Talking Points », 27 juin 2016.

> Nous pensons que les autorités pourraient continuer à faciliter le transfert des déplacés souhaitant quitter Bama, notamment vers Maiduguri. L'assistance pourrait être améliorée à Bama également, mais il est nécessaire de garder en tête qu'il serait très dangereux pour les ONG de s'y rendre régulièrement sans être insérées dans un convoi militaire [*without being embedded in a military convoy*].

Au siège et sur le terrain, on se demande en effet s'il est souhaitable et possible d'accroitre les opérations de secours à Bama compte tenu des risques d'attaques de Boko Haram sur la route et contre la ville. Est-il raisonnable d'exposer à ce point les équipes ? En intervenant à Bama, ne risque-t-on pas de fixer les populations civiles sur la ligne de front – et plus généralement d'être l'instrument d'une politique d'internement forcé de populations jugées suspectes par les autorités ? Comment la population et l'insurrection percevront-elles notre collaboration étroite avec l'armée, par ailleurs responsable de nombreux crimes de guerre ? N'est-il pas préférable de protester contre le déplacement et l'internement des villageois ? Ou d'évacuer les déplacés vers Maiduguri où ils seraient moins exposés aux violences, plus libres de leurs mouvements et où les conditions de sécurité permettraient de déployer l'assistance requise sans avoir à faire appel à une protection rapprochée de l'armée ? Au moment où le communiqué de presse paraît, ces questions sont encore en discussion.

CRISE POLITIQUE À L'ÉCHELLE NATIONALE

La reprise du communiqué MSF par la presse internationale est limitée[16], mais elle suffit à faire changer d'échelle la controverse sur le sort des déplacés du Borno qui, de locale, devient nationale. Reprenant les données de MSF et les photos réalisées par Empower 54, les éditorialistes de la presse nationale nigériane interpellent le président Buhari qui se dit « *furieux* » du sort réservé aux déplacés en dépit de l'aide débloquée par le gouvernement fédéral[17]. La présidence convoque à Abuja le gouverneur de l'État du Borno, qui se voit dans l'obligation d'organiser le 27 juin une « *conférence de haut niveau sur la crise humanitaire* » à laquelle participent le ministère de la Santé fédéral, les Nations unies et les bailleurs de fonds américain (USAID) et européen (ECHO)[18]. A cette occasion, le ministère de la Santé déclare une « *situation d'urgence alimentaire et nutritionnelle dans le Borno* » et les participants s'engagent à fournir une aide d'urgence pour 750 000 personnes « *dans les semaines à venir* ». « *Même les camps situés dans les pays avancés, comme la Jungle de Calais, ne sont pas dénués de difficultés* », commente avec amertume le gouverneur du Borno en conclusion de la rencontre,

16. Publié le 22 juin, le communiqué de presse MSF sur Bama est moins repris par les médias que celui diffusé quelques jours plus tôt annonçant que l'organisation renoncerait désormais aux financements des pays de l'Union européenne pour protester contre sa politique migratoire. Toutefois, la quasi-totalité des grands quotidiens internationaux consacre au moins un article à la famine de Bama, reprenant les chiffres mis en circulation par MSF tout en attribuant l'origine de la crise alimentaire à Boko Haram – sans évoquer la responsabilité du gouvernement dans le transfert et l'internement des déplacés.

17. https://www.vanguardngr.com/2016/06/buhari-furious-deaths-malnourished-idps-borno/

18. Selon DfID, le communiqué est à l'origine de la convocation d'une réunion spéciale entre les autorités et les bailleurs, dont la conférence et le plan d'action d'urgence du 27 juin sont l'une des conséquences.

après avoir reproché à MSF d'occulter dans les médias les efforts de secours entrepris par les autorités et les Nations unies[19].

Pendant ce temps, à Maiduguri, le coordinateur de projet reçoit dès la parution du communiqué des SMS outragés du gouverneur et du colonel L., l'accusant de les avoir trahis. Il est convoqué avec son *medical team leader* le 23 juin par le directeur de cabinet du gouverneur, le ministre régional de la Santé et le représentant local de la NEMA. Ceux-ci, contestant les données de mortalité et de malnutrition diffusées par MSF, se plaignent d'être la cible de pressions du gouvernement fédéral et de l'opinion publique internationale. Tout en exprimant leur colère, ils demandent à MSF d'accroître son budget et ses activités dans le Borno, lui reprochant de ne pas en faire autant pour le Nigéria que pour la Syrie en dépit de conditions de sécurité qu'ils estiment bien meilleures. Le lendemain, le cabinet du gouverneur ordonne à toutes les ONG et agences de l'ONU de lui communiquer dans les plus brefs délais leurs budget et plan d'action.

A Abuja, la chef de mission est assaillie de demandes d'interviews avec les médias et d'entretiens avec les bailleurs et les ONG. « *C'est la folie ici, mon téléphone n'arrête pas de sonner (…) tout le pays est sur le qui-vive, les UN et les ONGs internationales marchent sur des œufs depuis la sortie de notre communiqué !* » rapporte-t-elle le 1er juillet[20]. Mais les autorités fédérales ne manifestent aucun signe d'irritation à l'encontre de MSF, qui au contraire reçoit le 29 juin une lettre de soutien de la présidence afin d'accélérer le renouvellement de ses licences d'importation. A Washington, l'attaché militaire de l'ambassade du Nigéria félicite l'organisation pour sa prise de parole « *à l'origine d'une prise de conscience de la situation humanitaire dramatique et de la mobilisation de la communauté internationale*[21] ». Et les responsables militaires en charge de Bama remercient finalement MSF en privé de les avoir aidés à amplifier leurs appels à l'aide. La seule sanction vient d'OCHA qui, craignant que les autorisations d'accès depuis le Cameroun lui soient refusées, annule la participation de MSF Suisse à un convoi prévu la semaine suivante pour Banki.

19. « Shettima carpets MSF on malnutrition statement, says NGOs smiling to banks on agony of Borno IDPs », Daily Correspondents, Lagos, 27 juin 2016. https://globalpatriotnews.com/ngos-smiling-to-banks-on-agony-of-borno-displaced-persons-gov-shettima-says-msf-failed-to-give-proper-account-on-malnutrition-statement/

20. Courriel du 1er juillet adressé par la chef de mission à la chargée de communication de la cellule après avoir participé à un débat télévisé avec le gouverneur du Borno, OCHA, un membre du parlement et le chef de la NEMA.

21. Notes de la réunion tenue à l'ambassade du Nigéria, 29 juin 2016.

ÉPISODE 2. LE DESK RÉGULIER PASSE À L'ACTION (29 JUIN-14 JUILLET 2016)

AGITATION HUMANITAIRE À MAIDUGURI

La crise provoquée sur la scène politico-médiatique nigériane est néanmoins de courte durée. Si elle donne lieu à la mobilisation de moyens supplémentaires pour Bama, où la présidence envoie une délégation spéciale et des secours exceptionnels au mois de juillet[1], le gouvernement fédéral demeure hostile à l'idée de faire appel à l'aide internationale pour le Borno. La déclaration de l'état d'urgence nutritionnelle le 27 juin n'est suivie d'aucune mesure concrète pour faciliter le déploiement des secours internationaux. L'acheminement de l'aide continue d'être considérablement ralenti par le fonctionnement normal de l'administration nigériane : difficultés pour obtenir des visas, lenteur des procédures d'importation, impossibilité de faire atterrir des avions cargos à Maiduguri, difficultés d'enregistrement des ONG nouvellement arrivées, etc.

À Abuja et à Maiduguri, la chef de mission et le coordinateur de projet observent une grande agitation parmi les agences des Nations unies et les ONG. L'Unicef rend publics les chiffres des campagnes de dépistage nutritionnel réalisées en avril 2016 à Bama et Dikwa selon lesquels les taux de malnutrition aiguë sévère approchaient respectivement 12 % et 21 %.

ENCADRÉ 10. Unicef, « Nutrition Emergency in Borno Newly Accessible Areas - Response Framework -28th June 2016 » (extrait)

Area	Total screened (N)	Proxy SAM (%)	Proxy MAM (%)	Proxy GAM (%)
AMA	1727	11.9	27.2	39.1
IKWA	9113	20.9	37.9	58.8
MONGUNO	12,000	12.8	19	32
e above data is being confirmed June 2016				

JNICEF assessment, April 2016
'ALIMA, June,2016

VHO Crisis Classification using rates of GAM. (WHO,2003)	
Index	GAM prevalence
Low	<5%
Medium/ Poor	5- 9%
High/ Serious	10-14%
Emergency/ Critical	≥ 15%

Malnoushed child in Bama Camp
Source: UNICEF Nigeria

1. Une délégation présidentielle visite le camp de Bama, transfère une cinquantaine de malades à Maiduguri et apporte de la nourriture. (https://www.naija.ng/879171-tragedy-hits-borno-state-as-federal-government-declares-emergency-in-state.html)

Une délégation d'OCHA retourne à Bama le 30 juin puis visite Dikwa le 9 juillet, où elle note que les 70 000 déplacés reçoivent un seul repas par jour du CICR et que les nombreux enfants malnutris ne sont pas pris en charge. Se décidant à amender la stratégie décidée en avril, OCHA finalise le 13 juillet un plan d'action spécial pour les « *zones nouvellement accessibles* » du Borno ciblant désormais 800 000 personnes réparties sur 27 sites[2]. Elle lance un appel de fonds supplémentaire de 173 millions USD pour financer distributions alimentaires, soins nutritionnels et autres activités de secours entre juillet et septembre 2016.

Au regard de leurs nouveaux objectifs, les moyens dont disposent les agences des Nations unies demeurent toutefois largement insuffisants (personnel, équipement, stocks), observent l'équipe de terrain et la cellule régulière. Afin de ne pas froisser les autorités, l'ONU refuse de décréter une « urgence de niveau 3 » (*L3 Emergency*), procédure interne permettant le déploiement rapide d'équipes expérimentées et de moyens exceptionnels[3].

Quant au Comité international de la Croix-Rouge, censé assurer 40 % des distributions alimentaires générales dans le Borno, il reste très opaque sur la destination de son aide, le bilan de ses interventions et la situation sanitaire des populations.

LA STRATÉGIE COMMANDO DU DESK RÉGULIER

Hit and run

Du 29 juin au 1er juillet, le RC de la cellule régulière met au point le premier plan d'action pour les camps satellites[4]. Celui-ci repose sur l'analyse suivante : au moins 800 000 déplacés vivent dans des camps isolés disséminés dans le Borno ; leur situation nutritionnelle et sanitaire est critique ; il règne une grande incertitude sur les intentions et les capacités des autres acteurs de secours (gouvernement, CICR, ONU, ONG) ; en tout état de cause, le PAM ne pourra assurer des distributions de nourriture régulières avant le mois de septembre ; la principale contrainte est l'insécurité (risques d'attentats-suicides dans les villes et d'embuscades sur les routes) ; les perspectives d'évolution sont mauvaises : avec le début de la saison des pluies en juillet, il faut s'attendre à un risque accru d'épidémies de choléra et à une recrudescence des attaques de Boko Haram (en raison du repli des moyens militaires lourds de l'armée sur Maiduguri).

2. Document « Consolidated Micro Plan per Sector in Newly Accessible Areas », 13 juillet 2016. Cette estimation est celle qui figurait dans la note interne sur Bama transmise au CP le 17 juin 2016, cf. *supra*.

3. A New York, le représentant d'OCHA pour la région du Lac Tchad continue d'affirmer à la presse que la priorité est de défaire Boko Haram et d'assurer la stabilité à long terme du Sahel (véritable bombe démographique aux frontières de l'Union européenne, selon lui) sans évoquer la situation des camps de déplacés. Le PAM affirme en privé qu'il ne sera pas pleinement opérationnel avant trois mois minimum. Hormis Alima et l'Unicef, il n'y aucun autre acteur de santé international ; et presque personne sur les secours non médicaux (abris, eau, assainissement, biens de première nécessité).

4. « Borno operations – Outreach and ITFC », 1er juillet 2016.

Dans ce contexte, la cellule envisage d'intervenir sur cinq sites périphériques « *situés dans les zones les plus affectées avec un nombre important de déplacés*[5] ». Le premier est Monguno, relié à Maiduguri par une route ouverte au trafic commercial sans escorte et où Alima estime les taux de malnutrition aiguë sévère à 13 % parmi cent à deux cent mille déplacés. Le RC prévoit d'y installer un centre nutritionnel intensif avec une équipe fixe qui pourrait également mener ou faciliter des interventions de masse dans les camps.

Les quatre autres sites sont Bama, Dikwa, Damboa et Gwoza. Situés sur les pourtours de la forêt de Sambisa, ils sont quasi-encerclés par Boko Haram et ne sont accessibles que sous escorte militaire. Reprenant à son compte les conclusions de l'équipe d'évaluation de Bama selon laquelle il était « *presque impossible de laisser une équipe MSF complète sur place* », le plan d'action préconise d'y mener une série d'interventions « coup de poing » reposant sur des activités curatives et préventives de masse de courte durée. Espacées de plusieurs semaines, ces opérations « *hit and run* » comporteront un volet nutritionnel : campagne de dépistage des enfants au MUAC[6], référence des cas compliqués à l'ITFC de Maiduguri (dont on prévoit de porter la capacité d'accueil à 200 lits), distribution d'aliments nutritionnels thérapeutiques (RUTF) aux cas simples et d'une ration de couverture à leur famille (1 barre de BP5[7] par personne et par jour) ; des distributions générales de nourriture sont prévues dans un second temps. A cela s'ajouterait un volet prévention : organisation de campagnes de vaccination (rougeole et PCV-10[8]), distribution d'équipements permettant d'améliorer les conditions d'hygiène et de réduire les risques d'épidémie de choléra (dispositifs de traitement et de stockage d'eau individuels, kits latrines, nattes, savons). Enfin, la cellule prévoit de demander à Epicentre de montrer un « *système léger et flexible permettant de donner des informations crédibles sur la mortalité et la malnutrition dans les limites imposées par les conditions de sécurité et la durée de séjour des équipes sur le terrain* ».

Pour le RC, il est nécessaire de confier la direction de l'opération à un e-Coordo expérimenté assisté par trois coordinateurs de projet : l'un pour ouvrir Monguno, l'autre pour gérer les interventions « coup de poing » dans les 4 camps périphériques[9], et le troisième pour gérer les projets en cours à Maiduguri.

---

5. Le choix des sites est fait à partir d'une liste de 14 camps censée avoir été produite par OCHA en mars 2016, mentionnant le nombre estimé de déplacés ainsi que la proportion attendue d'enfants et de cas de SAM (d'après l'hypothèse que les enfants représentent 20 % de la population et que la SAM est à 15 %). En réalité, cette liste ne correspond ni à celle d'OCHA diffusée au mois d'avril 2016, estimant à 280 000 la population des camps satellites répartis sur 15 sites, ni à celle mise en circulation par OCHA le 29 juin 2016, recensant près de 800 000 personnes sur 27 sites, mais à un mélange des deux et de sources inconnues qui omet les 3/5 des déplacés et la moitié des camps alors recensés par OCHA.

6. Bracelet de mesure du périmètre brachial ("*Middle-Upper Arm Circumference*" en anglais) pour le dépistage rapide de la malnutrition.

7. Biscuit protéiné hypercalorique.

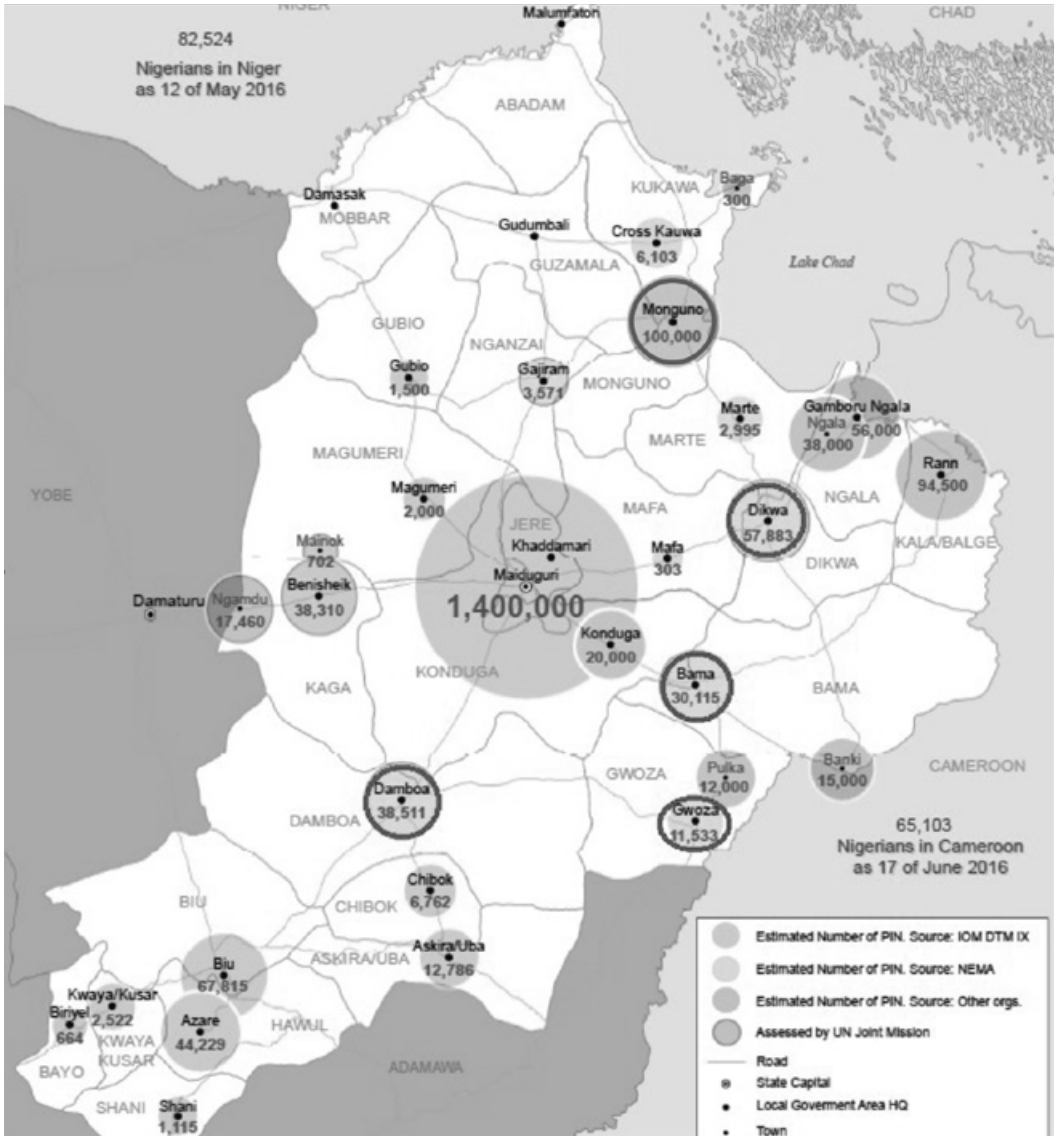
8. Vaccin conjugué antipneumococcique.

9. Ainsi que l'ITFC de Maiduguri en tant que principale structure de référence des camps satellites.

TABLEAU 7. Estimations de populations-cibles dans les sites d'intervention choisis par la cellule régulière (hors Monguno) au 1er juillet 2016

S/N	Camps	Population déplacée	Estimation < 5 ans 20 %	Estimation SAM 15 %	Nombre de ménages
1	Dikwa	57 883	11 577	1 736	9 648
2	Bama	30 115	6 023	903	5 020
3	Damboa	38 511	7 702	1 155	6 419
4	Gwoza	11 533	2 307	346	1 923
	TOTAL	**138 042**	**27 608**	**4 141**	**23 010**

FIGURE 8. Sites d'intervention sélectionnés par la cellule régulière au 1er juillet 2016



Le pari

Bien qu'il ne l'exprime pas clairement, le plan du responsable de la cellule tranche *de facto* les questions apparues à l'issue de la première mission exploratoire à Bama. Considérant qu'il est vain de chercher à évacuer les déplacés en zone sûre, la cellule a décidé d'aider les populations là où elles sont, dans des camps fermés situés sur la ligne de front, en prenant le risque d'envoyer des équipes sous la protection rapprochée de l'armée sur des routes et dans des villes exposées aux attaques de Boko Haram. L'option choisie par la cellule régulière rejoint ainsi celle déjà adoptée par les Nations unies, pour qui agir sous la protection rapprochée de l'armée dans les zones de combat est devenu un mode opératoire « normal »[10].

Dans les documents échangés avec le terrain, les risques associés à ce choix opérationnel ne font pas l'objet d'une évaluation précise, pas plus que ne sont discutées les mesures envisagées pour les réduire. OCHA a alors obtenu le feu vert des autorités et de UNDSS pour déployer des hélicoptères UNHAS utilisables par les ONG. Si le plan préparé par le responsable de cellule n'exclut pas d'utiliser l'hélicoptère de manière épisodique (pour des missions exploratoires rapides ou des distributions), il privilégie les déplacements par route, sous escorte, car si l'on peut espérer réchapper d'une embuscade sur la route, il y a peu de chance de survivre à un crash d'hélicoptère[11]. Rétrospectivement, l'ARC de la cellule régulière reconnaît que « *la peur de se faire shooter en hélico ne reposait pas sur grand-chose de factuel. Une rumeur disait qu'un hélico s'était déjà fait tirer dessus en 2015 au-dessus de la forêt, mais on n'a jamais eu confirmation. Certains étaient vraiment contre l'hélico. C'était plus un ressenti que le résultat d'une vraie analyse des risques* ».

Le vendredi 1er juillet, le responsable de la cellule envoie la dernière version de son plan à la coordination d'Abuja, accompagnée de recommandations précises concernant sa mise en œuvre : quantités de nourriture spécialisée (RUTF, BP5) et d'équipements logistiques à commander à l'étranger, liste du matériel à se procurer localement, surfaces d'entreposage et moyens de transport à prévoir, nombre de personnes à recruter pour l'ITFC, schéma-type pour l'organisation du dépistage nutritionnel et des distributions, etc. Les commandes internationales sont passées dans la semaine. Afin de faciliter l'envoi de personnel, le RC décide de lever le *profiling*, estimant que le risque principal n'est plus le kidnapping mais les attentats et les embuscades, qui menacent tous les MSF quelle que soit leur nationalité ou leur couleur de peau[12].

---

10. « North East Nigeria, Civil Military Dialogue: OCHA Update », 3 juillet 2016. « *Demander aux militaires de bénéficier d'une escorte armée pour les missions des Nations unies dans les zones nouvellement accessibles du Borno est devenu une pratique routinière (…) Il est nécessaire de mettre en place un centre [hub] humanitaire sécurisé à proximité des camps de déplacés, afin de fournir aux équipes la possibilité de se loger, d'accéder à de l'eau potable, des douches et des toilettes* ». On apprend dans le document que MSF participe chaque semaine à un meeting de coordination restreint avec l'armée nigériane, les conseillers militaires britanniques, le CICR, les agences UN et un représentant du INGO Forum.

11. Entretien, 28 avril 2017.

12. Cette décision est contestée par la coordination d'Abuja qui juge le risque de kidnapping toujours élevé en zone rurale. La chef de mission décide de ne lever le *profiling* que pour certains postes – et interdire aux « non-profilés » de sortir de Maiduguri, décision qui sera par la suite remise en cause par la coordination d'urgence.

TRIO DE CHOC

A la place de l'e-Coordo réclamé, c'est un trio ultra-expérimenté qui arrive à Maiduguri à partir du 7 juillet : la directrice des opérations, un membre du Crash (médecin urgentiste et ancien directeur des opérations) puis une directrice du siège (ancienne chef de mission au Nigéria) initialement censée soutenir le coordinateur de projet.

Au grand dam du RC, la directrice des opérations décide de transférer la mission à la cellule des urgences à compter du 10 juillet. Dans le mois qui suit, trois personnes se succèdent au poste de coordinateur d'urgence : la directrice détachée du siège (e-Coordo n°1 / 10-27 juillet) ; l'une des ARC de la cellule des urgences (e-Coordo n°2/ 27 juillet - 8 août) ; un membre du pool d'urgence (e-Coordo n°3 / 8 août – novembre 2016). Cette succession rapide de coordinateurs (dont les deux premiers restent à peine plus de dix jours), à laquelle s'ajoute le passage de personnes très expérimentées, s'accompagne d'une révision constante des plans d'intervention. Entre le 1er juillet et le 1er août, la mission change à quatre reprises d'orientations alors que le contexte reste sensiblement le même.

EN ATTENDANT LA CAVALERIE

Alors que les urgences prennent progressivement les rênes de la mission, la cellule régulière organise deux missions à Bama et Monguno inspirées du plan qu'elle vient de finaliser. Leur mise en œuvre est handicapée par la faiblesse des stocks en aliments thérapeutiques et médicaments ainsi que par les difficultés d'approvisionnement. Au 1er juillet, la mission ne dispose que d'une tonne de *Plumpy'Nut* pour les activités périphériques. Il en faudrait 15 fois plus pour traiter une première fois les enfants malnutris de Bama[13]. Quatorze tonnes censées arriver du Niger ont été refoulées à la frontière faute d'autorisations de Lagos. Quant à la première commande aérienne (35 tonnes de Dubaï), elle n'est pas attendue avant le 25 juillet à Kano et devra ensuite être acheminée par route, les autorités refusant l'atterrissage d'avions cargos à Maiduguri. Les difficultés d'approvisionnement inquiètent d'autant plus le responsable de cellule qu'il pense nécessaire d'organiser des distributions générales de nourriture dès les premières interventions. Il insiste auprès de ses collègues des urgences et de la coordination pour que des « *pros du supply* » viennent de Paris « *parce que sinon on va planter l'opération* ». Mais il est difficile d'envoyer des renforts. Le 13 juillet, l'ambassade du Nigéria en France refuse de délivrer des nouveaux visas en urgence, retardant d'au moins 15 jours les départs prévus depuis Paris.

13. Sur la base d'un taux de malnutrition aiguë globale de 46 % et d'une population de 30 000 personnes.

La mission Bama des 13-14 juillet

C'est grâce à une donation de l'Unicef en RUTF et à la présence de visiteurs du siège qu'une première intervention est réalisée à Bama les 13 et 14 juillet. 260 enfants sévèrement malnutris sont traités en ambulatoire, 11 cas sévères référés à Maiduguri.

Modeste au regard de l'opération « coup de poing » initialement prévue, l'intervention permet toutefois de préciser le diagnostic. Sur le plan sanitaire, la campagne de dépistage de la malnutrition conduite auprès de 1 722 enfants révèle un taux de malnutrition aiguë sévère de 15 %, soit une légère amélioration par rapport au mois de juin (19 %)[14]. Par ailleurs, en croisant divers éléments (la superficie du site de l'hôpital calculée avec *Google Earth*, ses propres observations visuelles, le nombre d'enfants dépistés et les nouveaux chiffres de population fournis par les autorités[15]), le membre du Crash estime à environ 10 000 personnes la population du camp (trois fois moins que les estimations initiales), au sein de laquelle il souligne la très faible représentation d'hommes et garçons âgés de plus de 12 ans. 48 décès dont six enfants ont été rapportés au cours des derniers 23 jours (source inconnue, probablement le centre de santé ?) – soit un taux brut de mortalité supérieur à 2/10 000/jour si la population du camp est bien de 10 000 personnes.

Sur les plans opérationnel et sécuritaire, la dangerosité de la route se confirme : dans le récit oral qu'il livre à ses collègues, puis à la presse, le membre du Crash évoque « *un trajet dont vous vous souvenez toute votre vie. (…) Les militaires ont le doigt sur la gâchette. Lorsqu'un buisson bouge, ils tirent de manière préventive*[16] ». Les officiers nigérians à Bama lui ont confié que les insurgés sont au contact de leurs défenses – au point que les premiers ont préféré livrer directement de la nourriture aux seconds, espérant les dissuader de lancer un raid nocturne pour s'en emparer.

Le bataillon de l'armée nigériane déployé à Bama, qui a l'expérience des opérations de maintien de la paix et des relations avec les ONG, se montre très coopératif avec MSF. « *En pratique, l'armée et les organes de sécurité nous laissent choisir nos sites d'intervention, contrôler nos distributions et parler avec les récipiendaires de l'aide sans supervision directe de leur part* », relate le membre du Crash. Pour autant, les rapports des organisations de défense des droits de l'homme et certaines rumeurs à Maiduguri suggèrent que la « *libération* » des villages alentour et l'évacuation des civils s'accompagnent de nombreuses exactions, comme l'incendie des maisons (pour éviter le retour des déplacés) et l'assassinat des hommes en âge de combattre. De fait, au cours de ces deux jours sur place, le membre du Crash est témoin d'un mouvement de protestation de la part de femmes exigeant des nouvelles de leur maris disparus dans les camps de filtration de l'armée.

---

14. En l'absence de compte-rendu écrit détaillé de la mission, on ne connaît pas le nombre de cas de malnutrition aiguë modérée dépistés et traités. Les seules données disponibles proviennent des notes prises par le médecin nigérian ayant accompagné la mission (« Medical perspective, Bama explo II (July 13th-14th) »).

15. Les *Bulamas* (chefs traditionnels) rencontrés durant la visite se divisent sur le nombre total de déplacés : 27 852 pour les uns, 15 827 pour les autres.

16. http://www.jeuneafrique.com/343190/politique/herve-bradol-msf-borno-presque-jeunes-ont-disparu-a-cause-de-boko-haram/

FIGURE 9. Entrée du camp de Bama, 13 juillet 2016, MSF

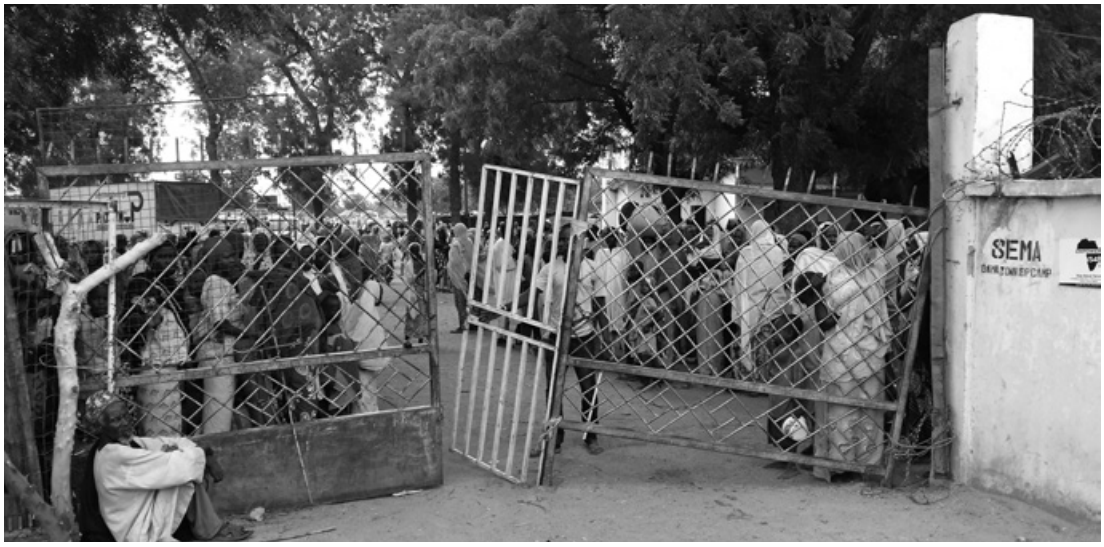
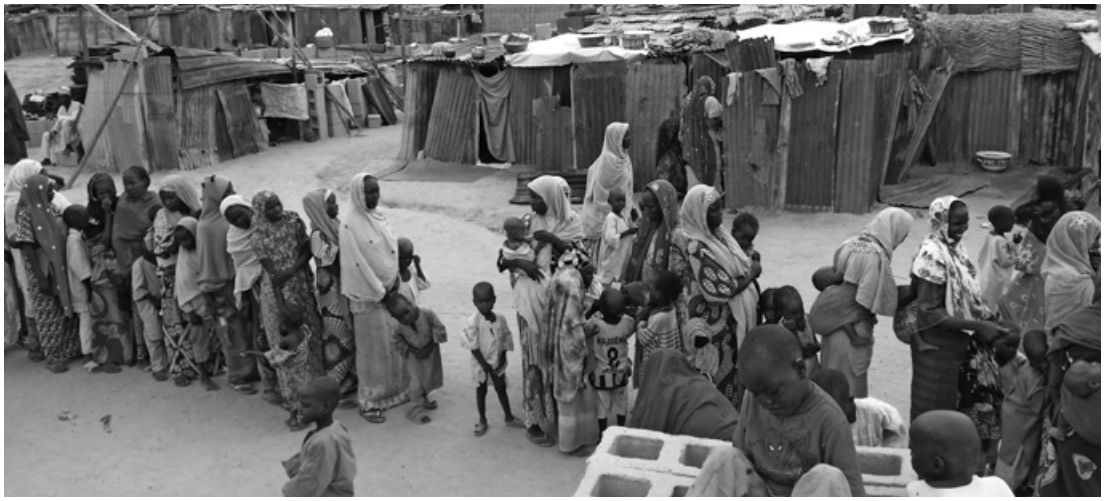


FIGURE 10. Déplacés faisant la queue pour le dépistage nutritionnel, Bama, 14 juillet 2016, MSF



La mission Monguno du 13 juillet

Au moment où une partie de l'équipe de Maiduguri visite Bama, une autre se rend à Monguno. La mission rapporte la présence de 200 000 déplacés mais sans aucune précision sur leur état de santé. Elle décrit la ville comme beaucoup plus vivante que Bama. Une partie des résidents y est présente, les camps ne sont pas fermés, il existe une activité commerciale, de nombreuses échoppes dont des pharmacies. La sécurité reste néanmoins précaire. Dix attaques-suicides auraient été commises au cours des deux derniers mois et plusieurs tentatives déjouées récemment.

L'hôpital est situé à la périphérie de la ville. C'est l'un des premiers bâtiments à avoir été attaqué par Boko Haram lors de son offensive de janvier 2015, au cours de laquelle deux membres du personnel sanitaire ont été exécutés. Dix personnes y travaillent encore, dont un médecin et un infirmier. L'armée a installé des positions défensives à proximité de l'hôpital dont les accès sont gardés par des miliciens et des militaires. S'éloignant du cap fixé par la cellule régulière (ouverture d'un ITFC à l'hôpital et d'une tête de pont pour des interventions de masse), l'équipe exploratoire recommande de réhabiliter l'hôpital en centre d'hospitalisation materno-infantile (salle d'urgence, hospitalisation pédiatrique, centre de renutrition intensive, maternité) d'une centaine de lits.

ÉPISODE 3. LES QUINZE PREMIERS JOURS DES URGENCES (14-28 JUILLET)

LA NOUVELLE FEUILLE DE ROUTE DESSINÉE PAR LA DIRECTRICE DES OPÉRATIONS

Pendant ce temps, à Maiduguri, la directrice des opérations met la dernière touche à une nouvelle stratégie d'intervention[1]. A l'instar du plan proposé par le RC, elle prévoit d'aider les déplacés là où ils se trouvent en comptant sur les militaires pour nous protéger de Boko Haram. Dans le cadre d'une répartition des rôles avec les autres sections MSF[2], elle décide cependant de limiter l'intervention de la section française à la ville de Maiduguri et trois sites périphériques (au lieu de cinq) : Monguno, Bama et Dikwa.

Pour Monguno, la DirOp reprend les recommandations de la cellule régulière : la priorité est d'installer un centre nutritionnel intensif avec une équipe basée sur place – et de le transférer dès que possible à Alima afin de se concentrer sur l'ouverture d'un hôpital d'une cinquantaine de lits doté d'une salle d'urgence, dispositif plus léger que celui proposé par l'équipe de la mission d'évaluation du 13 juillet.

En revanche, pour Bama et Dikwa, la directrice des opérations n'est pas convaincue par la stratégie *hit and run* de la cellule régulière ; elle préconise l'installation immédiate d'un poste médical avancé à Bama, permettant la stabilisation et la référence des urgences médicales et chirurgicales. La petite équipe basée sur place devra également faciliter des distributions de nourriture enrichie (CSB+) ou toute autre intervention de masse en fonction de ce que pourra lui envoyer la base arrière de Maiduguri. Étant donné l'austérité des conditions de vie, l'idée est d'avoir deux équipes de cinq personnes qui se relaient tous les 10 jours. Si pour Dikwa la DirOp recommande pareillement d'ouvrir « *dès que possible* » un poste médical avancé, elle suggère toutefois d'y commencer par une explo-action sur le modèle de l'intervention récente à Bama (dépistage nutritionnel et distribution de *Plumpy'Nut* aux moins de 5 ans présentant un MUAC inférieur à 115 mm), en attendant une amélioration des conditions de sécurité, jugées trop précaires.

La DirOp reconnaît que ce montage opérationnel est éminemment risqué compte tenu des menaces d'attaques de Boko Haram. Dans l'espoir d'ouvrir des canaux de communication avec les insurgés, MSF a embauché comme officier de liaison un journaliste nigérian connu pour ses liens avec eux (c'est par son intermédiaire qu'ils diffusent certains de leurs communiqués). Si le journaliste nous assure que MSF ne fait pas partie des cibles prioritaires de l'insurrection (à la différence de l'ONU

1. Telle qu'elle ressort des mails qu'elle échange avec la coordination et la cellule entre le 11 et le 13 juillet et de la proposition datée du 14 juillet.

2. Etant donné la faible mobilisation des autres intervenants, toutes les sections opérationnelles MSF doivent être de la partie, estime la DirOp. Elle propose une division géographique du travail entre sections. Selon ce « Yalta », OCG (MSF-Suisse) se focalisera sur les zones frontalières du Cameroun où elle a des bases arrière (Banki, Gwoza, Ngala), OCA (section hollandaise de MSF) sur le sud du Borno (Damboa) et OCBa, la section espagnole, sur l'ouest (Benisheikh).

et de ses agences), les camps de déplacés et les services de secours sont en revanche parmi ses objectifs militaires. A ce titre, nous sommes donc des cibles, estime la DirOp et nous n'avons d'autre choix, si nous voulons agir, que de nous placer sous la protection de l'armée nigériane. Bien qu'étant à l'origine d'exactions et en grande partie responsable de la catastrophe sanitaire qui frappe les déplacés, l'armée est de facto « *notre principal allié* ». Reste à savoir si elle sera réellement capable de nous protéger[3]. Dans le doute, la DirOp demande à la logistique d'étudier la possibilité d'importer des véhicules blindés et passe commande de tapis anti-mines ainsi que d'une vingtaine de gilets pare-balles. L'hélicoptère ne lui semble pas une option moins risquée.

Comparé à la stratégie de la cellule régulière, le plan de la DirOp semble augmenter les temps d'exposition au danger. Là où les interventions de masse envisagées par le RC supposaient que les équipes ne restent que quelques jours sur site et n'effectuent qu'un trajet aller-retour par mois, l'installation d'un poste médical avancé implique une présence permanente, trois allers-retours par mois (pour relever les équipes tous les dix jours) et l'organisation quotidienne de transports médicalisés vers Maiduguri[4]. La DirOp estime néanmoins que sa stratégie présente un ratio 'risque pour les équipes' / 'bénéfices pour les populations' plus favorable que le plan du RC. Elle explique *a posteriori* :

> La vaccination ne semblait pas la priorité numéro 1. Ils avaient été vaccinés plusieurs fois. En intervenant une fois par mois, tu finis peut-être par stabiliser une situation mais entre-temps il y a plein de gens qui meurent. La bouffe, ça prend du temps, c'est pas en une distrib' que tu fais baisser la mortalité. Il y avait des malnutris, des infections, un peu de palu, des complications obstétriques. Il fallait sortir les plus sévères. L'idée c'était d'utiliser le bus scolaire – il y avait toujours 5-6 accompagnants par patient, tout de suite un nombre très important de personnes à transporter. C'était aussi un moyen de faire sortir les gens de l'enclave. Il y avait ce risque vital à prendre la route, mais il y avait aussi la réalité à Bama, les viols, l'emprise des militaires sur la population… la prison, les mecs arrêtés… (…) Ça ne me semblait pas très compliqué. Il ne s'agissait pas de gérer un camp. Il fallait juste essayer de choper les plus malades et balancer tout ce que tu peux dans le camp.

Le responsable de la cellule régulière n'est pas de cet avis :

> Moi je pense que ça sert à rien, je vois pas l'intérêt à part tanker l'équipe dans un endroit de merde. Ton impact c'est sur les distrib' et les références. Ils vont sauver quelques personnes,

3. Les préoccupations de la DirOp sont confortées par les incidents de sécurité rapportés par INSO et UNDSS (dont les alertes sécurité sont envoyées sur la boite mail du coordinateur de projet). Trois embuscades de Boko Haram sont enregistrées sur les routes du Borno entre le 4 et le 21 juillet, dont l'une sur l'axe Maiduguri-Monguno (2 morts), l'autre entre Dikwa et Banki (district de Bama). Trois attentats-suicides sont également recensés à l'intérieur des villes de garnison, dont deux contre des points d'eau utilisés par des déplacés à l'entrée de Monguno.

4. On peut toutefois nuancer cette appréciation en estimant que l'exposition accrue associée à une présence permanente aurait fini par être en partie compensée par une compréhension plus fine de l'environnement, permettant aux équipes fixes de mieux apprécier et limiter les risques que des équipes mobiles passant en coup de vent et déléguant l'essentiel de la gestion de leur sécurité aux militaires. Il faut par ailleurs rappeler que les opérations de masse nécessitent la mobilisation d'effectifs importants (dix à quinze personnes) : estimée en « personnes-jours », la surface d'exposition qu'elles induisent se révèle plus importante qu'il n'y paraît à première vue.

> mais le risque est démesuré. Mon plan c'était de *sprayer* de la bouffe, des médocs et de ramener le plus de cognés, avec des critères larges.

D'un strict point de vue « d'efficacité médicale », « d'impact », la stratégie recommandée par la directrice des opérations correspond aux recommandations de MSF tirées de son expérience dans les camps de réfugiés[5]. Selon *Refugee Health*, en situation d'urgence, la priorité doit être accordée aux soins curatifs, dont les effets peuvent être instantanés, par opposition aux mesures préventives « *qui même mises en œuvre rapidement n'ont pas d'impact immédiat* » :

> L'une des mesures primordiales à prendre en situation d'urgence avec déplacement de population est la fourniture rapide de soins de santé de base, en se concentrant sur les soins curatifs. Ceux-ci peuvent être mis en œuvre rapidement et avoir un effet immédiat, pourvu qu'ils soient bien organisés et ciblent les pathologies prioritaires[6].

Disposer d'un poste de santé adossé à un système de référence et à un réseau d'agents de santé communautaires est en ce domaine la première des priorités, indique *Refugee Health*, qui précise que « *le renforcement et l'expansion* » des structures de santé existantes est pour ce faire « *la meilleure option* ».

L'OUVERTURE DE BAMA ET LA VISITE D'AUTRES CAMPS SATELLITES

Alors que le passage à la cellule des urgences était censé accélérer la mobilisation de ressources humaines, un seul coordinateur de projet arrive au mois de juillet, pour l'ouverture de Monguno. Des renforts arriveront au cours du mois d'août où le nombre de postes expatriés passe de 18 à 40 – et celui d'employés nationaux de 210 à 320. En attendant, c'est avec l'équipe régulière, épuisée et peu aguerrie aux urgences, que l'e-Coordo n°1 (dont c'est également la première mission à ce poste) doit lancer le plan d'action de la directrice des opérations. Elle est assistée par le coordinateur de projet de Maiduguri, qui après avoir dirigé la mission pendant neuf mois, passe sous son autorité en tant qu'adjoint-e-Coordo.

Départ pour Bama

Une première équipe de cinq personnes est constituée pour Bama. « *Les gens qu'on envoie, ce ne sont pas les cadors de l'e-prep team, car [ceux-ci] ne veulent pas aller à Bama. Trop craignos pour eux* », se

5. Alain Moren, Jean Rigal, Philippe Biberson, « Populations réfugiées. Programme de santé publique et urgence de l'intervention », MSF-F, Epicentre. *Rev Prat*, 1992, 172: 767-76.

6. Médecins sans frontières, *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations,* MacMillan, 1997. Cette recommandation semble aller de soi. Si sur les deux personnes qui meurent chaque jour en moyenne parmi les 10 000 déplacés de Bama en juillet, une petite équipe travaillant avec l'Unicef parvient à en sauver une tous les jours et parfois deux, les taux de mortalité passent immédiatement sous le seuil d'urgence de 0,7/10 000/jour.

souvient l'e-Coordo[7]. Le chef d'équipe est un travailleur de santé communautaire particulièrement volontaire et perspicace qui a participé aux missions exploratoires. Toutefois, son expérience MSF se limite à la supervision d'une équipe de surveillance épidémiologique dans les camps de déplacés de Maiduguri. Un seul expatrié (le logisticien) figure parmi l'équipe qui prend la route de Bama le 19 juillet, au moment où la directrice des opérations et le membre du Crash, de leur côté, reprennent l'avion pour Paris.

Visites d'autres sites périphériques

Tandis que l'équipe de Bama s'installe, trois autres missions sont menées à l'extérieur de Maiduguri. Une visite d'évaluation conduite à Konduga, le 18 juillet, recense 15 000 déplacés pour lesquels elle préconise l'ouverture d'un centre de traitement de la rougeole adossé à un système de référence vers Maiduguri[8].

Entre le 19 et le 20 juillet, une mission exploratoire est organisée à Dikwa, camp où le CICR est présent depuis fin 2015 par l'intermédiaire de la Croix-Rouge nigériane. Le rapport d'intervention ne figure pas dans les archives, mais il ressort du point info et de quelques échanges par courriel que MSF s'est joint à un convoi militaire escortant une délégation du HCR, de la FAO et d'OCHA. Sur place, l'équipe estime entre 55 000 et 60 000 personnes le nombre de déplacés, entassés sur un terrain inondable de 500 par 600 mètres. Le CICR et l'Unicef sont chargés des distributions générales de nourriture et des soins de santé primaire. Aucune donnée médicale n'a pu être collectée, le CICR refusant d'ouvrir ses registres. Mais un dépistage nutritionnel réalisé sur 5 042 enfants en 4 heures détecte 633 enfants sévèrement malnutris (12,5 %) dont 27 sont référés à Maiduguri. Environ 1 700 enfants reçoivent un traitement d'un mois contre la malnutrition à base de RUTF (on ne connaît pas le détail). Alors que la directrice des opérations avait suggéré d'ouvrir un poste médical avancé chargé de stabiliser les urgences et, si besoin, les référer, l'équipe propose l'ouverture d'un hôpital pédiatrique, avec centre de renutrition intensif, salle d'urgence et banque de sang, géré par du personnel « profilé ».

Enfin, entre le 21 et le 28 juillet, des membres de l'équipe de Maiduguri se rendent à deux reprises à Monguno pour préparer l'ouverture du projet. Ces nouvelles visites permettent de préciser l'analyse des risques : la proximité de l'hôpital avec un poste militaire, le peu de contrôle des forces de sécurité sur la ville, les rumeurs concernant les risques de kidnapping, les dangers sur la route. L'équipe recommande de positionner sur place une équipe « profilée » [9] pour rouvrir l'hôpital et mener diverses activités dans les camps – soit un projet là encore plus ambitieux que celui de la DirOp (ouverture d'un ITFC, transfert de celui-ci à Alima et alors seulement, ouverture d'un hôpital).

7. L'*e-prep team*, basée à Abuja, est constituée de personnel expérimenté et spécialisée dans la réponse aux urgences.

8. D'après le centre de santé Unicef, on compte 2-3 morts de rougeole par jour (l'équipe voit 40 enfants rougeoleux ou avec des complications dont 20 nécessitent une hospitalisation, mais ne réfère personne « faute d'ambulance »).

9. Les visites de « non-profilés » sont envisagées pourvu qu'elles s'effectuent dans la journée, en conséquence de quoi l'usage de l'hélicoptère serait à privilégier.

OCG entre en action

Entre-temps, la section suisse de MSF, OCG, a été en mesure de réaliser une première « explo-action » à Banki depuis le Cameroun. Menée entre le 18 et le 20 juillet, l'opération a été directement négociée avec les armées nigériane et camerounaise, qui ont escorté et hébergé l'équipe sur place. 15 000 déplacés y sont recensés. 15 % des enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère et le taux brut de mortalité dépasse les 4 décès pour 10 000 personnes par jour, estime OCG. Les autorités camerounaises ayant autorisé l'atterrissage d'un *full charter* à Maroua quelques jours auparavant, l'équipe MSF Suisse a été en mesure d'organiser une distribution d'aliments thérapeutiques et une campagne de vaccination contre la rougeole. Par la suite, OCG envisage de mettre en place une stratégie de « *damage control* » inspirée du plan initial de la cellule régulière parisienne, reposant sur des interventions ponctuelles et massives espacées de plusieurs semaines[10].

NOUVEL APPEL À L'AIDE, COLÈRE DES AUTORITÉS

Pendant que les équipes de terrain tentent de se déployer à l'extérieur de Maiduguri, la directrice des opérations participe à Paris à un point presse organisé dès son retour dans le but de pousser les Nations unies et le gouvernement à prendre des mesures d'urgence effectives. « *Une aide massive est indispensable pour apporter des secours aux populations piégées dans les zones enclavées ou reculées* », martèle le communiqué de presse publié le 22 juillet qui fait le bilan des interventions menées et envisagées par MSF tout en déplorant le manque de réactivité des autres acteurs. « *Le système d'aide n'est pas en place. Les entrepôts ne sont pas fournis, le transport n'est pas organisé* », explique à la presse le membre du Crash qui insiste sur la gravité de la situation sanitaire, la disparition des jeunes hommes et les énormes contraintes de sécurité qui pèsent sur les opérations de secours.

Le 26 juillet, MSF Suisse publie sur son site un communiqué dévoilant à son tour les chiffres de malnutrition et de mortalité recueillis à Banki. Demandant la mobilisation d'un « *effort de secours massif* », OCG dénonce par ailleurs « *la stratégie des armées des trois pays [Cameroun, Nigéria, Niger] consistant à vider des zones entières pour regrouper les populations dans des camps sans aucune assistance*[11] ». Celles-ci devraient au moins pouvoir « *trouver refuge dans des zones plus sûres, que ce soit au Nigéria ou dans les pays voisins* ». De même qu'à Paris, on s'interroge à Genève sur le bien-fondé d'assister les déplacés dans des zones dangereuses en collaboration étroite avec l'armée[12].

10. « Action plan Banki/Eastern Nigeria and way Forward », 21 juillet 2016.

11. http://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/07/19/au-cameroun-et-au-nigeria-l-impossible-acces-humanitaire-aux-victimes-de-boko-haram_4971873_3212.html#FpLVXv7gt4BQ4TTe.99

12. Estimant être à la limite du compromis acceptable, le directeur général de MSF Suisse a saisi les membres de son conseil d'administration élargi des « questions éthiques » soulevées à Banki à l'issue de la mission exploratoire (« Emergency situation North East Nigeria/Lake Chad: a short update », email du 20 juillet 2016).

La nouvelle communication de MSF provoque la colère des autorités régionales qui menacent de geler les autorisations de travail de toutes les sections MSF : « *c'est la dernière fois que je vous avertis : ne divulguez plus de données [épidémiologiques] et cessez de vous exprimer à la place de l'État*[13] », enjoint le ministre régional de la Santé.

Quant aux agences des Nations unies, c'est paradoxalement un article du *Guardian* publié le 14 juillet qui les fait réagir. Citant des propos de l'ancienne responsable de la cellule régulière recueillis au mois de juin et le communiqué Bama, l'article dénonce la « *faillite des Nations unies* » tout en héroïsant le CICR et MSF présentés comme les seuls acteurs réellement opérationnels sur le terrain[14]. L'Unicef et le PAM sont scandalisés. Leurs chargés de communication contactent leurs homologues à MSF et leur rappellent qu'à la différence de MSF, les Nations unies sont présentes dans les camps satellites depuis bien longtemps et qu'il est contre-productif de s'accuser mutuellement. L'un d'entre eux fait part de son amertume : « *J'étais à Bama ce weekend, je n'ai pas vu MSF … J'étais à Dikwa ce weekend, je n'ai pas vu MSF… (…) Je n'ai pas vu MSF sur place, à part à l'aéroport de Maiduguri … nulle part dans les nouvelles zones libérées…*[15] »

PREMIER AVERTISSEMENT

Une mine déplacée par les pluies ?

Quatre jours après l'arrivée à Bama de la première équipe, l'e-Coordo n°1 décide de l'y rejoindre pour « *faire un point* », apporter du matériel et « *rencontrer les autorités* ». Malgré les mises en garde de ses collègues et bien qu'elle soit plus encline à circuler en hélicoptère, l'e-Coordo considère alors que la route de Bama est « *relativement sûre*[16] ». « *La DirOp voulait qu'on s'équipe très vite : tapis antimine, blindage… On était d'accord sur le principe mais on n'allait pas attendre pour continuer. (…) Je me disais : un bon coordo d'urgence, ça ne doit pas freiner le rythme* », rapporte-elle en entretien. L'usage des convois militaires pour aller à Bama s'était banalisé en l'espace de quelques semaines de sorte que « *sans être totalement dupes, on fai[sai]t confiance au dispositif de l'armée* » ainsi qu'à « *son professionnalisme*[17] ».

Arrivée depuis peu, l'e-Coordo n°1 a peu d'éléments pour se faire sa propre opinion sur la dangerosité des routes. Son adjoint, le coordinateur projet de Maiduguri, a une connaissance plus riche

13. Rapporté par l'équipe de coordination de MSF Suisse, email du 26 juillet 2016.

14. « Isabelle Mouniaman, head of Médecins Sans Frontières operations in Nigeria, said MSF has been raising the alarm in northern Nigeria for two years and UN organisations have failed to respond ». (https://www.theguardian.com/world/2016/jul/14/un-accused-of-failing-as-nigerian-food-crisis-threatens-hundreds-of-thousands)

15. Courriel adressé à un membre de MSF à New York, 14 juillet 2016.

16. Le 20 juillet, elle s'est longuement entretenue avec les pilotes UNHAS et les responsables sécurité des Nations unies. Les mesures de sécurité prises par les pilotes lui semblent rigoureuses : collecte préalable d'informations auprès de l'armée nigériane et des services de renseignement britanniques et américains, sécurisation des héliports, vol à des altitudes les mettant à l'abri des tirs d'armes légères, routes variées. Mais l'e-Coordo 1 se plie à l'avis de ses prédécesseurs qui jugent moins périlleux de se rendre à Bama sous escorte que par voie aérienne.

17. Entretien, 25 avril 2017.

et actualisée du contexte, du fait de son ancienneté et du réseau de contacts qu'il a tissé. Dans les faits, c'est lui qui « *gère la sécu* », mais il est peu enclin à partager ses informations et analyses, déplore l'e-Coordo n°1. L'e-Coordo n°2 confirme :

> Il y avait une réunion d'équipe chaque matin, mais on ne parlait pas sécurité. Il n'y avait pas de procédure formelle pour les mouvements non plus. Tout était géré par le CP. Et il refusait d'en discuter. Il disait que c'était sa responsabilité. C'est lui qui avait le smartphone avec *WhatsApp* et les contacts avec les militaires. Il pensait qu'il y avait trop d'espions et de personnes corrompues pour partager largement l'information, les contacts.

De fait, le coordinateur projet qui « *gère la sécu* » et l'e-Coordo qui décide ne se parlent pas… ou mal. De l'avis de tous, le CP est épuisé, au bord du *burn-out*. Il supporte mal d'avoir été relégué au rôle d'adjoint et en grande partie dépossédé d'une mission et d'un projet (Bama) pour lequel il a lutté de nombreux mois. Ses relations avec les e-Coordo n°1 puis n°2 sont d'autant plus tendues que celles-ci multiplient les maladresses à son égard[18].

Toujours est-il que le 23 juillet, l'e-Coordo n°1 prend la route de Bama en compagnie de cinq autres MSF[19], en convoi militaire. Quelques kilomètres après Konduga, une mine explose au passage d'un véhicule du convoi, éjectant un passager qui est légèrement blessé. L'armée minimise l'événement, expliquant que c'est une ancienne mine déplacée par les pluies.

De retour à Maiduguri le jour même, l'e-Coordo n°1 écrit à la cellule des urgences : « *Les militaires (qui tiraient aussi pas mal en route, un peu absurdement comme dans le vide) ont aussi arrêté le convoi pour constater des traces fraiches de moto sur une route transversale qui mène vers la forêt de Sambisa. Donc on le savait, mais on l'a expérimenté en vrai, cette route est très dangereuse* ».

La confusion

À l'issue de sa visite éclair, l'e-Coordo n°1 juge que l'équipe de Bama est « *engluée dans la clinique Unicef* » et toujours incapable de faire une recherche active des personnes nécessitant des soins d'urgence. Depuis l'ouverture du projet quatre jours plus tôt, une trentaine d'enfants ont été référés à Maiduguri dont « *très peu de malades sévères* ». Elle en déduit que le « *plan initial observation/références doit être réadapté ; la route est trop dangereuse donc les références régulières sont à éviter. Il faut envisager un petit IPD/ITFC où on prend les malades en charge pour de vrai sur place si on veut faire une*

18. Par exemple, le 28 juillet, le ministre de la Santé appelle au téléphone le CP pour se plaindre la récente communication de MSF (cf. *supra*). Pour l'amadouer, le CP lui explique qu'il « *mettra un terme à tout ce bazar* » (« *put a stop to all this communication nonsense* ») dès qu'il sera de retour à Paris. Présente au moment de l'échange téléphonique, l'e-Coordo n°2 s'empare du téléphone pour « *expliquer poliment* » au ministre que MSF continuera de communiquer sur la situation dans le Borno, comme discuté lors des rencontres précédentes et à Abuja (courriel de l'e-Coordo 2 à la cellule).

19. Dont un caméraman d'EUP, la boîte de production audiovisuelle de MSF (qui n'a pas d'autorisation de tournage), un pharmacien et le coordinateur de projet de Monguno (censé à terme prendre la direction des projets Bama/Dikwa).

différence[20] ». Ainsi, en l'espace de trois semaines, l'orientation opérationnelle fixée pour Bama passe d'opérations curatives et préventives de masse ponctuelles, à l'installation d'un poste médical avancé, à l'ouverture d'un hôpital pédiatrique.

Dans la soirée du 26 juillet, une liaison est établie avec l'équipe de Bama via la messagerie *WhatsApp*. La communication est difficile. Le chef d'équipe explique qu'il ne comprend plus très bien « *quels sont les plans* » et qu'il voudrait en discuter de vive voix. Il revient le lendemain avec une ambulance ramenant des patients à Maiduguri. Le 27, c'est le médecin qui exprime son souhait de rentrer de manière anticipée. Afin d'éviter la multiplication des mouvements, l'e-Coordo n°2, qui a pris le relais de l'e-Coordo n°1 à Maiduguri le jour même, demande à toute l'équipe de rentrer le lendemain.

Constatant que l'équipe de Bama « *n'est pas certaine de ses priorités et n'a pas les ressources nécessaires pour avoir un impact significatif* », l'e-Coordo n°2 produit dans la nuit un nouveau plan d'action qui combine les grandes lignes de celui de la directrice des opérations (poste médical avancé) et du plan initial de la cellule régulière (interventions de masse ponctuelles)[21]. Il s'agirait de renvoyer une équipe la semaine du 1er août avec des instructions claires, une formation préliminaire de 24 heures et le soutien initial de personnes expérimentées, afin de : 1) Monter sous tente un poste médical avancé indépendant de l'Unicef utilisant des protocoles simplifiés, capable de stabiliser les patients avant de les référer si besoin à Maiduguri ; 2) Mettre en place un réseau de recherche active et de traitement des cas de malnutrition (ATFC et PMA/références) ; 3) Organiser un *blanket feeding* « *avec BP5/CSB/produit local, tout ce qu'on trouve [whatever is available]* » ; 4) Augmenter les quantités d'eau disponibles ; 5) Démarrer des activités de surveillance et une enquête de mortalité rétrospective. Dans un second temps, elle prévoit de développer les activités préventives : vaccination, CPS (chimioprophylaxie saisonnière du paludisme), distribution de savons et amélioration des conditions d'hygiène.

C'est le quatrième plan depuis le 1er juillet. Il n'aura pas le temps d'être testé.

L'EMBUSCADE

Les faits

Le 28 juillet 2016, l'équipe de Bama prend la route de Maiduguri sous escorte avec une délégation de l'Unicef. C'est le cinquième déplacement de MSF en convoi militaire sur l'axe Bama-Maiduguri en neuf jours (la visite imprévue de l'e-Coordo n°1 et le retour anticipé du chef d'équipe et du médecin ayant doublé le nombre de trajets initialement prévus).

20. En outre, il faut répondre au « *gros problème de flotte* », le camp étant privé d'eau depuis deux jours faute d'ensoleillement suffisant pour alimenter les pompes solaires et de pièces détachées pour les générateurs, ajoute la coordo.

21. « Borno State: Bama Camp Top 10 Priorities Assessment and Action Plan », 27 juillet 2016.

A 17h20, quelques kilomètres avant l'entrée de Konduga, non loin de l'endroit où une mine a explosé quelques jours plus tôt, l'équipe qui se pensait bientôt en sécurité tombe dans une embuscade. Les militaires prennent la fuite, un tir RPG manque de peu le véhicule MSF qui est touché par des tirs d'armes automatiques. Cinq balles traversent l'habitacle, blessant au bras l'un des cinq passagers. Le chauffeur parvient à s'extraire *in extremis* du guet-apens et à regagner le dernier check-point de l'armée. Lorsque la voiture MSF est autorisée à reprendre la route, elle est bloquée par les militaires partis à la poursuite des assaillants, alors que le blessé saigne abondamment. Celui-ci est finalement hospitalisé à 18h30 à Maiduguri. Ses jours ne sont pas en danger. Cinq autres personnes ont été blessées au cours de l'attaque, dont deux employés de l'Unicef et trois militaires et miliciens, apprendra-t-on plus tard.

L'analyse

Le 1er août, l'e-Coordo n°2 rencontre en compagnie d'OCHA les autorités militaires : « *Boko Haram est au bord de l'anéantissement (…). Aucune activité humanitaire ne doit être revue sur la base de cet incident mineur si ce n'est que les humanitaires doivent collaborer plus étroitement avec l'armée* », affirment en substance les autorités[22]. Le représentant d'OCHA abonde dans leur sens. Après avoir annoncé la suspension de toutes ses activités le 28 juillet, l'Unicef a rectifié ses propos en précisant que seuls les « *déplacements de personnel dans les zones à haut risque avaient été temporairement suspendus*[23] ». L'e-Coordo est révoltée par l'attitude des autorités et par la complaisance des Nations unies envers leur minimisation de l'incident.

C'est « *l'incident le plus grave de toute ma carrière humanitaire. L'équipe aurait pu y passer* », affirme pour sa part le responsable de la cellule des urgences lors de la réunion des opérations du 2 août 2016. Il hésite cependant sur l'interprétation de l'événement : s'agit-il d'un accident lié à la rencontre inopinée du convoi avec une colonne d'approvisionnement rebelle ? D'une attaque bien préparée ciblant les Nations unies et l'armée ? D'une tentative de pillage de nourriture[24] ? D'un changement du rapport de forces militaires signalant un accroissement des risques d'embuscade sur la route de Bama et ailleurs ? « *Nous n'avons pas assez de recul pour trancher* », affirme le responsable des urgences. Selon INSO, des embuscades ciblant des convois de l'armée dans le district de Bama ont été signalées en juin, mais c'est la première fois qu'un « *convoi humanitaire* » est attaqué. « *Cela peut s'expliquer par le développement des activités d'ONG internationales et d'organisations humanitaires à l'extérieur de Maiduguri, qui augmente la surface d'exposition à de tels incidents* » ajoute l'agence de sécurité tout en émettant l'hypothèse qu'un « *officiel du gouvernement nigérian* » présent dans le convoi aurait pu être spécifiquement ciblé par Boko Haram.

L'équipe de Maiduguri et la cellule des urgences semblent néanmoins penser que l'armée et les Nations unies étaient la principale cible des assaillants – une interprétation soutenue par l'officier

22. Courriel du 1er août 2016 (e-Coordo).
23. http://www.unicef.org/nigeria/media_10518.html
24. Mais c'est sur le trajet du retour, alors que les camions étaient vides, que le convoi a été attaqué…

de liaison embauché récemment par MSF qui réaffirme que Boko Haram n'a rien contre MSF en particulier. C'est pourquoi la cellule préfère ne pas faire de publicité autour de l'attaque et du fait que l'équipe circulait dans un convoi militaire en compagnie de l'ONU. « *Tout buzz autour de l'incident risque de compromettre l'accès de MSF aux populations dans le besoin* », résume le compte-rendu de la réunion des opérations du 2 août. De plus, souligne le responsable de la cellule des urgences, à partir du moment où nous avons pris le risque de circuler sous escorte militaire, nous pouvons difficilement nous plaindre d'avoir été pris pour cible militaire…

La principale conclusion tirée de l'embuscade est qu'il est trop dangereux de prendre les routes de Bama et de Dikwa[25]. Dans ses échanges avec la cellule des urgences et la coordination régulière à Abuja, l'e-Coordo n°2 critique également la gestion solitaire et peu formalisée de la sécurité par le CP, son refus de « *partager ses contacts* » ainsi que sa trop grande proximité avec l'armée : « *nous n'avons pas de cartographie des incidents des derniers mois, pas de guide sécurité ni de procédure claire pour gérer les mouvements (…) Nous n'avons aucune idée de ce qui se passe réellement (…) et faisons trop confiance aux militaires*[26] ». Incapable de nous protéger, l'armée nous donne des informations partielles et peu fiables en raison de son intérêt à attirer des flux d'assistance dans les camps satellites, estime l'e-Coordo : MSF doit donc s'autonomiser et produire sa propre analyse des risques. L'e-Coordo 2 compte sur le nouvel assistant CP (un ancien cadre de la SEMA) pour élargir et diversifier les sources d'informations, « *y compris BH* ». La cellule des urgences décide parallèlement de ne pas prolonger le contrat du coordinateur de projet, parti en repos le 29 juillet et dont la mission arrive bientôt à son terme. Il apprendra durant ses vacances qu'il ne retourne pas sur le terrain.

25. « *L'équipe de Maiduguri a décidé de ne plus prendre la route sous escorte ; elle pense que la présence de l'armée l'expose. Mais elle n'est pas prête non plus à prendre la route toute seule* », rapporte le responsable de la cellule des urgences lors de la réunion des opérations du 2 août.

26. Le 3 août, le responsable de la cellule régulière envoie au terrain le fichier de la base de données « ACLED », qui recense 10 événements depuis le début de l'année 2016 pour les LGA de Bama et Konduga dont la reprise de localités par l'armée, l'attaque de villages par l'insurrection et une attaque sur la route de Bama, le 19 avril, contre un convoi de l'armée où circulait un haut gradé – information jusque lors passée inaperçue dans les discussions. Via une recherche rapide sur internet on trouve également mention d'une attaque en décembre 2015 ayant fait un mort (autrement dit, depuis la reprise officielle de Bama par l'armée, 2 attaques sur la route Bama-Maiduguri ont été rapportées par la presse).

ÉPISODE 4. LES COMMANDOS SANITAIRES AÉROPORTÉS (AOÛT-DÉCEMBRE 2016)

PERSÉVÉRER ?

Au lendemain de l'embuscade, six semaines après la découverte des malnutris de Bama le 13 juin, le bilan opérationnel de MSF France à l'extérieur de Maiduguri paraît mince. Des équipes se sont rendues à huit reprises dans les camps satellites : trois fois à Bama, trois fois à Monguno et une fois à Dikwa et Konduga. Seules trois missions ont pris la forme d'explo-action, ayant permis au total de distribuer des aliments thérapeutiques à 1 963 enfants souffrant de malnutrition aiguë et d'évacuer une centaine de patients nécessitant une hospitalisation d'urgence (principalement des enfants sévèrement malnutris)[1]. La communication publique de MSF, dévoilant l'ampleur de la catastrophe, a eu un effet mobilisateur pour Bama mais n'a pas suffi à convaincre les autorités et les Nations unies de prendre des mesures d'urgence pour accroître rapidement et massivement les secours à l'échelle de la province.

Les recommandations de la DirOp semblent avoir été oubliées. Aucun ITFC n'est en phase d'ouverture à Monguno où les équipes sont retournées à deux reprises pour évaluer la possibilité de rouvrir l'hôpital de la ville (occupé par les militaires) et développer diverses activités non médicales dans les camps. Concernant Dikwa et Bama, le terrain a abandonné l'idée d'installer un poste médical avancé et prévoit d'ouvrir des hôpitaux pédiatriques dotés de centres nutritionnels intensifs et d'autres services (salle d'urgence, banque de sang, etc.). Enfin, les déplacements routiers entre Bama et Maiduguri se sont multipliés, augmentant les risques de manière plus importante que prévu.

A Maiduguri, l'embuscade sur la route de Bama fait ressurgir les dilemmes apparus à l'issue de la première mission exploratoire : est-il souhaitable et possible d'aider les déplacés rassemblés dans une zone si dangereuse et difficile d'accès ? « *Étant donné l'insécurité extrême, la solution évidente semble d'évacuer la population [déplacée de Bama] à Maiduguri* », écrit l'e-Coordo n°2 dans son rapport de passation à l'e-Coordo n°3 début août, tout en reconnaissant que « *l'armée s'y refuse pour raisons de sécurité (…) et qu'on ne sait pas si la population souhaite être évacuée* ».

Sur le terrain comme au siège, on s'interroge toujours sur la nature de Bama et des autres camps satellites : s'agit-il de prisons où l'armée interne contre leur gré les populations qu'elle juge dangereuses ? ou s'agit-il de refuges permettant aux paysans du Borno d'échapper à l'emprise totalitaire de Boko Haram au prix de privations extrêmes ? N'ayant visité Bama et Dikwa qu'à l'occasion

1. Dans le même temps, Alima et MSF Suisse réalisaient deux explos-action (à Monguno et Banki) associant aux distributions ciblées de RUTF une campagne de vaccination de masse contre la rougeole et, dans le cas de MSF Suisse, des distributions de nourriture et d'articles de première nécessité à toute la population. Entre le 19 et le 21 juillet à Banki (15 000 personnes), MSF Suisse vaccine contre la rougeole 4900 enfants. Elle distribue à leurs familles des aliments thérapeutiques (30 sachets à chacun des 648 enfants sévèrement malnutris, 15 sachets aux 4 300 autres enfants) ainsi qu'une ration de BP5 de 12 kg, une moustiquaire et deux barres de savon.

d'interventions-éclairs encadrées par l'armée, les équipes en sont réduites à spéculer sans pouvoir s'appuyer sur des informations plus précises.

En définitive, la cellule des urgences décide de continuer à intervenir à Bama et Dikwa par hélicoptère – « *tant que la situation de sécurité reste[ra] confuse et qu'une analyse des risques n'aura pas été réalisée*[2] ».

CRÉATION DE LA BORNO EMERGENCY SUPPORT TEAM (BEST)

C'est sur la base de ce choix (persévérer par la voie des airs) que l'e-Coordo n°2 met au point avec la cellule un nouveau plan d'intervention[3] – le cinquième depuis la mission exploratoire du 21 juin. A l'instar de la stratégie proposée par le RC régulier un mois plus tôt, celle de l'e-Coordo repose sur des « *opérations médicales à fort impact* » et de courte durée permettant de « *réduire drastiquement la mortalité dans les situations de déplacement de population caractérisées par une crise nutritionnelle et des taux de mortalité (CMR et U5MR) hors de contrôle*[4] ». Ces interventions devront combiner plusieurs stratégies adaptées à chaque environnement associant le « *traitement médical de masse, curatif et préventif, des moins de cinq ans et des populations vulnérables, le transfert des cas compliqués vers Maiduguri, des distributions de nourriture et de biens essentiels, la fourniture de quantités d'eau minimales, la collecte de données épidémiologiques essentielles et le soutien aux structures et activités de secours existantes (ministère de la Santé, SEMA)*[5] ».

L'e-Coordo n°2 entend confier ces activités à une équipe dédiée, la Borno Emergency Support Team (BEST) qui se déplacera en hélicoptère – le matériel étant acheminé par convoi militaire. Elle précise que cette équipe devra être expérimentée et entraînée, dûment approvisionnée en médicaments et nourriture et qu'elle n'interviendra qu'au terme d'une préparation logistique et sécuritaire méticuleuse.

Le retour à une stratégie reposant uniquement sur des interventions de masse intermittentes est présenté par l'e-Coordo n°2 comme le meilleur moyen de réduire l'exposition au danger et de produire des « *résultats réels* » :

> La dernière fois, l'équipe est restée sur place 10 jours mais n'a quasiment pas eu d'impact – elle a essayé de monter des abris pour ouvrir un ITFC, de construire des latrines, d'installer une maison

2. Compte-rendu de la réunion des opérations du 2 août 2016. Le choix de persévérer par la voie des airs n'a pas fait l'objet d'une « *analyse [des risques] formelle et sérieuse* », reconnaît le RC des urgences, qui reprend à son compte les arguments de l'e-Coordo 1 : « *On sait que les phases les plus critiques sont le décollage et l'atterrissage et que les sites sont sécurisés par l'armée. Les pilotes sont briefés par les services de renseignement nigérians et des pays occidentaux, ils ont des infos sécu de haut niveau. A notre connaissance, aucun hélicoptère n'a été abattu par Boko Haram. Après, l'hélicoptère c'est le moyen de transport le moins sûr au monde…* » (enregistrement audio de la réunion des opérations)

3. « Ops Update Borno Emergency », 2 août 2016.

4. « MSF Emergency response for IDPs populations: August 2016 ; BEST Medical Strategy », 3 août 2016.

5. « Ops Update Borno Emergency », 2 août 2016.

pour les expats, de faire quelques consultations externes… mais ils n'ont pas pratiqué de tests diagnostiques rapides donc ils n'ont pas traité de palu… (…) Nous sommes bien conscients que Bama est une urgence, et c'est une intervention prioritaire, mais nous ne voulons pas que des équipes se mettent en danger à moins de pouvoir faire la preuve que c'est pour des résultats réels [*unless we can demonstrate an effective outcome*].

La stratégie BEST est également justifiée par des raisons de sécurité : « *Sans accès par route, il est difficile de maintenir une équipe sur place* », explique le RC des urgences lors de la réunion des opérations du 2 août[6]. Rétrospectivement, l'e-Coordo 2 explique le refus de laisser une équipe médicale sur place par la dureté des conditions de vie et plus généralement par le sentiment de vulnérabilité des équipes :

> Pas de moyens de communication, pas de lumières autorisées la nuit, pas de marché, juste la nourriture qu'ils avaient apportée avec eux… et l'usage d'armes lourdes par les militaires la nuit, toutes les nuits – ils étaient dans une peur constante d'une attaque de Boko Haram. (…) Et alors qu'on était en train de repenser ce qu'on pouvait faire pour Bama, MSF Suisse a été pris dans une attaque BH de nuit à Banki – et tout le monde a commencé à se sentir vraiment très vulnérable à rester dormir dans ces endroits. (…) Tout le monde était vraiment traumatisé par ce qui s'était passé, sachant que si quoi que ce soit se passait à Bama ou Dikwa il n'y avait aucun moyen d'évacuation garanti. Bien sûr quelque chose pouvait arriver n'importe quand et le simple fait d'y aller voulait dire qu'on acceptait un certain niveau de risque ; mais si tu passes 3 nuits sur place au lieu de 14, les risques sont moindres – comme à la roulette russe[7].

En tout état de cause, elle n'avait pas vraiment le choix, conclut-elle :

> Après l'embuscade, je n'ai trouvé aucune équipe prête à rester suffisamment de temps à Bama ou Dikwa pour faire autre chose qu'une intervention de masse rapide. (…) Dans les conditions de l'époque, c'était ça ou rien – et je soutiendrais qu'il était préférable de tenter quelque chose plutôt que de ne rien faire[8].

---

6. L'un des participants de la réunion fait remarquer que le raisonnement manque de logique : « *quel est le problème de laisser une équipe sur place si les principaux dangers sont sur la route et qu'on y va en hélico ?* ». Bama et Dikwa sont susceptibles d'être attaqués, répond le RC régulier. Mais il ajoute que le risque est mesuré à Bama, où l'armée nigériane a massé d'importants moyens militaires et où elle vit en « *bonne intelligence* » avec les forces rebelles locales. Quant à Dikwa, le principal danger « *c'est un mec qui se fait exploser au milieu d'une distrib'* » – c'est-à-dire, précisément, au milieu d'une intervention de type BEST…

7. Entretien, avril 2017.

8. *Ibid.* Le membre du Crash ayant participé à la mission des 13-14 juillet 2016 sur Bama conteste ce raisonnement, soulignant que l'Unicef a été en mesure de trouver des équipes pour travailler à Bama, Dikwa et dans d'autres camps.

LA BEST EN ACTION

Bama

Le projet BEST est soumis aux autorités la première semaine d'août. Elles en acceptent immédiatement le principe. Entre août et décembre 2016, la BEST réalise quatre interventions à Bama.

ENCADRÉ 11. Les 3 interventions de la BEST à Bama en août-septembre-octobre

Au global, MSF a réalisé trois distributions de nourriture : la première en août 2016 a permis d'injecter 41 tonnes de BP5, d'huile et de haricots secs dans le camp, soit l'équivalent d'une ration de survie pour toute la population (800 Kcal par personne et par jour pendant un mois) ; les deux autres en septembre et octobre (62 tonnes de millet, huile et haricots en théorie) correspondent à une demi-ration complète (environ 1 100 Kcal par personne et par jour pendant un mois) pour toute la population. Ces distributions sont venues en complément de celles organisées de manière irrégulière (nous n'avons pas de données précises) par la SEMA, le PAM et la Fondation Dangote. Par ailleurs, environ 1 000 enfants ont reçu un traitement contre la malnutrition aiguë à base de RUTF et de traitement systématique à l'Albendazole et l'Amoxycilline. Plus de 2 000 enfants de 6 semaines à 5 ans ont reçu au moins une dose de PCV10 ; 1 800 ont reçu un traitement préventif contre le paludisme en septembre et 1 170 environ en octobre. Nous ne connaissons pas le nombre de malades référés en urgence lors des interventions MSF à l'exception de la première opération du 17-20 août, où deux enfants sévèrement malnutris présentant des complications et deux femmes enceintes ayant besoin de soins chirurgicaux ont été transférés à Maiduguri. Entre ces interventions, les soins de santé courants ont été assurés par la clinique du ministère de la Santé soutenue par l'Unicef. A compter du 10 août, la population déplacée a pu également avoir accès à un hôpital de 20 lits monté à l'entrée du camp par l'armée de l'air nigériane.

Nous n'avons pas trouvé dans les archives de description détaillée de chacune de ces interventions mais des statistiques globales, incomplètes. Ainsi, nous ne connaissons pas la composition des rations alimentaires distribuées en septembre et en octobre, ni la proportion d'enfants ayant reçu plus d'une dose de vaccin antipneumococcique (PCV). Par ailleurs, seules les campagnes de dépistage nutritionnel rapide réalisées par les équipes MSF entre juillet et octobre permettent d'avoir une idée de la variation de l'état de santé général des populations du camp de Bama, dont les grandes évolutions démographiques (arrivées, départs, décès) nous sont inconnues. Dans ces conditions, il est difficile de faire le bilan de l'intervention MSF.

Tout au plus peut-on remarquer que ces opérations de masse, si utiles qu'elles aient pu être, n'auront sans doute pas permis de « *réduire drastiquement la mortalité* », dans la mesure où elles interviennent alors que la situation sanitaire est en nette amélioration. À Bama, le retour progressif à la normale découle plus probablement de la mort des plus faibles, de l'évacuation des enfants les plus malades

à Maiduguri et de l'augmentation des distributions de nourriture et autres secours à la suite du communiqué de presse MSF. En ce sens, l'évacuation d'une centaine de malades au cours des premières missions MSF de juin-juillet, le centre de renutrition intensif de Gwange (où ils ont été accueillis) et la communication publique (qui a placé la situation de Bama au cœur de l'attention politique et médiatique et concouru à y accroître les secours nutritionnels, alimentaires et sanitaires) ont certainement contribué à réduire la mortalité à Bama de manière aussi déterminante (si ce n'est plus) que les opérations de masse conduites ultérieurement.

Dikwa et Monguno

L'action de la BEST à Dikwa soulève des questions du même ordre, à la nuance près qu'une seule intervention a pu y être réalisée, les 26-29 octobre, en raison de la précarité des conditions de sécurité[9]. Elle se limite à une distribution de nourriture et de biens de première nécessité (dont la composition nous est inconnue) et au traitement de masse de la malnutrition, l'équipe ayant dû écourter son séjour en raison de menaces d'attaques de Boko Haram.

Trois mois séparent la première mission exploratoire à Dikwa, les 19-20 juillet, de cette intervention ponctuelle d'octobre sous forme de distribution d'aliments spécialisés et de nourriture, à un moment où la situation nutritionnelle s'est normalisée. Nous ne savons pas si ce retour à la normale tient en premier lieu à la disparition des plus vulnérables ou à l'amélioration des secours – notamment des distributions alimentaires du CICR, jugées très insuffisantes lors de la mission exploratoire de juillet.

Quant à Monguno, un hôpital MSF ne sera finalement ouvert que le 1er septembre 2016, six semaines après la première mission exploratoire du 13 juillet.

En définitive, c'est sur Bama que se sont concentrés en priorité les efforts de MSF de juin à octobre. Or il s'agit à la fois du camp satellite le moins peuplé (10-15 000 déplacés contre 60-70 000 à Dikwa et 100-200 000 à Monguno) et le plus assisté (en raison de l'importance politico-médiatique que lui a conféré la communication publique de MSF). A cet égard, MSF semble avoir été victime de ses propres effets de communication.

9. L'e-Coordo 2 rapporte qu'à la suite de l'embuscade du 28 juillet sur la route de Bama, les Nations unies ont suspendu à plusieurs reprises les rotations d'hélicoptères sur Dikwa : « *Ils considéraient la zone comme plus sensible encore que celle de Bama et suspendaient toute opération aérienne au moindre signe d'activité de Boko Haram* ». Puis l'e-Coordo 3 a renoncé pour un temps à y envoyer des équipes, sur les conseils des militaires et d'un officier de sécurité des Nations unies. « *Nous avons pris le premier vol que nous avons pu en octobre. Et même à compter de cette période, les Nations unies ont régulièrement suspendu les vols* » se souvient-elle (courriel adressé aux auteurs, mars 2018)

ÉPISODE 5. MUNA, CUSTOM, CATASTROPHES IGNORÉES AUX PORTES DE MAIDUGURI (MAI-DÉCEMBRE 2016)

Si le second semestre 2016 est dominé par la découverte des camps de déplacés à l'extérieur de Maiduguri et les tentatives – en grande partie infructueuses – d'y intervenir, un autre événement majeur se produit dans l'environnement de la mission : l'évolution catastrophique de la situation sanitaire dans les camps de déplacés informels qui se constituent en périphérie de la capitale, notamment dans les quartiers de Muna Garage et Custom House.

LA DÉCOUVERTE DES CAMPS INFORMELS DE MUNA GARAGE ET CUSTOM HOUSE

Quelques jours après l'attaque dont est victime MSF sur la route de Bama le 28 juillet 2016, une épidémiologiste d'Epicentre se rend dans le camp informel de Muna Garage à Maiduguri. Arrivée une semaine auparavant pour coordonner des enquêtes de mortalité rétrospective à Bama et dans les camps satellites, elle est désœuvrée à la suite de la suspension des déplacements à l'extérieur de Maiduguri. Elle s'intéresse alors au système de surveillance des camps à Maiduguri, qui vient d'être étendu aux camps informels de Muna et Custom, deux sites voisins situés en grande périphérie de la ville (à une quinzaine de kilomètres du centre-ville sur la route de Mafa, ils sont distants de 2 km) et où plusieurs milliers de nouveaux déplacés se sont installés au cours des derniers mois. Dans ces deux camps, les agents de santé communautaires rapportent un nombre anormalement élevé de morts et de cas de diarrhées. Doutant de la fiabilité des chiffres mais craignant un début d'épidémie de choléra, l'épidémiologiste se rend sur place pour investiguer. « *En fait, les cas de diarrhées, c'étaient des cas de malnutrition aiguë sévère comme je n'avais jamais vu. D'un seul coup on commence à voir plein de mamans arriver. Tous les petits étaient malnutris.* » L'enquête Epicentre réalisée quelques semaines plus tard révèlera un taux de malnutrition aiguë sévère de 9,5 % – et un taux de mortalité chez les enfants de moins cinq ans supérieur à 5/10 000/jour au cours des 9 derniers mois de résidence dans le camp. Plus de la moitié de ces décès sont survenus aux mois de juin et juillet.

Janvier-Mai 2016 : L'urgence est passée

Si durant les cinq premiers mois de 2016, les sitreps répètent inlassablement que le nombre de déplacés enregistrés en ville reste stable, les équipes ont conscience que de nouveaux déplacés convergent quotidiennement vers la capitale du Borno. L'afflux de personnes « *libérées* » au cours d'offensives contre-insurrectionnelles en zone rurale est évoqué à plusieurs reprises pour expliquer la légère augmentation de la population des camps officiels entre mars et mai 2016, de même que les faibles taux de couverture contre la rougeole dans le quartier de Bolori 2[1].

1. « Bolori2, Maimusari and Dalori2 measles assessment report », e-prep nurse, medical activity manager, 10-17 mai 2016.

L'équipe de Maiduguri a également connaissance du camp informel de Muna Garage. Informé par son chauffeur de l'arrivée de déplacés dans ce quartier à la périphérie est de la ville, le coordinateur de projet s'y est rendu dès le mois de février ou mars 2016[2]. Il constate la présence de plusieurs milliers de déplacés nomades Arabes Shua installés depuis janvier avec du bétail. Mais « *avec le manque de RH, les histoires de corruption, le projet eau, les problèmes sur le supply… on était surchargés, on n'était pas en mesure de répondre* », se souvient le CP.

Une mission exploratoire plus complète est organisée deux mois plus tard, les 9 et 11 mai, sous la direction du *medical team leader*, avec le nouveau *logistic team leader* (LTL). Selon leur rapport de visite, près de 4 000 déplacés en provenance de Mafa, Marte et Bama vivent désormais à Muna Garage, dont ils précisent qu'il s'agit d'un terrain privé désigné par l'armée et que les autorités civiles refusent de reconnaître comme camp officiel. Des abris et deux points d'eau ont été installés par les militaires. Une clinique du ministère de la Santé soutenue par l'Unicef est ouverte depuis le 23 avril, qui aurait selon son responsable réalisé 2 600 consultations la semaine précédente – « *un mensonge* » selon le MTL, qui constate qu'il n'y a ni médicaments, ni vaccins, ni *Plumpy'Nut*. Les déplacés disent n'avoir reçu que deux distributions alimentaires dans les trois derniers mois (3 kilos de riz par famille au plus), parvenant toutefois à manger deux fois par jour grâce à de la nourriture donnée par leurs proches vivant en ville.

L'équipe mesure de manière aléatoire le périmètre brachial de 53 enfants. 12 sont rouges (22 %) et 11 oranges (20 %). 7 cas suspects de rougeole sont également détectés. « *Ces résultats très élevés indiquent une urgence humanitaire et alimentaire* », estime le *medical team leader* pour qui « *il y a un besoin criant d'une présence médicale MSF dans le camp de déplacés de Muna*[3] ». *A minima*, MSF doit organiser une clinique mobile et une prise en charge nutritionnelle en ambulatoire et faire pression sur la SEMA, le CICR et d'autres acteurs pour qu'ils organisent une distribution générale de nourriture et de biens essentiels, conclut le rapport[4].

La proposition ne débouche sur aucune action concrète. Dans un premier temps, le gouverneur et le ministre de la Santé s'opposent au déploiement d'un ATFC/OPD mobile. Puis l'équipe de terrain obtient le feu vert des autorités mais se heurte à l'indifférence de la coordination d'Abuja, relate le MTL[5] :

> On a envoyé la proposition d'intervention en capitale. On a dit que la situation était très mauvaise. Qu'on savait que la population était passée de 3 000 à 20 000 personnes. J'ai poussé

2. Entretien, 24 mars 2017. Le CP pense s'y être rendu en février. D'après les sitreps de Maiduguri, c'est en mars qu'une première visite est réalisée dans le quartier de Muna, à l'invitation du directeur de la *Chad Basin Development Authority*.

3. « Assessment report of Muna IDP camp », 9 mai 2016.

4. *Ibid*. Evaluant entre 6 000 et 15 000 le nombre de déplacés arrivés depuis le début de l'année, l'ONU affirme que le CICR assure depuis 5 mois déjà des distributions alimentaires ponctuelles pour les nouveaux arrivants, la construction d'abris, la fourniture de biens essentiels ainsi que la distribution d'eau potable à partir des forages existants. Le CICR disposerait également d'un « *mécanisme de réaction rapide* » pour faire face à de nouvelles arrivées. OCHA, qui organise le 19 mai une mission d'évaluation à Muna Garage en compagnie de l'OIM, de l'Unicef et de DRC, estime pour sa part que « *les besoins prioritaires immédiats (mai et juin) sont couverts* » grâce à l'action « *coordonnée* » de l'Unicef (santé et nutrition), du CICR et de la NEMA/SEMA. (OCHA, « Muna Garage, Maiduguri Situation Update 25th May, 2016 »).

5. Entretien, 3 mai 2017.

autant que j'ai pu pour le projet. Dès que le LTL est arrivé, on a sécurisé le terrain pour la clinique. Tout était fait. Je ne sais pas pourquoi ils n'ont jamais répondu !

La situation de Muna n'est pas évoquée lors de la mise à plat de mai, qui fixe pour objectifs à l'équipe de réduire et consolider les activités afin de sortir de Maiduguri où, selon la cellule, « *l'urgence est passée* » – une appréciation générale que le terrain ne parvient pas à modifier, faute d'arguments, de chiffres et de récits permettant de « *mettre en scène* » la catastrophe de Muna, de la décrire dans sa sévérité et sa dynamique.

FIGURE 11. Photo d'abris et d'une latrine prise par OCHA à Muna Garage en mai 2016

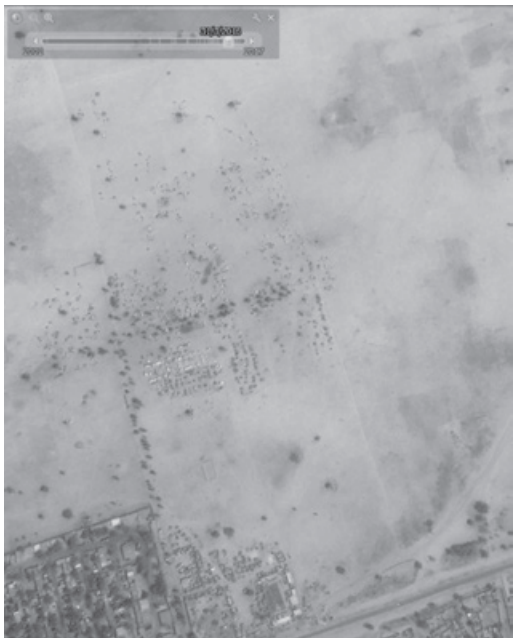
Dans les mois qui suivent, le coordinateur de projet et le MTL retournent plusieurs fois à Muna ainsi qu'à Custom House à l'invitation répétée des militaires : « *Beaucoup de gens meurent* », « *si vous pouviez s'il vous plaît venir évaluer les lieux… [kindly come and assess]*[6] ». L'équipe constate que le nombre de déplacés augmente de semaine en semaine pour atteindre au total plus de 20 000 personnes début juin. Elle observe également que leur état de santé se dégrade ; « *nous avons compté les tombes* », se souvient le *medical team leader*, sans pour autant donner de chiffres. L'enquête de mortalité rétrospective réalisée ultérieurement par Epicentre à Muna et Custom confirme qu'il y eut d'importantes arrivées de déplacés en mai et juin – un phénomène attesté pour Muna par les archives photos de *Google Earth* où l'on peut observer la multiplication du nombre d'abris à cette époque.

6. *Ibid.*

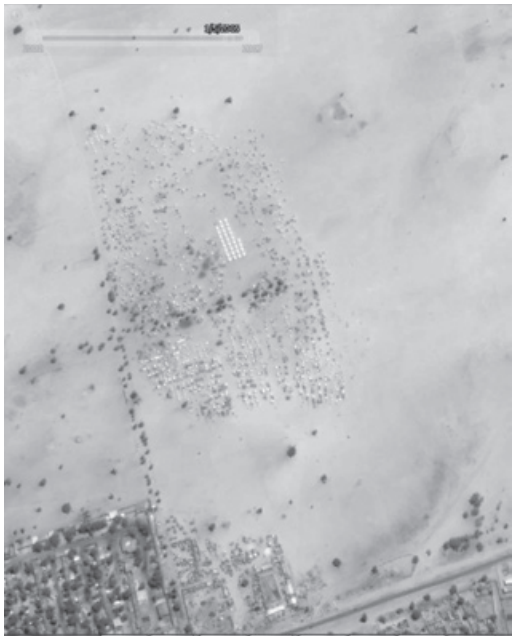
FIGURE 12. Photos satellites du camp de Muna Garage issues des archives *Google Earth* **(février-juin 2016)**

29-févr-16

31-mars-16



01-mai-16



21-juin-16

Juin-Juillet 2016 : L'urgence est ailleurs

Dans la nuit du 13 au 14 juin, 2 000 nouvelles familles arrivent dans le camp de Custom House, apprend le MTL alors qu'il est à Nursing Village auprès des enfants évacués de Bama[7]. Le coordinateur de projet apprendra que l'Unicef a réalisé le 15 juin une campagne de dépistage nutritionnel rapide à Muna évaluant à 15 848 personnes la population du camp et à 5,5 % le taux de malnutrition aiguë sévère, pour un taux de malnutrition aigüe globale de 29 %[8].

Dix jours plus tard, la chef de mission, qui s'est rendue à Maiduguri pour aider l'équipe de terrain à faire face aux remous provoqués par le communiqué de presse Bama, visite les camps de Muna et Custom en compagnie du CP. Ses observations figurent (sous la forme de commentaires apposés dans la marge) dans un document sur la situation et les activités initialement rédigé par la cellule[9]. La chef de mission y décrit les conditions de vie des 20 000 déplacés comme « *très critiques* », avançant essentiellement des appréciations qualitatives : elle a vu des déplacés arriver à pied dans un camp dépourvu de latrines et de points d'eau, parsemé d'excréments, dont les abris sont faits de branchages recouverts de bâches plastiques. « *Il n'y a presque rien à manger* », en dépit des distributions alimentaires du CICR, insuffisantes. « *Recommandation : intervention ASAP* », conclut-elle sans autre précision.

Le 30 juin, le *medical team leader* envoie à Abuja et Paris une nouvelle proposition d'intervention plus détaillée[10]. Selon le CP et le MTL, la proposition est retoquée par la cellule qui leur suggère d'encourager Alima à s'installer à Muna. Contrarié, le coordinateur de projet semble toutefois se ranger à cette proposition, conscient de ses limites et de la charge de travail que représente l'ouverture de Bama[11]. Le MTL, lui, est furieux. Il estime que le siège fait une « *erreur de diagnostic* » à estimer que « *la situation s'est stabilisée* » et à vouloir « *réduire les activités*[12] ». Selon les archives écrites que nous avons retrouvées, la cellule ne considère pas alors Muna comme une urgence ; mais elle ne

7. La cellule, à qui l'information est communiquée, demande le 15 juin des précisions sur l'état de santé des déplacés (combien de cas de rougeole, d'enfants malnutris, etc.) ainsi que sur les conditions de leur déplacement et leurs zones d'origine. Elle ne reçoit pas de réponse précise de la coordination qui minimise le nombre d'arrivées et explique qu'elle n'envisage pas d'intervenir en raison de la présence du CICR et de l'Unicef.

8. 177 MUAC rouges parmi les 3 230 enfants de 6 à 59 mois examinés.

9. « 2016 06 24 Borno update », 24 juin 2016.

10. « Proposal for the establishment of MSF activity in Muna IDP camp », 30 juin 2016. Affichant pour objectif général « *d'accroître la qualité des soins de santé primaire et des services nutritionnels dans le camp* », la proposition n'est pas justifiée par l'existence d'une catastrophe mais par l'arrivée quotidienne de nouveaux déplacés et la médiocrité des soins fournis par la clinique ministère de la Santé/Unicef. Elle prévoit de redéployer l'équipe de Dalori2 à Muna afin d'y installer un poste de santé assurant des activités OPD, ATFC, ANC, références, surveillance (autrement dit, de reproduire le modèle Dalori). Elle est accompagnée d'une prévision d'activités qui prend pour hypothèse un taux de malnutrition aiguë sévère de 15 %, sans toutefois la justifier.

11. Entretien n°1 avec le coordinateur de projet, 14 février 2017.

12. Entretien, 3 mai 2017. « *J'étais très contrarié pour Muna Garage. On avait tout fait, on voyait des gens arriver tous les jours, tout était prêt. On n'avait pas besoin de ressources supplémentaires, on pouvait les récupérer de Dalori. J'ai pensé à le faire sans avoir leur feu vert* », ajoute-t-il. Il demande officiellement au ministère de la Santé le 8 juillet l'autorisation de transférer la clinique de Dalori à Muna. Mais alors que les autorités de Santé avaient promis de le soutenir, ce sont elles cette fois qui s'opposent au projet et encouragent MSF à intervenir plutôt à Konduga.

s'oppose pas au démarrage d'activités, tant que cela n'implique pas de mobiliser des ressources supplémentaires[13].

Soulignons que la cellule n'est pas seule à considérer que la situation à Muna ne nécessite pas d'agir en urgence. La directrice des opérations – qui s'est rendue à Muna et Custom le 7 juillet – écrit ainsi que la situation à Maiduguri est « *plus ou moins OK* » à la différence des zones rurales en proie au « *désastre* ». L'option d'ouvrir un programme nutritionnel ambulatoire (ATFC) et une consultation mobile à Muna Garage, qu'elle juge certes « *intéressante*[14] », ne figure pas dans sa feuille de route du 14 juillet, qui recommande uniquement d'étendre la surveillance « *ASAP* » aux deux camps et d'y réévaluer la situation régulièrement[15]. Rétrospectivement, la DirOp explique cet abandon par la difficulté de l'équipe (notamment en capitale) à « *faire du light, flexible, mettre une tente, deux-trois personnes* » : « *Je demande à la coordination d'Abuja : on peut monter un OPD ? On me dit, 'il faut 3 semaines-un mois' (…) 'On peut faire des journées screening/distrib ?' 'C'est compliqué', me répond la coordinatrice médicale (…) On a l'impression qu'ils avaient réussi à stabiliser la mission et qu'ils ne voulaient surtout pas refoutre la zone*[16] ».

L'ENQUÊTE EPICENTRE ET LE REDÉPLOIEMENT DE LA BEST

Le 17 juillet, le système de surveillance épidémiologique dans les camps est étendu à Muna et Custom. Neuf décès sont recensés à Muna la première semaine (sur 14 000 personnes) et quatre à Custom (sur 8 100 personnes).

L'enquête Epicentre

En réaction, l'équipe de coordination d'urgence décide de détacher un infirmier MSF dans la clinique Unicef afin de faciliter les références vers l'ITFC MSF à Gwange[17]. Les autorités s'opposent toujours à l'ouverture d'une clinique et d'un ATFC de MSF ou d'Alima à Muna. Elles sont également hostiles à la création d'un second ITFC, alors que début août, plus de 90 enfants sont admis chaque semaine à Gwange. Afin de vaincre ces résistances et d'encourager l'adoption de mesures d'urgence, la cellule

13. Cf *supra*. Ainsi dans la note d'orientation envoyée à la coordination le 24 juin, la cellule soutient la fermeture de Dalori et le redéploiement de l'équipe qui y travaille dans d'autres sites selon les besoins jugés prioritaires par le terrain. Quant au plan d'action du 1er juillet établi par le RC après la découverte de Bama, il mentionne « Dalori/Muna » parmi les sites d'activités de la mission régulière, aux côtés de Maimusari et Bolori (pour rappel, ce plan prévoyait de placer la mission sous la direction d'un coordinateur d'urgence ayant sous sa responsabilité trois responsables de projet : un « PC urgence », un « PC Monguno » et le PC régulier pour couvrir « Maimusari, Bolori, Muna/Dalori »).

14. Il conviendrait en ce cas, précise-t-elle, de les transférer rapidement à un autre acteur, par exemple Alima, du fait du volume d'activités impliqué (« Borno emergency »,12 juillet 2016).

15. « BORNO – PROJECTS / HR / ORDERS », 14 juillet 2016.

16. Entretien, 27 avril 2017. Au bout du compte, la priorité fixée pour Maiduguri dans le plan du 14 juillet est d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation (alors de 90 pour la pédiatrie et 100 pour l'ITFC), d'orienter les activités de Bolori et de Maimusari sur les pathologies les plus meurtrières et de se préparer à une épidémie de choléra.

17. Directement négocié avec le responsable de la clinique sans passer par le ministère de la Santé ou les responsables de l'Unicef, le détachement prend effet immédiatement, le 2 août, et l'infirmier réfère le jour même 8 enfants. « *La plupart des enfants sévèrement malnutris étaient déjà enrôlés dans le programme de nutrition ambulatoire de l'UNICEF depuis des semaines* » se souvient l'épidémiologiste, mais « *le personnel ne savait pas diagnostiquer ceux qui avaient besoin d'être hospitalisés* » (entretien).

juge nécessaire de produire des chiffres. Il s'agit de « *convaincre les autorités des conditions de détresse dans lesquelles vivent ces populations et permettre aux humanitaires de les assister*[18] ». Le 19 août 2016, MSF démarre une enquête de mortalité rétrospective couplée à une enquête nutritionnelle rapide dans les camps de Muna et de Custom.

Les résultats montrent que les taux de mortalité infanto-juvénile sont très largement au-dessus du seuil de 2/10 000/jour et que l'état de santé des enfants s'est dégradé au cours de leur séjour dans les camps, où les taux de malnutrition sont en septembre largement au-dessus des seuils d'urgence et même de ceux estimés à Bama[19]. D'autre part, ils soulignent les carences de l'aide gouvernementale et internationale : quatre enfants sur cinq n'ont pas été vaccinés contre la rougeole à Muna, un sur deux à Custom ; deux familles sur trois n'ont jamais reçu d'aide alimentaire à Custom et deux sur cinq à Muna.

L'équipe choisit de ne pas diffuser publiquement ces résultats mais d'entreprendre une campagne de pressions bilatérales sur le gouvernement avec le soutien d'USAID, qui propose d'inclure les résultats de l'enquête Epicentre dans le bulletin FEWSNET. Cette option est critiquée par d'autres sections MSF qui refusent d'être « *instrumentalisées* » par l'administration américaine. Le 24 octobre, MSF présente les résultats de l'enquête Epicentre au bureau central de la statistique nigériane, au gouvernement fédéral et au gouverneur du Borno. Les résultats sont endossés et publiés par les autorités de même que par les agences des Nations unies. « *Le gouvernement nigérian, le PAM et l'Unicef ont déclaré publiquement avoir pris conscience de l'ampleur du problème et se sont engagés à changer leur mode d'action en intensifiant l'aide humanitaire (…). À ce jour, il s'agit de la campagne d'advocacy la plus efficace menée par [MSF-France]* », se félicite la cellule des urgences lors du point info du 3 novembre.

Le redéploiement de la BEST

Parallèlement, profitant de l'autorisation d'intervention générique que lui a donnée le ministère de la Santé régional pour la BEST, la cellule des urgences lance une première intervention de masse à Custom le 7 septembre 2016, combinant vaccination contre la rougeole, traitement de la malnutrition, chimioprophylaxie saisonnière contre le paludisme, distributions de nourriture et de biens de première nécessité. Une intervention du même type est menée la semaine suivante à Muna et répétée chaque mois selon des modalités diverses jusqu'en décembre.

La BEST finit par consacrer 85 % de son temps à Maiduguri où elle multiplie les distributions, campagnes de vaccination et projets d'eau-hygiène-assainissement, dans les sites informels accueillant de nouveaux déplacés. Au total, au moins 65 000 déplacés bénéficient de ses interventions à Maiduguri entre septembre et décembre 2016, dont 30 000 environ dans les camps de Custom et de Muna. C'est

18. Point info du 18 août 2016.

19. Epicentre, « Retrospective mortality and nutritional surveys (MUAC) among displaced persons in Muna Garage and Custom House Camps – Final Report », Octobre 2016. « *Muna : la majorité des décès déclarés (58.4 %, 208/356) ont eu lieu entre juin et août. Chez les enfants de moins de 5 ans, cette période correspond à 70.9 % (144/203) des décès rapportés. Custom : la majorité des décès (55.3 %, 52/94) ont été rapportés entre juillet et septembre. Chez les moins de 5 ans, cette période correspond à 81.4 % (35/43) des décès rapportés.* »

TABLEAU 8 . Résultats de l'enquête Epicentre réalisée en août-septembre 2016 à Muna Garage et Custom House

	Muna Garage Camp*	Custom House Camp**
Date de l'enquête *Période de rappel*	*19 août - 9 sept. 2016* *25 déc. 2015 - Enquête*	*23-29 sept. 2016* *25 déc. 2015 - Enquête*
POPULATION	**15 000**	**8 000**
MORTALITÉ		
CMR sur toute la période	1,01	1,17 [0,9 -1,49]
CMR depuis l'arrivée dans le camp	1,11	1,91 [1,48-2,47]
U5MR sur toute la période	3,71	3,70 [2,73-5,02]
U5MR depuis l'arrivée dans le camp	5,13	8,38 [6,04-11,61]
MALNUTRITION (6-59 MOIS)		
SAM	9,5 %	4,3 % [2,7-6,7]
GAM	15,4 %	15,6% [12,2-19,9]
Familles n'ayant jamais reçu d'aide alimentaire	60,6 %	28,1 %
COUVERTURE VACCINALE ROUGEOLE	21,7 %	49,4 % [43,1-55,7]

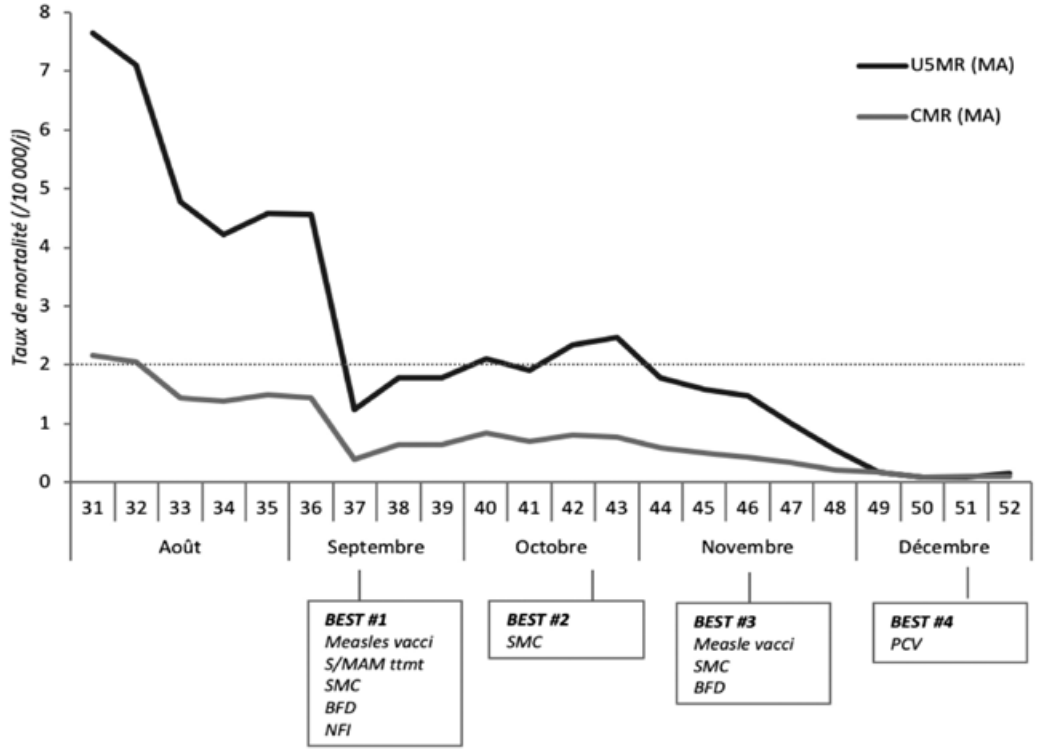
* *Enquête exhaustive transversale* (exhaustive cross-sectional population-based survey)
** *Enquête transversale utilisant un échantillonnage aléatoire simple des abris*

finalement dans la capitale du Borno que la BEST démontre l'intérêt d'une « brigade d'intervention rapide » capable d'initier des opérations plus ou moins importantes en direction des déplacés qui passent à travers les mailles du filet d'assistance gouvernementale et internationale.

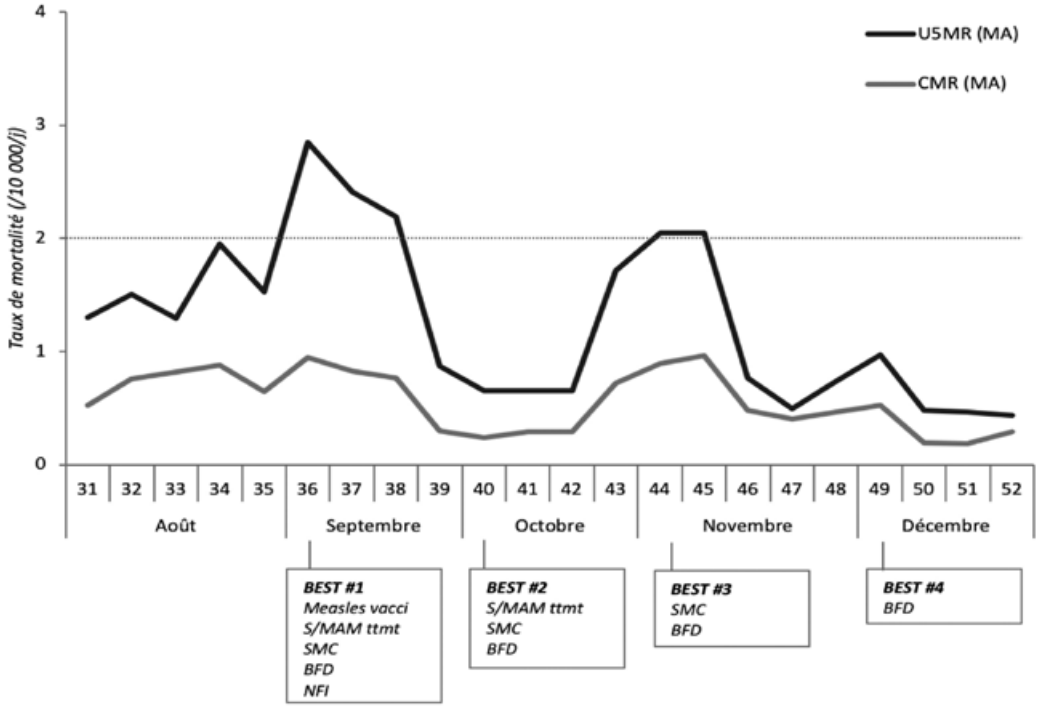
« ON NE SE PRÉOCCUPE PAS ASSEZ DE SES VOISINS »

L'histoire de Muna présente des similitudes avec celle des camps satellites. La gravité de la situation a bel et bien été détectée dès le mois de mai par l'équipe de terrain, mais celle-ci n'a pas réussi à convaincre sa coordination et le siège de l'urgence d'intervenir, faute de maîtriser suffisamment les « codes » opérationnels. Le siège quant à lui n'a pas su l'aider à préciser ses observations, à rechercher les informations permettant de les étayer, de les analyser, afin de les traduire en diagnostic et en intentions opérationnelles plus solides. La priorité donnée à l'allègement du projet (entre février et mai) puis aux opérations extérieures (à partir de juin) a contribué à reléguer au second plan la situation des camps informels de Maiduguri – tout comme la conviction de la cellule régulière que la situation dans la ville était en voie de normalisation. Cette relégation s'explique sans doute aussi par la croyance – plusieurs fois démentie au cours de l'histoire de MSF – selon laquelle les personnes les plus facilement accessibles seront à coup sûr les premières assistées. « *On ne se préoccupe pas assez de ses voisins* » était l'un des enseignements tirés de la Revue des opérations au Darfour en 2004, où les camps les plus durement frappés par la rougeole et la malnutrition se trouvaient non dans les montagnes, ni dans le désert… mais de l'autre côté de la rue où nous avions nos bureaux à El-Geneina.

GRAPHIQUE 2. Taux de mortalité (en moyenne mobile) à Muna Garage et chronogramme des interventions BEST, MSF, Epicentre, 2016



GRAPHIQUE 3. Taux de mortalité (moyenne mobile) à Custom House et chronogramme des interventions BEST, MSF, Epicentre, 2016



En guise de conclusion
L'opinion des auteurs

Au terme de cette plongée au cœur des opérations MSF dans le Borno, nous souhaitons soumettre quelques remarques au lecteur afin de discuter certaines de nos pratiques et ce qui les sous-tend : derrière les choix opérés, quels cadres de pensée, représentations, quels éléments d'une « culture opérationnelle » (avec ses ambiguïtés et ses références concurrentes) se donnent à voir ? Au-delà de l'influence des individus, que révèle ce récit sur le fonctionnement de notre institution ? Nous présentons ces remarques en suivant la chronologie du projet chaque fois qu'elle permet de distinguer des enjeux spécifiques à certaines périodes.

La **SAISON 1**, relatant les débuts du projet Borno, soulève tour à tour deux questions opérationnelles mettant en jeu l' « identité » de l'institution – c'est-à-dire ce qui relèverait ou non de notre périmètre légitime d'action.

Ainsi, toutes les discussions qui se tiennent pendant la « pré-histoire » du projet (notamment les mises à plat entre 2011 et fin 2013) s'articulent autour de cette figure centrale que sont les « *victimes directes* » (l'expression, dont le complément est souvent laissé dans l'implicite, désigne par défaut les blessés en tant que « *victimes directes de la violence* » ; mais certains y incluent parfois les déplacés, victimes directes « *du conflit* ») : ce sont elles qu'il faut cibler en priorité, sans qu'il soit besoin de dire pourquoi. Tout se passe comme si, dans un contexte incertain et perçu comme particulièrement dangereux (de façon bien compréhensible, étant donné l'effroi suscité par Boko Haram), seule la prise en charge des blessés semblait pouvoir justifier l'établissement d'un projet – « faire le poids » face aux risques, en somme. La focalisation sur ces « *victimes directes de violence* » persista de 2011 à 2013 en dépit du fait qu'elles se révélaient « *introuvables* » et de la nette réticence des autorités à une implication de MSF dans les soins chirurgicaux. Puisqu'on considérait par ailleurs impossible de s'établir à Maiduguri sans y avoir d'opérations, aucun projet ne vit le jour pendant toute cette période. Or, estiment rétrospectivement certains membres de l'équipe de capitale, ouvrir un projet à cette époque, en étant moins intransigeant sur les « bonnes » victimes à prendre en charge, aurait probablement permis d'initier précocement des contacts avec Boko Haram – possibilité qui disparut par la suite avec l'éviction de l'insurrection hors de la ville. Il fallut l'arrivée de la nouvelle responsable de cellule en 2013 pour que s'ouvre la discussion sur les populations à cibler et que puisse être questionnée la primauté accordée aux blessés dans ce contexte.

Une fois ouvert le projet en 2014, un phénomène similaire se produit à propos de la situation des déplacés au regard de l'eau-assainissement. Tandis que les blessés étaient « davantage du MSF » que tout autre bénéficiaire potentiel de notre intervention, le domaine de l'eau-assainissement ne serait, lui, « pas vraiment du MSF ». Les documents transmis par le coordinateur de projet qui décrivent la situation en ce domaine comme catastrophique ne suscitent pas de réaction de sa hiérarchie, comme s'il s'agissait là d'un « hors champ » de notre action. Et face aux propositions du terrain, l'invitation de la capitale à s'en remettre aux autres acteurs (qui ne sont pas encore opérationnels à Maiduguri) apparaît comme relevant du réflexe, celui de n'envisager une intervention que comme un dernier recours. Le coordinateur de projet a sans doute lui-même intériorisé cette hiérarchie des actions MSF plus ou moins légitimes : s'il fait état du caractère critique de la situation, il ne s'autorise pas à défendre vigoureusement le bien-fondé d'une intervention dans le domaine de la *watsan*. De façon plus générale, il nous semble qu'est en jeu ici une certaine déférence du terrain face à sa hiérarchie, perceptible en de nombreux autres passages de notre enquête – déférence sans doute à mettre en lien avec la généralisation au sein de MSF de la notion de « *validation* », source de frilosité voire de paralysie de la part d'acteurs de terrain dont leur hiérarchie attend pourtant qu'ils décident, prennent des initiatives, argumentent, ouvrent des brèches (nous y reviendrons plus loin). A notre sens, il incombe à l'encadrement (supérieurs hiérarchiques, référents techniques) de créer les conditions permettant aux responsables de terrain de s'autoriser davantage de latitude d'action ; et de rappeler plus explicitement qu'une « identité » n'est jamais figée : la référence à celle-ci ne saurait tenir lieu d'argument pour clore le débat sur ce qu'il convient de faire dans un contexte donné, l'histoire étant là pour nous rappeler que MSF a été capable de la plus grande variété d'interventions et de choix de victimes au cours de ses 50 années d'existence.

*

Chronique du premier passage du projet à la cellule des urgences, la **SAISON 2** est tout entière placée sous le signe de la « *montée en puissance* », une exigence qui, dans un contexte caractérisé par des contraintes nombreuses, occasionne immanquablement « *de la casse* », ainsi que se le formule d'emblée la cellule. Equipe débordée et épuisée, qualité discutable, détournements d'argent, composent la toile de fond des décisions prises à l'automne 2015 et tout au long du premier semestre 2016. L'ensemble de cet héritage appelle quelques remarques plus transversales.

Le profilage, une décision floue ? Ainsi que le fait apparaître le récit, en réduisant mécaniquement le nombre de personnes disponibles et en interdisant les visites sur le terrain de la plupart des membres de la capitale ou du siège, le profilage de l'équipe de Maiduguri a représenté une contrainte significative pour le projet au moment même où il s'agissait d'« *envoyer du lourd* », selon l'expression du directeur logistique. Or, on ne peut qu'être frappé par le contraste entre d'un côté la pesanteur de cette contrainte « *que nous nous sommes mise à nous-mêmes* » (e-Coordo n°1) et, de l'autre, le peu d'analyse et de débat dont elle fait l'objet dans les documents que nous avons consultés : de fait, le profilage en est quasi-totalement absent. Lorsqu'il est évoqué, c'est à demi-mots, sans argumentaire précis, sans même que ses critères soient clarifiés (il est question d'éviter d'envoyer tantôt les « *Euro-*

péens », les « *Occidentaux* », les « *Caucasiens* », ou encore « *les Français* »). La mesure est ainsi reconduite tacitement en permanence – y compris après avoir souligné, comme c'est le cas fin 2014, que les éléments de contexte ayant initialement justifié sa mise en place (recommandation claire des autorités, présence de Boko Haram dans la ville) ne sont plus d'actualité – elle sera finalement abrogée sans hésitation en juin 2016 au lendemain de la découverte de la situation à Bama. Enfin, on ne trouve pas trace non plus d'arguments construits à l'appui des différents écarts et assouplissements intervenus en 2015, et dont la logique paraît bien aléatoire. Les différentes personnes interrogées ne sont pas même d'accord sur le lieu où se prend la décision, l'un affirmant que « *c'est la direction des opérations qui ne voulait pas d'Occidentaux à l'époque* », l'autre que « *c'était la chef de mission qui insistait sur le fait qu'il ne fallait pas de blancs* », une membre de la cellule des urgences expliquant pour sa part que « *c'était au niveau du desk [des urgences], avec la coordo* ».

Dans leur gestion de la sécurité, les responsables opérationnels sont tenus de prendre en compte les dangers spécifiques qui pèsent sur certains membres des équipes du fait de l'identité (nationale, religieuse, ethnique, de genre, etc.) à laquelle peuvent les assigner les acteurs faisant usage de la violence. Courant dans les décisions quotidiennes concernant le personnel national (celle par exemple de ne pas recourir à tel chauffeur pour telle clinique mobile du fait des risques que cela induirait pour lui), le recours au profilage s'est nettement étendu depuis quelques années pour le personnel expatrié. La politique de prise de risque en mission adoptée par la section française de MSF en 2015 s'y réfère, prévoyant que « *dans des circonstances exceptionnelles* », il puisse être nécessaire d'« *ajuster la composition des équipes selon de tels critères* ». Toutefois, cette mesure de protection qu'est le profilage est fondamentalement problématique – et devrait le rester : elle ne devrait pas *aller de soi*. D'une part, parce que l'on ne peut considérer comme acquis que les sélections opérées par l'institution permettront effectivement de protéger les personnes les plus à risques. D'autre part, parce que soustraire une catégorie de personnes à des risques estimés spécifiques (l'enlèvement par exemple), c'est corrélativement exposer d'autres personnes, pour lesquelles ces risques sont jugés moindres et les autres risques (comme les attaques sur la route ou les attentats), d'une certaine manière, acceptables. Pour ces raisons, les mesures de profilage devraient se fonder sur une analyse et des arguments (dont le point de vue des premiers concernés, les « profilés » et ceux que le profilage vise à protéger) qui soient débattus, clairement formalisés et régulièrement réexaminés. Tel ne semble pas avoir été le cas dans le Borno. Ils étaient plusieurs, parmi les personnes interrogées pour notre enquête, à estimer les dangers équivalents pour tous en 2015 et 2016 sur la route menant à Maiduguri et dans l'essentiel de la ville, certains disant ouvertement leur malaise à voir leur organisation donner tous les signes qu'elle accordait à la vie de ses collaborateurs une valeur différente selon qu'ils étaient blancs ou noirs. Autant d'éléments qui invitent à engager une réflexion sur le profilage des expatriés et les modalités de sa mise en œuvre et de son maintien – et à ouvrir le débat sur celui du personnel national, moins visible et encore moins débattu, qui soulève des questions similaires.

Ainsi qu'évoqué plus haut, l'une des conséquences du profilage fut de priver le terrain, pendant un temps (jusqu'à ce que soit mise en place une liaison par avion), de visites de la part de ceux qui ont

la charge de le soutenir. Cette absence de soutien au moment même où le projet changeait et grossissait chaque semaine a certainement contribué à l'identification tardive des problèmes : rien ne peut remplacer le fait de *voir de ses yeux*, et le récit montre à plusieurs reprises le rôle pivot joué par la visite d'un référent ou responsable opérationnel du siège pour faire exister une situation et précipiter une décision. Car il y a, dans tout projet, un décalage incompressible entre la réalité vécue au quotidien sur le terrain et l'image qu'en ont à distance les autres échelons. Ces évidences étant rappelées, on peut toutefois s'étonner que ce décalage soit si important et estimer que la rareté des visites due au profilage ne suffit pas, seule, à l'expliquer : d'autres hypothèses peuvent être avancées afin d'en rendre compte.

Des documents qui ne parlent pas. La première concerne la nature des documents échangés entre le terrain et les autres échelons. Nous avons été marqués, à la lecture des archives du projet, par le manque de relief de la plupart des rapports (notamment les sitreps) que nous avons eus entre les mains. Tout semble y indiquer que la neutralité du ton, la présentation froide de faits juxtaposés et le recours aux données chiffrées sont vus par leurs auteurs comme un gage de sérieux et de rationalité. A l'exception notable des sitreps de la psychologue dont nous faisons mention dans le récit, les documents ne font pas exister d'histoires individuelles, ils ne mettent pas en scène des *gens* ou des *situations* – mais du « *contexte* » et des « *activités* » –, rendant bien difficile pour le lecteur l'appréhension ou la visualisation de quoi que ce soit. Etant entendu que ces documents n'ont pas été produits pour la postérité ou pour la présente enquête, ni ne sont censés résumer tous les échanges à distance entre échelons (qui ont lieu aussi par téléphone, courriel, *Whatsapp*), on peut se poser la question de leur fonction attendue. De quoi sont-ils censés rendre compte ? Pourquoi semblent-ils occulter les difficultés du *travail*, pour ne parler de celui-ci qu'au prisme d'*activités* résumées principalement en tableaux ? S'adressent-ils uniquement à des destinataires déjà au fait de tous les enjeux et capables de les lire entre les lignes ? De tels destinataires sont pourtant une minorité des lecteurs de ces documents.

Quoi qu'il en soit, la généralisation de ce style exagérément désincarné nous donne à penser que celui-ci correspond à « ce à quoi doit ressembler un rapport MSF » dans l'esprit des auteurs de ces sitreps – conception qui est sans doute le résultat d'une acculturation progressive au fur et à mesure des missions successives, ainsi que de l'idée qu'ils se font des attentes de leur hiérarchie. Produire un sitrep revient en effet pour beaucoup de gens, nous semble-t-il, à « faire ses devoirs » davantage qu'à tenter de saisir la situation et le projet de la façon la plus ajustée possible, en les mettant sur papier, en les *racontant* (aux autres mais aussi à soi-même). Dire « je », « nous », parsemer le récit de situations vécues, de choses entendues, de bouts de discussions rapportés tels quels, de photographies et descriptions visuelles de scènes et de lieux, faire une place à ses propres perceptions et affects (l'étonnement, la peur, la perplexité, le ras-le-bol), sont autant de façons de permettre à ceux qui ne sont pas sur le terrain de se figurer une situation par procuration. Ce registre plus personnel, pratiqué volontiers par les « anciens » (notamment lors des missions exploratoires, parce qu'il s'agit de terrains en partie inconnus, nouveaux), gagnerait sans doute à être encouragé y compris pour les rapports les plus ordinaires.

Difficulté à dire les difficultés. L'absence dans les documents d'éléments se rapportant aux difficultés de l'équipe est également frappante : par contraste avec les *problèmes* rencontrés par le projet et relevant de causes externes (l'attitude hostile du ministère de la Santé ou de l'Unicef, les attaques sur les routes, le manque de fiabilité des autres partenaires, etc.), les *difficultés* de chacun dans son travail semblent en quelque sorte « hors sujet ». Réticence individuelle d'abord : plusieurs personnes qui se sont retrouvées en situation d'extrême pression (parce que peu expérimentées sur le poste occupé ou du fait d'une charge de travail démesurée) ont endossé celle-ci dans la solitude, ne s'autorisant pas à demander de l'aide. On peut penser que la volonté de bien faire s'est combinée à une difficulté à jauger le soutien dont on a besoin et que l'on est en droit de demander – la capacité à le faire augmentant certainement avec les années. Il incombe donc à ceux qui encadrent et supervisent ces acteurs de terrain, et qui sont supposés être plus expérimentés, d'être à l'affût, de porter attention à ce qui résiste ou met en échec, au concret du travail, afin d'accompagner la réalisation de celui-ci. Cette remarque vaut pour les échanges à distance, mais également pour les visites terrain dont on voit dans le récit combien, lorsqu'elles redeviennent possibles, elles laissent parfois l'équipe aussi démunie qu'auparavant, avec entre les mains une liste de choses à faire et à améliorer qu'elle est bien en peine de mettre en œuvre.

Mais cette réticence à dire les difficultés est aussi collective. De fait, les deux références concurrentes qui permettent de rendre compte de la façon dont MSF s'est construite – d'un côté la débrouille et la capacité à faire avec les moyens du bord, de l'autre la recherche du professionnalisme et de la qualité – ne ménagent pas vraiment d'espace pour l'idée de limitations ou de contraintes internes : débrouille ou professionnalisme, dans tous les cas c'est une histoire à succès dont il s'agit. Les contraintes internes n'ont pas à entraver l'action ; si c'est le cas, cela ne mérite pas d'être souligné. C'est ce qu'exprime en substance le premier e-Coordo, artisan de la montée en puissance, lorsqu'il dit avoir avancé « *comme ça* », en se démenant davantage pour pallier les manques dans l'équipe, en ayant conscience du risque important de perte de contrôle sur les ressources ; c'est-à-dire en prenant en charge les contraintes internes, en les endossant – au moins jusqu'à ce que des malversations soient effectivement mises à jour et qu'il se tourne vers sa hiérarchie. Le choix de celle-ci de cantonner ce problème de malversations en interne (évitant d'évoquer le sujet ouvertement hors de la cellule) peut à son tour être lu comme relevant de la même logique, celle consistant à garder pour soi ses difficultés plutôt que de s'en ouvrir aux autres échelons pour chercher collectivement des réponses – la suite a montré que ce choix n'avait certainement pas atténué les effets déstabilisateurs du problème sur le projet. Et c'est encore le silence sur les limites internes qui est en jeu dans la séquence qui fait se succéder, à l'automne 2015, une mise à plat ambitieuse et un retournement complet un mois plus tard. Le récit se penchant en détail sur cette séquence, nous n'y revenons pas ici, mais y adjoignons deux remarques.

Aplatissement du projet. La première concerne la mise à plat de novembre 2015. Quoi que l'on pense de cette appellation, on s'accordera pour dire qu'une « *mise à plat* » est un moment institutionnel d'examen d'une mission et de chacun des projets qui la composent : occasion de discuter des objectifs de ceux-ci et des éventuelles réorientations opérationnelles à envisager (au regard de

l'évolution de la situation, des difficultés de mise en œuvre, etc.). Celle de l'automne 2015, rassemblant cellules des urgences et régulière, devait en outre permettre d'évoquer les modalités de reprise par cette dernière. Rien de tout cela n'a eu lieu ; derrière les apparences en tout point conformes au déroulement classique d'un tel exercice, les problèmes et enjeux réels du projet semblent avoir été soigneusement évités par les protagonistes. Or, si nous nous arrêtons sur cet épisode, c'est que celui-ci nous semble en réalité s'inscrire dans la logique de la plupart des mises à plat actuelles – qu'il rend plus saillante en la poussant à son extrême. Cette logique est celle de l'exhaustivité, et se déploie bien souvent au détriment du sens, du fait de l'absence d'articulation entre des éléments développés à l'extrême (présentation *PowerPoint* du contexte politique et sanitaire de plusieurs dizaines de diapositives, détail des activités, et entre les deux, peu ou pas de lien). Quant à l'histoire du projet (les choix de positionnement opérés, leur évolution, les rebondissements, les contingences), elle est souvent escamotée. Surtout, tout est effectivement « à plat », ce foisonnement étant rarement associé à la mise en relief d'enjeux spécifiques, à l'émergence de sujets saillants. Au bout du compte, la quantité d'informations et de sujets à traiter, et le temps imparti aux présentations, sont bien peu propices aux discussions de fond – qui naissent toutefois au détour de l'évocation d'un critère d'admission ou d'un indicateur chiffré. Il nous semble qu'à l'instar des sitreps, ce format de mise à plat passe à côté de sa visée, échouant à produire une « mise en intrigue » – au sens d'*un état des lieux problématisé* d'une situation et du projet qui s'y déploie, et donc d'explicitation de ce qui importe, ce qui est en jeu, ce qui fait problème et débat entre les différents protagonistes de l'aventure, et pourquoi.

Turbulence des passations. Ensuite, il est difficile de ne pas relever à quel point les passations entre cellules des urgences et régulière sont des moments d'incertitude maximale pour le projet. L'ensemble de la séquence de l'automne 2015, incluant la mise à plat pleine de non-dits, prend place après l'annonce par la direction des opérations du « *prochain* » retour du projet à la cellule régulière. Entre cette annonce et la reprise effective par cette dernière s'écoulent plusieurs mois, qui n'ont cependant rien d'une transition douce et structurée : ce ne sont que flottement opérationnel, retournement décisionnel, échéance incertaine, puis flou sur qui est effectivement en charge pour aboutir à une passation faite dans la précipitation. Tout cela se produit dans un contexte de résistance de la cellule des urgences à une passation décidée contre son gré (comme avait été imposée à la cellule régulière la passation aux urgences en mars 2015 et comme elle le lui serait à nouveau à l'été 2016) et, plus généralement, de concurrence entre cellules (et équipes de coordination respectives), qui décuple la réticence à dire les difficultés et en discuter. De tout cela, le projet est le premier à faire les frais. Pour cette raison, il importe de réfléchir aux façons de parvenir à réduire autant que possible la part de compétition que portent avec elles ces situations.

Enfin, nous souhaitons revenir sur la question des malversations afin d'en tirer quelques pistes de réflexion prolongeant les remarques faites jusqu'à présent. Plusieurs versions se confrontent quant à la façon dont ce problème de détournements, une fois mis à jour à l'été 2015, a été pris en charge

par la cellule des urgences. Au sein de celle-ci, si tous ne parlent pas exactement d'une même voix, il ressort toutefois l'idée que la perte de contrôle sur les ressources était prévisible (étant donné la contrainte de moyens et le contexte nigérian de corruption chronique), qu'elle a été anticipée dès le début, qu'elle était donc en quelque sorte vue comme le prix à payer pour la montée en puissance. Certains précisent par ailleurs que la cellule n'a pas pour autant été passive, a tenté d'agir sur les faiblesses identifiées et donné pour mission aux nouveaux arrivants en décembre 2015 (CP, e-Coordo) de s'attaquer au problème. Ceux-ci, ainsi que la cellule régulière, reprochent au contraire aux membres des urgences de ne pas s'être mobilisés de façon assez vigoureuse et au fond de manifester une trop grande « tolérance » pour les détournements – que résumerait la question rhétorique adressée par le responsable des urgences à son homologue du régulier, alors que venait de leur parvenir à tous deux la lettre du terrain demandant que le problème soit pris à bras le corps : « *tu veux faire quoi, lancer une investigation ?!* »

MSF et les pertes d'argent. Sans prétendre trancher la controverse, on peut en extraire plusieurs questions, à commencer par celle de savoir ce qui est « normal » en termes de pertes d'argent – c'est-à-dire la question d'un seuil à partir duquel juger ces pertes acceptables ou non (en volume absolu ou en pourcentage d'un volume global des opérations, ou encore à l'aune de l' « utilité » perçue de ces opérations). On voit combien diffèrent les conceptions des uns et des autres, révélant l'absence de norme générale partagée, autant que l'absence de discussion spécifique – c'est-à-dire qui s'appuierait sur le contexte pour s'accorder explicitement sur ce qui est faisable, donc sur les compromis acceptables, en se donnant une limite ou un ordre de grandeur, si contestables soient-ils. En conséquence, chacun est laissé à son appréciation subjective (l'un évoquant le « *nombre de zéros* », c'est-à-dire le fait que les pertes dépassent les 10 000 €, l'autre le pourcentage infime du budget qu'elles représenteraient). Signe d'une particularité de la cellule des urgences, au sein de laquelle les questions d'argent seraient – ou auraient longtemps été – considérées comme secondaires, ou plus largement d'une « culture » propre à MSF forgée par des années d'aisance financière ? Dans tous les cas, cette absence de discussion nous rappelle combien l'existence de pertes demeure en général peu évoquée, mal connue et certainement sous-estimée sur la plupart des projets – la responsable financière de la cellule des urgences estimant pour sa part les problèmes du Borno identiques à ceux existant partout ailleurs, mais simplement mieux documentés.

Les ratés, l'individu et le collectif. Au bout du compte, on pourrait penser que les responsables de la cellule des urgences ont procédé à un arbitrage qu'ils considèrent justifié (du fait du contexte compliqué ou du caractère secondaire du problème dans l'ordre des priorités) et qu'ils assument pleinement. Ainsi que le résume l'ARC des urgences : « *J'avais le choix entre avancer et contrôler* ». Mais précisément – et c'est là notre deuxième remarque – cette explication est formulée de façon *rétrospective* à l'attention de la cellule des alertes professionnelles. Sur le moment au contraire, l'existence de malversations n'est pas assumée ouvertement. Le silence lors de la mise à plat n'est pas tant le fruit du désintérêt pour un problème jugé anodin que le résultat d'un véritable évitement du sujet de la part de la cellule. Aussi l'idée d'une tolérance pour les malversations (ou d'une banalisation de celles-ci) est-elle insuffisante à rendre compte de ce qui se joue alors et qui se rapporte, selon nous,

à l'injonction à « *ne pas se rater* » que s'est donnée le responsable adjoint de la cellule des urgences lorsqu'il a hérité du projet. Tout se passe comme si la mise à jour de malversations venait ternir son bilan, signifiant aux yeux des autres un ratage dont il était directement responsable et qui ne manquerait pas de lui être personnellement imputé. Alors, plutôt que de s'ouvrir à sa hiérarchie – et à ses pairs – de la situation dans laquelle se trouvait le projet, de l'exclusion mutuelle qu'il percevait entre avancer et contrôler, afin de permettre une délibération collective et un arbitrage éclairé, il traite le problème à la façon d'un stigmate que l'on chercherait à dissimuler, solitairement.

Cette tentative de garder pour soi, de peur d'être mal jugé, des difficultés qui méritaient pourtant d'être collectivement discutées et traitées fait écho aux remarques déjà formulées plus haut, mais aussi à d'autres moments du récit où l'on voit poindre cette peur sous d'autres formes – comme à travers la tentation symétrique d'imputer à l'incompétence d'autrui d'avoir mal analysé la situation. Ces attitudes défensives signalent l'existence d'un manque de confiance qui nous semble à l'œuvre bien au-delà de l'histoire du Borno, même s'il se saisit difficilement – en filigrane lors de discussions informelles, par la confession d'une peur de mal faire ou mal penser, parfois assortie de la référence à un environnement général où l'indulgence ferait défaut. Les ressorts de ce manque de confiance sont complexes : car MSF n'est pas une institution qui sanctionne ouvertement l'erreur ; et elle valorise explicitement la controverse. On ne peut par ailleurs rendre MSF seule responsable de la pression souvent immense que les individus s'appliquent à eux-mêmes, conséquence normale du fait que le travail engage tout l'être et qu'il est une expérience éminemment affective – le travail humanitaire *a fortiori*. Reste que notre enquête sur le projet Borno invite à ouvrir la réflexion sur la place ménagée par l'institution à l'erreur et à l'échec, et notamment sur la façon dont s'articulent responsabilité individuelle et responsabilité collective. Il ne s'agit certainement pas d'exonérer les individus de leurs responsabilités propres. Il s'agit d'*instaurer* plus nettement – par des actes concrets, des dispositifs où la bienveillance est de mise – un climat qui promeuve et autorise davantage la reconnaissance par chacun de ses ratés, ses faiblesses, ses errements, ses décisions discutables, ses doutes et son besoin d'aide. Ce climat ne peut advenir que si chacun est assuré qu'en face, l'institution saura prendre sa part en reconnaissant de son côté la complexité du travail, y compris de son propre fait (injonctions contradictoires, ambitions démesurées, soutien insuffisant…), en rappelant que tout projet est une œuvre collective (les « réussis » comme les « ratés », ceux qui portent la marque d'un individu au talent exceptionnel comme les autres) ; et enfin en organisant la délibération sur les problèmes. En somme, remettre de la responsabilité collective pour que puissent s'exercer – plutôt qu'être éludées par le déni ou le défaussement – les responsabilités individuelles.

*

Retraçant les turpitudes du projet au cours des six premiers mois de l'année 2016, la **SAISON 3** illustre particulièrement comment les enjeux proprement opérationnels (analyse de la situation, réactivité, choix de lieux d'intervention et d'activités) se révèlent indissociables des dynamiques existant au sein des équipes et entre elles ; et comment des questions de fonctionnement interne – en l'occurrence, la gestion du problème des malversations – lestent l'intégralité du projet. Nous ne reviendrons pas ici sur ce dernier point, largement développé par ailleurs, mais sur deux autres

séquences majeures de cette période ayant trait au « diagnostic de situation » – une expression qui tend certainement à masquer les difficultés et contingences affectant la qualification d'une situation.

Comment regarder la ville ? Désaccords sur la situation à Maiduguri. Le premier semestre 2016 est marqué par les difficultés de la cellule régulière à embarquer les équipes de terrain dans une dynamique de réduction des activités. Pour partie, ces difficultés sont liées à l'existence d'un désaccord implicite sur la qualification de la situation à Maiduguri. S'il transparaît dans les entretiens et dans les écrits, ce désaccord ne semble pas avoir fait l'objet d'une discussion ni d'un arbitrage formel reconnaissant l'existence d'avis divergents – et l'on pourrait ici réitérer la remarque formulée plus haut concernant les documents produits et utilisés par les équipes, qui n'auront pas permis de faire émerger ni d'expliciter ces divergences. Chacun se raconte pour soi-même une histoire différente : Maiduguri est une ville riche qui a fini par absorber l'exode rural massif provoqué par la guerre (version siège) ; ou une ville assiégée menacée par la famine et les épidémies (version terrain).

De fait, ces deux réalités coexistent. Une partie des déplacés est en effet parvenue à s'insérer dans l'économie urbaine alors qu'une autre – notamment les nouveaux arrivants et les résidents qui les entourent – sombre dans la précarité économique et sanitaire. Le terrain et le siège n'arrivent pas à s'accorder sur un récit commun rendant compte de cette dualité, restituant les inégalités sociales, économiques, sanitaires, sécuritaires qui structurent le tissu urbain.

Cette difficulté à penser la ville dans son hétérogénéité est accentuée par le type de données quantitatives dont dispose la mission – notamment par les enquêtes produites par Epicentre et ACF. Réalisées à l'échelle de l'agglomération, celles-ci invitent à penser la ville comme un tout. Elles masquent les différences entre quartiers riches et quartiers pauvres, camps officiels et sites informels, anciens déplacés et nouveaux arrivants, etc. Leur échelle dissout les foyers de surmortalité et de malnutrition dans des données globales faussement rassurantes – et qui le sont d'autant plus qu'elles sont interprétées à l'aune du seuil d'urgence standard de 1 décès/10 000 personnes/jour, ne permettant pas de relever que les déplacés en milieu ouvert meurent dans des proportions deux fois plus importantes que les résidents et à un taux très supérieur à la moyenne nationale[1].

La représentation par le siège d'une situation sous contrôle entre en contradiction avec l'expérience et les perceptions de l'équipe de terrain, qui a une connaissance assez juste de la géographie sociale et démographique de la ville – comme l'illustrent l'implantation des centres de santé à Bolori 2 et Maimusari ainsi que le choix des camps de déplacés où elle souhaite concentrer ses efforts (notamment les sites de Muna et Custom). Mais au lieu de présenter une vision contrastée de la ville et de ses zones de précarité, l'équipe de terrain invoque dans ses sitreps une détérioration de la situation sanitaire à l'échelle de Maiduguri. Son point de vue est d'autant moins audible qu'il s'appuie sur des observations et des analyses qualitatives, généralement considérées comme moins « solides » et « scientifiques » que des données quantitatives.

1. Voir en Annexe 4 la section « Quels seuils d'urgence utiliser pour le Borno ? ». Ces remarques ont fait l'objet d'un blog appelant à une révision de ces seuils : https://www.alnap.org/blogs/mortality-emergency-threshold-a-case-for-revision

Par ailleurs, on peut faire l'hypothèse que l'appréciation de la cellule régulière sur la situation à Maiduguri est influencée par son intention de réduire les activités afin de ramener le projet Borno à une taille gérable. Comme évoqué Saison 2, ajuster notre « diagnostic de situation » à nos capacités d'action peut sembler moins difficile que d'assumer une réduction d'activités « à besoins constants », du seul fait de nos contraintes de moyens et priorités institutionnelles.

Comment savoir sans voir ? L'appréciation de la situation en zone rurale. La première mission MSF à Bama intervient en juin 2016, soit plusieurs mois après que d'autres acteurs de secours nationaux et internationaux ont commencé à y déployer leur aide sans parvenir à enrayer la dégradation de la situation sanitaire. De multiples raisons expliquent ce retard : l'ambiguïté des informations disponibles sur la situation à l'extérieur de Maiduguri, étant donné notamment le refus du CICR et des Nations unies d'alerter publiquement sur la gravité de la crise dont ils avaient connaissance ; la crainte de sortir de la ville compte tenu du risque d'attaques, d'embuscades et d'enlèvement de la part de Boko Haram, avec qui la mission n'a alors aucun contact ; l'épuisement de l'équipe de Maiduguri, en sous-effectif, dépassée par le volume des activités en cours, accaparée par la lutte contre les fraudes, terrassée par la mort accidentelle d'un de ses membres ; la longue passation entre cellule des urgences et cellule régulière ainsi que le changement de responsable à la tête de cette dernière, à l'origine d'un partage des responsabilités mal défini et d'une perte d'informations ; etc.

Outre ces raisons conjoncturelles, nous souhaitons nous arrêter sur trois « mécanismes » ayant certainement concouru à la sous-estimation de la gravité de la situation en zone rurale par la coordination à Abuja et la cellule à Paris. Que ces dernières n'aient pas relevé les informations parcellaires sur l'état critique des populations rassemblées dans les villes de garnison (rapportées par la littérature grise des Nations unies dès la fin 2015) souligne la difficulté pour les responsables opérationnels à repérer, dans le flot de données qui les irrigue en permanence, celles qui sont importantes. Mais ces responsables n'ont pas non plus accordé un crédit suffisant aux témoignages des dirigeants du PAM qui s'étaient rendus dans ces zones en avril 2016, une attitude qui nous semble pointer un trait spécifique à MSF : sa forte défiance à l'égard des alertes sanitaires dont elle n'est pas la source, en particulier lorsqu'elles proviennent d'autres ONG ou des Nations unies. Cette défiance n'est pas sans fondement, étant donné la propension des agences de l'ONU à décrire chaque crise comme « *la pire crise humanitaire du siècle* » ; mais en l'occurrence, elle a incité les responsables opérationnels à négliger des informations alarmantes sans avoir suffisamment examiné leur degré de fiabilité ou cherché à les croiser (par exemple avec les sources auxquelles le coordinateur de projet de Maiduguri avait accès).

Parallèlement, MSF n'était pas en mesure de produire sa propre évaluation de la situation, l'utilisation d'escortes militaires étant rédhibitoire pour la coordination. L'idée selon laquelle circuler sous la protection rapprochée des militaires « *compromet dangereusement l'indépendance, la neutralité et l'impartialité perçues* » des organisations humanitaires et à ce titre, constitue une menace pour la sécurité des équipes, est un cliché solidement ancré à MSF et dans le monde de l'aide[2]. Sa prégnance semble

2. La citation provient du document « INGO Brief on Armed Escorts », 26 avril 2016. Pour une vision alternative, cf. Claire

avoir parasité la réflexion d'Abuja sur les enjeux et les risques réels d'une mission d'évaluation dans les zones rurales.

Enfin, le retard de MSF tient vraisemblablement au manque de confiance de la cellule dans les capacités d'analyse et de jugement des équipes de Maiduguri, qui ont proposé à plusieurs reprises, en avril et mai 2016, de réaliser des missions exploratoires notamment à Bama. La cellule n'a pas validé ces propositions ; ce faisant, elle optait pour le contrôle à distance du terrain, plaçant ce dernier dans une situation parfois intenable (comme l'illustrent les sarcasmes du Gouverneur sur le besoin de « *validation* » du coordinateur de projet). Une autre option aurait été de travailler au rétablissement de la confiance, via un changement d'équipe sur le terrain, ou via un effort renforcé de « maïeutique » visant à transformer les intuitions du terrain en un diagnostic et des orientations de travail partagées. Comme d'autres moments du récit, cet épisode fait percevoir la difficulté que rencontrent les cadres (opérations et départements de support) à accompagner leurs équipes dans l'acquisition et la mise en pratique de savoir-faire opérationnels.

*

Placée sous le signe de l'urgence, la **SAISON 4** met en lumière la multiplicité et la complexité des enjeux opérationnels auxquels sont confrontées les équipes à partir de juin 2016, qui se mobilisent et souvent s'opposent pour tenter d'agir au mieux – vite, aux bons endroits, avec les résultats les plus efficaces, en prenant le moins de risques possibles, en évitant d'être instrumentalisés, en étant ajustés aux contraintes pratiques… Cette Saison riche en problèmes aura certainement suscité en chacun de nombreuses réflexions. Deux commentaires pour y contribuer.

Quand dire, c'est faire. La première action entreprise après la mission exploratoire à Bama le 21 juin est de diffuser publiquement les chiffres de mortalité et de malnutrition recueillis. Le succès de cette communication (enclencher un changement d'échelle des opérations d'assistance nationales et internationales) appelle au moins trois remarques. En premier lieu, il illustre *a contrario* les limites de la stratégie de « diplomatie silencieuse » adoptée par le CICR et les agences des Nations unies. Conscientes de manière beaucoup plus précoce des conditions sanitaires désastreuses dans les camps satellites, ces dernières espéraient élever les secours à la hauteur des besoins par le biais d'une campagne de plaidoyer à huis clos auprès des autres acteurs de l'aide et des autorités. Leur échec – et l'impact de la communication MSF – tend à démontrer qu'il était illusoire de penser obtenir des institutions de secours et des États la mobilisation de moyens exceptionnels sans une pression médiatique ni une crise politique mettant en cause leur responsabilité (ne serait-ce que de manière implicite) dans la catastrophe. En ce sens, cette séquence confirme l'importance de l'alerte publique dans la réponse aux catastrophes.

Deuxièmement, l'impact du communiqué suggère que MSF jouit d'une autorité et d'une audience singulières dans l'arène politico-humanitaire en tant qu' « expert », à même d'authentifier (y compris

Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissman, *Agir à tout prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de MSF*, La Découverte, 2011 ; et Michaël Neuman et Fabrice Weissman, *Secourir sans périr. La sécurité humanitaire à l'heure de la gestion des risques,* CNRS Editions, 2016.

par des procédures de quantification) une situation déjà connue et lui donner un écho médiatique planétaire.

Soulignons, toutefois, que la voix de MSF n'aurait pas eu autant d'effet si elle n'avait pas servi les intérêts des principaux acteurs de l'arène politico-humanitaire nigériane. Bien que la crise politique provoquée par le communiqué MSF mette les autorités civiles et militaires locales dans l'embarras, elle leur permet en définitive d'avoir accès à des ressources du gouvernement fédéral et des bailleurs de fonds internationaux qu'elles ne parvenaient pas à obtenir jusque lors. La crise profite également aux agences des Nations unies, qui bien que mises en cause pour leur « inaction » (alors qu'elles ont été beaucoup plus actives que MSF), reçoivent de nouveaux financements et voient leur position renforcée dans les négociations avec le gouvernement.

Enfin, il faut rappeler que la communication de MSF s'accompagne d'angles morts. En focalisant son alerte sur l'importance des taux de malnutrition et de mortalité ainsi que sur le manque de secours à Bama, le discours de MSF occulte plusieurs dimensions de la catastrophe, à commencer par la responsabilité première de l'armée et du gouvernement dans la création de camps de déplacés fermés, sous-alimentés et en proie aux épidémies. Le discours de MSF ne mentionne pas non plus les nombreuses violences accompagnant ces déplacements forcés, ni l'ambivalence des camps, à la fois refuges permettant aux populations d'échapper à l'emprise totalitaire de Boko Haram, et prisons où règnent privations extrêmes et contrôle brutal ; ni ses propres dilemmes : jusqu'à quel point collaborer à la stratégie contre-insurrectionnelle du gouvernement dans l'espoir d'aider les victimes du conflit ?

Comment décider et agir dans l'urgence et le brouillard ? Ingrédients ambigus pour une action collective instable. La séquence qui se déroule entre le 1er juillet (avec le premier plan d'action pour Bama et les autres camps satellites) et le 2 août (cinquième plan d'action portant création de la *Borno Emergency Response Team*) donne à voir de façon frappante combien le déploiement d'une action commune face à un contexte d'une immense complexité se révèle tout sauf linéaire. Certainement le transfert du projet Borno à la cellule des urgences et la succession rapide de responsables opérationnels auront-ils concouru de façon significative à l'instabilité observée au mois de juillet 2016[3]. Ces personnes font chacune des paris (légèrement ou nettement) différents sur les actions prioritaires à entreprendre et le niveau de risques acceptable, sans toujours avoir eu le temps de mettre à l'épreuve de la réalité les hypothèses et le plan d'action retenus par leur prédécesseur. Il y a sans doute là un point de vigilance quant aux effets non désirés de l'effort de pourvoir les postes coûte que coûte, y compris en s'accommodant de durées de mission ridiculement courtes ; ainsi qu'aux possibles effets de déstabilisation des visites de personnes éminentes du siège, à côté de leurs incontestables bénéfices.

3. Pour rappel : du 14 juin au 14 juillet : c'est le coordinateur de projet régulier qui gère la mission ; du 14 au 28 juillet : le CP devient adjoint coordinateur d'urgence et passe sous l'autorité d'une première e-Coordo détachée du siège ; du 28 juillet au 8 août : l'ARC de la cellule des urgences devient la 2e e-Coordo (ensuite, du 8 août à fin décembre, deux e-Coordos du pool d'urgence se succèdent). A quoi s'ajoute la visite de la DirOp courant juillet.

Toutefois, le roulement des personnes en position décisionnelle ne saurait rendre compte à lui seul de la précarité des plans élaborés et des actions effectivement déployées : si en effet des personnes successives font des paris différents (ainsi de la DirOp qui produit le 14 juillet un plan d'action remplaçant celui du responsable régulier), aussi bien, c'est parfois une même personne qui modifie sa stratégie au regard des événements (comme l'e-Coordo n°2 rédigeant le 4ème plan d'action, puis le 5e quelques jours plus tard après le grave incident sur la route de Bama), ou qui modifie la stratégie dont elle a hérité après avoir d'abord tenté de la suivre et estimé au bout de quelques jours que les conditions n'étaient pas remplies pour y parvenir – promptitude qui rappelle combien la temporalité aiguise en situation d'urgence les enjeux présents dans toute situation, comme il se révèle difficile de tenir ensemble d'un côté l'exigence d'agir vite, de l'autre celle de s'ajuster à l'épreuve de la réalité ; et qui pointe aussi combien pèse dans la conduite d'une opération l'image que chacun se fait des attentes pesant sur le rôle qu'il endosse, telle l'e-Coordo n°1 se disant à elle-même qu' « *un bon e-Coordo, ça ne doit pas freiner le rythme* ».

Ce que cette précarité souligne surtout est la diversité, la complexité et l'entremêlement des ingrédients entrant dans ces décisions, revirements ou dérives – à mille lieux de l'idée, véhiculée par nos outils, que s'enchaîneraient de façon ordonnée l'établissement d'un diagnostic (donnant éventuellement lieu à fortes dissensions), puis la formulation d'une stratégie (à la suite d'un examen comparatif des risques/bénéfices de différentes options de façon à identifier celle présentant le meilleur « ratio ») qu'il s'agirait, ensuite, de simplement « *dérouler*[4] ».

On voit ainsi à plusieurs moments du récit comment ces dimensions s'agencent et s'influencent de diverses manières. Tantôt le plan intègre pleinement – souvent sans le dire – l'appréciation des possibilités de mise en œuvre (notamment faisabilité matérielle, présence de personnes disponibles mais aussi disposées à participer à l'intervention, et ayant les compétences pour) ; tantôt la question de la mise en œuvre, plutôt reléguée à l'aval de la stratégie, revient comme un boomerang contraindre à reconsidérer celle-ci. C'est le cas par exemple avec le plan d'action de la DirOp : le plus fidèle, d'un point de vue d'efficacité médicale, aux recommandations issues de l'expérience MSF dans les camps et en situation d'urgence, il suppose une petite équipe capable avec les moyens du bord d'aller à l'essentiel en se concentrant sur les cas les plus sévères. « *Pas très compliqué* » selon sa conceptrice, ce type d'intervention requiert cependant des savoir-faire, des réflexes, un regard que les personnes alors dépêchées à Bama n'ont pas – et tandis que les jours passent, rien de ce qui était prévu dans le plan ne se réalise.

Symétriquement, on peine à comprendre la stratégie développée début août dans le cinquième plan (mener, via la création d'une équipe mobile, des opérations ponctuelles de masse « *à fort impact* » afin de « *réduire drastiquement la mortalité* » à Bama et dans d'autres sites) si l'on envisage celle-ci comme le seul résultat d'un « calcul risques/bénéfices » renouvelé à l'aune de l'incident survenu sur la route de Bama. Car côté bénéfices, pour un impact « *drastique* » sur la mortalité c'est une autre

4. Selon une expression couramment utilisée à MSF (le verbe apparaissant fréquemment seul, sans complément d'objet : « *tu déroules* »).

option, celle de soins curatifs adossés à un poste de santé, qu'il fallait préférer. Et côté risques, si l'incident amenait naturellement à reconsidérer les déplacements par la route (et à opter, non sans réticences, pour l'hélicoptère), en revanche le renoncement à avoir une équipe fixe n'allait pas de soi et les arguments « objectifs » à l'appui de ce choix apparaissent plus incertains. En réalité, l'option prise dans ce plan n°5 apparaît tout entière construite à partir de l'idée de ne pas avoir d'équipe permanente à Bama ou Dikwa, idée qui elle-même procède d'éléments multiples et de nature variée – le regard porté sur la tentative avortée de positionner une équipe permanente à Bama fin juillet (une prise de risque excessive au regard des résultats très maigres), les conditions de vie extrêmes sur place, les tirs d'armes lourdes chaque nuit, l'expérience de l'équipe MSF-Suisse prise au milieu d'une attaque à Banki, en bref cette sensation partagée d'être « *vraiment très vulnérable à rester dormir dans ces endroits* », et pour finir un élément de faisabilité, l'absence d'équipe disposée à y rester davantage que quelques jours. On le voit, les registres ici se mélangent ; et les niveaux aussi, du ressenti des équipes de terrain jusqu'à celui de l'e-Coordo.

Une dernière remarque avant de conclure. En menant des opérations ponctuelles de masse, les équipes auront eu moins d'opportunités de se saisir de certains aspects de la catastrophe perçus dès la première mission exploratoire à Bama : la disparition des jeunes hommes, le sort réservé par l'armée aux prisonniers et aux suspects, les violences sexuelles faites aux femmes, les violences à l'origine de la constitution des camps de déplacés… En se focalisant sur des masses de population, visitées de manière éclair, elles ont pu moins qu'ailleurs accéder à la réalité sociale et politique des camps. Dans l'ignorance des expériences individuelles des déplacés et des forces armées (miliciens et militaires), elles n'ont pu approfondir leur compréhension des politiques – et des crimes – auxquels leur action se trouvait inextricablement mêlée, et ajuster leurs opérations en conséquence.

*

Rendre visibles les points aveugles d'une option d'intervention, réintégrer le rôle du *gutfeeling* dans l'examen des décisions prises, rappeler celui des paris probabilistes, faire une part aux penchants personnels, aux contingences matérielles : loin de dévaloriser l'action des différents responsables opérationnels, il s'est agi au contraire pour nous tout au long de ce récit de rendre justice aux arbitrages qu'ils et elles opèrent, chacun à son niveau, dans le brouillard et parfois dans l'urgence, pour parvenir à de fragiles équilibres – en rendant ces arbitrages davantage intelligibles et discutables tout à la fois.

Glossaire des principaux termes et abréviations utilisés

TERMES ET ABRÉVIATIONS LIÉS AU FONCTIONNEMENT MSF

Au siège de MSF-France (Paris)

ARC	Adjoint responsable de cellule
Cellule	Equipe pluridisciplinaire basée à Paris et supervisant plusieurs missions (en général, chaque cellule suit 4 à 5 pays)
Desk	Synonyme de cellule (ancienne appellation)
Cellule des alertes professionnelles	Equipe chargée du soutien aux opérationnels pour la détection et la gestion des cas d'abus au sein de l'organisation
Cellule des urgences	Equipe basée à Paris en charge des opérations d'urgence, menées par des équipes envoyées spécifiquement dans un pays (en parallèle des équipes dites « régulières »)
Cellule régulière	Désigne, par opposition à la cellule des urgences, la cellule habituellement en charge d'une mission (dans les pays où une intervention préexiste à l'envoi d'équipes d'urgences)
DirOp	Directrice des opérations
Epicentre	Institution satellite de MSF, dédiée à l'épidémiologie de terrain et à la recherche
Mise à plat	Discussion approfondie des différents projets d'une mission en vue de décider de leur évolution (objectifs, ambitions), organisée en général chaque automne à Paris en amont des commissions budgétaires. Y participent les représentants de la mission (chef de mission, CoMed) et les responsables du siège (membres de la cellule, référents techniques). Elle est censée être préparée par des discussions sur le terrain, avec les équipes projet.
RC	Responsable de cellule
FinCell	Responsable financier au niveau Cellule
LogCell	Responsable logistique au niveau Cellule
MedCell	Responsable médical au niveau Cellule

En capitale (Abuja)

Chef de mission	Coordinateur/trice de l'équipe de capitale, supervisant l'ensemble des projets d'une mission
CoLog	Coordinateur logistique
CoMed	Coordinateur médical
Coordination	Equipe pluridisciplinaire (coordinateur médical, logistique, RH et finances, etc.) basée en capitale, en charge de superviser et épauler les différents projets d'une mission. On parlera parfois de « coordination régulière », par opposition à la coordination d'urgence
Coordinateur d'urgence	Responsable de l'équipe de coordination d'urgence
Coordination d'urgence	Equipe pluridisciplinaire de coordination envoyée spécifiquement pour une urgence (basée en capitale ou, parfois, plus près des sites d'intervention)
E-Coordo	*Emergency coordinator* : coordinateur d'urgence
E-CoLog, E-CoMed	Coordinateur logistique d'urgence, coordinateur médical d'urgence
E-CoFiRH	Coordinateur d'urgence Finances et RH
Mission	Intervention MSF dans un pays

Sur le terrain (Maiduguri)

Coordinateur de projet	Personne en charge de la coordination d'un projet sur le terrain, supervisant l'équipe pluridisciplinaire qui mène les activités de secours
CP	Coordinateur de projet
Explo-action	Mission exploratoire visant à recueillir des informations afin d'évaluer rapidement une situation, et combinée à une action de secours ponctuelle (distribution de nourriture ou consultation médicale ou dépistage nutritionnel)
LTL	*Logistic team leader,* responsable des activités logistiques du projet
MTL	*Medical team leader*, responsable médical au niveau du projet
Projet	Désigne une intervention MSF coordonnée par une équipe pluridisciplinaire, pouvant comporter plusieurs sites et activités
PC	*Project coordinator :* coordinateur de projet
Sitrep	*Situation Report* : tout « rapport de situation » rédigé par une équipe opérationnelle – cela peut désigner tout autant un rapport très fourni rédigé mensuellement par une équipe en contexte stable, que quelques lignes de mise à jour de la situation en contexte très instable.

TERMES ET ABRÉVIATIONS LIÉS À L'ACTION HUMANITAIRE ET MÉDICALE

ACF	Action contre la faim
ATFC	*Ambulatory Therapeutic Feeding Center* : programme nutritionnel ambulatoire
BP5	Biscuit compact hyper-protéiné
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CMR	*Crude Mortality Rate* : taux brut de mortalité (nombre de décès pour 10 000 personnes par jour)
CSB	*Corn Soy Blend* : aliment fortifié de supplémentation nutritionnelle
EHA	Eau-hygiène-assainissement : ensemble d'activités logistiques en lien avec l'approvisionnement en eau, la gestion des eaux usées et l'amélioration de l'hygiène
FAO	*Food and Agriculture Organisation* : Organisation des Nations unies pour l'agriculture et l'alimentation
GAM	*Global Acute Malnutrition* : malnutrition aiguë globale (sévère + modérée)
HCR	Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
IDP	*Internally Displaced Person :* personne déplacée dans son propre pays
IPD	*In-Patient Departement :* service d'hospitalisation au sein d'une structure médicale (et par extension, désigne toute structure – hôpital ou clinique – possédant un tel service)
ITFC	*Intensive Therapeutic Feeding Center* : centre de renutrition thérapeutique intensif, impliquant l'hospitalisation des enfants malnutris
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MUAC	*Middle Upper Arm Circumference* : bracelet de mesure du périmètre brachial pour le dépistage rapide des cas de malnutrition aiguë sévère (dits « *rouges* »)
OCHA	*Office of Coordination of Humanitarian Affairs*: Bureau de coordination des Affaires humanitaires des Nations unies
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OPD	*Out-Patient Department* : consultations externes d'une clinique ou d'un hôpital
PAM	Programme alimentaire mondial des Nations unies
PMA	Poste médical avancé
Plumpy'Nut	Nom commercial de l'aliment thérapeutique le plus répandu
Plumpy'Sup	(voir RUTF) ; nom commercial de l'aliment de supplémentation prêt à l'emploi le plus répandu
RUTF	*Ready-to-Use Therapeutic Food*: aliment thérapeutique prêt à l'emploi pour le traitement de la malnutrition aiguë (sous forme de pâte d'arachide enrichie en micro-nutriments)

SAM	*Severe Acute Malnutrition* : malnutrition aiguë sévère
U5MR	*Under 5 Mortality Rate* : taux de mortalité chez les moins de 5 ans (nombre de décès pour 10 000 enfants de moins de 5 ans et par jour)
UNDSS	*UN Departement of Safety and Security*: département de la sûreté et de la sécurité des Nations unies
UNHAS	*UN Humanitarian Air Service* : service aérien géré par le Programme alimentaire mondial, et mis à disposition des agences des Nations unies et des ONG
Unicef	Fonds des Nations unies pour l'enfance
Watsan	*Water & sanitation* : EHA

TERMES ET ABRÉVIATIONS SPÉCIFIQUES AU CONTEXTE DU NIGÉRIA

BH	Boko Haram
Camp-satellite	Désigne les camps créés par l'armée nigériane dans les villes périphériques du Borno pour y regrouper les populations rurales déplacées
Commissionner of Health	Responsable de la Santé à l'échelle d'un État (ici, le Borno)
DTM	*Displacement Tracking Matrix* : programme de recensement des déplacés créé par l'OIM en juillet 2014 en collaboration avec la NEMA
Gouverneur	Dirigeant politique à l'échelle d'un Etat (le Nigéria étant une république fédérale composée de 36 Etats), élu pour 4 ans.
Jere	Nom du district correspondant aux quartiers périphériques de Maiduguri
IDH	*Infectious Diseases Hospital* : l'un des hôpîtaux de Maiduguri
ISWA	*Islamic State in West Africa:* État islamique en Afrique de l'Ouest
LGA	*Local Government Area* : division administrative équivalant à un district
MMC	*Maiduguri Metropolitan Council* : LGA correspondant à la ville de Maiduguri
NAF	*Nigerian Armed Forces :* armée nigériane
NEMA	*National Emergency Management Agency :* Agence nationale de réponse aux urgences
SEMA	*State Emergency Management Agency* : Agence de réponse aux urgences de l'État du Borno
USUMH	*Umaru Shehu Ultra Modern Hospital* : l'un des principaux hôpitaux de Maiduguri

Tables

Encadrés

Encadré 1. Les débuts de Boko Haram 14

Encadré 2. La campagne #BringBackOurGirls 16

Encadré 3. Principaux enlèvements de ressortissants étrangers attribués à Boko Haram 25

Encadré 4. Les opérations MSF France au 1er janvier 2016 78

Encadré 5. Abus avérés recensés par la cellule des alertes professionnelles, 2016 82

Encadré 6. L'intensification des opérations contre-insurrectionnelles décrites par la presse nigériane au premier semestre 2016 100

Encadré 7. Humanitarian Coordination Team, « Fact Finding Mission to Communities in Kaga and Konduga LGAs, 23 February 2016, Maiduguri, Borno State » (extraits) 102

Encadré 8. Programme alimentaire mondial, *Executive Brief – over 500,000 people in Borno State face Emergency food security conditions*, avril 2016 (extraits) 104

Encadré 9. OCHA, Conférence de presse du 12 avril 2016 105

Encadré 10. Unicef, « Nutrition Emergency in Borno Newly Accessible Areas - Response Framework -28th June 2016 » (extraits) 122

Encadré 11. Les 3 interventions de la BEST à Bama en août-septembre-octobre 144

Cartes et photographies

Figure 1. Carte générale du Borno, principales villes et routes d'accès 4

Figure 2. Carte administrative du Borno et de ses 27 LGA (*Local Government Areas*) 5

Figure 3. Le conflit entre Boko Haram et l'État au 1er janvier 2015 29

Figure 4. Le porte-à-porte dans les camps en amont de la distribution de biens de première nécessité 46

Figure 5. Une déplacée de retour vers son abri avec son « kit NFI » (juillet 2015) 46

Figure 6. Présentation des données de surveillance dans le sitrep d'avril 2016 95

Figure 7. Lettre de la SEMA adressée aux ONG le 8 mars 2016 (archives MSF) 110

Figure 8. Sites d'intervention sélectionnés par la cellule régulière au 1er juillet 2016 125

Figure 9. Entrée du camp de Bama, 13 juillet 2016, MSF 129

Figure 10. Déplacés faisant la queue pour le dépistage nutritionnel, Bama, juillet 2016 129

Figure 11. Photo d'abris et d'une latrine prise par OCHA à Muna Garage en mai 2016 148

Figure 12. Photos satellites du camp de Muna Garage issues des archives, *Google Earth* (février-juin 2016) 149

Tableaux

Tableau 1. Évolution des ressources humaines nationales et internationales affectées au projet Borno, en équivalent temps plein, janvier-juin 2015 40

Tableau 2. Taux bruts de mortalité et mortalité chez les moins de 5 ans, camp de déplacés de Gubio, système de surveillance MSF, 2015 54

Tableau 3. Taux bruts de mortalité et mortalité chez les moins de 5 ans, camp de déplacés de Federal Training Center, système de surveillance MSF, 2015 54

Tableau 4. Approvisionnement en eau des camps de déplacés, semaine 41 (octobre 2015) 56

Tableau 5. Les activités Eau-Hygiène-Assainissement (EHA) au 1er janvier 2016 85

Tableau 6. Nombre de personnes déplacées dans l'agglomération de Maiduguri, DTM (OIM/NEMA/SEMA), décembre 2015-juin 2016 98

Tableau 7. Estimations de populations-cibles dans les sites d'intervention choisis par la cellule régulière (hors Monguno) au 1er juillet 2016 125

Tableau 8. Résultats de l'enquête Epicentre réalisée en août-septembre 2016 à Muna Garage et Custom House 153

Graphiques

Graphique 1. Taux de mortalité infanto-juvénile en moyenne mobile sur 3 semaines enregistré par le système de surveillance MSF dans le camp de Gubio, MSF, Epicentre, 2015-2016 96

Graphique 2. Taux de mortalité (en moyenne mobile) à Muna Garage et chronogramme des interventions BEST, MSF, Epicentre, 2016 154

Graphique 3. Taux de mortalité (moyenne mobile) à Custom House et chronogramme des interventions BEST, MSF, Epicentre, 2016 154

Table des matières

INTRODUCTION **9**

SAISON 1. L'OUVERTURE (2011-mars 2015) **13**

Épisode 1. À la recherche des « victimes directes » du conflit (2011 – 2014) **14**
La préhistoire du projet (2011- avril 2014) 14
Evaluations tous azimuts (mai-juin 2014) 17
Enfin, des camps de déplacés ! (juillet-août 2014) 18

Épisode 2. Actes de naissance (août-décembre 2014) **20**
Premiers secours (août-novembre 2014) 20
Le comité de projet du 16 décembre 2014 23

Épisode 3. L'insuffisance manifeste de la réponse MSF (janvier-mars 2015) **29**
Intensification des opérations militaires et nouvelles arrivées de déplacés à Maiduguri 29
Les carences de l'offre de soins secondaires et nutritionnels 31
Le manque d'eau dans les camps 31

SAISON 2. L'EXPANSION (avril-décembre 2015) **35**

Épisode 1. Les urgences prennent la main (fin avril-fin juin 2015) **36**
Changement de rythme à Maiduguri 36
Abuja et Paris à la traine 38
La situation aux yeux de l'équipe de Maiduguri en juin 2015 40
Changer d'échelle 43

Épisode 2. Montée en puissance des opérations (juillet-octobre 2015) **46**
Nouvelles vagues de déplacements de population 47
La psy ouvre une fenêtre sur le vécu des déplacés 47
Bolori 2, un centre de santé au cœur d'un quartier martyr 51
Admissions en hausse dans les centres nutritionnels 52
Les camps sous surveillance 53
Retour du choléra et développement des activités EHA 55
Ouverture de la chirurgie et transfert de l'hospitalisation pédiatrique 57

Épisode 3. Détournements et autres signes de surchauffe opérationnelle (août et octobre 2015) **58**
Le LogCell s'affole de l'ampleur des activités EHA 58
Une chaîne logistique fragile 59
Alertes sur les risques de fraude 61

Épisode 4. La fin de l'urgence ? (octobre 2015-janvier 2016) **65**
Une passation contestée (octobre 2015) 65
La mise à plat et la décision d'extension (novembre 2015) 66
Le revirement (décembre 2015) 68
Pendant ce temps, à Maiduguri 73

SAISON 3. LA NORMALISATION (1er janvier-13 juin 2016) **77**

Épisode 1. Opération « Mains propres » à Maiduguri (janvier-avril 2016) **78**
Le retour au desk régulier (janvier 2016) 78
Priorité à la lutte contre les détournements 79
L'intervention de la cellule des alertes 81
Les tensions, la tristesse, l'épuisement 83

Épisode 2. Le terrain fait de la résistance (janvier-mai 2016) **84**
La réduction des activités EHA 84
Le maintien des activités médicales 86
Les visiteurs du siège 89
Le différend latent 91
L'ambiguïté des chiffres 94

Épisode 3. La famine du dehors (février-juin 2016) **100**
Les signaux d'alerte 100
Les confidences du PAM 106
Les intuitions et les initiatives du CP 108
La preuve par Empower 54 113

SAISON 4. L'URGENCE (14 juin-31 décembre 2016) **115**

Épisode 1. « Crise humanitaire » à Bama (14-28 juin 2016) **116**
Le contrecoup de l'évacuation réalisée par Empower 54 116
La mission exploratoire MSF-France du 21 juin 117
Le communiqué de presse du 22 juin 119
Crise politique à l'échelle nationale 120

Épisode 2. Le desk régulier passe à l'action (29 juin-14 juillet 2016) **122**
Agitation humanitaire à Maiduguri 122
La stratégie commando du desk régulier 123
Trio de choc 127
En attendant la cavalerie 127

Épisode 3. Les quinze premiers jours des urgences (14-28 juillet) 131
La nouvelle feuille de route dessinée par la directrice des opérations 131
L'ouverture de Bama et la visite d'autres camps satellites 133
Nouvel appel à l'aide, colère des autorités 135
Premier avertissement 136
L'embuscade 138

Épisode 4. Les commandos sanitaires aéroportés (août-décembre 2016) 141
Persévérer ? 141
Création de la Borno Emergency Support Team (BEST) 142
La BEST en action 144

Épisode 5. Muna, Custom, catastrophes ignorées aux portes de Maiduguri (mai-décembre 2016) 146
La découverte des camps informels de Muna Garage et Custom House 146
L'enquête Epicentre et le redéploiement de la BEST 151
« On ne se préoccupe pas assez de ses voisins » 153

EN GUISE DE CONCLUSION. L'OPINION DES AUTEURS 155

Saison 1 155
Saison 2 156
Saison 3 162
Saison 4 165

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS 169

Termes et abréviations liés au fonctionnement MSF 169
Termes et abréviations liés à l'action humanitaire et médicale 171
Termes et abréviations spécifiques au contexte du Nigéria 172

TABLES 173

Encadrés 173
Cartes et photographies 173
Tableaux 174
Graphiques 174

TABLE DES MATIÈRES 175

Fondation Médecins sans frontières crash

14-34 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris - France
tel.: 00 33 (0)1 40 21 29 29 - fax: 00 33 (0)1 40 21 29 62
www.msf-crash.org