

Marc Le Pape et Pierre Salignon (éds)

Une guerre contre les civils

Réflexions sur les pratiques humanitaires
au Congo Brazzaville (1998-2000)



KARTHALA

Marc Le Pape et Pierre Salignon (éds)

Une guerre contre les civils

**Réflexions sur les pratiques humanitaires
au Congo-Brazzaville
(1998-2000)**

**KARTHALA
22-24, boulevard Arago
75013 PARIS**

© Éditions KARTHALA, 2011
ISBN : 2-84586-206-7

LA CHARTE DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Les Médecins Sans Frontières apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situations de belligérance, sans aucune discrimination de race, religion, philosophie ou politique.

Œuvrant dans la stricte neutralité et impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.

A François Jean

Les auteurs

Dr Hélène Asensi, psychiatre

Rémy Bazenguissa-Ganga, sociologue, maître de conférences, Université de Lille 1

Dr Jean-Hervé Bradol, président de Médecins Sans Frontières

Dr François Guillemot, Médecin Sans Frontières

Dr Dominique Legros, Epicentre

Marc Le Pape, sociologue, CNRS, membre du Conseil d'administration de Médecins Sans Frontières

Dr Joanne Liu, responsable de programmes, Médecins Sans Frontières

Christian Losson, journaliste, membre du Conseil d'administration de Médecins Sans Frontières

Dr Marie-Rose Moro, psychiatre, maître de conférences, Université de Bobigny

Dieudonné N'Gaba, psychologue

Pierre Salignon, juriste, responsable de programmes, Médecins Sans Frontières

1

Images du malheur et qualité des secours

Dr Jean-Hervé BRADOL

« Il n'existe en somme que les misères bien présentées pour faire recette, celles qui sont bien préparées par l'imagination ».

Louis-Ferdinand Céline, *Voyage au bout de la nuit*,
Gallimard, Pléiade, 1962, p. 218.

Comment améliorer l'aide internationale aux victimes des conflits armés ? Répondre, c'est d'emblée prendre du recul vis-à-vis de nos propres représentations des situations dramatiques, en exposant de quelle façon elles nous conduisent à porter une attention particulière à certaines catégories de victimes et à en négliger d'autres. D'une telle réflexion, nous espérons dégager des repères, afin d'éviter que l'aide humanitaire ne se refuse à certains, maintenus hors de notre champ de vision par nos préjugés, la facilité publicitaire de la mise en scène d'une « victime idéale » et notre obsession de la standardisation de l'aide sous prétexte d'efficacité.

Dans le vacarme de l'urgence

Tout d'abord, il faut souligner les circonstances habituelles de l'action. Elles sont marquées par une mortalité quotidienne importante, par le danger et la pression permanente de l'urgence à déployer les secours. En l'absence d'une aide efficace, chaque nouvelle journée se termine par un grand nombre de morts évitables. Dans cette entreprise, la précarité des conditions de vie et la sévérité des actes de violence placent la survie au cœur des

objectifs de l'aide et le nombre de morts s'impose comme l'indicateur le plus significatif.

La pénurie alimentaire survenue au sud du Soudan¹, au cours de l'été 1998, est un exemple de ces circonstances dramatiques. 17 000 civils, déplacés par les combats et leur cortège de violences, s'étaient regroupés dans le village d'Ajiep, dans l'État du Bahr-El-Ghazal. La perte de leurs ressources alimentaires habituelles et la distribution inefficace de l'aide internationale, contrôlée et détournée par le mouvement sudiste en rébellion contre la dictature militaro-islamiste en place à Khartoum, avaient entraîné la création d'une poche de famine. Les déplacements de population, la pénurie alimentaire aiguë et les épidémies avaient causé un nombre effrayant de décès que l'aide n'a pas été à même de réduire. Les bailleurs de fonds et les agences des Nations unies, encouragés par l'administration américaine, considéraient les représentants de la guérilla sudiste comme une association humanitaire et lui avaient confié les distributions de nourriture. Cette organisation des secours avait induit la création d'une institution spécifique à la fin des années 80 : l'Opération Lifeline Sudan (OLS). Au fil des années, le mouvement de rébellion sudiste avait vu ses prérogatives s'accroître au sein de l'OLS, au point d'être traité sur le même plan que les Organisations humanitaires internationales par les Nations unies et les États donateurs. Ce privilège, rarement octroyé par le système de l'aide à l'un des protagonistes d'un conflit armé, permettait aux rebelles de détourner aisément une part très importante de l'aide alimentaire. Mais peu importe si ce système affamait les déplacés, car l'objectif prioritaire, vu des États-Unis, était le soutien à l'opposition armée au régime soudanais, qualifié de « voyou » et d'ennemi des USA. Au mois de juillet 1998, les taux de mortalité étaient plus de 20 fois supérieurs au seuil de gravité (un mort pour 10 000 personnes par jour) ; 80 % des enfants de moins de 5 ans étaient atteints de malnutrition aiguë (la moitié sous sa forme sévère) et risquaient de mourir à court terme.

Congo-Brazzaville, un an après l'épisode dramatique du Soudan, nos équipes se trouvent de nouveau dans ce type de situation, pressées par la nécessité de limiter au plus vite la portée d'une catastrophe. Dans leur esprit, les contraintes propres au déploiement des secours font loi. Enfermée dans le carcan d'une réalité reconstruite sous la forme de plan d'urgence, la complexité de la vie resurgit dans des moments inattendus, en partie sous la

forme de fragments d'histoires individuelles dont le caractère dramatique incite le secouriste à suspendre son activité pour écouter :

« Je m'appelle Albert. Ils ont voulu violer ma sœur. Elle n'avait que 17 ans. J'ai tenté de la défendre, alors l'un des miliciens a tiré. Elle est tombée. Ils l'ont tuée et ils m'ont forcé à monter dans un camion pour retourner à Brazzaville »².

A la faveur de la relation nouée pendant un acte de soins, une distribution de vivres ou de matériel, nous entendons ces fragments d'histoires personnelles exprimant à la fois l'horreur des actes et la cruauté de leurs auteurs. Ce temps d'écoute est volé au flux incessant des tâches matérielles à accomplir dans le vacarme de l'urgence.

Cet échange, une relation singulière entre deux individus, un autochtone et un étranger, une personne en situation précaire et un secouriste, constitue le point de départ de la construction d'une image du drame et de ses acteurs. La qualité de la relation humaine, dont dépend celle des secours, s'enrichira de l'écoute de ces récits personnels, relatés dans l'espoir de faire comprendre à quel point la situation dégradante constatée par le secouriste est le produit d'un enchaînement de faits où souffrance et dépendance présentes trouvent leurs origines dans la violence ou la négligence humaines. Il s'agit de s'extraire par la parole, évocation du passé et revendication d'un futur, de la condition humiliante subie au présent, pour retrouver figure humaine et faire appel à la solidarité. S'attacher à la valeur de chaque vie, aussi éloignée soit-elle de la nôtre, refuser de laisser mourir, sans tenter de les sauver, ceux qui réclament notre solidarité est un choix arbitraire et radical, dont l'acte premier est l'établissement de ce dialogue.

De même, l'acte médical commence par le recueil de l'histoire du malade, qui ne doit pas être réduite à celle de la maladie. L'échange ne peut se résumer à la diffusion unilatérale de consignes visant à la bonne organisation des soins, sous peine de glisser vers une pratique vétérinaire.

Pour pouvoir écouter, encore faut-il avoir la curiosité d'aller à la rencontre de ceux que la violence et les discriminations projettent hors de notre champ de vision. L'effort consiste à ne pas détourner la tête devant une expression souvent extrême du malheur et à aborder l'individu en maintenant à distance ses propres préjugés. Les réticences à cette ouverture sont parfois fondées sur la conviction que certaines « victimes plus marginales », réduites à leurs besoins matériels, demeureront inaccessibles à une aide « efficace » livrée sous la forme d'un produit standard. Dans cette perspective quasi industrielle, le premier contact est vécu comme une

fausse promesse délivrée par le secouriste en visite. Pourtant, il ne s'agit pas de promettre de l'aide à toute personne en difficulté, mais plus simplement de ne pas refuser d'écouter l'histoire d'une détresse, de ne pas refuser d'établir une relation sous prétexte que les besoins d'assistance échappent à une réponse standardisée. « L'industrialisation » de l'aide, à défaut de produire la qualité pour le plus grand nombre, induit fréquemment une systématisation des discriminations et des injustices. Le garde-fou, le repère, c'est le souvenir que cette aide s'adresse à des êtres humains. Faire leur connaissance ne relève pas du superflu mais de l'essentiel. Dans ce livre, les « Récits de fuite » (Pierre Salignon et Christian Losson) et les témoignages recueillis illustrent cette intention. Pour rendre possible ces rencontres, l'humanitaire doit sortir de l'univers des organismes d'aide, où la lecture stéréotypée des événements, la taylorisation du travail, les relations passionnelles aux collègues et la fascination pour les moyens de l'action (ordinateurs, véhicules, etc.) consomment trop d'énergie.

Au-delà de l'émotion suscitée par les récits, la responsabilité du secouriste est d'intégrer la diversité et la complexité des conséquences humaines de ces crises au sein d'une pensée descriptive et analytique orientée vers l'action. Cela requiert la mise en perspective d'informations et de prises de positions d'origines variées, liées à la défense d'intérêts parfois contradictoires. Puis, en s'appuyant sur l'image construite du drame, il faudra planifier et réaliser une opération de secours.

Propagandistes, escrocs et secouristes

La narration de faits dramatiques est au point de départ des secours ; c'est pourquoi il faut s'interroger sur la spontanéité et l'authenticité de ces récits individuels. Constituent-ils une « vérité historique » ? Deux remarques s'imposent. Les humanitaires ne possèdent pas les compétences requises pour l'établissement de faits historiques. Prétendre établir la « vérité » dans le temps de l'action, par l'acteur lui-même, est illusoire. La production de faits historiques se situant hors de portée, le travail s'oriente vers la construction d'une image de l'événement et des individus affectés. La responsabilité se précise : cette image doit être la moins biaisée possible, à l'aune du principe de la répartition impartiale de l'aide humanitaire. En conséquence, nous nous en tiendrons à l'étude de l'authenticité, en tentant d'isoler les récits dictés ou travestis, bien souvent à l'initiative des

représentants des pouvoirs en place. L'aspect stéréotypé, la pauvreté des descriptions circonstanciées, le caractère répétitif du message d'un individu à l'autre confirment la tentative de manipulation : l'essentiel ne réside pas dans les attitudes individuelles, mais dans l'organisation de la défense d'intérêts collectifs. Finalité qui conduit à la production de récits visant à tirer un avantage, matériel ou symbolique, pour le pouvoir en place ou son opposition. Les employés nationaux des organismes d'aide et les « officiers de liaison » civils ou militaires issus des autorités locales jouent un rôle décisif, majoré dans le cas, fréquent, où ils servent d'interprètes. Ils ont la possibilité de biaiser les récits en créant l'illusion que l'interrogatoire de sources multiples et diverses crée un faisceau de convergence.

L'exode, vers la Tanzanie, des populations de l'est du Rwanda³, en mai 1994, est un exemple de cette volonté d'intoxiquer les humanitaires. A la formation des camps, nous pensions, nous espérions qu'il s'agissait de Rwandais tutsis fuyant le génocide. Illusion : ces réfugiés quittaient leurs villages en bon ordre, solidement encadrés par leurs chefs. Sous la conduite de Gatete « le super tueur hutu », bourgmestre, organisateur du génocide dans sa commune, certains d'entre eux avaient participé à l'extermination de leurs voisins tutsis avant de quitter leur colline. Ils apportaient avec eux beaucoup trop de biens pour imaginer un départ précipité. Ils déclaraient fuir l'avance du Front Patriotique Rwandais (FPR), accusé de massacrer les civils. Leurs discours stéréotypés répercutaient essentiellement la propagande de leurs chefs, relayée par la Radio des Mille Collines. Pressés de décrire les exactions dont ils étaient censés avoir été victimes, ils nous racontaient des histoires rapportées par d'autres et il était difficile de trouver un témoin direct des actes de violences. La tentative de manipulation était évidente, sans qu'elle permette pour autant d'exonérer le FPR de toute forme de violence contre les civils. En réalité, cette population de fuyards, au-delà de la peur des violences générales, obéissait à des motifs plus spécifiques :

- la peur d'avoir à répondre des crimes commis pendant le génocide ;
- l'obéissance aveugle à la propagande des extrémistes, auteurs du génocide ;
- la peur d'être tué, en cas de refus d'obéissance aux autorités militaires et civiles responsables du génocide et organisatrices de l'exode ;
- la fuite à la suite des massacres perpétrés par les troupes du FPR ;

– les motivations économiques, le simple désarroi, le désir de rester avec ses proches, etc.

La réduction des motifs de la fuite en Tanzanie à l'un d'entre eux (les massacres dus au FPR) par les auteurs et les interprètes des récits signait une manipulation qui n'était pas sans conséquence. Les auteurs du génocide sont alors présentés comme les chefs d'un groupe de civils fuyant la violence du conflit.

C'est ainsi que le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR) des Nations unies confia une partie des tâches de police des camps à ces représentants de l'ancien pouvoir rwandais.

Les récits motivés par la recherche d'un bénéfice individuel, souvent matériel, sont un autre exemple de récits non spontanés. Ils visent à induire en erreur, mais l'enjeu demeure limité à l'échelle d'un individu, d'une famille. L'objectif se limite à la recherche des avantages que les actions futures de l'auditeur, provoquées par le récit, pourraient apporter à son auteur et à ses proches. L'auteur du récit cherche à modifier son rôle propre ou à biaiser le sens de l'événement, de façon à en tirer un bénéfice. Ce type de comportement, plus fréquent en situation de pénurie, doit être détecté par les membres des organismes d'aide dans leur activité quotidienne. Ne pas être capable de faire le tri dans la multitude de récits et de demandes, nous exposerait en effet à la paralysie de l'aide par l'entremise du pillage de ses ressources au profit de petits groupes de privilégiés. Mais reconnaissons que ces escrocs sont parfois des artistes et peuvent tromper notre vigilance.

La nécessaire et dangereuse classification des victimes

Après évaluation de leur spontanéité, comment apprécier la représentativité de ces histoires personnelles ? L'approche quantitative permet d'estimer la récurrence d'une première impression reposant sur des récits recueillis au hasard. L'établissement d'un questionnaire standardisé, néanmoins construit d'une façon singulière afin de prendre en compte l'événement et ses acteurs dans toutes leurs dimensions, la construction d'un échantillon représentatif et l'attention portée à la rigueur dans le recueil des informations (pertinence et précision des questions, formation des enquêteurs et qualité des traductions) permettront d'attribuer des fréquences aux événements étudiés et d'apprécier leur poids respectif. Cet apport est précieux, à condition que le recueil des données ne se limite pas à

l'extraction des informations nécessaires au remplissage des rubriques d'un questionnaire standardisé, mais soit attentif à l'histoire de la personne. La méthode statistique permet d'estimer la représentativité de ces récits. Mais le passage du qualitatif au quantitatif impose la définition et l'utilisation de catégories (personnes, événements, facteurs de risque).

La classification des victimes est indispensable à ce travail de connaissance sur lequel reposeront la planification et l'organisation des secours. La catégorie des enfants sévèrement dénutris est à ce propos exemplaire, car elle illustre à la fois le meilleur et le pire de cet exercice de classification. En Occident, la prise en charge médicale de ces enfants ayant perdu une grande partie de leur masse corporelle en peu de temps, souvent infectés, plongés par la privation alimentaire dans un état de détresse psychique et physique, relèverait d'une Unité de Soins Intensifs. Dans ces situations précaires, ici les quartiers Sud de Brazzaville en 1999, les soins sont simplifiés sous l'effet de la pénurie de moyens (personnel médical qualifié, locaux adaptés, logistique de transport et de stockage) et du danger (personnel national de santé touché par la violence affectant l'ensemble de la population et menaces contre le personnel international). Ces soins spécialisés, même réduits à l'essentiel, demeurent lourds si l'on veut atteindre l'objectif : la reprise de poids en quelques semaines, en évitant le décès par troubles métaboliques ou infection.

Dans le combat engagé pour la survie des enfants, nous ne pouvons faire l'économie de l'estimation du nombre de patients à admettre dans les Centres de Réhabilitation Nutritionnelle afin d'apprécier le nombre de places à créer. Le calcul de la proportion d'enfants couverts par l'aide (comparaison du nombre d'enfants déjà bénéficiaires à l'estimation du nombre total nécessitant une prise en charge), et le suivi de l'évolution de la pénurie alimentaire aiguë à l'échelle d'un groupe de population (stagnation, progression ou régression) sont deux autres éléments, tirés des enquêtes statistiques, indispensables au pilotage de l'intervention. La nécessité, pour la qualité de l'action, de la catégorie « enfant atteint de malnutrition aiguë » et de son dénombrement est évidente dès l'apparition des premiers cas cliniques isolés parmi les patients de la consultation générale. L'indispensable message d'alerte qui conduira, souvent trop tardivement, à des distributions de nourriture, repose en grande partie sur l'existence de ces données. Combien sont les affamés ? Où sont-ils ? Les réponses à ces questions sont indispensables au déclenchement et à la répartition des

secours. Il ne s'agit pas de céder à la tentation d'habiller des oripeaux de la science une situation sociale évidente (disette ou famine), identifiable par simple entretien avec les personnes affectées, mais d'affiner la description afin de révéler l'ampleur et la variété des besoins. Le but est également d'effectuer les choix en matière de secours, en toute connaissance des différentes options possibles, et ainsi d'assumer les conséquences de nos actes. L'éthique de l'action repose sur l'évaluation initiale de l'ensemble des choix possibles, étape indispensable à l'examen de la responsabilité face aux conséquences des décisions mises en œuvre. À cette fin, nous devons intégrer au raisonnement le fait que les catégories de victimes, l'enfant affamé par exemple, entrent en résonance avec l'imaginaire collectif et les contraintes propres au médias. René Backmann et Rony Brauman ont décrit ce phénomène :

« Victime d'une nature cruelle, d'une guerre absurde – les guerres des autres sont toujours absurdes –, de bandes armées impitoyables, ou d'un dictateur sanguinaire, mais victime pure, non participante »⁴.

Pour les organismes de secours, souvent coordonnés par des Occidentaux, l'enfant est aussi cette icône de « l'innocence victime de la folie des hommes ». Les commodités d'usage de cette « victime idéale », notamment comme « produit d'appel » de la collecte de fonds, sont susceptibles d'entraîner le rejet à l'arrière-plan des secours des autres membres de la société touchés par la violence. Ainsi, dans le cas des populations de Brazzaville et du Pool, l'image des enfants affamés a dominé celle des femmes violées. Elle a également relégué au rang d'anecdote celle des hommes exécutés sommairement.

De l'histoire d'une famille qui n'arrive pas à nourrir ses enfants à l'image d'une société en crise, précisée par des enquêtes épidémiologiques, le chemin parcouru doit être examiné avec soin.

En effet, l'importance d'une catégorie au sein de la population générale peut s'estimer au moyen de l'outil statistique. Mais celui-ci ne permet pas de répondre à la question posée par une autre forme de lutte pour la reconnaissance : celle qui oppose, dans l'esprit des secouristes, chaque victime et sa catégorie à toutes les autres. En effet, quel ordre de priorité attribuer aux différents individus, aux différents groupes, afin de répartir, entre eux, des secours presque toujours inférieurs aux besoins de l'ensemble de la population ? Si l'estimation du poids numérique respectif de chaque catégorie contribue à la décision, les statistiques seules ne donnent pas la

réponse. L'intervention en République du Congo-Brazzaville illustre comment les représentations victimaires dominantes peuvent faire écran à d'autres souffrances, moins visibles, affectant des individus moins « idéalement victimes » mais pourtant tout aussi en danger de mort. Dans ce livre, le travail de Marc Le Pape, sociologue au CNRS (« Urgences à Brazzaville : Médecins Sans Frontières face aux violences contre les civils »), rend compte de la dynamique du débat interne des équipes devant ces dilemmes.

Cette fonction de triage, responsabilité du secouriste, doit être mise en lumière et faire l'objet d'un examen critique pour éviter que la représentation stéréotypée du malheur et des malheureux n'induisse une injuste répartition des secours.

La violence contre les femmes : le poids des mots et le poids des nombres

Les femmes congolaises violées constituent l'exemple malheureux d'une catégorie de victimes dont la prise en charge médicale n'a pas atteint un niveau décent. La femme violée représente rarement la « victime idéale ». Si l'on reconnaît les conséquences psychologiques d'un viol, on sous-estime souvent les dangers que celui-ci fait peser sur la santé. Pourtant, l'existence de meurtres associés, la possibilité de transmission du virus responsable du sida et le risque de suicide soulignent que le viol met en jeu le pronostic vital. Cependant ces femmes se voient refuser le rôle de « victime idéale », sésame pour l'accès à des soins de qualité. Les équipes de Médecins Sans Frontières mettront des mois à s'investir directement dans la prise en charge médicale des femmes violées. Au début, notre action se limitait à la fourniture d'antibiotiques et nous n'avions pas de personnel impliqué dans la prise en charge clinique de ces patientes. Une partie des femmes violées étaient reçues dans une consultation spécialisée des hôpitaux de Makelekele et Talangaï à Brazzaville, soutenue par International Rescue Committee (IRC). Après inscription sur registre et interrogatoire, elles recevaient des soins le plus souvent limités à une injection d'antibiotique. La prise en charge psychologique, celle des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et la prescription d'antirétroviraux (ARV) afin de diminuer le risque de transmission du VIH étaient aléatoires ou inexistantes.

On peut préciser rétrospectivement quels ont été les arguments qui ont orienté, en faveur des femmes violées, l'attention des humanitaires, tout d'abord dirigée principalement vers les enfants affamés. Un des éléments qui a stimulé la prise de conscience de la gravité du problème a été la demande faite aux autorités sanitaires congolaises d'autoriser la prescription prophylactique d'antirétroviraux après un viol. Cette demande se heurta à un refus pendant plusieurs mois. L'éventualité de la mort, par la transmission du virus du sida au cours du viol, et le refus temporaire du ministère de la Santé d'autoriser la prescription d'antirétroviraux ont provoqué une réaction émotionnelle, insuffisante cependant pour induire une hausse de la qualité des soins. Pour faire reconnaître le besoin d'une amélioration de la prise en charge médicale, le nombre croissant de femmes violées a été l'argument le plus déterminant.

Entre mai et décembre 1999, 1 300 femmes (petites filles et adolescentes comprises) se sont présentées pour recevoir des soins dans les hôpitaux de Makelekele et Talangaï (Brazzaville) en déclarant avoir été victimes d'un viol⁵. Dans leur majorité, ces viols sont survenus sur la route de Kinkala à Brazzaville, surnommée le « corridor de la mort » par les survivants et le « corridor humanitaire » par les protagonistes de la guerre civile. Si la paix s'accompagne d'une baisse notable du nombre de viols, le phénomène ne disparaît pas entièrement. En mars 2000, 22 victimes de viol, âgées de 3 à 40 ans, ont été traitées à l'hôpital de Makelekele. 21 de ces viols ont été commis par des hommes en armes et, dans 13 cas, il s'agissait de viols collectifs. De mars à septembre 2000, 83 femmes violées ont été suivies ; 20 s'étant présentées moins de 72 heures après le viol, ont bénéficié d'une prophylaxie anti-HIV, 50 % de ces traitements ont été menés à leur terme ; 29 grossesses ont été enregistrées, 13 enfants sont nés, 38 femmes ont bénéficié d'une psychothérapie.

Dans cet exemple, l'argument du nombre a été décisif pour la mise en place d'une filière de soins. Ce recueil systématique des cas de viols est inhabituel. Dans la majorité des conflits, les femmes violées sont enregistrées dans les catégories « maladies gynécologiques », « maladies sexuellement transmissibles » ou bien « traumatismes divers ». On retrouve là une négligence connue de la médecine et des médecins, enfermés dans leurs préjugés, réticents à singulariser un groupe particulier de patients dont la visibilité entraînerait des tensions avec les pouvoirs (politiques, militaires, traditionnels ou religieux) et au sein de l'institution médicale.

Cela implique la discrétion, voire le silence. La tentative d'évitement des tensions, plus ou moins consciente, conduit à l'absence de mise en place de filières de soins adaptés à la demande de ces patients. Dans ce livre, l'article de Marie-Rose Moro et Hélène Asensi (« Clinique de la douleur ») ainsi que celui de Joanne Liu et Pierre Salignon (« Victimes des viols : dispositif de soins ») montrent ce qui peut être proposé, à condition de rompre avec cette forme particulière de négligence médicale.

Experts sanitaires et politiques : une soumission singulière

La propension des médecins à éviter la confrontation avec le pouvoir explique la rareté des données épidémiologiques dans ce domaine, surtout quand la violence politique est l'origine principale d'un état morbide ou d'une mortalité. Dans de telles circonstances, la pathologie, causée par la violence politique, décime les familles, se retrouve au centre des mensonges du pouvoir mais occupe peu de place dans les rapports des experts de santé publique. L'autonomie de ces derniers par rapport au pouvoir politique apparaît limitée. L'étroite marge de manœuvre de ces experts face aux acteurs politiques trouve son origine dans la genèse même de la santé publique, comme l'expose Didier Fassin :

« Bien entendu, le contenu des relations entre le politique et le corps et la forme des institutions de la santé publique diffèrent considérablement en fonction des situations historiques, mais l'instauration d'un ordre sanitaire fait partie de la construction des États »⁶.

La réticence des experts sanitaires à se mettre en porte-à-faux avec le pouvoir politique est un trait de caractère de la santé publique dès sa naissance. La sécurité publique est une des fonctions essentielles du pouvoir politique. En cas de crise, sa mise en cause se fera selon trois modes critiques : la responsabilité directe dans les crimes, l'incapacité à faire cesser les crimes et l'incapacité à offrir réparation aux victimes.

C'est pourquoi la production et le contrôle des données sanitaires deviennent pour les politiques un objectif majeur des actions de propagande réalisées en appui à la lutte armée.

Il faut bien constater qu'il est tentant, pour l'épidémiologiste médical, de se limiter à des catégories consensuelles (malnutrition et épidémies par exemple) et qu'il lui demeure difficile de singulariser un événement de santé s'il est causé par un usage systématique de la violence politique.

Ainsi, la mort par coup de machette ou par coup de fusil n'est-elle pas prise en compte par des rapports d'épidémiologie médicale.

La guerre civile rwandaise est un exemple de ces phénomènes d'escamotage. En septembre 1996, les forces zaïroises rebelles dirigées par Laurent-Désiré Kabila et l'armée rwandaise de Paul Kagamé attaquent les camps de réfugiés rwandais du Kivu, dans l'est du Zaïre. Dans ces camps se sont retranchés l'ex-armée rwandaise et les miliciens responsables du génocide, mêlés à des centaines de milliers de civils contrôlés par la terreur. Lors de l'attaque des camps du Kivu, traqués par des escadrons de la mort, des civils sont impitoyablement exécutés, vieillards, femmes et enfants compris. Initialement bénéficiaires, en 1994, d'une image positive, les réfugiés rwandais, décimés par le choléra et la dysenterie, symbolisaient la « victime rwandaise idéale » pour laquelle l'aide internationale s'était mobilisée en occultant les victimes du génocide. A peine deux ans plus tard, ils subissent, toujours sous l'effet de la propagande des États, une inversion de leur image dans l'opinion publique. Les réfugiés sont alors assimilés aux auteurs du génocide par la majorité des observateurs, comme l'atteste un article de la journaliste Colette Braeckman :

« A noter cependant que les groupes de fuyards étaient plus les lambeaux d'une armée en déroute (des hommes armés entourés de civils) que de véritables réfugiés au sens strict du terme »⁷.

Sur le terrain, cette requalification s'accompagne de massacres dont peu de personnes souhaitent témoigner. En effet, certaines puissances régionales (Ouganda) et internationales (USA, Royaume-Uni) soutiennent la rébellion zaïroise et le nouveau pouvoir rwandais. Le Haut Commissariat aux Réfugiés estime que le nombre de réfugiés massacrés est inconnu :

« Des milliers de Rwandais périssent au cours de leur fuite. Leur nombre exact ne sera jamais connu »⁸.

Sommes-nous en train de parler de milliers, de dizaines de milliers ou de centaines de milliers ?

A l'exception d'une enquête de mortalité rétrospective réalisée par Pierre Nabeth⁹, médecin épidémiologiste, les statistiques sanitaires ne gardent aucune trace de cet événement. Parmi un groupe de 3 121 personnes, résidentes des camps du Kivu ayant fui jusqu'en République du Congo-Brazzaville, d'octobre 1996 à mai 1997, 615 (20 %) ont été tuées, selon des témoins oculaires de l'exécution, 1 857 (60 %) ont été perdues de vue par

leurs proches et 530 (17 %) sont arrivées vivantes en République du Congo-Brazzaville. Le taux global de mortalité au cours de ces huit mois d'exode a été de 15,5 pour 10 000 personnes par jour. 41 % des personnes exécutées sont des femmes. Il n'est pas rigoureux d'extrapoler à partir de ces données partielles. Mais de données fragmentaires en données fragmentaires, le tableau se précise, même si nous restons dans le domaine de l'estimation. Dès le début des événements, l'ONG zaïroise EUB rapporte¹⁰ avoir enterré 6 000 morts pour la seule région de Goma, principalement dans les camps, soit 1 % de cette population. Nous pourrions énumérer la liste de données dont nous disposons concernant, à de multiples endroits et époques, des groupes divers de réfugiés rwandais pourchassés par des soldats spécialisés dans leur extermination. De telles données n'évoquent pas la simple liquidation « des lambeaux d'une armée en déroute », mais plutôt un crime contre l'humanité dont l'ordre de grandeur, en restant prudent, semble plutôt se situer dans les dizaines de milliers de personnes massacrées.

Dans de tels cas, l'intérêt du pouvoir est de nier l'existence de tels actes. Pour cette raison, l'indépendance du médecin doit garantir un recueil des données médicales au service des intérêts de ses patients, et non pas de ceux de l'État ou de groupes politico-militaires marqués par l'usage de la violence, les détournements de l'aide et l'outrance des discours propagandistes. L'intérêt du patient est de voir sa situation reconnue. D'où la nécessité de reporter sur les dossiers de consultation et d'hospitalisation les principaux éléments de l'histoire des patients. La fréquence de certains actes peut justifier la création de catégories spécifiques dans les registres de morbidité et de mortalité, voire l'ouverture de registres particuliers. Si les circonstances laissent entrevoir une utilité pour le patient, on peut établir un certificat attestant les faits constatables à l'examen clinique et rapportant l'histoire du patient, en laissant les faits relatés sous sa responsabilité. De toute façon, les dossiers pourront donner lieu à la diffusion de cette information sous la forme d'une présentation indiquant la dimension collective des faits à la source des états morbides et de la mortalité. Au cours de cet exercice, nous devons éviter que les renseignements relatifs à l'identité des patients ne se retournent contre eux. Dans notre histoire, les listes de patients, leurs dossiers médicaux ont déjà été utilisés par les assassins pour identifier leurs futures victimes. A la mi-juillet 1995, lors de la chute de Srebrenica, enclave musulmane de Bosnie orientale protégée par les Casques bleus, la liste des patients de l'hôpital s'est retrouvée dans les

mains de l'officier des forces bosno-serbes chargé de sélectionner les personnes à exécuter.

La reconnaissance collective des faits est une étape indispensable de la mobilisation sociale et politique pour obtenir l'arrêt des violences et la prise en charge des personnes affectées. En général, les effets de la violence politique sur les civils ne sont pas niés mais minimisés ou majorés selon l'intérêt de ceux qui s'expriment. Nul ne doute que des crimes soient commis contre les non-combattants pendant les conflits armés. Mais la fréquence non définie des événements, l'imprécision des dates et des lieux, autorisent toutes les distorsions, de la négation à l'exagération.

La guerre civile congolaise : une catastrophe sanitaire majeure

Dans l'exemple de la guerre civile en République du Congo-Brazzaville, les violences contre les civils sont qualifiées de mineures par les vainqueurs au pouvoir, rarement les moins violents. Pour ces derniers, reconnaître l'ampleur des exactions serait admettre que la position politique actuelle repose, en partie, sur l'action de bandes armées qui ont tué, violé et affamé des milliers de Congolais.

Voici l'extrait d'une déclaration du Président Sassou Nguesso au journaliste Stephen Smith, publiée dans *Libération* le 13 juillet 1999, alors qu'il était revenu au pouvoir en 1997, après cinq mois de guerre civile. Quand l'entretien se déroule, les combats ont repris depuis neuf mois.

Libération : N'avez vous pas, aussi, été débordé par vos propres miliciens ?

D. Sassou Nguesso : Non, absolument pas. Sinon, comment expliquer qu'il y ait un début de remise en ordre et de reconstruction, d'octobre 1997 jusqu'en août dernier ? Après ma victoire, personne n'est allé piller les quartiers Sud de Brazzaville, et tout le pays est resté en paix. Qu'on me dise où des exactions ont été commises à l'époque. Nulle part. Ce n'est qu'à la suite des attaques commanditées par les anciens dirigeants en exil que les violences ont repris.

L'opposition n'a pas été avare de violences contre les civils. Nous pourrions retrouver les propos du Président Sassou Nguesso dans la bouche de ses principaux adversaires. Le discours procède d'une double affirmation contradictoire et de la substitution du mot « violences » à celui d'« exactions », au moment où il devient impossible de nier des faits trop évidents :

- Nous ne sommes pas débordés par nos miliciens, donc pas d'exactions, nulle part.
- Il y a une attaque des adversaires, donc il y a eu violence.

Les faits commencent par être niés ou minimisés. Quand cela s'avère impossible, leur qualification évolue. La violence devient réactive à celle des adversaires et, pour cette raison, sa légitimité est implicitement affirmée, permettant ainsi de dégager ses auteurs de toute responsabilité.

Les données statistiques disponibles démentent les propos du vainqueur de la guerre civile du Congo-Brazzaville et confirment (dates, lieux, fréquence des événements) que la responsabilité de la violence ne peut pas être attribuée uniquement à l'opposition. Les résultats d'une enquête de mortalité rétrospective, réalisée dans la ville de Mindouli, ville de 10 000 habitants de la région du Pool, au sud-ouest de Brazzaville, montrent que 736 personnes (7 %) sont mortes de novembre 1999 à janvier 2000. Pendant cette période, le taux de mortalité est resté supérieur à cinq morts pour 10 000 personnes par jour. D'août à septembre 1999, la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (un rapport poids/ taille inférieur à 70 % de la normale), parmi les enfants de moins de cinq ans accueillis à leur retour à Brazzaville, a varié entre 30 et 40 %. Rappelons que, de mai à décembre 1999, 1 190 femmes, adolescentes et petites filles, se sont présentées aux consultations pour femmes violées de l'hôpital de Makelekele à Brazzaville. Beaucoup de ces viols avaient lieu sur le chemin de retour des déplacés vers Brazzaville. Les routes empruntées étaient alors sous le contrôle des miliciens liés à la Présidence congolaise.

Le nombre de cas a joué un rôle clef en faveur de l'accès aux soins des femmes violées de Brazzaville. Il n'est jamais indifférent, en matière de sécurité publique, qu'un événement survienne dix fois, cent fois ou plus de mille fois dans une période de temps donnée. Cela n'a rien d'original. La reconnaissance d'un événement comme relevant de la responsabilité collective repose sur la perception sociale de sa gravité, mais aussi sur la détermination de sa fréquence. De plus, nous ne pouvons ignorer que le débat a lieu dans une société où se parer des attributs de la science représente un gage d'être écouté. Mais cet argument est mineur, en regard du caractère exigeant de la méthode statistique. Il est beaucoup plus difficile de faire dire aux chiffres ce que l'on veut si l'on s'astreint, ce qui est vérifiable par le lecteur lors de l'examen de la méthodologie choisie, au respect de règles élémentaires : pertinence des catégories et qualité du recueil de données, échantillon représentatif de la population dans laquelle la distribution de l'événement est étudiée et calcul du caractère statistiquement significatif ou non d'une différence de fréquence.

Dénombrer certes, mais à condition d'expliquer comment cet exercice a été réalisé, en donnant ainsi au lecteur la possibilité d'une lecture critique.

Victimes, bourreaux et secouristes

Si l'on convient que le recueil d'information qui, indépendamment des préoccupations médicales, donne une image des crimes commis pendant les conflits, est indispensable à la bonne qualité de la prise en charge des patients, l'usage de cette information ne se limite pas à cela. Nous examinerons les problèmes posés par sa diffusion et, plus spécifiquement, celui de son utilisation dans des registres propagandistes ainsi que les conséquences de ce détournement sur l'action des humanitaires. Quand la propagande est celle des humanitaires eux-mêmes, nous l'avons vu plus haut, la conséquence la plus immédiate est l'injustice des secours, injustice liée à la réduction radicale de la complexité d'une crise à la figure unique, presque aveuglante, d'une victime pure et innocente.

Quand la diffusion de cette information se heurte à l'intérêt de l'un des belligérants, cela peut se traduire par une attitude hostile à l'encontre des représentants de l'organisme d'aide. De l'intimidation au passage à l'acte, la gamme des réactions hostiles est large : harcèlement administratif, restrictions d'accès, expulsions, attentats contre les bâtiments ou les personnels. Elles sont redoutées par les secouristes car, au-delà des risques personnels ou institutionnels, elles peuvent entraîner l'interruption de secours vitaux. Dans des circonstances où l'usage de la violence par les acteurs du conflit est criminel, le dilemme est souvent spontanément perçu ainsi : présence et silence, ou prise de parole publique et risque d'interruption des secours. La formulation peu pertinente de ce dilemme explique la discrétion des humanitaires au sujet des crimes commis contre les civils dans la guerre civile congolaise, sans constituer pour autant une explication suffisante à la faible attention des médias. La question ainsi posée (parole et absence versus silence et présence) masque un autre dilemme, plus embarrassant pour le secouriste. En effet, le silence, parfois d'une intensité proche de la complicité, n'est pas le seul prix exigé par les bourreaux pour tolérer la présence de témoins étrangers lors de leurs crimes. La volonté des auteurs de crimes collectifs d'impliquer le plus grand nombre, sous la menace, pour garantir le silence par un sentiment de complicité, s'applique aussi aux humanitaires.

L'exemple congolais est, là encore, très révélateur : c'est l'histoire des « corridors humanitaires », surnommés « corridors de la mort » par les survivants. Ces expressions désignent des routes, des périodes de temps et des conditions de violence dans lesquelles des dizaines de milliers de civils ont été déplacés au cours du conflit. Ces déplacements, accompagnés de meurtres et de viols, s'effectuaient dans des camions financés par l'aide humanitaire d'urgence de l'Union européenne et mis à disposition par la branche secours d'une Église. Les crimes les plus graves n'ont pas cessé dans ces « corridors de la mort », qualifiés d'humanitaires par les assassins. Au bout du voyage, en cas de survie aux aléas d'un si horrible périple, une existence de captifs attend les survivants, livrés aux abus des miliciens de leur propre camp ou du camp adverse. La simple association, dans la propagande des bourreaux, de l'adjectif « humanitaire » aux « corridors de la mort » oblige à s'en démarquer publiquement. L'acharnement des bourreaux à associer l'action humanitaire à la dissimulation et à la facilitation de leurs crimes apporte une réponse pragmatique au dilemme rester et se taire/ parler et partir. Encore ne faut-il pas créditer la présence auprès des victimes d'un caractère sacré, qui la ferait primer sur le refus de s'associer à un crime ou à sa dissimulation. Révéler les dangers, masqués partiellement aux futures victimes par le label humanitaire, impose de parler publiquement des crimes et de leurs auteurs. C'est au prix de cet exercice que nous pouvons éviter le glissement du rôle de secouriste à celui d'auxiliaire des bourreaux, dans les moments où l'usage de la terreur domine l'ensemble de la vie sociale.

L'histoire du massacre des réfugiés rwandais, au cours de l'offensive conjointe de l'Armée Patriotique Rwandaise (APR) et de l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo-Zaïre (l'AFDL de Laurent-Désiré Kabila), représente l'exemple le plus significatif de la capacité des tueurs à manipuler les organismes d'aide pour accomplir leur mission. Au début de l'année 1997, plusieurs mois après le déclenchement de l'offensive à l'est du Zaïre, nous décidons d'arrêter les opérations de recherche active des réfugiés le long des routes. En effet, les officiers de liaison fournis par les forces de Paul Kagamé et Laurent-Désiré Kabila utilisent leur présence aux côtés des organismes d'aide pour localiser les groupes de réfugiés cachés dans la forêt, qui sont invités à sortir de leurs refuges pour recevoir de l'aide et être rapatriés au Rwanda. Ils sont attirés sur la route entre Bukavu et Shabunda par les promesses d'aide

humanitaire. Une fois sortis de leurs cachettes, les réfugiés sont massacrés par des militaires informés par les officiers de liaison affectés aux organisations humanitaires. L'aide humanitaire sert d'appât aux tueurs pour procéder à l'extermination de groupes entiers de réfugiés. Ces faits ont été l'objet d'un rapport¹¹ de Médecins Sans Frontières, communiqué à la presse¹².

L'aide humanitaire ne possède pas la qualité d'être possible et respectée en toutes circonstances. Il existe des situations, certes peu fréquentes mais réelles, où l'abstention représente la meilleure option humanitaire possible. Refuser d'en prendre conscience serait céder à une arrogance propre à brouiller la frontière entre aide humanitaire et collaboration à un crime.

Informations médicales et propagande en faveur d'une intervention militaire

La négation, plus souvent la sous-estimation de ces événements, n'est pas la seule réaction du pouvoir face à l'évidence de tels crimes. La surestimation est également une pratique fréquente. Il peut être dans l'intérêt d'un des belligérants d'utiliser pour sa propagande l'image repoussante de la violence du camp adverse. Les victimes deviennent alors l'objet d'une publicité intense, qui n'est pas automatiquement associée à une prise en charge de qualité. Ce phénomène est amplifié par l'inclination des organismes d'aide et des journalistes pour les nombres extraordinaires. Dans ce cas où les exactions du camp adverse deviennent objets de propagande, elles perdent de leur crédibilité et donnent lieu à la production de données chiffrées fantaisistes. Le nombre des victimes des soldats de l'armée fédérale et de la police yougoslave, lors de la guerre du Kosovo, dans les discours de propagande des dirigeants de l'OTAN, illustre cette manipulation partisane.

Un article d'Élisabeth Lévy¹³, journaliste, publié un an après le déclenchement de la guerre du Kosovo en 1999, montre à quel point le nombre de victimes était au centre de la propagande de l'OTAN. A certains moments, la propagande s'intensifie, les centaines de milliers de civils qui ne sont plus localisables par l'OTAN sont transformés en victimes potentielles d'un génocide. A la mi-novembre 1999, un rapport du Tribunal Pénal International (TPI) mentionne l'exhumation de 2 018 corps et le signalement, par leurs familles, de 4 266 personnes disparues. Le nombre

de civils massacrés par les forces de Belgrade, et qui a servi de justification à l'intervention de l'OTAN, est ramené à un ordre de grandeur bien inférieur à celui qui circulait à l'époque où il était impératif de trouver les meilleures raisons à l'intervention militaire occidentale.

Quelques jours après le début de celle-ci, le 1^{er} avril 1999, nous sommes invités par le quotidien *Libération*¹⁴ à donner notre point de vue sur les frappes aériennes de l'OTAN et leurs conséquences pour la population du Kosovo :

« Sur les frappes aériennes, nous n'avons pas d'avis précis. Notre base d'information est très faible, tout le monde travaille dans le virtuel et nous ne voulons pas raisonner à partir des informations diffusées partout. Comme dans tous les conflits, la part de manipulation de l'information est très importante. Nous espérons pouvoir nous faire une opinion quand nous aurons un contact solide avec la population concernée, ce qui est notre manière de procéder. Face aux informations alarmantes, on se pose toujours la question de leur aspect systématique : s'agit-il d'actes isolés ? Est-ce qu'ils se multiplient sur l'ensemble du territoire ? Il faut une collecte de données sur plus de quelques jours pour arriver à comprendre ce qui se passe. Étant donné le caractère hautement manipulateur des acteurs du conflit, on se méfie. Notre activité médicale nous donne le privilège d'entrer en contact avec des milliers, des dizaines de milliers de personnes ; tant que l'on n'est pas dans ces conditions, on est extrêmement méfiant ».

Les réserves et l'intention exprimées au cours de cet entretien avec la presse se traduiront en actes. Une enquête¹⁵ réalisée par les équipes de Médecins Sans Frontières et Épicentre à Rozaje (Monténégro) et Kukës (Albanie) auprès de 406 familles de réfugiés kosovars, permettait de valider la thèse de l'expulsion active par les forces de Milosevic de centaines de milliers de Kosovars (par opposition à une fuite devant la guerre et les frappes aériennes de l'OTAN) et donnait une indication du nombre de morts au sein de ces familles. Les réponses à ces deux questions (les raisons de la fuite et l'estimation du nombre de morts) n'étaient pas aussi évidentes qu'un regard rétrospectif peut le suggérer : « Un "génocide" est-il en cours au Kosovo ? » titrait le journal *La Croix*, le 29 mars 1999. Concernant les raisons de la fuite, 79 % des familles interrogées déclaraient avoir fui à la suite de menaces ou de violences dont le but était explicitement de les chasser hors du pays. Parmi les 3 047 personnes de l'échantillon (406 foyers), 13 étaient mortes dont 7 à la suite de violences. Il était précisé que les circonstances de l'enquête ne permettaient pas d'évaluer le nombre de viols. Cette étude donnait des indications claires pour répondre aux deux questions mentionnées ci-dessus. Elle confirmait la réalité du processus d'expulsion et soulignait qu'aucun élément attestant d'un génocide ou de

massacres à grande échelle ne pouvait être recueilli en interrogeant les réfugiés au Monténégro et en Albanie.

Malgré les précisions apportées par ce travail contredisant les éléments les plus radicaux de la propagande de l'OTAN, sa diffusion à la presse¹⁶ est entrée en résonance avec la campagne de manipulation de l'opinion publique des dirigeants occidentaux.

En effet, la publication des résultats sans dénonciation de l'imposture que constituait la présentation de cette guerre comme « humanitaire » a seulement permis au public de comprendre que Médecins Sans Frontières confirmait, par un travail d'épidémiologie, la réalité des exactions servant de justification à l'intervention militaire des forces occidentales. La seule qualité des données n'est pas une garantie d'éviter les pièges de la manipulation. L'intelligence des buts poursuivis par les principaux acteurs politiques et militaires demeure indispensable. Vouloir faire l'économie d'une analyse politique précise dans ce domaine expose au risque de servir involontairement les objectifs des partisans d'une intervention militaire.

Un entretien¹⁷ donné à un mensuel français par l'amiral Lacoste, ancien chef des services de renseignements militaires français, illustre clairement ce point :

« Prenons le cas de Médecins Sans Frontières : cette ONG réussissant à médiatiser – et pourquoi pas ? – la famine en Somalie enclenche, par le fait même, une opération militaire internationale, où d'ailleurs les États-Unis se discréditent. Voilà une puissance effective à l'échelle internationale, qui va même jusqu'à faire engager des actions militaires ».

La médiatisation dont parle l'amiral Lacoste s'appuyait en grande partie sur une enquête¹⁸ réalisée, en avril 1992, dans les régions de Merca et Qorioley, situées 100 kilomètres au sud de Mogadiscio. La population de ces régions était estimée à 103 000 personnes (résidentes et déplacées). Parmi un échantillon de 690 foyers, correspondant à 4 169 individus, on relevait 497 (12 %) décès survenus au cours de l'année précédant l'enquête et 68 % des enfants présentaient, au périmètre brachiai, des signes de malnutrition aiguë lors de la visite des enquêteurs. Le but de cette enquête n'était pas – faut-il le préciser ? – de provoquer une intervention militaire, mais de déclencher une distribution massive de nourriture. L'utilisation du chiffre fantaisiste, dans le cas de la famine somalienne de 1992, de 80 % de l'aide alimentaire détournée par les « seigneurs de la guerre somaliens » a servi d'élément à la propagande américaine pour affirmer qu'il fallait des

soldats afin de protéger les distributions de nourriture. La puissance symbolique des nombres fait leur danger.

Les données statistiques relatives au sort subi par les civils lors de la guerre en République du Congo montrent à quel point la violence contre les civils a été massive.

Ces données sont présentées par Pierre Salignon et Dominique Legros (« Conséquences de la violence sur les populations civiles »). La violence n'a épargné personne. Les hommes ont été exécutés, les femmes ont été violées et les enfants ont été affamés. Personne ne s'est attaché à décrire de manière spécifique le sort fait aux vieillards. L'ampleur de cette violence est telle qu'elle permet d'affirmer que leurs auteurs sont au moins des criminels de guerre, voire des criminels contre l'humanité. Ces données d'enquête ne permettent pas de distinguer les responsabilités particulières des élites politiques et militaires de celles des simples exécutants. Elles ne disent rien des complicités étrangères, qu'elles soient régionales (combattants angolais, rwandais, ex-zaïrois ou tchadiens) ou internationales (État français, compagnies pétrolières, mercenaires privés). Ces données ne sont tout simplement pas la première étape d'un dossier d'instruction. Elles ne sont pas collectées dans le but de fournir des preuves à un quelconque tribunal et ne prétendent pas présenter les qualités requises pour atteindre le statut de pièce au dossier.

Cependant, elles permettent d'établir quelques faits, surtout quand elles sont enrichies par le travail de chercheurs, en l'occurrence celui de Rémy Bazenguissa-Ganga et des étudiants qui l'ont aidé. L'apport spécifique de ce travail est la description des intentions des auteurs des actes de violence, et la mise en évidence du groupe social auquel ils appartiennent. Information à la fois indispensable et difficilement accessible à des étrangers. Difficile pour l'humanitaire, qui a accès principalement au monde des secours, de se construire une opinion entre les récits personnels et les rumeurs les plus farfelues. La contribution des chercheurs en sciences humaines et des journalistes est d'une grande valeur pour aborder de telles questions : qui commet les violences et pourquoi ?

Dans le cas de la guerre civile du Congo-Brazzaville, les enquêtes de terrain menées par Rémy Bazenguissa-Ganga ne relèvent pas l'intention d'exterminer un groupe ethnique et indiquent que les civils ont autant été victimes de miliciens issus de leur propre camp que de ceux issus du camp adverse. Éliminer et terroriser l'adversaire, exécuter les infiltrés et les

sorciers (ou sorcières), punir ceux qui enfreignent les interdits sont les principaux motifs des crimes. Le dire haut et fort constitue-t-il une entorse au principe de neutralité des humanitaires dans un conflit ? Les Conventions de Genève prévoient le droit, pour le personnel humanitaire, d'utiliser une arme pour se défendre si un combattant le menace de mort en dépit de son strict respect du cadre de l'action humanitaire et de sa claire identification. Si la lettre des Conventions de Genève autorise, dans de telles circonstances, l'usage d'une arme, on imagine mal comment le fait de dénoncer publiquement l'assassinat et le viol systématique de personnes protégées par ces conventions internationales serait y déroger. Mais, une fois de plus, médecin humanitaire ne signifie pas justicier. La prise de position publique au sujet de ces crimes poursuit l'objectif premier de s'en dissocier, d'éviter que le label humanitaire et les moyens logistiques de l'aide ne servent le dessein des bourreaux, et de se mobiliser pour que l'aide aux survivants inclue à la fois sécurité et secours de qualité. La justice poursuit d'autres buts. Elle s'appuie sur la loi pour mobiliser la force publique contre les auteurs des crimes, mettre fin à leurs agissements, les juger équitablement, les punir s'ils sont reconnus coupables et donner réparation aux victimes. Elle se situe bien au-delà des ambitions de l'action humanitaire et bien au-delà des compétences de ces acteurs qui, définitivement, ne sont ni historiens ni justiciers.

1. H. Creusvaux, V. Brown, R. Lewis, K. Coudert, S. Baquet, Épicentre & Médecins Sans Frontières, « Famine in Southern Sudan », *The Lancet*, vol. 354, Sept. 4, 1999, p. 832.

Épicentre est une association créée en 1987 par Médecins Sans Frontières ; l'association regroupe des professionnels de la santé publique spécialisés en épidémiologie d'intervention. L'un de ses axes de recherche est l'épidémiologie des désastres et des déplacements de population.

2. Cf. page 53.

3. J.-H. Bradol et A. Guibert, « Le temps des assassins et l'espace humanitaire », *Hérodote*, n° 86/87, 1997.

4. R. Backmann et R. Brauman, *Les médias et l'humanitaire. Éthique de l'information ou charité spectacle*, CFPJ Éditions, 1996, p. 24.

5. P. Salignon, J.-C. Cabrol, J. Liu, D. Legros, V. Brown, N. Ford. Epicentre & Médecins Sans Frontières, « Health and War in Congo-Brazzaville », *The Lancet*, vol. 356, Nov. 18. 2000, p. 1762.

6. D. Fassin. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. PUF. 1996, p. 205.

7. C. Braeckman, « Zaïre : récit d'une prise du pouvoir annoncée », *Politique Internationale*, n° 76, Paris, 1997, p. 68.

8. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, *Les réfugiés dans le monde, cinquante ans d'action humanitaire*, 2000, p. 269.

9. P. Nabeth, A. Croisier, M. Pedari, J.-H. Bradol, Epicentre & Médecins Sans Frontières, « Acts of violence against Rwandan refugees », *The Lancet*, vol. 350, Nov. 29, 1997, p. 1635.

- [10.](#) AFP, 101831, novembre 1996.
- [11.](#) *Rapport Bukavu-Shabunda*, Médecins Sans Frontières, 1997.
- [12.](#) *Libération*, 20 mai 1997.
- [13.](#) E. Lévy, « Kosovo : l'insoutenable légèreté de l'information », *Le Débat* n° 109, mars-avril 2000.
- [14.](#) *Libération*, 1^{er} avril 1999.
- [15.](#) V. Brown, W. Perea, G. Godain, E. Dachy, M. Valenciano, Epicentre & Médecins Sans Frontières, « Kosovar Refugees Assessments in Montenegro and Albania », *Refuge*, Vol. 18, N° 5 (Jan. 2000), p. 43.
- [16.](#) *Libération*, avril 1999.
- [17.](#) *Paris Match*, 23 octobre 1997, p. 28.
- [18.](#) S. Manoncourt, B. Doppler, F. Enten, A. Elmi Nur, A. Osman Mohamed, A. Moren, « Conséquences de la guerre civile en Somalie sur la santé des populations », Epicentre & Médecins Sans Frontières, *Cahiers Santé* 1992, 2 : 397-402.

PREMIÈRE PARTIE

CEUX QUI SONT REVENUS

Récits de fuite

Christian LOSSON et Pierre SALIGNON

Brazzaville, un jour de décembre 1999. C'est ici qu'il veut tout dire. A la descente du camion usé qui l'a ramassé avec tant d'autres, le regard si las, si fatigué. Après la file d'attente pour un ticket de rationnement, du riz pour une vingtaine de jours. Après une errance d'un an dans les forêts. Un an à fuir la mort annoncée, quasi programmée. C'est là, à Brazzaville, dans ce camp de fortune où l'accueille Médecins Sans Frontières, qu'il voudrait tout dire. Et pourtant, François ne dit que ceci : « Je suis parti de Brazzaville le 18 décembre 1998, quand la guerre a débuté. Quand des miliciens nous ont chassés. On a ensuite mangé des racines, on a vécu de petit troc, de misère ». Il lève les yeux au ciel, articule chaque mot, la dignité chevillée au corps, la seule chose qui lui reste. « On n'avait rien. Pas de médicaments, pas d'assistance. Juste la peur des milices et la crainte de ne pas revenir ».

A ses côtés, il y a son fils. Personne, plus personne d'autre. « J'ai perdu tout le reste de ma famille », dit-il. Il y a une semaine, lui, l'ex-instituteur des quartiers sud de la ville, a décidé de rentrer. « On ne peut pas vivre éternellement comme des bêtes. J'ai préféré tenter ma chance ».

La chance, pour ces réfugiés de l'intérieur qu'on nomme pudiquement les « déplacés » – bel euphémisme –, tient de la loterie. Quitter la forêt de la région la plus touchée par la guerre civile (le Pool). Et n'avoir plus qu'à espérer. Espérer qu'un faux barrage de miliciens ne vous pille pas votre dernier sac de jute. Croire qu'un vrai « bouchon » de militaires ne vous massacrera pas. Prier pour qu'un jeune guerrier – *Ninja*, *Cobra* ou *Cocoye* –, les yeux rouges de shit, ne viole pas votre femme, votre fille, votre mère. Il dit ça, François. A sa manière : c'est un homme de peu de mots. Les

mots, au Congo-Brazzaville, ne protègent pas des balles. Alors François s'est tu.

Une semaine avant de débarquer au centre sportif, il a pris la route. Avec lui, des femmes et des enfants. Cent-vingt kilomètres « en diagonale », à l'aveugle, en tentant d'éviter les hommes en armes, incontrôlables – incontrôlés.

Au-delà du silence

Qui sont-ils, ces déplacés ? Pourquoi sont-ils là ?

On évitera l'historique des parties au conflit dans un pays désormais exsangue. Économie délabrée (même l'essence manque ici, alors que le pétrole – brut – représente à lui seul 80 % des exportations). Système de santé ravagé, ou, quand il fonctionne encore, tenu à bout de souffle par les organisations non gouvernementales. Échiquier politique passablement mouvant. On oubliera de décrypter le jeu terrible des différentes milices. De raconter comment l'homme fort du pouvoir (Denis Sassou N'Gusso) s'est un temps appuyé sur les *Cobra*, comment aussi l'ex-président en exil (Pascal Lissouba) a armé les *Cocoye*, comment enfin son ex-premier ministre (Bernard Kolelas) a fait jouer son armée privée, les *Ninja*. On pourrait s'appesantir sur les responsabilités du néo-colonialisme, sur les politiques, française ou autres, en eaux troubles. Redire qu'aujourd'hui encore, la région n'a jamais semblé aussi sulfureuse. Oui, on pourrait tenter d'expliquer. On transcrira seulement ce que dit en partant François : « Vous croyez qu'il y a de la fatalité à tout ça. Il n'y en a pas. On souffre. En silence. C'est tout ». Et dans l'indifférence générale.

Que dit cet infirmier congolais ? « C'est dur de voir une femme qui a perdu trois enfants dans l'exil intérieur et voit les deux autres mourir dans notre centre de nutrition. C'est dur de voir un père qui regarde, impuissant, son enfant mourir de faim après avoir vu sa femme assassinée ».

Que dit ce médecin de MSF, les yeux rouges, la voix cassée ? « Je n'ai jamais vu autant de mômes mourir en 30 ans de carrière. On a tout fait ici. C'était trop. C'était trop lourd. » La tendance s'est légèrement ralentie au sortir de l'été. Mais l'urgence demeure.

A Kinkala, à 75 kilomètres au sud de Brazzaville, ils étaient, début décembre 1999, plus de 1 000 enfants souffrant de malnutrition sévère dans le centre de nutrition de Médecins Sans Frontières. Il faut aller à Kinkala.

Pouvoir y aller déjà : pas facile. Fin novembre, l'association s'y est risquée. Sans « escorte militaire ». Et à elle seule, elle en raconte des choses cette route, entre terre et bitume. Des carcasses de camions brûlées. Des maisons éventrées. Des jardins souillés par le sang. Et rien. Le vide, le silence pendant 40 kilomètres. Un no man's land d'où n'émerge que le sentiment d'une violence encore présente, là, à fleur de peau.

« La guerre est finie... »

Et puis, à l'approche de Kinkala, quelques ombres se détachent. Ils sont deux, trois, à émerger de ce qui reste de leur passé, de leur maison. L'un dit : « On est chez nous. On mange des racines. On attend mieux. » Plus loin, il y a quelques barrages, une tête de mort sur un tonneau. Encore plus loin, la mission de Médecins Sans Frontières : une école reconvertie en centre de nutrition. Un lieu de vie. Et il y a cet hôpital à l'abandon. De la chirurgie, de la radiologie, de la maternité, il ne reste que quelques seringues, et des carnets de santé dont la dernière date s'est figée en décembre 1998.

Il y a ce chef de quartier qui raconte : « On m'a enterré jusqu'au cou, on m'a frappé, frappé. » Mais il est resté. « On n'a même pas de brancard pour porter nos morts. » Mais il veut rester. Dans ses mains parcheminées, un papier, un mot du préfet : « La guerre est finie, vive la réconciliation. » Il n'y croit pas encore.

Car s'il y a bien une chose que les Congolais ont gravée dans leur chair, c'est de ne pas se risquer à l'optimisme. Aussi faut-il toujours convaincre de la fragilité et de l'urgence, de la violence et de la souffrance. Convaincre les institutions de l'ONU que l'urgence demeure, que le danger d'un nouvel embrasement existe. Que l'embryon de règlement « pacifique » esquissé à Pointe-Noire début novembre 1998, puis à Libreville en décembre, ne règle rien. Expliquer aussi à d'autres ONG, présentes sur place, que les risques de contagion régionale, avec une mégapole – Kinshasa – sous couvre-feu, un pays en guerre, sont permanents. Rappeler, toujours, aux proches de l'ONU l'évidence. Que le Congo-Brazzaville est une priorité qui n'est pas forcément à reléguer derrière la Sierra-Leone, la République démocratique du Congo ou l'Ethiopie-Erythrée.

Dans l'échelle de la violence et de l'urgence, l'ONU gradue. Médecins Sans Frontières ne l'accepte pas. L'indignation, la capacité de révolte se

construisent au quotidien. Et doivent être contagieuses.

Que dit Médecins Sans Frontières ? Que derrière la force abrupte et brute des chiffres (combien de déplacés, au fait ? 250 000 déjà de retour, 810 000 à être partis – selon les Nations unies), il y a des vies brisées. Des vies déchirées. Des histoires déchirantes.

Soigner, parler de la violence

Il y a cette femme qui se présente aux soins de hôpital Makelekele. Un jour de chaos et d'horreur, elle tenait sa fille dans ses bras. Elle n'a plus de bras. Elle n'a plus de fille. Un éclat d'obus les a emportés. Elle survit pourtant. Veut vivre. Que peut faire Médecins Sans Frontières ? Rien. Etre là. L'écouter, la regarder sourire, malgré tout. C'est beaucoup. Il y a ces visages émaciés qui, une fois, deux fois par semaine, regagnent Brazzaville avec ce qu'il reste de la ligne Congo-Océan. La voie ferrée aurait avalé 10 000 vies au début du siècle. 10 000 vies pour construire un rail et faciliter l'exportation, vers la France, du pillage du pays. Aujourd'hui, la locomotive transporte toujours les produits du pillage. Et occasionnellement, des déplacés... qui se font piller par les « militaires ».

Il y a aussi cette ado, violée pendant cinq jours par 15 militaires. Depuis, elle s'enferme dans ses tourments intérieurs. Sa mère est à ses côtés, tente de l'arracher à ce cauchemar. Son père ne veut pas la revoir. Un psy est passé. Il a écrit, d'une écriture très propre : « Comportement agressif avec sa mère. » Le responsable du programme de Médecins Sans Frontières a pu s'entendre dire : « Il faut bien que les militaires laissent vivre leurs hormones. » L'infamie du propos ne suffit pas à faire oublier la réalité de l'ampleur des viols (1 190 cas recensés par les services de l'hôpital Makelekele entre mai et décembre 1999). Dans son rapport *Congo-Brazzaville : Chronique d'une guerre à huis clos*, rendu public au mois d'octobre 1999, Médecins Sans Frontières a alarmé la communauté internationale sur cette réalité. L'association continuera : soigner. Et témoigner, encore, s'il le faut, pour inscrire la tragédie dans la mémoire de tous.

Jeanne ne dit pas autre chose. Elle ne demande rien d'autre. Soigner, dire la souffrance. Etre conscient de l'horreur. « Un jour, vous déterrerez peut-être des charniers ici. Combien de morts sont sous cette terre si fertile ? 30 000, peut-être le double. » Elle dit aussi : « J'ai perdu ma mère, j'ai enterré

mon frère, j'ai une maladie des yeux et bientôt je serai aveugle. Seule avec mes quatre enfants. »

Bernard aussi, comme la plupart des gens d'ici, a perdu un proche. Lui aussi a vu sa mère mourir. Dans ses bras. Seule différence, il était médecin. Mais il n'avait rien, pas le moindre médicament pour la soulager. Il l'a regardée dans les yeux jusqu'à ce qu'elle s'éteigne. Les médicaments manquent toujours. Bernard l'assure : « Les forêts sont remplies de gens qui meurent, n'ont plus la force de revenir, n'ont pas le moindre cachet. L'accès aux soins, c'est zéro moins zéro. »

A la sortie de l'hôpital, on peut parfois croiser Norbert. Il sourit toujours. Il a dans les mains une anthologie de la littérature congolaise. A l'intérieur, un poème de Makouk Mboutou, qui s'appelle *L'âme bleue*. Et c'est écrit :

Éloignez-moi de cette ville sans âme
Où tout pourrit et se putréfie
Où tout tombe en ruine, même le souvenir...
Fuyons cette plaine qui brûle et se calcine
Où l'air s'effiloche comme des lambeaux pourris
Où le chacal hume les tombeaux béants.

Une journée ordinaire

Dr François GUILLEMOT

Brazzaville, un jour de juin 1999, 8 heures. Nous quittons notre base pour rejoindre l'hôpital et les deux centres de nutrition. En mai 1999, Médecins Sans Frontières a débuté un programme d'assistance nutritionnelle et médicale dans cette région déchirée par la guerre civile. L'équipe qui nous a précédés, et dont certains sont encore présents, a fait un excellent travail que nous essayons de poursuivre. Deux centres de nutrition, respectivement pour les enfants de moins et de plus de 5 ans, ainsi qu'un centre de traitement du choléra ont ainsi été installés dans Brazzaville. L'hôpital sud de Makelekele, pillé par les milices, a été réouvert. Dans cet hôpital, dès le mois de mai, une unité de pédiatrie avec service d'urgence et un service de médecine adulte ont recommencé à fonctionner, ainsi que la pharmacie, grâce aux dotations en médicaments de Médecins Sans Frontières. Progressivement, les médecins et les infirmières congolais regagnent leur poste. Ils ne sont plus payés depuis quatre mois, eux-mêmes ont subi également la déportation dans la forêt et les exactions des milices, soit dans la forêt, soit en regagnant Brazzaville. Leur maison est souvent détruite, pillée et pourtant ils sont là... Le major infirmier est également là, sept jours sur sept, disponible, bienveillant, tiraillé entre de multiples et contradictoires demandes...

La journée commence. Je ne peux m'empêcher d'éprouver un sentiment d'inquiétude en entrant dans le bâtiment. Quel nouveau drame nous attend ? Et déjà, les terribles nouvelles de la nuit, durant laquelle nous ne pouvons pas travailler pour des raisons de sécurité : l'enfant dénutri que l'on croyait guéri de sa pneumopathie est mort pendant la nuit, l'enfant qui présentait un neuro-paludisme reste toujours fiévreux et est dans un coma profond... Le

petit prématuré entré hier soir est mort deux heures plus tard... Le bâtiment retentit des pleurs des mères. Qui a dit que les mères africaines étaient fatalistes ? Mais déjà arrivent les urgences. Simultanément, deux enfants atteints d'un kwashiorkor très évolué sont déposés, sans un mot, par leurs mères épuisées. Le tableau clinique est désastreux : éclatements de la peau par l'œdème comme autant de brûlures, hypothermie, diarrhée achevant la déshydratation... et surtout le regard des enfants, épuisé, inerte. La mère les a déposés comme pour signifier qu'ils avaient tenu tout ce temps, jusqu'au bout, jusqu'à cet hôpital, en attendant le miracle... Le miracle n'aura malheureusement lieu que pour l'un des enfants. L'autre avait-il tenu, au-delà de tout espoir médical, pour aider sa mère à vivre ? Sa mission accomplie, dans six heures, il sera mort... Puis se succèdent les urgences : les neuro-paludismes, heureusement quasiment toujours accessibles au traitement, les pneumopathies et surtout les diarrhées, de traitement toujours difficile chez les enfants malnutris. Nous nous activons avec les infirmières : qui perfuser, à qui mettre une sonde naso-gastrique pour le soluté de réhydratation... Ni trop, ni trop peu, la mère a souvent du mal à comprendre et accélère le débit de la perfusion dès que l'on s'éloigne...

Avec Lambert, le médecin congolais revenu depuis peu dans l'hôpital, nous essayons pourtant, entre deux urgences, de faire une visite cohérente des salles d'hospitalisation. D'abord, c'est la rencontre de ce petit garçon de huit ans, qui sourit et nous accueille d'un grand bonjour chaleureux. Son pied a été éclaté par un tir de kalachnikov et repose dans un plâtre, l'amputation a pu être évitée. Sa mère a été tuée sous ses yeux. Quant à son père, il a « disparu » dans la forêt... Et puis, cette petite fille de neuf ans, accompagnée par son grand-père. Ses parents ont été tués devant elle, ses sœurs ont été emmenées... Seul reste son vieux grand-père, désespéré, perdu, ne comprenant pas pourquoi sa petite-fille refuse de manger. Car elle refuse de manger, en marasme profond. J'essaie de lui proposer une sonde nasogastrique qu'elle accepte difficilement. Son grand-père apprend à utiliser la seringue d'alimentation. Pendant deux jours, elle reçoit une ration calorique correcte, s'améliore et commence à s'alimenter par la bouche... Et puis, brutalement, elle arrache sa sonde, se tourne vers le mur. Elle répond encore aux questions. Nous essayons les uns après les autres de la convaincre d'accepter de reprendre l'alimentation. Mais il n'y aura plus rien à faire, elle se laissera mourir sans que nous ayons pu trouver les mots de vie. Je reverrai toujours le grand-père, sanglotant la tête dans les mains, sa

famille et sa vie brisées, devant le corps de la petite fille. Il y a aussi ce petit garçon : diarrhée, fièvre, c'est une typhoïde, maîtrisée par les antibiotiques ; on savoure son premier sourire et celui de sa mère, il pourra bientôt sortir.

Il y a aussi Armand. Armand a quatre ans, deux sœurs et un grand frère. Sa mère est restée avec eux après un long périple en forêt. Les quatre enfants sont arrivés dans un état pitoyable : kwashiorkor évolué, plaies cutanées, pneumopathie... Et pourtant, deux semaines plus tard, les petites filles jouent, le grand frère s'active entre deux éclats de rire à chercher l'eau et à nous soutirer des biscuits protéinés supplémentaires, c'est un vrai clown ! Reste Armand : toujours fiévreux, le visage triste, assis pendant des heures, regardant sans comprendre les jeux de ses frère et sœurs... Armand, pourquoi ne veux-tu pas guérir ? Et puis il y a ce père, sa petite fille prématurée dans les bras. Il ne l'a pas quittée depuis le jour où elle a été hospitalisée. Elle respire difficilement, elle a déjà échappé à une pneumopathie, elle n'échappera pas à une diarrhée. J'explique au papa que les jours vont être difficiles pour sa fille, mais il ne semble pas m'entendre... et il a raison, puisque la petite fille, prise ensuite en charge au centre de nutrition voisin de l'hôpital, survivra contre tout pronostic médical. Un moment de calme, et je m'échappe pour une rapide visite au centre de nutrition : là, des rires, des jeux... Quelle joie de revoir des enfants qu'on a vus si mal et qui saluent avec de grands *m'boté* ! Bonjour !

La journée va continuer, avec ses urgences, ses consultations. Les médecins congolais sont moins présents l'après-midi. Ils ont parfois des attitudes surprenantes vis-à-vis des urgences, comme inadaptées, passives. Je réalise qu'eux aussi ont souffert et qu'ils présentent pour certains un syndrome post-traumatique. Un brancard est déposé brutalement dans le couloir. Au fond de ce brancard, un vieillard, les yeux excavés, le pouls difficilement prenable. Vomissements, diarrhées profuses depuis ce matin : choléra typique. Il est aussitôt perfusé. L'ambulance l'emmène rapidement vers le centre de traitement du choléra, situé au Centre hospitalier universitaire, tandis que le « sprayer » s'active déjà à désinfecter le couloir, le brancard et la voiture.

Soudain, on entend un bruit de moteur dans la cour de l'hôpital. Un gros camion vient de s'immobiliser. Dans la benne, une vingtaine de personnes couvertes de poussière, essentiellement des femmes, des enfants et des vieillards, entourés d'hommes en armes. Un homme descend, tenant son bras droit : la veille, une rafale de mitraillette lui a arraché l'épaule, et son

bras pend, l'os pulvérisé s'échappant d'une plaie béante. Pourquoi lui a-t-on tiré dessus ? Comme ça, parce qu'il passait près d'un militaire. Il dit s'en tirer bien, d'autres ont reçu une rafale dans les jambes. Quant à ceux que l'on ne revoit jamais...

Une jeune femme descend à son tour, maigre, épuisée, accompagnée de petites filles d'une douzaine d'années. Elles ont été violées à plusieurs reprises, dans un poste de contrôle, après que le mari, qui tentait de s'interposer, a été battu puis enlevé. A l'hôpital s'est mise en place une consultation qui reçoit ces femmes spécifiquement, les sages-femmes délivrent un contraceptif... Mais qui les guérira de ce qu'elles ont subi ?

Dix-huit heures : il faut partir. Plus tard, les « bouchons » ou contrôles vont se multiplier sur la route du retour. Pas d'agressivité d'ailleurs lors de ces contrôles ; on nous laisse passer sans grande difficulté après avoir vu nos autorisations. Depuis quelques jours, les petits commerces sont réapparus dans Brazzaville et leur animation contraste avec le souvenir des rues désertiques et sinistres, quelques jours auparavant. Peu de problèmes de sécurité en fait, le risque provient davantage des balles perdues, comme celles que nous avons vues devant l'hôpital au cours de l'arrestation de pillards par l'armée « régulière ». Sur le chemin du retour, nous croisons des soldats en armes – une offensive est en cours dans le Sud –, des pick-up de Tchadiens avec leurs fusils mitrailleurs, un homme enroulé dans des cartouchières, le regard complètement allumé... et surtout les pick-up délabrés des *Cobra*, assis sur leur butin et brandissant leur kalachnikov. Ils continuent à piller et nous entendons des tirs de temps en temps, la nuit. Dans la voiture, on écoute RFI. Ça parle de la France et des trente-cinq heures. Je me sens étrangement décalé...

Témoignages

Extraits des récits recueillis
par les équipes de Médecins Sans Frontières
à l'hôpital de Makelekele,
de mai 1999 à mai 2000.

Un couple. Ils pleurent en serrant dans leurs bras le corps sans vie de leur fillette de deux ans. Ils sont arrivés il y a quelques heures. Un camion militaire les a déposés dans la cour de l'hôpital. Nous avons immédiatement admis la fillette au centre de nutrition. Elle présentait une malnutrition sévère de type kwashiorkor et une anémie grave. Elle est morte dans l'heure qui a suivi son admission. Le père raconte :

« Nous vivions à Makelekele en décembre. Nous avons fui les combats et nous nous sommes cachés dans la forêt. Ma fille était malade. Elle avait toujours la diarrhée et de la fièvre. Ma femme était aussi très fatiguée. Elle est handicapée car elle a eu la polio quand elle était jeune. Nous sommes donc allés à Kinkala. Mais il n'y avait aucun médicament. Nous manquions de nourriture. Nous ne mangions que des feuilles de manioc. Au début du mois de mai, les hélicoptères ont survolé Kinkala et bombardé les environs. Les miliciens *Ninja* nous ont demandé de partir avec eux. Ils nous disaient que de terribles mercenaires allaient nous assassiner et que Brazzaville était complètement détruite. Ma petite fille était tellement malade que les miliciens nous ont laissés. Les militaires sont entrés à Kinkala le lendemain. Ils m'ont arrêté, attaché et interrogé car ils pensaient que j'étais un rebelle *Ninja*. Finalement, ils nous ont permis de monter dans les camions afin de regagner Brazzaville pour faire soigner notre fille ».

Nous avons déposé le corps de la fillette à la morgue du Centre hospitalier universitaire et raccompagné ce couple à son ancien domicile. Leur petite maison était envahie par les herbes et avait été complètement pillée. Une famille voisine, rentrée depuis plusieurs jours, leur a offert l'hospitalité. Le père est revenu quelques jours plus tard. Il habite maintenant dans sa maison, qu'il a pu nettoyer et réparer un peu. Sa femme est très perturbée et pleure beaucoup.

Elles sont trois. Elles attendent dans le bureau de la femme médecin congolaise qui examine les femmes violées. Elles viennent d'arriver à Brazzaville. L'une des trois a deux enfants. L'un est âgé d'un an et l'autre de cinq ans. Le plus petit est très malnourri. La mère est elle-même d'une extrême maigreur. Ses vêtements sont déchirés. Ces trois femmes faisaient partie d'un groupe d'environ 25 personnes. Elles ont quitté un village pour revenir à Brazzaville. Alors qu'elles arrivaient près de Nganga Lingolo, elles ont rencontré des militaires ou miliciens. Ils ont séparé les femmes du reste du groupe, les ont volées et violées en groupe. Puis ils les ont emmenées en camion jusqu'à Nganga Lingolo, où d'autres miliciens les ont de nouveau violées. Le lendemain, elles ont pu monter dans un camion qui les a déposées à l'hôpital. « D'autres femmes ont été violées, mais elles ne veulent pas en parler », dira l'une des trois : « Nous avons tellement honte ».

« Je m'appelle Mathilde, je ne connais pas mon âge. Ici, on dit que je suis du "troisième âge". En décembre, je vivais dans le quartier de Bacongo chez ma fille. Quand la guerre a embrasé le quartier, nous nous sommes réfugiées dans les quartiers Nord. Nous nous sommes installées dans l'enceinte d'une paroisse catholique, qui est devenue un site de déplacés. Plus de 3 000 personnes vivaient là. Nous étions à l'étroit, mais tous ensemble. La Croix-Rouge a construit des abris et nous fournissait de l'eau et de la nourriture chaque semaine. Ma fille avait un petit commerce sur le marché. Le 1^{er} mai, le président a donné l'autorisation de rentrer dans les quartiers Sud, mais nous avions peur. La maison de ma fille avait été pillée. Nous n'étions pas pressées de rentrer à Bacongo. Nous voulions attendre et être certaines que la sécurité était revenue, que les pilleurs étaient partis. Des bus sont venus, envoyés par les autorités du quartier, et nous ont proposé de nous transporter. Beaucoup de nos voisins du site n'étaient pas non plus très pressés. Alors Madame le maire nous a rendu visite. Elle nous a dit que le site devait être fermé de toute urgence. Si nous ne partions pas, elle enverrait les militaires. Nous avons trouvé une famille d'accueil près du site de déplacés et, moyennant un petit loyer, nous nous sommes installées dans cette famille. Hier en fin d'après-midi, je revenais du marché, j'étais seule. Il y avait beaucoup de militaires et de jeunes miliciens dans les rues. Un groupe de jeunes m'a arrêtée et interrogée en lingala. Je ne parle pas bien lingala. Les jeunes miliciens étaient très énervés et paraissaient ivres. Ils ont commencé à crier et à me bousculer, Ils m'ont traitée de mère de *Ninja* et deux d'entre eux ont commencé à me battre. Je suis tombée dans la boue, ils ont piétiné mon visage, j'ai eu très mal au côté. Ensuite, je ne me souviens plus. La nuit est venue ».

Cette vieille femme a été retrouvée à l'aube, inconsciente, dans une rue d'un des quartiers Nord de Brazzaville. Ses enfants l'ont transportée à l'hôpital de Makelekele. Elle présentait de nombreuses blessures par arme

blanche (couteau probablement) au niveau du sein et flanc gauche. Son visage était tuméfié. Nous avons suturé et pansé ses plaies.

« Je m'appelle Cedric, j'ai neuf ans. Nous vivions dans un village près de Boko pendant la guerre. Ma mère est morte. Elle était malade et nous ne pouvions pas la soigner. Nous avons entendu dire que nous pouvions revenir à Brazzaville. Nous sommes partis, mon père, mon oncle, ma tante et moi. Il y avait d'autres personnes qui marchaient avec nous. Tout le monde pensait que nous allions retrouver des camions à Nganga Lingolo qui nous ramèneraient à Brazzaville. Très tôt le matin, nous avons rencontré des militaires. Je n'ai pas compris. J'ai entendu des tirs, mon papa est tombé, ma tante aussi et moi j'ai eu très mal au pied. Mon oncle m'a emporté et nous avons couru. Le camion nous a menés à l'hôpital. J'ai toujours très mal, mais le docteur m'a fait un gros pansement. Ma grande sœur est arrivée, elle était restée à Brazzaville pendant la guerre. Elle dit que mon papa est mort et aussi ma petite tante. Est-ce que c'est vrai ? »

Cet enfant souffre d'une plaie par balle ayant entraîné une fracture ouverte du pied avec gros délabrements cutanés. Son pied ne pourra sans doute pas être conservé.

« Je m'appelle Paul, j'ai onze ans. Je vivais dans le quartier de Bacongo ; quand la guerre a éclaté en décembre, nous avons fui avec mon père, ma mère et mon petit frère dans les forêts du Pool. Mon papa est tchadien mais, quand nous sommes partis, il a pris un nouveau nom car tous nos voisins lui disaient qu'il aurait beaucoup d'ennuis dans le Pool, avec son nom qui ne ressemblait pas à un nom du Sud. Nous sommes restés dans des villages et avons beaucoup marché. Un jour, au début du mois de mai, nous avons traversé la rivière et sommes arrivés en République démocratique du Congo. Je ne me souviens pas bien du nom des villages. Nous avons ensuite pris un train et sommes arrivés à Kinshasa. Puis nous sommes montés sur le bateau et sommes arrivés à Brazzaville. C'était le 14 mai 1999, nous étions contents de rentrer et pensions que nous allions retrouver notre maison. Mon papa me tenait la main quand les militaires lui ont demandé de le suivre. Ils lui ont dit qu'il était *Ninja*, qu'il en avait la tête et le nom. Ils l'ont bousculé et emmené. Depuis, je ne l'ai plus revu. Ma maman nous a confiés à des cousins qui habitent au « Château d'eau ». Elle est retournée dans notre maison à Bacongo. Elle ne peut pas nous prendre avec elle. Notre maison a été pillée. Maman passe ses journées à essayer de retrouver notre papa. On lui a dit qu'il était enfermé à la « présidence ». Moi, je suis venu à l'hôpital car je me gratte et j'ai faim. La dame qui s'occupe de la salle de pansements m'a dit de vous parler car je pleurais beaucoup et elle ne savait plus quoi faire. Mon papa est professeur. Aidez-moi à le retrouver ».

Ce dossier a été transmis au Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR).

« Je m'appelle Albert. Ils ont voulu violer ma sœur. Elle n'avait que 17 ans. J'ai tenté de la défendre, alors l'un des miliciens a tiré et elle est tombée. Ils l'ont tuée et ils m'ont forcé à

monter dans le camion (pour retourner à Brazzaville) ».

Un jeune homme témoigne :

« Je n'ai aucune nouvelle de ma femme et de mes deux enfants depuis décembre 98. J'espérais qu'ils allaient être parmi les premiers groupes qui sont rentrés du Pool. Mais quand je vois et j'entends toutes ces horreurs, je préfère qu'ils restent cachés dans la forêt, s'ils sont encore en vie ».

Une jeune femme, elle a 20 ans. Elle crie, se roule par terre en proie à une véritable crise d'hystérie. Impossible de la calmer ni de l'examiner. Elle demande qu'on lui enlève ce qu'elle a dans le ventre. Elle est rentrée du Pool il y a deux jours. Ses parents, eux, n'avaient pas quitté Brazzaville pendant la guerre. « Depuis qu'elle est rentrée, elle refuse de parler », dira le père. « Depuis ce matin, elle crie comme une ensorcelée ». Qu'a-t-elle vécu ? Violée, très probablement. Nous la garderons à l'hôpital 24 heures et elle nous quittera toujours très perturbée. Ses parents veulent tenter la médecine traditionnelle.

Le petit camion qui assure le transport depuis Nganga Lingolo jusqu'à Brazzaville s'arrête dans la cour de l'hôpital. Il est surchargé : plus de 70 personnes y sont entassées. Deux femmes sont extraites de la foule. L'une étouffe, l'autre est inconsciente. Après les premiers soins, la première se calme.

« Nous étions trop serrés dans le camion et puis j'ai eu tellement peur. Il y avait beaucoup de tirs. Nous avons couru pour atteindre le camion. Et puis, alors que nous arrivions au pont du Djoué, nous avons été arrêtés par un groupe de miliciens. Ils nous ont pris tout ce qui nous restait et nous ont terrorisés. Ils menaçaient de tous nous abattre. Finalement, le chauffeur du camion a réussi à les calmer, d'autant qu'une patrouille de militaires est arrivée, et nous avons pu traverser la rivière ».

La deuxième jeune femme est entourée par ses frères. Sa pression artérielle est basse. Nous lui posons une perfusion, administrons du glucose hypertonique, craignant une hypoglycémie. Elle ouvre les yeux mais ne peut pas parler. Elle tremble. Elle aperçoit alors le chirurgien congolais et fait signe qu'elle veut écrire. « Je suis donc morte », écrit-elle, « puisque vous aussi vous êtes mort ? ». Le chirurgien la rassure. Non, il est bien

vivant et il se souvient d'elle, qu'il a opérée peu de temps avant les événements de décembre. Il faudra 24 heures avant qu'elle ne retrouve l'usage de la parole. Elle dira alors qu'elle a été terrorisée par les miliciens. Elle a cru qu'ils abattaient ses frères.

Une jeune femme, elle a 24 ans.

« Le 9 mai 2000, vers 21 heures, accompagnée de ma sœur cadette, je partais à une veillée mortuaire, à quelques kilomètres de chez nous. En route, nous avons entendu "Halte !" Croyant que c'étaient des agents de police, ma sœur a pris la fuite. Moi, ils m'ont rattrapée. Ces gens n'étaient pas des policiers, mais deux jeunes garçons tenant à la main des bouteilles de bière. Ils ont commencé à me brutaliser et ils m'ont conduite vers le mur d'une maison inhabitée. Ils m'ont bâillonnée pour que mes cris ne puissent pas se faire entendre. L'un d'eux me tenait les mains et l'autre m'ôtait mes habits, déchirant mes sous-vêtements. Dès que le premier a commencé à entreprendre l'acte sexuel, j'ai pu réussir à crier et quelques habitants du quartier sont venus à mon secours. C'est comme cela que j'ai été libérée ».

DEUXIÈME PARTIE

LES CIVILS AU CŒUR DU CONFLIT

Violences contre les civils au Congo

Rémy BAZENGUISSA-GANGA

Les forces de l'ordre et les milices qui s'affrontèrent au Congo-Brazzaville, entre 1998 et 1999, exercèrent principalement leurs violences contre les populations civiles. Nous nous proposons ici de rendre compte de cet état de fait en trois temps : l'histoire et les différentes séquences de la crise de 1998 ; les actes de violence commis par les forces gouvernementales contre les populations ; et, enfin, ceux qui ont été commis par des milices de l'opposition.

Nous chercherons, dans la mesure du possible, à cerner comment les rescapés vécurent ces situations dramatiques. Les données sur lesquelles reposent ces analyses proviennent, d'une part, d'enquêtes réalisées auprès de rescapés et portant sur le nombre et l'identité des morts de leurs familles, ainsi que sur les causes des décès ; d'autre part, de témoignages¹, recueillis dans un contexte où une grande partie des victimes congolaises ne gardait pas le silence sur les expériences de violence extrême et de mort qu'ils avaient vécues.

Les rescapés, hommes ou femmes, livrent, à qui veut les entendre, leurs souvenirs. Il est difficile de contrôler la véracité des énoncés, mais ce n'est pas notre propos : nous souhaitons ici rendre compte de la mémorisation des supplices et souffrances vécues.

L'état des lieux

Les prémisses de la crise politique

La crise de 1998 surgit dans un contexte caractérisé à la fois par des conflits entre trois ensembles d'acteurs politiques, et par une mobilisation populaire contre les exactions des forces de l'ordre.

Il y a trois ensembles d'acteurs politiques : les gouvernants et leurs alliés, rassemblés dans les Forces Démocratiques Populaires (FDP) ; les opposants et leur soutien armé ; enfin, les « forces de la paix ». Les deux premières catégories sont déchirées par des dissensions internes et revendiquent le contrôle de certaines régions².

Première tendance des FDP, les « Faucons ». Ils regroupent des personnes originaires de la Likouala, contrôlent le parti présidentiel (Parti Congolais du Travail, PCT) et les forces de l'ordre.

Les alliés directs du président constituent la seconde tendance des FDP. Ce sont d'abord des personnalités de haut rang pendant l'époque du monopartisme, qui proclament leur appartenance aux mêmes régions d'origine que le président Sassou Nguesso (la région de la Cuvette, ou la ville de Oyo). Il faut y ajouter ceux que le sens commun nomme « les jeunes », c'est-à-dire les personnalités, nouvellement entrées dans le champ étatique, qui côtoyèrent le président à Paris et Brazzaville.

La troisième tendance, celle des « Colombes », regroupe des personnalités politiques influentes – civiles et militaires –, originaires des régions du Pool et du Niboland, qui servent de caution du point de vue ethno-régional.

Toutes ces tendances sont soutenues par une fraction de l'armée et des miliciens *Cobra*³. Elles reçoivent aussi l'appui de troupes étrangères (angolaises et tchadiennes), d'éléments issus de l'armée et des milices rwandaises vaincues en 1994 puis en 1996-1997 (les FAR, Forces armées rwandaises, et les *interahamwe*), enfin de forces provenant de l'ex-Zaïre (la Division spéciale présidentielle de Mobutu, ou DSP, et les FAZ, Forces armées zaïroises).

L'opposition extérieure se structure dans le cadre de l'Espace Républicain pour la Défense de la Démocratie et de l'Unité Nationale (ERDDUN). Trois leaders dominant : l'ancien président Pascal Lissouba contrôle le Niboland ; l'ancien maire de Brazzaville, Bernard Kolélas, est leader dans le Pool ; enfin, l'ancien ministre des Finances, Nkombo Mougounga-Nguila, conteste le leadership de Pascal Lissouba sur le Niboland. Les forces armées qui soutiennent l'opposition se composent de

militaires et de milices. On trouve dans l'aile militaire les hommes de troupes et certains officiers qui délaissèrent leur poste à la chute de Lissouba, ainsi que les *Cocoye*, groupe d'élite formé pour servir de force d'appoint et assurer le rôle de police politique. En outre, quatre milices revendiquent leur opposition au pouvoir : les *Zoulou*, les *Mamba*, les *Ninja* et les *Nsilulu*.

Les forces de la paix comprennent des acteurs de la société civile qui œuvrent pour le désarmement des miliciens de l'opposition. Un Comité régional de la paix avait été constitué dans le Pool. Il réunissait des sages et des religieux⁴ et contrôlait des Comités locaux de paix. Ses relations avec le gouvernement furent très tendues. Certains membres du gouvernement, originaires du Pool, se méfiaient de cet organisme, croyant que son président s'en servait comme d'un outil de pouvoir dans la région.

Les populations civiles, quant à elles, se sont mobilisées pour contester directement certaines prises de position des gouvernants.

Après la fin des affrontements de 1997, les FDP refusèrent toute médiation, accusant les membres de l'opposition exclus des positions étatiques d'être des « génocidaires ». Elles offrirent une couverture aux *Cobra* qui se livraient à des exactions contre des personnes vivant dans le Niboland et le Pool, régions où Pascal Lissouba et Bernard Kolélas trouvaient leur base politique. Ces exactions furent perçues par ceux qui en furent les victimes comme des opérations délibérées de provocation. Il se serait agi de les pousser à la rébellion, de manière à justifier une intervention militaire. Aussi les *Ninja* et les *Cocoye*, « enfants du pays », s'attirèrent-ils la sympathie des habitants quand ils affirmèrent publiquement leur volonté d'assurer la sécurité des populations à la place des *Cobra*, et en particulier lors de leurs premières victoires sur les forces gouvernementales. L'occupation par les *Cocoye*, en mars-avril 1998, du barrage de Moukoukoulou, joue à ce titre un rôle fondamental. À la suite de cette victoire sur les *Cobra* et des militaires angolais, le gouvernement négocia. Il accéda même à la revendication d'une éventuelle intégration des *Cocoye* aux forces de l'ordre, à condition que ce soit dans leur région d'origine.

Les provocations à l'égard de la population du Pool ont atteint un point extrême avec la nomination d'un ancien *Ninja* au poste de directeur régional de la police. Emprisonné par les *Ninja*, en 1993-1994, pour non-respect des règles de conduite de cette milice, il avait subi des tortures. Il

devait sa libération à l'offensive militaire des FDP en octobre 1997. Dès sa nomination, il entreprend une chasse contre ses anciens camarades. Au même moment, une rumeur circule d'après laquelle « il n'y a plus de prison, il faut tuer les bandits ». Cette nomination est principalement contestée par les *Ninja* « désarmés ». Le 28 août 1998, c'est l'explosion : six jeunes cultivateurs de chanvre sont arrêtés pour avoir frappé à mort l'un de leur camarade, coupable de détournement de fonds. Le chef de la police les exécute sommairement et enterre négligemment leurs corps sur la route. Le même jour, les *Ninja* reprennent les armes pour, disent-ils, « libérer le pays ».

La séquence des événements

– *Le pourrissement de la situation.* La chronologie des affrontements est légèrement différente, en fonction des régions où ils se déroulèrent.

Dans le Pool, les violences commencent à la fin du mois d'août 1998 et culminent en décembre, à Brazzaville. En septembre, les *Ninja* mènent des attaques contre les forces gouvernementales. Les habitants commencent à fuir par milliers et se cachent dans les forêts. Le front se rapproche de Brazzaville en octobre. En novembre, une tentative de médiation menée par le conseil œcuménique des Églises chrétiennes échoue après l'assassinat, le 14 novembre, de six de ses membres. Le gouvernement et l'opposition s'en attribuent réciproquement la responsabilité. Le dialogue est donc interrompu. Au mois de décembre, des rumeurs évoquent l'infiltration de *Ninja* dans la capitale. Les autorités municipales décident de fermer le pont du Djoué, l'une des principales voies d'entrée à Brazzaville à partir du Pool. Le 16 décembre, des combats éclatent au sud de Brazzaville.

Dans le Niboland, tout commence le 21 octobre 1998, dans la Bouenza. Des assaillants armés attaquent le camp de gendarmerie de Mouyondzi, tuant trois gendarmes. En novembre, le même type d'opération se déroule à Mossendjo, dans la région de la Lékoumou. En décembre, les affrontements se multiplient dans la Bouenza.

– « *Nettoyage* » et blocus des territoires contrôlés par les rebelles. Les contestations internes et externes au champ étatique entrent en résonance à partir d'une rumeur de coup d'État. Celui-ci, qui aurait été commandité de l'extérieur par les leaders de l'ERDUNN, était supposé avoir lieu au retour du président de la République.

Le 18 décembre 1998, des miliciens, présentés comme des *Ninja* par le gouvernement, l'opinion et l'opposition extérieure, entrent dans les arrondissements de Bacongo et de Makelekele, à Brazzaville. Une partie de la population salue comme des libérateurs ces soldats faiblement armés, pieds nus, le visage barbouillé de cendre et protégés par des fétiches. Bernard Kolélas, de New York, fait une déclaration sur les ondes internationales selon laquelle « ses » *Ninja* contrôlent la capitale. Or, il semble que, sur le terrain, ce ne soient pas ses miliciens qui aient été engagés : au mois de février 1999, la presse révéla l'implication des *Nsilulu* dans les événements de Brazzaville. Ceci remettait en cause la thèse d'un coup d'État fomenté de l'extérieur par l'ERDDUN. Dès lors, l'opinion publique adhéra à l'idée d'un scénario monté par les « Faucons » du régime, qui se seraient servi des *Nsilulu* à la place des *Ninja*.

Les forces de l'ordre réagissent brutalement. Elles isolent les arrondissements Sud de la capitale par des bombardements à l'arme lourde, appuyés par deux mouvements des troupes. La DSP (Division Spéciale Présidentielle) boucle les sorties de Bacongo vers le centre-ville et oblige les habitants à se diriger vers les quartiers Nord en suivant des « couloirs humanitaires ». Pour échapper à ces actions de nettoyage, d'autres habitants fuient dans la région du Pool. Simultanément, des troupes composées de *Cobra*, de militaires angolais et tchadiens ratissent cette région, entre la ville de Kinkala et Brazzaville, afin de prendre les rebelles à revers.

Le blocus des quartiers Sud dure du 21 décembre 1998 au 15 janvier 1999. Les habitants ne sont pas autorisés à regagner leurs demeures, les *Cobra* pillent systématiquement leurs biens. Les forces de l'ordre entreprennent, du 8 au 15 janvier, une opération de ramassage des corps. Le chef de l'État, rentré au pays, garde le silence.

Dans le Niboland, les forces de l'ordre bombardent Nkayi, le chef-lieu de la Bouenza, à partir de l'aéroport, et en reprennent le contrôle le 28 décembre. Elles décident alors d'expulser toute la population. Durant cette période, les *Cocoye* attaquent Sibiti, chef-lieu de la Lékoumou, où ils tuent plusieurs notables.

– *L'intensification des guérillas*. De janvier à fin juin 1999, trois situations successives peuvent être distinguées : la résistance des miliciens de l'opposition, la reprise d'initiative par les forces gouvernementales et l'éclatement des milices de l'opposition.

Pendant plusieurs mois, les milices de l'opposition tiennent quelques villes secondaires. Dans le Niboland, les autorités abandonnent les localités de Loutété, Bouansa, Madingou, Mouyondzi et Sibiti. Les *Cocoye* s'emparent des installations de la SNE (Société nationale d'électricité) à Loudima, de la centrale de Bouansa et du barrage de Moukoukoulou. De ce fait, Pointe Noire, la deuxième ville du pays, sera privée d'électricité pendant plusieurs semaines. Le 24 janvier, les *Cocoye* tentent de prendre le contrôle de Dolisie, la troisième ville du pays. Ils attaquent le centre-ville, l'aéroport et la gare. La ville se vide progressivement. Après l'arrivée d'un contingent angolais, les forces de l'ordre repoussent les rebelles, le 25 janvier. Dolisie reste la seule plateforme gouvernementale dans une région contrôlée par les *Cocoye*, où l'opposition met en place une administration parallèle.

Dans le Pool, les combats reprennent en février. Les *Ninja* tiennent sous leur emprise pratiquement toutes les localités. Au mois de mars, ils tentent des attaques au nord de Brazzaville.

La troisième semaine d'avril, les forces de l'ordre reprennent l'initiative et utilisent des hélicoptères de combat pour bombarder les positions tenues par l'opposition. A partir du 23 avril, elles attaquent le quartier général des *Ninja* situé à Mbanza-Ndounga où elles pénétreront, le 1^{er} mai, sans combat. Plusieurs villes sont bombardées dans le Niboland. En mai, les miliciens se réfugient dans les forêts, d'où ils continuent à mener des attaques et à harceler les forces gouvernementales. De temps en temps, ils tentent des actions contre les positions fortes de l'armée : le 9 mai, les *Ninja* attaquent le centre d'instruction militaire de Bilolo, à vingt-cinq kilomètres au nord de Brazzaville, et l'Académie militaire. Le 13 mai, ils tentent de s'infiltrer dans les quartiers Nord depuis Moukondo, à l'est de la ville. Ils sont repoussés.

Ces échecs répétés font éclater l'unité des milices de l'opposition, et les combattants se retournent contre les populations civiles. Une grande partie des réfugiés cherche alors à sortir des forêts pour revenir à Brazzaville, mais *Ninja* et *Cocoye* les en empêchent.

– *Vers la pacification.* Afin de sortir de la crise politique, le gouvernement lance une triple initiative : sécurisation de la ville, amnistie des combattants et accord de cessez-le-feu avec les commandants de la rébellion.

Au début du mois de juillet 1999, les autorités mettent en place une Police militaire et un groupe d'intervention chargés de rétablir l'ordre parmi les *Cobra*. Effectivement, ils éliminent un certain nombre de ceux qui commettent des exactions dans la ville. Cette opération d'intimidation a quelques succès à Brazzaville, où la situation tend à se calmer. À la veille de la fête de l'Indépendance, le 14 août, le président proclame une « politique de la main tendue ». Il propose une amnistie, d'une part, aux membres de l'ERDDUN qui acceptent de négocier directement avec lui et, d'autre part, aux combattants qui déposeraient leurs armes.

Du samedi 13 au mardi 16 novembre 1999, se tient à Pointe-Noire une rencontre entre les représentants du haut commandement de la Force publique et ceux des chefs rebelles, à la suite de laquelle un accord de cessation des hostilités est signé. L'accord prévoit une amnistie pour les rebelles ayant déposé les armes et la réintégration, au sein de la force publique, des officiers supérieurs et subalternes, ainsi que des hommes de troupes et assimilés. Cette réintégration devait être effective avant le 15 décembre 1999.

Actes de violence commis par les forces de l'ordre

La violence, selon les moments, a pris plusieurs formes : embuscades, blocus de certains territoires, barricades, démolitions et incendies de maisons, pillages, prises d'otage, menaces symboliques, massacres massifs... Toutes ces violences ne possèdent pas *a priori* de dimension politique. Toutefois, le contexte des affrontements leur en confère une. C'est pourquoi nous ne les étudions pas une à une. Nous nous attacherons aux situations où elles se cumulent, ce qui permet d'analyser comment différentes intentions de faire souffrir ou de tuer s'articulent, mais aussi, dans la mesure du possible, comment la décision de punir fut prise et exécutée. Il convient de préciser que les données que nous avons pu recueillir, dans le temps limité de cette enquête, ne concernent que la région du Pool.

L'organisation de la punition politique

La description des forces politiques et militaires montre qu'il est difficile de déterminer avec assurance s'il y a eu un projet politique unique,

prémédité et organisé, visant à punir une partie de la population congolaise par l'opération de nettoyage des quartiers Sud. Les massacres et les violences se perpétuent dans un contexte de démocratisation « bloquée », dont les effets sont l'éclatement des pôles du pouvoir, l'affaiblissement de l'armée (qui était pourtant l'un des soutiens du parti unique), la multiplication des milices et la présence de troupes étrangères.

Au Congo, le principal mode d'accès au champ étatique est la nomination. Ce principe encourage les bénéficiaires à s'assurer constamment les bonnes grâces du président et de ses alliés. C'est le cas de la faction des « Colombes », qui occupent la position la plus faible dans le champ politique gouvernemental et se trouvent donc obligées « d'en faire plus ». Par exemple, les personnalités servant de caution ethno-régionale pour les régions du Sud bloquent les actions entreprises dans ces régions en dehors de leur contrôle, y compris les actions de paix. Elles justifient politiquement le renforcement des opérations militaires dans ces territoires et leurs protégés y exerceront des exactions.

Quant aux forces de l'ordre, le ralliement d'une partie des officiers à Sassou Nguesso provient surtout de l'éclatement de l'armée nationale. Ce phénomène est dû à la politique dite de « rééquilibrage ethnique », menée en 1995, qui entraîna l'exclusion de soixante-dix-sept officiers liés à l'ancien pouvoir. Ces officiers, privés de salaire, furent les premiers soutiens de l'action de Sassou Nguesso en 1997. Leur engagement vise aussi à rétablir l'honneur des militaires, face aux milices qui sèment la terreur dans le pays depuis 1993. Les *Cobra* compensent la carence d'hommes de troupe (cf. l'encadré p. 68-70)⁵. La tendance politique des « Faucons », originaires de la Likouala, se trouve donc en position de force : ce sont eux qui mobilisèrent le plus grand nombre de *Cobra*.

Les milices congolaises

Six types de milices doivent être distingués. Les *Cobra*, qui appuient la majorité présidentielle ; les *Ninja*, *Cocoye*, *Zoulou*, *Mamba* et *Nsilulu* qui se reconnaissent comme faisant partie de l'opposition.

Les *Cobra* regroupent, d'abord, de jeunes Brazzavillois recrutés en 1993-1994, dans le cadre de la machine électorale de Sassou-Nguesso, pour recevoir une formation militaire. Ils se retranchent dans le village d'Oyo, pendant les dix-huit mois d'exil du président à Paris. Ils sont renforcés par de nouvelles recrues, originaires des villages et des villes secondaires du nord du

pays, et interviennent à Brazzaville en 1997. Les *Cobra*, tout comme les autres milices, sont rejoints par nombre de repris de justice qui ont été libérés. Certains délinquants et criminels se transforment en chefs de bandes. Tous ces jeunes s'engagent volontairement derrière un chef, civil ou militaire, qui défend leurs intérêts ; les Congolais nomment « écuries » ce type d'unités soudées par l'allégeance personnelle à un chef.

Dans l'opposition, les *Zoulou* et les *Ninja*, constitués principalement par des Brazzavillois de naissance, existent depuis 1992-1994. Ces milices ont été créées pour soutenir respectivement le parti présidentiel de l'époque, l'UPADS, et celui du leader de l'opposition, le MCDDI. Les *Mamba*, quant à eux, apparaissent lors des affrontements de 1997, avec des volontaires issus des villages et villes secondaires de territoires dominés par la mouvance présidentielle. En revanche, les *Cocoye* représentent le seul groupe d'élite formé, pendant le mandat de Pascal Lissouba, pour servir de force d'appoint et assurer le rôle de police politique. En 1998, cette appellation regroupe tout milicien qui reconnaît le leadership de Pascal Lissouba. Le mouvement prend une dimension magico-religieuse, car un certain nombre de féticheurs jouent un rôle important dans la mobilisation.

Enfin, les *Nsilulu* sont une création directement liée aux affrontements de 1998. Ces miliciens appartiennent à une secte néo-pentecôtiste fondée par le pasteur Ntoumi. Ce mouvement sera marqué par une forte dimension messianique.

Toutes ces forces de l'opposition se replièrent dans les régions au moment de la défaite de 1997. En effet, la victoire des FDP en 1997 ne s'accompagna pas d'un écrasement militaire total. Quand les *Cobra* entrèrent à Brazzaville, les milices de l'opposition se retirèrent, emportant leurs armes, pour se retrancher dans les régions Sud du pays : le Niboland pour les *Cocoye*, les *Zoulou* et les *Mamba* ; le Pool, pour les *Ninja*. Elles s'y organisèrent sans le soutien des leaders de l'ERDDUN.

Le nombre exact des miliciens n'est pas facile à établir, ni leur profil type à caractériser. Toutefois, retenons quatre traits : la modalité des engagements, le profil social, le lieu d'origine et la formation scolaire.

Les jeunes s'engagent volontairement, même si l'on ne peut nier les recrutements forcés et l'importance des primes versées pour combattre.

Pour ce qui est du profil social, l'âge moyen oscille entre douze et trente-cinq ans. Les miliciens sont principalement de sexe masculin. Ils ne constituent pas un groupe homogène. Ce sont des chômeurs, des étudiants, d'anciens militaires (exclus ou non), des miliciens du parti unique, etc. Leurs parents sont de petits fonctionnaires, des ouvriers, des agriculteurs, certains sont issus du milieu de l'élite politique.

Les miliciens viennent en majorité de cinq arrondissements de Brazzaville (Baongo, Talangaï, Poto-Poto, Ouenzé et M'Filou) puis des régions du Pool, du Niari, de la Bouenza, de la Lékoumou, de la Likouala et de la Cuvette. Excepté Ouenzé, ces arrondissements de Brazzaville et les régions citées sont des territoires monoethniques. Une explication de l'engagement par l'ethnicité semble donc suffire. Or, les réponses des miliciens indiquent que leur engagement s'appuie bien plus sur l'appartenance à des réseaux d'interconnaissance, renvoyant à de multiples

liens d'affiliation : amitié, voisinage, scolarité ou militantisme politique partagé, etc. Enfin, ces territoires sont les plus sinistrés et précarisés du pays.

Les miliciens sont, pour la plupart, déscolarisés et déclassés. Ils vivent un désajustement entre leurs aspirations et les chances objectives de les voir s'accomplir. En effet, durant leur scolarité, ils ont espéré, comme tous les élèves, devenir fonctionnaires. Or, à partir de 1985, le Congo vit une période de crise économique. Sous la pression du FMI, les dirigeants réduisent les postes dans la fonction publique, licencient les contractuels en surnombre et privatisent les entreprises d'État. Cette crise a deux effets sur la scolarisation : l'augmentation du nombre des échecs et l'apparition du déclassement, qui aboutissent à la croissance d'une population de chômeurs diplômés, dont certains s'engagent dans les milices.

Cet engagement s'inscrit dans l'histoire des nouveaux rapports entre forces de l'ordre et société. Les jeunes pouvaient, dans le cadre du monopartisme, adhérer à la milice populaire. Leur action était souvent décriée. Ils rackettaient en contrôlant les pièces d'identité. S'engager dans la milice populaire correspondait à un moyen de gagner de l'argent. Or, dans le contexte du multipartisme, s'engager revient d'abord à lutter et mettre sa vie en danger. Toutefois, la différence d'image sociale ne suffit pas à expliquer le nouveau statut des miliciens, qui construisent aussi leur identité contre les militaires de métier. Ils veulent prendre leur place et revendiquent comme récompense, en cas de victoire, une intégration dans les forces de l'ordre. Ils méprisent les militaires qui, en grande majorité, désertent et ne veulent pas combattre contre les civils. Or, ces militaires recevaient des promotions politiques et exerçaient la terreur sur la population civile. Contrairement à ces manières de faire, la réputation doit s'établir, pour les miliciens, dans le feu de l'action. L'acte exemplaire est celui où un milicien dépouille de ses galons le militaire qu'il a tué, pour les porter à son tour. Les autres lui reconnaissent ce grade acquis. Revendiquer la position des militaires, c'est surtout chercher à faire reconnaître la participation aux combats comme un fait de guerre. Cette qualification permet de trouver l'absolution.

La présence des troupes étrangères est liée à l'histoire politique régionale. Les affrontements de 1997 adviennent après l'effondrement du régime de Mobutu et l'arrivée des réfugiés rwandais au Congo. La conquête du pouvoir par Laurent-Désiré Kabila, au Zaïre, instaure un contexte qui paraît justifier la prise de pouvoir par les armes, contre ceux qui sont accusés de bloquer le processus démocratique.

Un tract assez explicite circulait à Brazzaville au lendemain du déclenchement des hostilités en 1997 : « La conférence de La Baule avait contribué à l'instauration de la démocratie en Afrique, elle a échoué dans ses objectifs ; L.-D.Kabila vient de montrer qu'avec les dictatures africaines, la voie des armes peut mener à la démocratie ». L'arrivée des réfugiés rwandais et exzaïrois représente aussi des ressources pour les

protagonistes. Parmi ces « réfugiés », certains possèdent des compétences dans le maniement des armes et offrent leurs services aux milices.

Cette conjoncture marque, enfin, la consécration de l'Angola comme puissance militaire régionale, qui intervient dans les pays voisins pour, officiellement, régler ses problèmes de sécurité interne en neutralisant les bases de la rébellion armée angolaise, l'Unita.

L'exécution de la punition politique ne s'explique donc pas par l'existence d'un régime dictatorial de parti unique, comme au Rwanda⁶. Les données montrent au contraire l'existence d'un système éclaté d'actions et de décisions. Les organismes politiques et les forces de l'ordre qui participent, à un titre ou un autre, à l'exécution des massacres, ne sont pas eux-mêmes unifiés. Ils se présentent comme un assemblage de clientèles et de factions, constituées autour d'intérêts qui ne sont pas seulement ceux des élites, mais aussi ceux de leurs hommes, ainsi que de leurs alliés militaires étrangers.

Ainsi, même si un ordre émanant d'une autorité politique a été donné dans le sens d'une élimination totale des habitants du Sud, il n'était pas possible que ce programme soit réalisé. Comme nous le verrons par la suite, il n'existait pas de relais, de chaîne de commandement transmettant les décisions et ordres d'un centre, mais des solutions négociées localement. Certains militaires ou *Cobra* affirmaient avoir reçu l'ordre de « tuer tous les Tchèques » alors que, pour d'autres, il fallait seulement « évacuer les quartiers Sud ». Il est donc difficile de déterminer si un programme de répression politique unique a été mis au point. En revanche, il ne fait aucun doute que certains miliciens et militaires aient bien eu l'intention de « massacrer ».

Les « couloirs humanitaires »

Ces couloirs dits « humanitaires » sont le lieu où la volonté de massacre de la part des *Cobra* s'est réalisée d'une manière exemplaire. Ils furent institués à deux reprises : lors de l'opération de nettoyage et de blocus des quartiers Sud puis, cinq mois plus tard, afin de permettre aux réfugiés cachés dans les forêts du Pool de revenir à Brazzaville.

Lors du premier épisode, ceux qui empruntent le couloir sont les habitants surpris dans les quartiers Sud, ainsi qu'une partie de ceux qui avaient réussi à sortir de la ville. Les forces de l'ordre évacuèrent les

premiers entre le 18 et le 20 décembre 1998. Mais une partie des habitants avait obéi à un mot d'ordre, attribué sur le coup aux *Ninja* et véhiculé par la rumeur, qui invitait tout le monde à fuir avant d'être tué par les *Cobra* qui, toujours selon cette rumeur, auraient reçu l'ordre de commettre un « génocide » contre les Kongo. Ces fugitifs s'enfoncèrent dans les forêts. Certains, parmi eux, décidèrent cependant de revenir et de gagner les quartiers Nord de la capitale. Ces retours s'étalèrent jusqu'en janvier 1999.

Selon le témoignage de ces personnes déplacées, elles vécurent les mêmes types de supplices dans les couloirs. Un certain nombre de thèmes sont récurrents dans les récits : l'usage de la violence nue par les forces de l'ordre, le racket, l'obligation d'assister à des exécutions sommaires quand la victime était soupçonnée d'être *Ninja* ; il fallait enjamber des cadavres ; il fallait subir des vexations verbales : tout commençait par des insultes ou des mises en garde et se terminait par des menaces de « génocide » proférées en lingala : « *Bakongo to ko silisa bino* » (« Nous vous exterminerons, vous les Kongo »). Quand un chef réussissait à contrôler ses troupes, certaines victimes racontent que des *Cobra* leur murmuraient : « *Ba Kongo oyo, bazali na chance. To linga ki ko sala mosala na biso* » (« Ces Kongo ont une sacrée chance. On aurait dû finir notre travail »).

Pour cerner l'intention de tuer, il convient d'insister sur le fait que le couloir « humanitaire » se présentait surtout comme le lieu où les forces gouvernementales opéraient une série de tris, selon le sexe et l'âge, afin de séparer les jeunes hommes et les adolescents de plus de 12 ou 13 ans, qu'ils soupçonnaient d'être des « infiltrés ». Les membres des forces de l'ordre cherchaient rapidement des indices prouvant que le suspect était un *Ninja*, afin de l'abattre.

Lors du « nettoyage » des quartiers Sud de Brazzaville, l'identité sexuelle joua un rôle très important. Contrairement à l'ex-Yougoslavie⁷ où la répression prit massivement la forme de crimes ou de tortures sexuelles visant les femmes, la répression dans les couloirs « humanitaires » congolais visait essentiellement les jeunes hommes. Il s'agissait non pas de détruire totalement l'Autre, mais d'affaiblir un ennemi qualifié selon un critère ethno-régional. Les forces de l'ordre exécutaient, parmi les ennemis, ceux qui pouvaient éventuellement être des guerriers.

De fait, dans le couloir « humanitaire », des hommes ne survécurent que grâce à des interventions extraordinaires, souvent à l'initiative d'une personne magnanime, comme le montrent ces témoignages : « Un pick-up

de marque Hilux, sans immatriculation, vint soudain s'arrêter à notre niveau. Un militaire imposant, en combinaison noire, en sortit aussitôt, entouré de gaillards qui lui ressemblaient. Il ordonna d'une voix ferme qu'on nous laisse poursuivre notre route avant la tombée de la nuit. L'ordre fut exécuté à la grande surprise générale... sans soulagement de notre part, car aussitôt l'angoisse et l'incertitude ont repris le dessus ».

Ou encore : « C'était une voiture rouge de marque Starlet avec quatre *Cobra* à bord. L'un d'eux descend de la voiture, il demande de mettre les femmes de côté et de tuer les hommes.

Ils avaient tué deux hommes. Un autre *Cobra* est descendu de la voiture pour demander à son voisin d'arrêter de tuer. Ils nous ont dit de continuer notre route. Nous sommes arrivés devant le ravin de la Glacière [à Brazzaville] et j'ai aperçu des cadavres. Arrivés devant le camp de la milice, nous avons rencontré un « bouchon » monté par des Angolais, très violents. On ne se comprenait pas. L'un des Angolais s'est mis en colère, il a tué devant nous un couple et deux enfants avant qu'un de ses camarades ne lui demande de se calmer. J'ai pris la direction du Centre culturel. »

A la différence des couloirs de décembre 1998, ceux du mois de mai 1999 furent moins meurtriers. La tension des affrontements avait disparu après la débandade des *Ninja* et des *Cocoye*. Trois axes de retour étaient possibles : Kinkala-Brazzaville, Mbanza Ndounga-Brazzaville et Mayama-Kindamba-Brazzaville. Certains parcours étaient réputés dangereux, car contrôlés par des *Cobra* extrêmement virulents. L'information circulait dans les forêts et les fuyitifs changeaient de destination. La nécessité de reconnaître à temps les menaces et de faire face à l'incertitude retarda l'opération d'évacuation de ces territoires. Durant ces parcours, de nombreux viols furent commis, surtout sur l'axe Kindamba-Brazzaville.

Les massacres

Cherchant à préciser l'identité des victimes de violence et les circonstances de leur mort, nous avons demandé à trois étudiants congolais de passer un questionnaire dans cinq quartiers de Brazzaville. Dans trois d'entre eux se déroulèrent, me dit-on, des brutalités particulièrement intenses : Nganga-Lingolo, OCH et M'Pissa. Par souci de simplification nous appellerons M'Pissa ces deux derniers quartiers, qui sont mitoyens. Nous possédons des informations fiables sur les groupes armés qui y

agirent. La Division de la Sécurité Présidentielle (DSP) est intervenue à M’Pissa alors qu’un groupe de *Cobra* attaquait Nganga-Lingolo. Nous avons en outre retenu deux quartiers où les pratiques de violence furent moins développées : Kinsoundi et Diata. Kinsoundi est situé dans le même arrondissement que les deux sites ayant le plus souffert. Diata fait partie d’un autre arrondissement. La consigne était de déterminer au hasard les parcelles où enquêter, puis de questionner, dans la mesure du possible, le « chef de ménage ». J’entends par parcelle l’unité de résidence, quels que soient les liens qui unissent les occupants. La parcelle est délimitée, à Brazzaville, sous la forme d’un carré de 20 mètres de côté. A Nganga-Lingolo, la surface peut être plus grande, elle réunit des individus qui vivent ensemble et se reconnaissent un lien de parenté. L’enquête a porté sur 605 unités de résidence. La répartition par quartier de ces unités est la suivante : M’Pissa (341 unités de résidence), Nganga-Lingolo (220), Kinsoundi (30) et Diata (14). Le travail d’enquête a été simplifié au maximum, quatre questions seulement ont été retenues :

– A l’enterrement de quels membres de la famille avez-vous personnellement assisté ?

Et pour chaque mort :

– A-t-il été fusillé intentionnellement ?

– Est-il mort de balles perdues ?

– Est-il mort des suites d’une maladie ?

Il fallait éviter de ne recueillir que des rumeurs sur le nombre des victimes. C’est pourquoi les enquêteurs demandaient aux chefs de famille de ne témoigner qu’au sujet des membres de leur unité de résidence aux enterrements desquels ils avaient personnellement assisté. En outre, il était nécessaire d’appréhender les causes de la mort pour éviter de rapporter tous les décès aux violences politiques. L’informateur devait préciser si la victime avait été fusillée ou si elle était morte du fait de balles perdues, tandis que les « morts par maladie » correspondaient aux victimes des conditions de l’exil dans la forêt, à partir de décembre 1998. En ce qui concerne les « morts par fusillade », l’intention de tuer pouvait se réaliser dans un acte rapide ou viser une mort lente. Ce fait est corroboré par le récit de certains témoins sur le drame vécu par leurs parents. Parfois, les *Cobra* tiraient sur les pieds ou blessaient simplement leur victime. Etant donné le manque de médicaments, celle-ci décédait, plus tard, d’infection. Ces

actions ne visaient pas en priorité la mort de l'individu mais sa souffrance extrême.

Tableau 1 : Répartition du nombre des décès par quartiers et selon les causes de la mort

	Parcelles enquêtées	n %	Fusillade	Balles perdues	Maladie	Personnes Disparues	Total
Mpisso	341	n %	91 42,5	21 9,8	85 39,7	17 8	214 100
Ngango Lingolo	220	n %	155 39,4	58 14,8	167 42,5	13 3,3	393 100
Kinsoundi	30	n	5	0	5	1	11
Diata	14	n	2	6	2	0	10
Total	605	n %	253 40,3	85 13,5	259 41,3	31 4,9	628 100

Nous avons réparti ces données en fonction du sexe des victimes. Cette répartition ne porte que sur 484 individus, pour lesquels l'identification ainsi que les causes de la mort ont été relevées de manière fiable. Ce tableau met principalement en évidence le caractère sélectif de la violence exercée par les armes : en effet, parmi les victimes connues de nos informateurs, 47 % des hommes sont morts par fusillade, tandis que cette proportion est de 28 % dans le cas des femmes. Par contre, les femmes ont bien plus gravement que les hommes été victimes des conditions de survie durant l'exil forcé.

Tableau 2 : Répartition des victimes par sexe et selon les causes de la mort

Causes de décès	Hommes		Femmes	
	n	%	n	%
Morts par fusillade	160	(48)	41	(28)
Morts par balles perdues	42	(12)	12	(8)
Morts de maladie	112	(33)	87	(59)
Disparus	23	(7)	7	(5)
Total	337		147	

Les données recueillies permettent en outre d'observer 46 cas (pour les 605 parcelles) où il y eut au moins trois victimes par unité de résidence et, dans 26 de ces cas, les victimes ont toutes été tuées par fusillade ou balles

perdues. Une tendance générale paraît se dessiner : lorsque le nombre des victimes dépasse trois par parcelle, leur mort est le plus fréquemment due à une fusillade. Ainsi, à Nganga-Lingolo, les enquêteurs ont relevé 15 unités de résidence (sur 220) où le nombre de morts oscille entre quatre et huit. Il semble qu'alors les bourreaux aient voulu éliminer systématiquement des familles. Selon plusieurs informateurs, les miliciens pillards ne voulaient pas laisser de témoin derrière eux. Il est avéré que, dans ces territoires, certains bourreaux étaient connus des victimes.

Les pillages

Les pillages ont lieu sur un fond d'impunité. Cette dernière n'est pas seulement due à la déficience des services judiciaires ; elle tient à ce que leur victoire militaire investit les miliciens de la puissance de l'État.

Les pillages s'exécutent dans le cadre de l'autonomisation des écuries de *Cobra*⁸. Les gouvernants livrent, pour plusieurs mois, les territoires « bloqués et nettoyés » aux différentes « écuries » qui se comportent comme des bandes de pillards protégés par leurs chefs. Pour ces miliciens, le pillage n'est pas du vol. Ces deux pratiques s'opposent comme le public au privé. En effet, le vol est exécuté à titre privé ; c'est un acte répréhensible qui peut conduire à la mise à mort du coupable. Le pillage inscrit le même type d'action – dérober les biens d'autrui – dans un univers politique, public : en ce sens, les miliciens nomment le butin extorqué « effort de guerre » et pillent en toute impunité.

Il existe une différence entre les pillages kinois et ceux pratiqués à Brazzaville⁹. Les premiers expriment la révolte populaire contre l'autoritarisme du système politique. Or, à Brazzaville au contraire, le pillage est avant tout un acte de punition. Pour le comprendre, il faut rappeler que, durant les conflits de 1997, les arrondissements Sud de la capitale avaient proclamé leur neutralité. Cependant, pour des raisons d'appartenances ethniques, les partisans de l'ancienne majorité présidentielle s'y réfugièrent. De fait, ce territoire des quartiers Sud pouvait apparaître aux *Cobra* comme étant celui de l'ennemi, mais leur justification fut que ce quartier n'avait pas souffert de la guerre. Ils oublièrent qu'en octobre 1997, ils y avaient mené quelques opérations de pillage. En 1998, les *Cobra* décident d'entreprendre une action plus marquante, c'est-à-dire

une sorte de nivellement par le bas : ces territoires devaient partager la même expérience que les quartiers Nord.

Les biens pillés appartiennent soit à l'État, soit aux membres de l'élite politique, soit à des personnes privées. Il convient de distinguer contenants et les contenus. Les maisons et les voitures représentent les contenants les plus importants. Le pillage des maisons se déroule en trois temps en fonction du poids des biens. Les pillards prennent d'abord l'électroménager et les autres biens précieux légers. En cas de seconde visite, ils s'attaquent au mobilier. Enfin, au troisième tour, ils démontent tout ce qui est scellé : prises électriques, câbles, toitures, portes, etc.

Les voitures servaient à transporter les biens. Lorsqu'elles manquaient, les *Cobra* se servaient de brouettes et même de leurs épaules. L'extrait de témoignage qui suit illustre la situation : « Les voitures, pillées est-il besoin de le dire, se traînent lourdement sur les routes crevassées, le bas de caisse raclant inlassablement la chaussée tellement elles sont chargées du butin, de la rapine et des guerriers qui reviennent victorieux du “front” ».

Après le pillage, les miliciens peuvent décider de détruire le bien. La maison est perçue comme le réceptacle du pouvoir détenu et le signe du statut d'un individu. Il y a deux manières de s'attaquer à cet immobilier. La « punition douce » consiste en la destruction des ouvertures, de la toiture, etc., mais la maison reste debout et le propriétaire pourra revenir y habiter à la fin des affrontements. L'acte de brûler une maison exprime d'une manière plus forte la volonté de nuire à son propriétaire. Cette idée se renforce du fait que, selon certains, des maisons ont été brûlées par les membres de la famille du propriétaire, après la réouverture des quartiers Sud à leurs habitants. Selon nos enquêtes, il apparaît que les maisons ont été plus fréquemment démolies et brûlées à M'Pissa, quartier où vivaient nombre de membres de l'élite politique, économique et intellectuelle. Cependant, de nouveau, on ne peut affirmer avec sûreté qu'existait un plan préétabli de destruction systématique.

La violence des miliciens de l'opposition

Nous présenterons rapidement les différents groupes de combattants en distinguant les deux contextes dans lesquels s'inscrivent leurs actions : les victoires et les défaites. Dans le premier cas, les miliciens exerçaient des représailles contre les ennemis extérieurs. Dans le second, ils retournèrent

la violence contre eux-mêmes et les leurs. Nous tenterons aussi, dans la présentation de ces actions, d'analyser les cas où les miliciens incarnent une intention collective de massacrer et les catégories d'individus qu'ils qualifient « d'ennemis ». Nous exploitons ici des témoignages recueillis à Brazzaville, mais qui se rapportent au Pool et au Niboland.

Les exactions contre les militants FDP

Les milices exécutent quatre types d'actes violents contre les ennemis extérieurs : assassinats, embuscades, prises d'otage et pillages.

En représailles aux exactions commises par leurs adversaires, *Ninja* et *Cocoye* assassinent les *Cobra*, les autorités mises en place par le gouvernement (préfets, commissaires, etc.) et les membres des associations politiques alliées au FDP ainsi que, parfois, leurs familles, et ce quelle que soit leur appartenance ethnique. Enfin, ils exécutent les personnes occupant certaines fonctions sociales (policiers et militaires ; plus spécifiquement, les *Ninja* assassinent quelques hommes d'Eglise), ainsi que des personnes originaires du nord du pays ou d'Afrique de l'Ouest – ils reprochent en effet aux Tchadiens, qu'ils classent parmi les Africains de l'Ouest, d'avoir combattu auprès des *Cobra* en 1997.

Sur des terrains qu'ils connaissaient mieux que leurs ennemis, les miliciens de l'opposition ont aussi tendu de nombreuses embuscades meurtrières. Il semble qu'elles ne visaient pas les civils.

Les prises d'otage entrent dans les exactions visant les intérêts français. Elles ont pour objectif de médiatiser, sur la scène internationale, la situation dramatique du Congo. Ces actions furent très rares et seuls les *Cocoye* les utilisèrent. Ainsi, enlevèrent-ils, en octobre 1998, des expatriés travaillant pour la compagnie sucrière de Nkayi. S'ils s'attaquaient à une compagnie française, c'est que l'opinion congolaise perçoit la France comme l'alliée du président Sassou Nguesso. Cependant, cette action ne produisit pas l'effet souhaité. Elle ne fut pas répétée.

Il convient de rapprocher de la prise d'otage l'assassinat, en février 1999, d'un gendarme français en faction devant la résidence de l'Ambassadeur. Cet acte délibéré visait, semble-t-il, à attirer l'attention des médias. Il peut aussi être compris comme une vengeance, car l'ambassade de France, pendant le mois de décembre 1998, avait fermé ses portes, refoulant les

personnes qui y cherchaient refuge. Les médias français rendirent compte de l'exécution du gendarme.

Enfin, lorsqu'ils reprenaient le contrôle de territoires, les *Ninja* et *Cocoye*, comme les *Cobra* avant eux, pratiquaient des pillages. Cependant, ils s'attaquèrent aussi directement à des symboles de l'État ou du pouvoir, comme le Trésor de Kinkala, la banque de Madingou et les maisons de membres du PCT.

Le retournement de la violence politique contre soi

Les tendances les plus influentes des milices de l'opposition s'incarnent en mouvements religieux. Plus spécifiquement, dans le Pool, la mobilisation se cristallise sous la forme d'une église, les *bana ba nsilulu*. Le religieux, institué en église ou non, est convoqué pour soutenir une lutte que plus rien ne peut atténuer. Ainsi, l'invocation du sacré entraîne-t-elle, pour les combattants et leurs alliés, l'interdit de toute médiation. On retrouve ici un processus caractéristique des guérillas rurales en Afrique, processus que certains auteurs définissent comme une « dépolitisation »¹⁰, terme par lequel ils ne désignent pas une disparition du politique mais cherchent à déterminer, d'une part, comment le politique s'articule en un discours religieux et, d'autre part, comment les prophètes et les médiums prennent la tête des nouveaux mouvements plutôt que des politiciens et des chefs de parti. Par leurs références au religieux, les miliciens retournent la violence contre eux-mêmes et transforment le conflit avec l'ennemi, étranger et extérieur, en un conflit intérieur. Les miliciens s'appliquent en effet à eux-mêmes des actes de violence afin de construire leur invulnérabilité.

Ces violences sont à la fois symboliques (elles se présentent sous forme d'interdits) et physiques (lorsqu'il s'agit de punitions corporelles publiques infligées à la suite de transgressions). Le respect des interdits étant une garantie d'invulnérabilité au combat, le milicien devait prouver en permanence qu'il ne les avait pas transgressés. Or, les interdits étaient nombreux et il était impossible de ne pas en transgresser. J'en ai relevé cinquante-quatre chez les *Ninja* et quatre chez les *Cocoye*¹¹

Voici la liste de ce qu'il ne fallait pas manger chez les *Ninja* : poulet, bœuf, mouton, gibier, chauve-souris, serpent, pigeon, cochon, grenouille, sauce graine, feuille de manioc « faisandée », nourriture cuisinée et vendue

au marché, sucre, lait, légume, oignons, viande crue, citron, papaye, mayonnaise, banane mûre, oseille, aubergine, poisson salé brûlé, miel, manioc le mercredi, bout de manioc. Les autres interdits concernent plusieurs domaines de la vie. Ne pas saler la nourriture au feu. Ne pas boire l'eau croupie. Il ne faut pas pisser contre un arbre, fuir la pluie. Ne boire de l'eau qu'à partir de 18 heures. Si on boit de l'eau, on ne doit pas toucher du manioc. Lorsqu'on fait ses besoins, il faut enterrer ses déjections. On ne doit pas piller. Il ne faut pas s'asseoir sous le pied d'un arbre. Il ne faut pas monter sur un arbre. On ne doit pas manger debout. On ne doit pas être torse nu. On ne doit pas se laver nu. On ne doit pas répondre à un appel, la nuit. On ne doit pas fixer un corps en putréfaction. On ne doit pas regarder un corps qu'on a abattu, trois heures après. Un *Ninja* ne peut pas passer entre deux *Ninja*. Ne pas porter tout ce qui est de couleur noire, ni rouge. On ne se lave qu'une fois par semaine. Ne pas fumer de chanvre ou de cigarettes. On ne doit pas se battre ni se chamailler. On ne doit pas boire d'alcool sauf le vin rouge. Une fille ayant ses règles ne doit pas cuisiner pour vous. Une femme qui cuisine doit porter un foulard, mais pas de bague. Une femme ne doit pas te bousculer. Ne pas porter un habit cousu dans du pagne pour aller au front. Aux interdits étaient associés des obligations et des devoirs, des mœurs qu'il fallait adopter, un code moral que l'on devait respecter. Le plus grand nombre d'interdits et d'obligations portent sur les pratiques alimentaires.

Si les interdits alimentaires sont moins nombreux chez les *Cocoye*, c'est que ces derniers les formulent de manière synthétique (« il ne faut pas manger de chair fraîche animale »), alors que les *Ninja* dressent des listes détaillées. Il convient de rappeler, pour saisir toute la violence contenue dans ces interdits alimentaires, que les miliciens vivaient une situation de pénurie totale dans les forêts.

Une autre catégorie d'interdits réglementait les relations hommes/femmes et se vivait comme culte de la virilité : c'était empêcher l'affaiblissement des combattants. En même temps, le contrôle des mœurs visait à la constitution d'un homme nouveau.

Cependant, les miliciens transgressaient fréquemment les interdits alimentaires. Des témoins rapportent plusieurs cas de disparition de bétail au moment de la débandade des milices. De même, les combattants respectèrent difficilement les règles concernant les relations entre les sexes.

La transgression de cet interdit s'exprima, parfois, sous la forme euphémisée de « viol mystique ». Des miliciens témoignèrent en ce sens : « Parfois, tu pensais que tes camarades étaient clairs mais, en réalité, c'étaient des sorciers. La nuit, tu rêvais qu'ils prenaient possession de toi. Tu te réveillais le matin, tu avais les fesses souillées par du liquide séminal ». Normalement, la transgression entraînait la mort. Lorsque cette sanction définitive n'était pas appliquée, l'impétrant recevait une punition publique.

Le « violeur » d'un milicien était abattu dès que son acte était dévoilé et constaté, tandis que le souillé devait faire des séances de prières pendant plusieurs jours. Les miliciens sanctionnaient, semble-t-il, d'une manière moins expéditive la transgression des autres interdits. Ainsi, chez les *Ninja*, la punition intervenait à la suite d'un jugement devant un « tribunal ». Le contrevenant, solidement attaché, recevait 150 coups de dos de machette. Je ne suis pas en mesure de dire dans quelles situations les miliciens appliquaient ces punitions. Dans les témoignages que nous avons recueillis, les témoins se référaient principalement aux cas de viol, de vol de bétail et de pillage. Cette punition s'appelait « la gifle de Saint Michel » qui, s'inspirant de l'électrochoc, devait chasser l'esprit du démon du corps du *Ninja*. Après la punition, on demandait, en criant, à l'impétrant : « moral ? ». Il devait répondre « ouais ». Si, par mégarde, il disait « non », on recommençait la punition. Ce jeu de questions et réponses visait à prouver la justesse des réprimandes et à tester la persistance de l'esprit de corps parmi les miliciens. Le système de sanctions des *Cocoye* était moins formel. Cependant, la punition du pillard était radicale : il subissait la mort en public. Les miliciens espéraient ainsi éviter la perte de cohésion d'un groupe menacé de dissolution par les pratiques d'enrichissement rapide.

Les Ninja et les Cocoye contre les populations civiles

Considérons à présent la répression exercée par les miliciens contre les personnes dont ils se disaient, pourtant, les défenseurs. Dans les territoires contrôlés par les *Ninja* et les *Cocoye*, la terreur est un mode de contrôle des populations, surtout au moment de la débandade.

Les conditions de vie différaient selon les régions : la situation était plus dure dans le Pool que dans le Niboland. Dans le Pool, limitrophe de Brazzaville, la malnutrition se manifesta plus gravement en raison du

déboisement intensif de la forêt et des pressions exercées par les forces gouvernementales dans le but de protéger la capitale. En termes d'organisation sociale, les familles furent brisées, beaucoup de parents ne se retrouvèrent pas. Il fallait vivre dans un communautarisme obligé avec des inconnus. Les personnes déplacées devaient apprendre à subsister dans la forêt : dormir sous la pluie, voler, s'endurcir face aux personnes qui demandaient des médicaments qu'il fallait garder pour soi. Parfois, le déplacé se sentait coupable de la mort, à la suite d'une maladie bénigne, d'une personne qu'il aurait pu soulager.

La période d'entente entre miliciens et population dura, dans le Pool, du 18 décembre 1998 au 31 mars 1999 et, dans la Bouenza, jusqu'en avril-mai 1999. Par exemple, à Mbanza-Ndounga, base de leur état-major à ce moment-là, les *Ninja* se faisaient remarquer par leur respect des personnes et des biens. Les villageois formaient des comités de crise pour les nourrir. Les *Ninja* organisaient des veillées de prière. Des cas analogues de symbiose entre populations civiles et miliciens existaient aussi dans le Niboland.

En outre, les *Cocoye* et les *Ninja* imposaient, par leur propagande, une idéologie unique dans les territoires qu'ils contrôlaient. Ceci était plus évident dans le Pool, où les *Ninja* détenaient une station appelée « la radio royale ». Les informations qui eurent la plus forte incidence se référaient à la mort du président Sassou Nguesso, à la destruction totale de Brazzaville, au « génocide » perpétré contre les « Tchèques » et à la promesse faite par les leaders en exil d'envoyer des armes. Pour éviter que les populations ne soient informées des discours gouvernementaux, les *Ninja* confisquaient les postes de radio. Dans ce cas, pour qui diffusaient-ils ? Ceci atteste de la terreur exercée par les *Ninja*. Beaucoup de personnes crurent à ces informations, relayées par la rumeur à l'intérieur de réseaux d'interconnaissances, où elles gagnaient en crédibilité. Ainsi, lorsque les personnes déplacées sortirent des forêts, demandèrent-elles aux volontaires humanitaires des renseignements sur l'état de Brazzaville, qu'ils croyaient ravagée.

L'adhésion d'une grande partie de la population civile à la prise de position des miliciens se manifestait par des actes volontaires d'allégeance qui se référaient aussi au religieux. Ce ralliement des populations au combat des miliciens s'accompagnait d'une croyance en leur victoire. D'où l'accueil chaleureux que reçurent les *Ninja* à Brazzaville, d'autant plus que

les miliciens prétendaient prendre le pouvoir en trois jours, parce qu'ils livraient un combat, non pas militaire, mais « mystique ». Cet investissement aux côtés des milices se traduisait aussi par la participation à certains travaux publics. Des non-combattants, principalement les femmes et les personnes âgées, étaient ainsi mobilisés pour préparer des pistes où devaient atterrir les avions transportant l'armement envoyé par les exilés¹². Cette attente a eu un effet catastrophique. Quand les premiers hélicoptères de l'armée commencèrent à survoler ces zones, en avril-mai 1999, les personnes déplacées les applaudirent, croyant à l'arrivée des renforts attendus. Ils s'aperçurent aux premiers bombardements, qu'ils n'étaient pas pilotés par leurs alliés.

Au moment des défaites, la situation s'inversa. Toujours à Mbanza-Ndounga, la population, qui n'arrivait plus à nourrir correctement les *Ninja*, se vit imposer quelques obligations telles que « marcher nu-pieds, prier le mercredi, nettoyer les cimetières ». Les *Ninja* commencèrent aussi à commettre des exactions. Outre ces manifestations autoritaires, différentes écuries se lancèrent dans le racket, jusqu'au moment où les forces gouvernementales et les miliciens de l'opposition eux-mêmes éliminèrent ces chefs d'écuries qui agissaient de manière autonome, ne reconnaissant plus l'autorité du pasteur Ntoumi, le chef religieux des *Ninja*. L'éclatement des milices de l'opposition marqua le nouvel horizon de la violence.

La logique politique à l'œuvre dans les confrontations entre *Cobra* d'un côté, *Cocoye* et *Ninja* de l'autre – lorsque ces derniers étaient unifiés –, coexistait avec des logiques sociales et économiques qui s'exprimaient dans des stratégies de contrôle des populations et des territoires.

Cette situation conduisait à des rapports mêlant antagonisme et coopération entre factions de milices du même bord politique. En outre, les miliciens en vinrent à attribuer la responsabilité de leurs échecs à une fraction de la population. Dès lors, ils engagèrent la chasse à « l'infiltré » et aux « sorciers ».

La chasse aux infiltrés

La figure de l'infiltré est polysémique. L'infiltré est, selon les cas, une connaissance, un ami ou un parent que des miliciens perçoivent maintenant comme un ennemi intérieur. Cette assignation politique peut s'appliquer à tout le monde : leader, milicien, civil.

L'infiltré est celui qui, dès le début, ne croyait pas en la victoire mais chercha un refuge par peur des *Cobra*. La plupart des universitaires, par exemple, se retrouvèrent dans cette situation. En effet, les *Ninja* prétendaient que les membres de cette catégorie sociale, qui avaient dirigé le Congo, étaient responsables du chaos où ils avaient conduit le pays. Cette accusation doit être liée au profil social des combattants, au fait qu'ils sont majoritairement originaires des villages ou des villes secondaires. Pour qu'ils prouvent leur soutien à la cause défendue, les *Ninja* obligeaient les universitaires à des débats retransmis par la radio – certains le faisaient volontairement.

L'infiltré, c'était aussi celui qui ne se soumettait pas à la terreur ou ne croyait plus en la cause défendue. Marquer sa désapprobation d'une manière ouverte faisait courir le risque d'être ainsi accusé.

L'infiltré n'était pas seulement désigné par les miliciens ; la population s'engageait dans ces pratiques politiques d'assignation. C'est ainsi qu'un doute filtra sur l'identité des leaders de la guérilla. Quand, par exemple, certains délégués se présentèrent devant le chef religieux des *Ninja*, le pasteur Ntoumi, pour lui parler de la situation désastreuse des populations civiles vivant dans la forêt, le pasteur refusa de reconnaître cet état de fait et les délégués furent accusés d'être des infiltrés. Ce refus rendit possible la formulation publique des doutes d'une grande partie de la population quant aux objectifs visés réellement par Ntoumi. Pour beaucoup, Ntoumi aurait été une « taupe » liée aux « Faucons » du camp présidentiel¹³.

Enfin, les combattants nomment « infiltré » le traître, qu'il soit réel ou simplement accusé sans preuve. On qualifiait ainsi tous ceux qui exprimaient le souhait de sortir de la forêt. Ce retournement des miliciens contre la population qu'ils déclaraient protéger provoquait de plus en plus de départs et de démobilisations qui, en retour, incitaient les miliciens à intensifier leurs accusations.

La punition contre les infiltrés, qu'elle soit individuelle ou porte sur un groupe, visait à faire des exemples. Pour ce faire, elle devait être la plus cruelle possible. Tel est le cas dans ce récit rapporté par un milicien : « Nous avons tenté une attaque contre des infiltrés à Mouyondzi. Nous sommes entrés vers minuit dans le centre-ville. Dès quatre heures du matin, nous étions plus de cinq cents. Nous avons du charbon sur le visage et les jambes. Comme on nous avait averti que la population qui était sortie [de la forêt] était au temple, nous y sommes allés. Nous avons ouvert la porte. Ils

étaient près de deux cents. Nous avons tiré sur toute la population, nous avons envoyé deux roquettes. Nous les traitions d'infiltrés. Ils étaient sortis de la forêt pour venir en ville et trahissaient nos cachettes. Nous avons pris un bébé, l'avons pendu avec des lacets sur une branche de la croix ». Pour les miliciens, la faute de l'infiltré était plus grave que celle de l'ennemi extérieur.

La lutte contre les infiltrés montre que les miliciens mettaient tout en œuvre pour garder les civils sous contrôle. Ceci est confirmé par des rescapés ; certains affirment que les *Ninja* se servaient d'eux comme boucliers humains. Par manque de données, il est encore difficile de comprendre comment se déroula ce contrôle sur les civils. De même, il reste à comprendre pourquoi la population en fuite se terra si longtemps, même là où elle n'y était pas contrainte. Il semble qu'il faille tenir compte de l'importance de la rumeur. Alimentée par la « nouvelle » de la destruction totale de la capitale, que diffusait la « radio royale », elle renforçait la peur de revenir à Brazzaville.

Les accusations de sorcellerie

Les accusations de sorcellerie visaient les personnes qui perturbaient le contrôle du sacré en vue de la victoire. Les sorciers pouvaient être abattus, enterrés vifs ou brûlés après avoir été ligotés dans un pneu et aspergés d'essence. Il ne s'agit pas ici de multiplier les récits, mais de bien distinguer ce qu'ils impliquent du point sociologique et politique.

Ces punitions se déroulaient toujours en public. Les miliciens forçaient les personnes à assister au supplice du « coupable ». Leur impuissance éveillait des sentiments de culpabilité chez les spectateurs obligés. Celui qui contredisait les bourreaux était jugé « sorcier » et subissait le même sort que le « coupable ». Les vieux et les femmes, ne combattant pas, figuraient parmi les principales victimes.

Avec la débandade au front, les miliciens constatèrent l'affaiblissement de leur protection mystique, tandis que le mouvement perdait de son unité. Afin de renverser cette tendance, ils imposèrent à toute la population l'obligation d'accéder au même état de pureté que celui qu'ils devaient eux-mêmes atteindre pour gagner.

La multiplication des accusations de sorcellerie marque la généralisation de la violence politique. Ces jugements se déroulaient d'abord à l'intérieur

des familles plus ou moins reconstituées dans les lieux de l'exil. Les miliciens entraient en scène à la suite de sentences formulées par les jeunes contre leurs parents. Ceux-ci énonçaient ces griefs à la suite du décès de parents, causés par des blessures ou par une maladie bénigne, mais aussi dans le cas d'événements extraordinaires (par exemple, la mort de plusieurs parents, soit au même moment, soit successivement). Certains miliciens s'appuyaient sur la réputation passée des personnes. Ceci montre que les situations d'affrontements ne mettaient pas totalement fin à des griefs anciens ; elles les avaient seulement suspendus. Au moment de la défaite, les logiques sociales ont repris de l'ascendant sur les logiques politiques.

La lutte contre le sorcier a été importante dès le début des affrontements. Ainsi, l'initiation des combattants visait-elle à déterminer qui avait le cœur pur, et seuls des « purs » étaient choisis pour combattre. Le « pur » est confronté à la menace du sorcier, source de tous les malheurs car il oblige à transgresser les interdits malgré soi. Le cas des « viols mystiques » explicite bien ce point. En voici un témoignage : « Je viens et trouve une fille très gentille. Je lui donne des biens pour qu'elle mange ou les vende. Je l'intéresse. Elle me propose de dormir chez elle en ami. Mais la nuit, des choses bizarres se passent. Je sens qu'elle prend possession de moi. Le matin, je me réveille et mes habits sont pleins de liquide séminal. En fait, elle m'a violé mystiquement pendant la nuit. C'est une sorcière qui vit la nuit. Elle veut m'affaiblir, moi qui respecte les interdits ».

L'augmentation du nombre d'accusations de sorcellerie, lorsque la défaite devient imminente, montre que le processus de « culpabilisation » ne se met en place, ni chez les *Cocoye* ni chez les *Ninja*, comme dans d'autres guérillas rurales africaines¹⁴. En effet, le milicien congolais reporte la responsabilité de l'échec sur d'autres, non sur ses propres erreurs. Par certains aspects, la figure du sorcier rejoint celle de l'infiltré, ce dernier agissant dans le monde profane, alors que le sorcier intervient dans la sphère du sacré. Cette analogie explique que le sorcier et l'infiltré subissent également la peine de mort.

Il est, pour l'instant, difficile d'établir un bilan. Cependant, à partir des données recueillies, nous ne pouvons pas retenir, pour ces événements de 1998 et 1999, la qualification de génocide. Il ne s'agissait pas de détruire entièrement une population en raison de son appartenance ethnique. Certains bourreaux voulaient éliminer tous les Sudistes. Cependant, il

n'existait pas d'appareil répressif qui puisse mener à bien ce projet. En outre, des Sudistes participèrent à ces actions contre les leurs, en tant que membres des milices gouvernementales. Enfin, les violences ne visaient que les Sudistes habitant certains territoires (les quartiers Sud de Brazzaville, le Niboland et le Pool). Ceux qui vivaient ailleurs n'étaient pas directement inquiétés. L'enquête établit que les actes de violence touchaient principalement des hommes jeunes. Il s'agissait, pour les forces de l'ordre, d'affaiblir leurs ennemis politiques, en attaquant ceux qui apparaissaient potentiellement comme les plus combattifs.

Actuellement, les différents protagonistes réussissent à maintenir une situation de calme relatif dans le pays, mais ce calme n'élimine pas les conditions sociales de reproduction de la violence.

Une grande partie des rescapés espère se venger le jour où l'ordre politique leur sera favorable. Certains jurent qu'ils entreront dans chaque village du Nord et iront même jusque dans la ville natale du président Sassou Nguesso. Pour eux, il faudrait que les Nordistes payent.

Nous avons surtout considéré les effets physiques des violences sur les populations civiles. Il faut en outre signaler à quel point le système formé par ces actes de violence a brouillé les repères. Au départ, les personnes déplacées pensaient connaître leurs ennemis. Or, elles subirent des violences tant de la part des ennemis que des miliciens censés les protéger : les leurs n'étaient pas meilleurs, et les repères ethniques de la violence n'expliquaient pas ces actes.

La construction politique des identités ethno-régionales

Les Congolais se représentent le monde politique, dans leurs pratiques d'assignation des identités ethno-régionales, selon un mode dualiste. Ils utilisent une série de trois oppositions : « Kongo »/ « Mbochi », « Nordistes »/ « Sudistes » et « Niboleks »/ « Tchèques ».

Apparues successivement, ces catégories se réfèrent à des constructions sociales correspondant à des contextes précis de lutte pour le contrôle des positions étatiques. Les termes, par contre, font directement référence aux origines des leaders les plus puissants.

Un premier classement dualiste est apparu pendant le multipartisme de l'époque coloniale, alors que le pays était divisé en deux parties : le Haut-Congo et le Bas-Congo. L'opposition prit la forme d'une mise en relation d'ensembles précoloniaux : les « Kongo » et les « Mbochi ». Ce classement établissait une hiérarchisation en faveur des « Kongo ».

Cette représentation déclina à partir de 1968, après le coup d'Etat qui porta un non-Kongo au pouvoir. Ce nouveau contexte est marqué principalement par la militarisation du champ politique et le renforcement du monopartisme d'obédience marxiste-léniniste. Les oppositions politiques

n'étaient plus seulement décrites en termes ethniques, mais aussi par l'antagonisme « Nordistes »/ « Sudistes »; le premier terme équivalant à « Mbochi », le second à « Kongo ». Il semble que les termes Nordistes et Sudistes émergent parce que la prise de pouvoir par les Mbochi invalidait la perception de la hiérarchie des ethnies politiques, jusqu'alors dominante. Il convient, enfin, de souligner que lorsque le président Sassou Nguesso prend le pouvoir, les Congolais lui attribuent l'identité « Nordiste ».

Après plus de vingt-trois ans de monopartisme et de pouvoir militaire, le Congo connut, en 1991, une période de démocratisation. Le pluralisme est consacré, les élections au suffrage universel favorisent la domination des civils. Du point de vue des assignations identitaires, la règle électorale, selon laquelle « un homme = une voix », comporte une traduction démographique : ceux qui revendiquaient l'identité « Sudiste » étaient majoritaires. Ce dernier ensemble implosa en deux tendances qui produisirent de nouvelles configurations identitaires : les « Niboleks » et les « Tchèques ».

Le terme de Nibolek est un acronyme formé à partir des premières syllabes de trois régions : le Niari, la Bouenza et la Lekoumou. La base politique de Pascal Lissouba demeurait principalement dans ces territoires qui reçurent le nom de Niboland. L'identité « Tchèque » est assignée aux seules populations du Pool, région dominée par Bernard Kolélas. Ce nom a, semble-t-il, deux significations. D'une part, il aurait été produit par des membres de l'élite originaires de cette région qui, pendant le monopartisme, préparaient un coup d'Etat et désignaient ainsi leur prétendue base politique. D'autre part, phonétiquement, ce mot se rapproche du nom, en langue vernaculaire, d'un insecte qui se déplace en zigzaguant. Pris dans ce sens, « Tchèque » décrit la tendance des originaires de cette région à migrer et s'installer dans les territoires des autres ensembles ethno-régionaux.

1. Nous avons recueilli une vingtaine de récits en avril et juillet 2000, au cours d'une enquête de terrain effectuée en deux passages de 15 jours chacun.

2. Cf. encadré « Construction politique des identités ethno-régionales au Congo », p. 90.

3. Cf. encadré « Les milices congolaises », p. 68.

4. Il semble que des associations pour la paix existaient dans le Niboland. L'insécurité ne nous a pas permis de les rencontrer.

5. Sur les *Cobra*, cf. N. Dabira, *Brazzaville à feu et à sang. 5 juin-15 octobre 1997*, L'Harmattan, 1998.

6. Sur le Rwanda, voir C. Vidal, « Les politiques de la haine », *Les Temps Modernes*, juillet-août 1995, n° 583, pp. 6-33.

7. Sur l'ex-Yougoslavie, cf. V. Nahoum-Grappe, « L'usage politique de la cruauté : l'épuration ethnique (ex-Yougoslavie, 1991-1995) », in F. Héritier, *De la violence*, Odile Jacob, Paris, 1996, pp. 273-323.

8. Sur ces actes de pillage, on peut se référer à F. Nzaba, « Autonomisation des milices et montée de la criminalité », in *Rupture-Solidarité*, n° 1, Paris, Karthala, 1999, pp. 63-75.

9. Sur les pillages de Kinshasa, cf. Ndaywell-é-Nziem I., « Du Congo des rébellions au Zaïre des pillages », *Cahiers d'Études Africaines*, 1998, XXXVIII (2-4), 150-152, pp. 417-439 ; René Devish, « La violence à Kinshasa, ou l'institution en négatif », *Cahiers d'Études Africaines*, 1998, XXXVIII (2-4), 150-152, pp. 441-469.

[10.](#) Pour cette approche, voir H. Behrend, *La guerre des esprits en Ouganda 1985-1996. Le mouvement du Saint-Esprit d'Alice Lakwena*, L'Harmattan, 1997 ; D. Lan, *Guns and Rain*, Londres, James Currey, 1987.

[11.](#) Voici les interdits des *Cocoye* : aucun combattant ne devait manger de la viande fraîche, coucher avec une femme, piller et se laver.

[12.](#) Dans la Bouenza, par exemple, trois pistes furent balisées : à Kinfiku, Kolo et Mouyondzi.

[13.](#) Pour les réfugiés soutenant la thèse de la manipulation, le refus de Ntoumi prouvait qu'il avait reçu comme mission de mater les habitants du Pool. Certains s'appuient sur les déclarations émises par Ntoumi lui-même lors d'un meeting : « Ne vous inquiétez pas, ceux qui me dirigent sont à Brazzaville ».

[14.](#) On trouve des développements sur ce processus de « culpabilisation » dans H. Behrend, *op. cit.*, p. 84.

6

Conséquences sanitaires de la violence sur les populations civiles (décembre 1998 – février 2000)

Pierre SALIGNON et le Dr Dominique LEGROS¹

En décembre 1998, après une année d'accalmie, les combats ont repris à Brazzaville et provoqué le déplacement de près d'un tiers de la population de la capitale congolaise, estimée à plus de 800 000 habitants². Dans leur majorité, les personnes déplacées ont cherché à se mettre à l'abri dans les forêts de la région limitrophe du Pool. Elles se sont enfuies de village en village, rejointes par de nombreux résidents de cette région. Puis, prises au piège des combats, elles se sont trouvées livrées à la violence des milices, sans aide extérieure, privées de nourriture et de soins³.

Les premiers retours vers Brazzaville ont lieu en mai 1999. Ils se poursuivent jusqu'en février 2000. Pendant cette période, 250 000 rescapés se sont présentés au Centre sportif de la capitale, transformé en centre de transit où les personnes déplacées étaient enregistrées. Il faut noter que 20 % d'entre elles étaient originaires de la région du Pool et avaient fui leur foyer pour chercher de l'aide dans la capitale congolaise.

En octobre 1999, l'Office de coordination des Nations unies pour l'aide humanitaire (UNOCHA) évaluait à 800 000 le nombre de personnes affectées par la guerre dans l'ensemble de la République du Congo). Des milliers de civils ont trouvé la mort.

Dès février, les équipes de Médecins Sans Frontières avaient découvert l'ampleur de la tragédie en intervenant dans les quartiers Nord de la capitale. A partir de mai, alors que les premiers rescapés sortaient de la

forêt, l'association a étendu son action aux quartiers Sud, de nouveau contrôlés par les forces gouvernementales. L'hôpital de Makelekele a été réouvert progressivement, une prise en charge médicale et nutritionnelle a été assurée : quatre centres nutritionnels thérapeutiques (CNT) ont été successivement mis en place pour faire face à l'urgence ; grâce à une présence permanente au Centre sportif, les personnes malades ont pu être identifiées et orientées.

Onze mois après le début de la guerre, en octobre, l'accès au sud du pays est devenu possible pour les organismes de secours. Médecins Sans Frontières est intervenu à Kinkala en novembre, à Mindouli en février 2000 puis, en avril, dans la région de la Lékoumou, à Sibiti.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les conséquences sanitaires de la guerre qui a ravagé le Congo entre 1998 et 2000. Il s'agit de retracer l'itinéraire de violences et de privations des personnes déplacées qui ont fui la capitale en décembre 1998, et rejoint les habitants de la région limitrophe du Pool, pris, eux aussi, au piège des combats. Ce travail regroupe les données quantitatives et qualitatives recueillies au cours de l'intervention de Médecins Sans Frontières en République du Congo. Il présente les résultats des enquêtes réalisées sur le terrain par Médecins Sans Frontières et Épicentre, ainsi que les données de surveillance épidémiologique recueillies entre mai 1999 et février 2000 dans les structures soutenues par Médecins Sans Frontières, à savoir :

a) une enquête réalisée à Brazzaville en octobre 1999, à partir d'un échantillonnage de convenance, auprès de mères d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère pris en charge dans un CNT à leur retour de la région du Pool. Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire standardisé qui incluait la composition de la famille à son départ, son trajet au cours de la fuite, les raisons du retour, le nombre et les causes de décès dans chaque famille.

b) une enquête de mortalité rétrospective exhaustive, couvrant la période de novembre 1999 à avril 2000, réalisée dans la ville de Mindouli, en mai 2000 et qui a permis d'estimer les taux moyens de mortalité dans la population générale (taux de mortalité brut) et parmi les enfants de moins de 5 ans, au cours de cette période.

c) les données de surveillance des admissions des victimes de violences sexuelles au service des urgences de l'hôpital de Makelekele entre mai et

décembre 1999.

d) les données de surveillance nutritionnelle recueillies dans les CNT ouverts par MSF à Brazzaville, puis à Kinkala et Mindouli (admissions, sorties, décès, abandons, transferts, guérisons)⁴.

e) le dépistage systématique de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, par mesure du poids et de la taille. Il a été réalisé au Centre sportif de Brazzaville, entre août et septembre 1999.

L'itinéraire tragique des déplacés

L'enquête réalisée en octobre 1999 dans un CNT de Brazzaville auprès des mères d'enfants malnutris a permis de retracer la migration de 191 familles déplacées, ce qui représente un échantillon total de 1 033 personnes.

Parmi ces familles, 150 (78 %) avaient quitté Brazzaville en décembre 1998, date de la reprise des combats dans la capitale ; 41 (22 %), originaires de la région du Pool, s'étaient réfugiées à Brazzaville en raison des combats et de la dégradation des conditions de vie dans leur région d'origine. La durée médiane de la fuite était de 8 mois, pendant lesquels elles sont restées isolées, sans aucune aide extérieure.

Au total, 89 familles (46 %) avaient rejoint Brazzaville en raison de problèmes de santé (malnutrition et maladie) provoqués par leur fuite dans les forêts et les privations imposées par les miliciens. 60 familles (31 %) avaient rejoint la capitale après avoir reçu des informations « rassurantes », alors que la rumeur disait que Brazzaville était « à feu et à sang ».

109 familles (57 %) ont rapporté avoir été retenues « contre leur gré » par les miliciens *Ninja*. Otages des miliciens, certaines familles ont déclaré avoir été utilisées comme « bouclier humain » contre les attaques menées par les troupes gouvernementales. 124 familles (65 %) ont déclaré avoir également été pillées, pendant leur fuite, par les miliciens *Ninja*, dans la région du Pool puis, sur la route du retour, par les miliciens gouvernementaux.

Au total, 92 familles (48 %) ont rapporté la survenue d'au moins un décès depuis décembre 1998, pour un total de 139 décès, soit 13,5 % de l'échantillon initial. Parmi ces décès, 48 (34 %) sont survenus chez des enfants de moins de 5 ans. La première cause de décès déclarée a été la

malnutrition (55,4 %). La violence représente 12,9 % des causes de décès et concerne en majorité des adultes, notamment des hommes (Cf. tableau 1).

Tableau 1 : Causes de décès

Enquête auprès de 191 familles déplacées,
Brazzaville, octobre 1999 (n = 139)

Causes de décès	n	%
Malnutrition	77	55,4
Maladie	20	14,4
Violence	18	12,9
Autres	24	17,3
Total	139	100,0

Mortalité dans la ville de Mindouli

Du 24 avril au 3 mai 2000, Médecins Sans Frontières a réalisé une enquête de mortalité rétrospective portant sur la population de la ville de Mindouli, dans le sud de la région du Pool. Fief des milices *Ninja*, cette ville, où des combats violents se sont déroulés, n'a été accessible aux organismes de secours qu'à partir de février 2000.

Cette enquête a permis d'estimer, entre novembre 1999 et avril 2000, ainsi que pendant la période de fuite de la population dans les forêts, les taux de mortalité mensuels dans la population générale (taux brut de mortalité) et chez les enfants de moins de 5 ans, ainsi que les causes principales de décès. Les périodes et les lieux de migration ont également pu être identifiés.

Six équipes, comprenant chacune deux enquêteurs congolais, ont demandé aux chefs de famille qui se trouvaient dans la ville de Mindouli au moment de l'enquête de répondre à un questionnaire reprenant les informations suivantes : nombre de personnes vivant sous le même toit depuis au moins deux semaines ; date de fuite de Mindouli ; date de retour dans la ville ; lieu principal de la migration, ainsi que le nombre de décès dans le foyer depuis novembre 1999. Pour chaque décès, l'âge, le mois et la cause probable du décès ont été relevés.

Au total, 10 026 personnes ont ainsi été recensées dans la ville de Mindouli au cours de l'enquête, un chiffre inférieur à celui de la population estimée de la ville avant la guerre (12 000 environ). Les hommes (44,9 % de la population totale), notamment les jeunes adultes, et les enfants de moins de 5 ans (13,1 % de la population totale) étaient nettement sous-

représentés, laissant imaginer que certains étaient décédés pendant les mois de guerre et de fuite, ou étaient, au moment de l'enquête, toujours en fuite ou cachés dans les forêts (Cf. figure 1, p. 99).

Toutes les familles présentes à Mindouli en mai 2000 avaient fui la ville entre octobre 1998 et novembre 1999. Au total, 1 980 personnes sur les 10 026 présentes en mai 2000 (19,7 %) avaient fui en octobre 1998, au moment des premiers affrontements entre miliciens *Ninja* et forces armées congolaises ; 482 (4,8 %), entre octobre 1998 et juin 1999, alors que la région était contrôlée par les miliciens *Ninja* ; la majorité, soit 7 413 personnes (73,9 %), avait quitté la ville le 18 juillet 1999, devant l'avancée des forces gouvernementales et suite à des bombardements par hélicoptère. 151 personnes seulement (1,5 %) avaient fui après cette date.

La République démocratique du Congo, en raison de sa proximité, a été le lieu principal de migration, puisqu'elle a accueilli 63,5 % des migrants ; les autres sont restés au Congo-Brazzaville.

La majorité des personnes présentes à Mindouli en mai 2000, soit 8 396 (83,5 %), étaient revenues progressivement entre janvier et mars 2000, notamment en février, suite à la remise en marche de l'hôpital par Médecins Sans Frontières, à l'ouverture d'un centre nutritionnel thérapeutique et à la distribution systématique de nourriture à tous les enfants de moins de 5 ans. La durée moyenne de la migration était de 7 mois.

744 décès ont été déclarés au cours des 6 mois précédant l'enquête, soit 6,9 % de la population vivante au 1^{er} novembre 1999. Le taux brut de mortalité moyen sur six mois s'élevait à 3,9 décès/10 000 personnes/jour.

Le taux brut de mortalité dépassait 5 décès/10 000/jour jusqu'en janvier 2000. A partir de cette date, les taux bruts de mortalité ont été décroissants et ont atteint des valeurs considérées comme normales (< 1 décès/10 000 personnes/jour) en avril 2000 (cf. figure 2).

Parmi les 744 décès déclarés par les chefs de famille, 429 (57,7 %) étaient liés à des cas de malnutrition et 17 (2,3 %) à des morts violentes. La cause de 218 décès (29,3 %) n'a pu être obtenue avec précision (cf. tableau 2, p. 100). Au total, 608 décès (81,7 %) sont survenus pendant la migration et 136 (18,3 %) après le retour à Mindouli. Les taux bruts de mortalité étaient de 5,7/10 000/jour pendant la migration, et de 1,6/10 000/jour, après le retour. Une proportion significativement plus élevée de décès était liée à des cas de malnutrition au cours de la migration, confirmant l'état de

dénuement extrême dans lequel les déplacés ont vécu pendant leur fuite dans les forêts.

Figure 1 : Distribution par âge et par sexe de la population résidente, ville de Mindouli, mai 2000

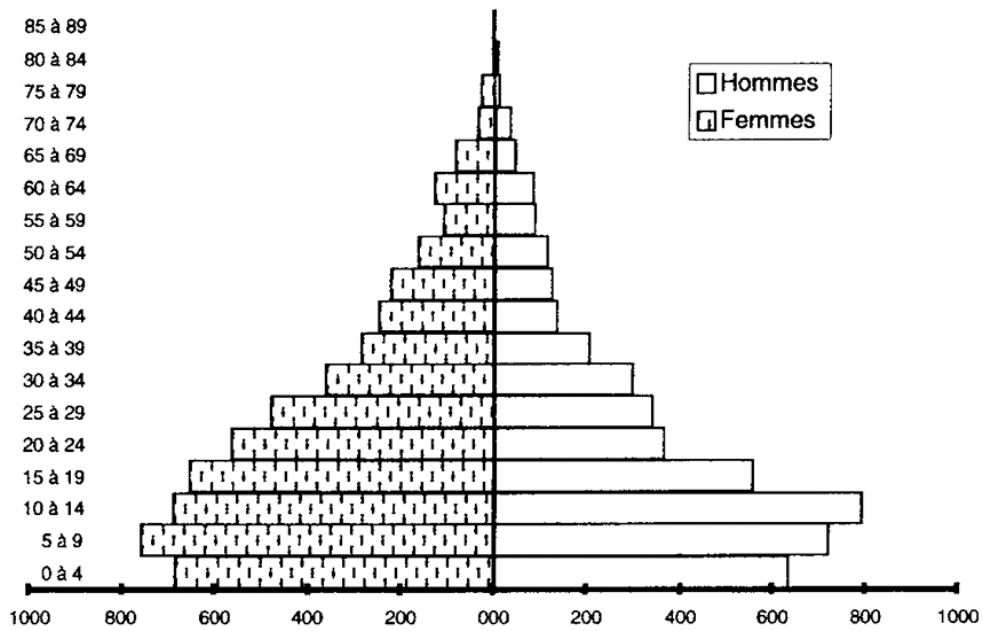
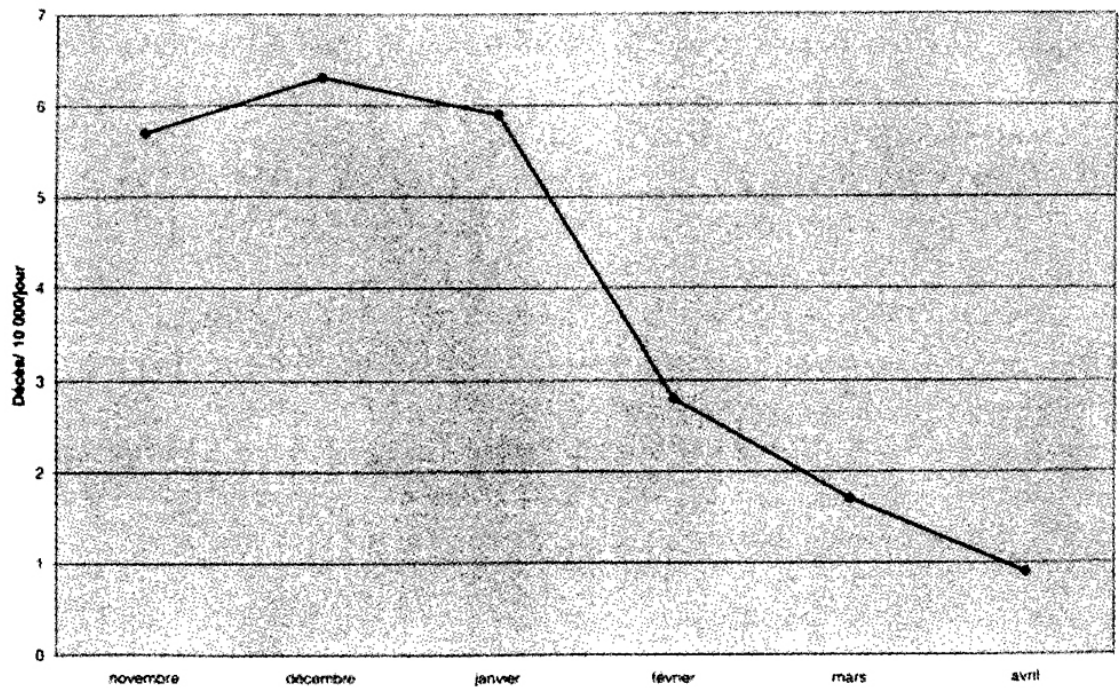


Figure 2 : Taux brut de mortalité par mois novembre 1999 – avril 2000, ville de Mindouli Congo



**Tableau 2 : Causes de décès, novembre 1999 – avril 2000,
ville de Mindouli**

	Total		Migration		Mindouli		P*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Malnutrition	429	(57,7)	363	(59,7)	66	(48,5)	0,02
Fièvre	49	(6,6)	39	(6,4)	10	(7,4)	0,69
Diarrhée	31	(4,1)	22	(3,6)	9	(6,6)	0,11
Violence	17	(2,3)	16	(2,6)	1	(0,7)	0,31
Autres	218	(29,3)	168	(27,7)	50	(36,8)	0,03
Total	744		608		136		

*comparaison des proportions de décès par cause selon leur lieu de survenue (migration ou Mindouli)

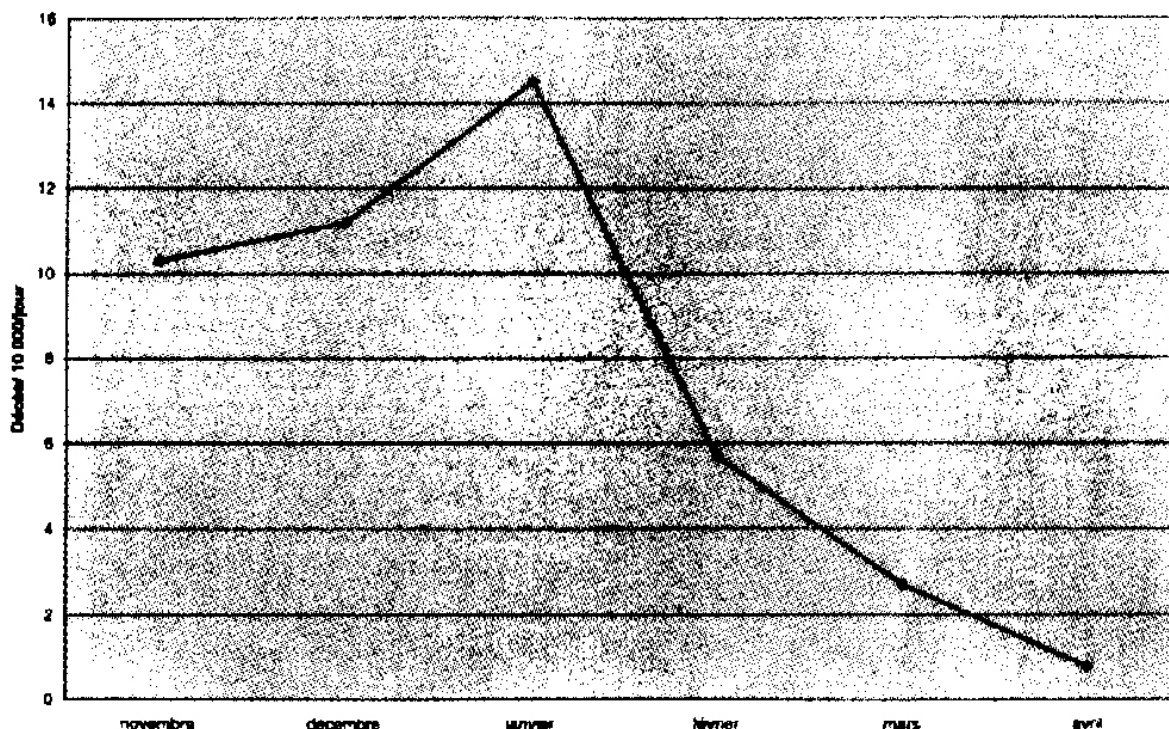
Parmi les enfants de moins de 5 ans, 195 décès ont été déclarés au cours des 6 mois précédant l'enquête, soit 13,0 % des enfants présents en novembre 1999 et un taux de mortalité moyen sur 6 mois de 7,6 décès/10 000/jour. Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépassaient 10 décès/10 000/jour entre novembre 1999 et janvier 2000, soit cinq fois le seuil de gravité⁵ (cf figure 3).

Parmi les 195 enfants décédés, on comptait 106 décès (54,4 %) liés à des cas de malnutrition, 34 (17,4 %) à de la fièvre, 13 (6,7 %) à une diarrhée, et 42 décès (21,5 %) liés à une autre cause ou non expliqués.

Les taux de mortalité étaient 3,6 fois plus élevés pendant la migration que dans la ville de Mindouli après le retour des habitants (respectivement 5,7/10 000/jour et 1,6/10 000/jour).

De la même façon, entre novembre 1999 et janvier 2000, avant le retour de la majorité des habitants, les taux de mortalité estimés sont très supérieurs aux seuils de gravité (respectivement, 1 décès/10 000 personnes/jour pour la population générale, et 2 décès/10 000 personnes/jour pour les enfants de moins de 5 ans).

**Figure 3 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
par mois, novembre 1999 – avril 2000, ville de Mindouli Congo**



Ces chiffres ne concernent pas la totalité de la période de migration et ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population déplacée du Congo-Brazzaville. Ils reflètent néanmoins les conditions difficiles dans lesquelles la population de Mindouli a survécu à la suite des événements militaires de juillet 1999, mais aussi, pour certains, dès octobre 1998, après les premiers affrontements dans cette région. La proportion élevée de décès liés à des cas de malnutrition est particulièrement révélatrice à cet égard.

L'évolution favorable des taux de mortalité après le retour des déplacés peut être mise en relation avec la présence de quatre organisations non-gouvernementales à Mindouli : Médecins Sans Frontières, Action contre la Faim, Oxfam et Caritas. Il est probable que la situation est restée critique plus longtemps dans d'autres zones, à l'ouest et au nord de la région du Pool, restées inaccessibles à l'aide internationale.

Des violences sexuelles massives

Entre le 3 mai et le 31 décembre 1999, 1 190 femmes et jeunes filles déclarant avoir été victimes de viols se sont présentées aux urgences de l'hôpital de Makelekele à Brazzaville. La majorité des viols déclarés ont été

commis sur la route reliant Kinkala à Brazzaville, dénommée le « corridor de la mort » par les survivants. Ce corridor a été ouvert par l'armée gouvernementale, au début du mois de mai 1999, pour « encourager » les déplacés à rejoindre leur foyer. Loin de permettre leur retour dans la sécurité, il fut le théâtre de violences extrêmes contre les civils (exécution sommaires de nombreux hommes, humiliations, pillages et viols massifs).

Le nombre de cas de viols déclarés à l'hôpital de Makelekele, à partir de mai 1999, alors que s'effectuent les premiers retours, a augmenté rapidement pour passer de 97 en mai à 172 en juin, puis atteindre 272 en juillet et 189 en août. Ces deux derniers mois correspondent aux vagues de retours massifs de déplacés vers Brazzaville (plus de 15 000 personnes par semaine en juillet). Ensuite, progressivement, le nombre de cas de viols mensuels déclarés, tout en restant élevé, se stabilise autour de 120, puis se réduit à 68 en décembre 1999, date officielle de la fin des hostilités. En 1999, les viols, dans leur majorité, ont été commis par des hommes en armes et toutes les catégories d'âge sont représentées parmi les victimes qui sont, à quelques rares exceptions près, de sexe féminin. Les enfants et les personnes âgées n'ont pas été épargnés. Il s'agit souvent de viols collectifs commis par des miliciens gouvernementaux après qu'ils aient arrêté les camions qui ramenaient les déplacés vers Brazzaville, et fait descendre les femmes et les jeunes filles pour les sélectionner.

Les statistiques recueillies à l'hôpital de Makelekele au début de l'année 2000 montrent une réduction du nombre de femmes violées qui se présentent au service des urgences.

En janvier et février 2000, alors que le processus de paix reste fragile, 68 cas de viols ont été recensés. 50 victimes ont entre seize et trente ans ; 9 ont moins de quinze ans. En mars, trois mois après la signature des accords de paix, 22 femmes victimes de viols se sont encore présentées à l'hôpital de Makelekele. Elles étaient âgées de trois à quarante ans ; 9 victimes avaient moins de quinze ans. 21 viols avaient été commis par des hommes armés. Dans 13 cas, les viols impliquaient au moins deux violeurs. Dans un cas, huit violeurs sont mis en cause.

Toutefois, même si le nombre des viols signalés diminue par rapport à l'année 1999, les violences sexuelles restent nombreuses. A la guerre succède une période de « brutalisation », dans une société désorganisée et dévastée par plusieurs années de guerre. Le sentiment d'impunité reste fort et la violence sociale est peu réprimée.

En mars 2000, plusieurs mois après le début des négociations avec le ministère de la Santé congolais⁶, Médecins Sans Frontières a été autorisé à ouvrir un programme de prise en charge médicale des femmes violées, comportant entre autre la prévention du VIH par des antirétroviraux.

Une urgence nutritionnelle et médicale

Entre août et septembre 1999, la prévalence⁷ de la malnutrition aiguë globale parmi les enfants de moins de 5 ans dépistés au Centre sportif de Brazzaville a varié de 30 à 40 %. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère a dépassé 20 %, dont 75 % étaient des cas de kwashiorkors⁸.

8 061 enfants au total ont été admis dans les quatre centres nutritionnels thérapeutiques de Médecins Sans Frontières à Brazzaville de mai 1999 à février 2000, dont 286 sont décédés, ce qui représente une létalité de 3,6 %. Entre fin juillet et octobre 1999, le nombre d'enfants pris en charge par les équipes médicales a constamment dépassé 1 000. Les protocoles médicaux ont été modifiés. L'usage de l'arthemeter et de la ceftriaxone a permis d'améliorer la qualité des soins en faveur des enfants malnutris. Une situation similaire a été observée à Kinkala, dans le Pool où, entre novembre 1999, date d'ouverture de la mission, et février 2000, le total cumulé de bénéficiaires du CNT a été de 2 461 dont 80 sont décédés, soit une létalité de 3,3 %.

Conclusion

Ce travail de synthèse confirme les conséquences sanitaires dramatiques de la guerre sur la population civile du Congo-Brazzaville.

Il n'a pas été possible de chiffrer précisément le nombre de disparus et de morts entre décembre 1998 et janvier 2000.

De source gouvernementale, il a été estimé que le conflit aurait causé le décès d'au moins 10 000 à 15 000 personnes⁹.

Les chiffres que nous avons présentés dans cet article sont le résultat d'enquêtes réalisées dans les structures de soins soutenues par Médecins Sans Frontières, auprès de personnes en grande difficulté. S'ils ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population déplacée du Congo, ils laissent penser que le nombre réel de décès dépasse les estimations officielles.

Comme au Kosovo¹⁰, au Timor¹¹ ou en Sierra Leone¹², le conflit au Congo-Brazzaville a été caractérisé par des violences répétées à l'égard des civils.

Contraints de fuir, ils se sont retrouvés pris au piège des combats, utilisés parfois comme véritables « boucliers humains ». Les récits mentionnant des assassinats sont nombreux. Les hommes ont été victimes d'exécutions sommaires, dans le Pool, par les miliciens *Ninja*, puis en empruntant le « corridor de la mort » par les miliciens *Cobra*.

Considérés comme des « infiltrés » ou des « ennemis de l'intérieur », il est arrivé qu'ils soient tués en groupe. Des viols ont aussi été commis de façon massive et, parfois, systématique. L'ONU parlera même, début 2000, de plusieurs dizaines de milliers de viols commis en 1999 dans l'ensemble du Congo. A ce sujet, rappelons que le nombre de viols déclarés aux urgences de l'hôpital Makelekele à Brazzaville n'est qu'un indicateur des violences sexuelles pratiquées à l'échelle du pays au cours du conflit : les femmes victimes de viol hésitent souvent à se faire connaître.

Privés de soins et de nourriture, les déplacés ont survécu dans des conditions dramatiques. Pendant la période de fuite, la malnutrition a été la première cause de décès déclarée. De retour à Brazzaville¹³, un tiers des enfants accueillis au Centre sportif souffrait de malnutrition aiguë sévère. Au total, plus de 10 000 cas de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans les seuls centres nutritionnels gérés par Médecins Sans Frontières. Ce chiffre ne prend pas en compte les activités médicales et nutritionnelles d'autres organisations de secours, telles Action Contre la Faim, Caritas, le Comité International de la Croix Rouge, IRC (International Rescue Committee), présentes au Congo en 1999.

Force est de constater que le conflit qui a ravagé la République du Congo entre décembre 1998 et janvier 2000 s'est déroulé dans une indifférence quasi générale.

C'est pourquoi il convient de rappeler l'importance que revêt le recueil systématique des données liées à la violence. Il a représenté un outil indispensable permettant d'adapter les programmes médicaux et nutritionnels d'urgence. Il a également permis de retracer l'itinéraire tragique des déplacés, d'intervenir auprès des autorités nationales et internationales afin de les sensibiliser sur les violences commises contre les civils, et de tenter de limiter celles-ci. Cette stratégie a permis à Médecins

Sans Frontières de témoigner des conséquences dramatiques des combats sur la population civile, au cours d'un conflit qui s'est déroulé à huis-clos. Sans ces interventions, cette tragédie serait, sans doute, passée inaperçue.

1. Ont contribué à ce travail : Thierry Allafort, le Dr Jean-Clément Cabrol, le Dr Joanne Liu et Fabrice Weissman (Médecins Sans Frontières), ainsi que le Dr Vincent Brown (Epicentre). Ce travail n'aurait pas été possible sans les volontaires de Médecins Sans Frontières sur le terrain.

2. Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH), *Congo-Brazzaville. L'arbitraire de l'État*, juin 1999.

3. *Congo-Brazzaville : Chronique d'une guerre à huis-clos*, Médecins Sans Frontières, octobre 1999.

4. La malnutrition aiguë sévère est définie par un indice poids/taille inférieur à 70 % de la médiane, et/ou l'existence d'œdèmes bilatéraux chez les enfants de moins de 5 ans. La malnutrition aiguë globale fait référence à un indice poids/taille inférieur à 80 % de la médiane et/ou à la présence d'œdèmes.

5. 2 décès/10 000/jour pour cette classe d'âge.

6. B. Bingoly-Liworo, M. Yila-Boumpoto, B. Libali, J. N'goulou, C. Mafoukila, K.G. Nkouika Dinghani, *Violences sexuelles en situation de conflit au Congo : cas de Brazzaville, juillet-novembre 1999*. Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action humanitaire de la République du Congo, en collaboration avec le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Brazzaville, novembre 1999.

7. Proportion de malades par rapport à la population générale. Ici, la proportion des enfants de moins de cinq ans présentant des signes de malnutrition par rapport à la population générale des enfants de moins de cinq ans.

8. Forme de malnutrition grave, liée à une insuffisance protéino-calorique, et qui se manifeste par des œdèmes (gros ventre, pieds gonflés), des lésions cutanées, la décoloration des cheveux, etc.

9. V. Brown, *Besoins urgents en santé, République du Congo, Programme National de Développement Sanitaire 2000-2002*, consultation pour la Banque mondiale, Epicentre, 26 avril – 6 mai 2000 ; *Congo Brazzaville, la vérité deux ans après la guerre du 5 juin 1997*, République du Congo, Direction de l'information et de la diffusion du Ministère de la Communication, Brazzaville, octobre 1999.

10. P. B. Spicgel, P. Salama, « War and mortality in Kosovo, 1998-99 : an epidemiological testimony », *The Lancet*, vol 355, June 24, 2000, 2204-2209.

11. R. Ourdan, « Kosovo-Timor : compter les morts », *Le Monde*, 2 septembre 2000, 2-16.

12. S. Swiss, P.J. Jennings, G.V. Aryee, G.H. Brown, R.M. Jappah-Samukai, M.S. Kamara, R.D. Schaack, R.S. Turay-Kanneh, « Violence against women during the Liberian civil conflict », *JAMA*, 1998, Feb 25.

13. P. Salignon, « Congo-Brazzaville : récits de fuite », *L'autre, Revue transculturelle I*, mai 2000, 145.

TROISIÈME PARTIE

LA QUESTION DES SECOURS

Victimes de viols : dispositif de soins

Dr Joanne Liu et Pierre SALIGNON

La dernière guerre qui a ravagé la République du Congo a été marquée par des violences sexuelles massives commises contre la population civile.

Plus d'un millier de victimes d'agressions sexuelles se sont présentées en 1999 au service des urgences de l'hôpital de Makelekele, soutenu alors par Médecins Sans Frontières, et ont déclaré avoir été violées par des hommes en armes.

Confronté, au même moment, à une urgence nutritionnelle sans précédent, nécessitant d'importantes ressources logistiques et médicales, le personnel médical congolais, en coopération avec Médecins Sans Frontières, a néanmoins accueilli les victimes et essayé de leur offrir un traitement médical d'urgence. Au fil des mois, cette assistance, malheureusement limitée pendant la période de guerre, a été renforcée. En accord avec le ministère congolais de la Santé, Médecins Sans Frontières a progressivement étendu sa collaboration avec le Programme national de prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles, qui a vu le jour au début de l'année 2000.

Offrir aux victimes une prise en charge globale

Aujourd'hui, toute personne ayant été victime de violences sexuelles à Brazzaville peut bénéficier d'une prise en charge médicale gratuite dans le centre hospitalier de Makelekele. Trois autres structures (hôpitaux ou centres de santé) sont à même de recevoir les victimes de violences sexuelles, mais les soins y sont parfois payants : l'hôpital de Talangai, la clinique du Plateau des Quinze-ans et l'hôpital Blanche-Gomez. Dans la

pratique, l'hôpital de Makelekele, dans les quartiers Sud, est pour l'instant le seul hôpital de référence offrant une prise en charge médicale globale aux victimes d'agressions sexuelles.

Les patientes qui s'y présentent sont reçues par un médecin généraliste congolais responsable du service des urgences. Un examen clinique est alors réalisé. De façon systématique, un traitement préventif des maladies sexuellement transmissibles (incluant trichomonas, gonococcie et syphilis) est délivré en une seule prise. Un soutien psychologique est proposé au cours de la première consultation. Enfin, un certificat médical est remis à la victime afin de faciliter un éventuel recours en justice.

Pour les patientes qui se présentent moins de 72 heures après avoir été victimes d'une agression sexuelle, la « pilule du lendemain » est systématiquement proposée afin de prévenir les risques de grossesse non désirée, ainsi qu'un traitement prophylactique par bithérapie visant à prévenir les risques de séroconversion VIH. Un dépistage volontaire du VIH est proposé (test Elisa) aux personnes qui le souhaitent.

Conformément au protocole de traitement par antirétroviraux (ARV) mis en place par Médecins Sans Frontières, un suivi régulier de la formule sanguine et des fonctions hépatiques est effectué avec délivrance d'antirétroviraux par tranche de sept jours. Le traitement prophylactique contre le VIH est considéré comme achevé après 28 jours de prise quotidienne en bithérapie. Si une patiente ne se présente pas à son rendez-vous hebdomadaire, une assistante sociale se rend à son domicile afin d'évaluer la situation et de l'inciter à poursuivre son traitement. Le risque de stigmatiser les victimes a rendu ce travail difficile.

Les personnes qui ont accepté un premier dépistage bénéficient, à 3 et 6 mois, de nouveaux dépistages de contrôle. Si une patiente s'avère séropositive, elle est orientée vers le Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, où un traitement palliatif, incluant la prise en charge des infections opportunistes est proposé, moyennant une cotisation forfaitaire. Il faut noter que, pour des raisons financières, l'accès aux ARV est impossible pour la plupart des malades inscrits au CTA, même si ces traitements sont disponibles dans certaines pharmacies privées de Brazzaville (Combivir®).

Les femmes enceintes à la suite d'un viol et qui souhaitent interrompre leur grossesse ne peuvent légalement pas le faire. L'IVG est interdite au

Congo et, jusqu'à ce jour, les conditions légalisant l'interruption thérapeutique de grossesse n'ont pas été précisées. Elle peut néanmoins être pratiquée dans différents centres médicaux de Brazzaville et coûte cher.

Les victimes de viol qui mènent leur grossesse à terme reçoivent, ainsi que leurs enfants, des soins médicaux gratuits dans l'hôpital de Makelekele pendant toute la durée de leur grossesse et les premiers mois qui suivent la naissance.

Une centaine de victimes déclarées pendant l'année 2000

Du 1^{er} mars 2000 au 31 décembre 2000, l'hôpital de Makelekele a reçu 109 victimes de violences sexuelles. 99 % étaient de sexe féminin et 47 % (52/109) âgées de moins de 18 ans. L'âge des patientes variait de 3 à 36 ans.

Un peu plus de la moitié des agressions ont été perpétrées par des militaires (59/109). Dans 86 % des cas (94/109), le viol a été commis par voie vaginale. 65 victimes ont été violées par plus d'un agresseur. Dans 10 cas, le nombre d'agresseurs dépassait 5.

Parmi les 109 patientes, 31 se sont présentées dans un délai de moins de 72 heures après le viol et ont pu bénéficier d'une prophylaxie contre le VIH. Parmi ces 31 patientes, 14 ont terminé le traitement tandis que 14 l'ont abandonné, pour de multiples raisons. Dans trois cas, une sérologie VIH positive a été découverte au premier test de dépistage et ces patientes ont été orientées vers le CTA.

Certaines patientes ne sont pas revenues en consultation après avoir appris que le premier test avait montré une sérologie négative. D'autres ont expliqué que le coût des transports pour se rendre régulièrement au centre de Makelekele était trop élevé. De plus, de nombreuses victimes ont eu peur d'être reconnues par leurs proches et leurs amis. En revanche, aucun abandon lié aux effets secondaires des ARV n'a été relevé. Fin décembre 2000, aucune séroconversion n'avait été déclarée chez les patientes ayant terminé leur traitement.

56 victimes seulement, sur 109, ont été suivies par le psychologue congolais travaillant à Makelekele. Le nombre limité de psychologues au Congo (une dizaine), et la pénurie des moyens à leur disposition expliquent en partie cette faible activité. Un psychiatre expatrié de Médecins Sans Frontières est venu renforcer ce dispositif de soins courant février 2001.

Parmi les 109 victimes qui se sont présentées à la consultation de l'hôpital de Makelekele, 12 femmes ont accouché durant l'année 2000. Il n'a pas été possible de déterminer lesquelles de ces naissances sont la conséquence directe d'un viol. Au cours de l'année 2000, pour des raisons thérapeutiques et suite à la demande expresse et légitime de deux patientes, Médecins Sans Frontières a soutenu la réalisation de plusieurs IVG.

Enfin, une seule personne a lancé des poursuites judiciaires contre ses agresseurs et a utilisé le certificat médical délivré à l'hôpital comme pièce légale pour fonder sa demande. De nombreuses victimes hésitent à poursuivre leurs agresseurs devant la justice, parce qu'il s'agit de militaires ou de miliciens pour la plupart.

Une expérience pour l'avenir

Pourtant fréquentes dans de nombreux contextes d'intervention de Médecins Sans Frontières, en particulier lors de conflits armés, les violences sexuelles entraînent rarement une action médicale en période d'urgence. Les organisations humanitaires, au même moment, concentrent leur assistance vers d'autres groupes de population qui leur semblent plus vulnérables (par exemple les enfants, ou les blessés). Pourtant, les conséquences sont terribles pour les victimes de viols, même si elles passent souvent inaperçues : atteinte à l'intégrité des victimes, blessures physiques et psychiques, contamination par le VIH, naissances d'enfants non désirés, destruction de la cellule familiale, rejet par la communauté...

Au Congo, pour la première fois, Médecins Sans Frontières a mis en place un programme d'assistance aux victimes de violences sexuelles. Son objectif est d'offrir une prise en charge globale de qualité, comportant trois volets d'action : curatif, social et légal. La mise en œuvre de cette assistance a été tardive, une fois la guerre terminée ; elle permet néanmoins d'apporter un soutien aux trop nombreuses femmes victimes, aujourd'hui encore, de violences sexuelles à Brazzaville, notamment en restaurant leur capacité de choix.

En 2000, un tiers des victimes qui se sont présentées à l'hôpital de Makelekele ont accepté de recourir à la pilule « du lendemain » afin de prévenir une grossesse non désirée. Malheureusement, dans un pays où l'interruption de grossesse est illégale, même pour les victimes de viols, de nombreuses femmes ont dû assumer ces grossesses. Dans la pratique, des

interruptions de grossesse sont effectuées, elles coûtent cher et sont bien souvent réalisées clandestinement, dans des conditions d'hygiène et de sécurité médicale minimales. Après la reconnaissance récente, par le Tribunal Pénal International, du viol comme « crime contre l'humanité » et « crime de guerre », il faut espérer que les discussions en cours avec les autorités congolaises aboutiront, afin de prévoir notamment les exceptions thérapeutiques permettant aux victimes de viols qui le souhaitent de bénéficier d'une IVG. D'autres questions restent également sans réponse : la possibilité pour les victimes d'accoucher sous X, le devenir des enfants issus de viols et abandonnés, le suivi des femmes violées... L'assistance médicale, sociale et juridique doit être renforcée.

Pour Médecins Sans Frontières, la contradiction la plus lourde à assumer, lors de l'ouverture de ce programme, a été l'introduction d'un traitement prophylactique contre le VIH dans un pays où l'accès aux antirétroviraux n'existe pas, malgré une séroprévalence qui atteint 8 % de la population générale. Ceci explique certainement l'hésitation des autorités médicales congolaises à permettre, dès 1999, l'introduction des ARV pour une prise en charge médicale d'urgence des victimes de violences sexuelles. L'autorisation n'a été donnée qu'au début de l'année 2000.

L'efficacité du traitement par les antirétroviraux à titre préventif, chez les patientes exposées à un risque de contamination par le VIH suite à une agression sexuelle, n'a pas été scientifiquement prouvée. Néanmoins, des études ont montré son utilité pour prévenir les risques de contamination suite à l'exposition au sang¹

En décidant de ne pas attendre que toutes les conditions de stabilité soient réunies pour débiter la prise en charge des victimes de violences sexuelles, nous avons adopté une approche pragmatique. Elle évite aux patientes d'être contaminées par une maladie sexuellement transmissible ou par le VIH, et, pour certaines, elle leur épargne de subir une grossesse non désirée.

Au regard des combats qui ont ravagé le Congo entre 1998 et 1999, il faut souligner l'utilité du programme en cours. Il démontre qu'en période de paix mais également en temps de guerre, il est possible d'offrir une prise en charge médicale adaptée à ces victimes trop souvent oubliées que sont les femmes victimes de violences sexuelles.

[1.](#) Wiebe E.R., Comay S.E., McGregor M., Ducceschi S., « Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted : 16 month's experience in a sexual assault service », *CMAJ*, 2000 Mar 7, 162 (5), 641-645.

A. Soussy, O. Launay, M. Aubert, M. Chousterman, J. Caudron, « Prophylaxie antirétrovirale après agression sexuelle : expérience d'une unité de consultations médico-judiciaires », *BEH*, n° 29/2000, 123-124.

Clinique de la douleur

Dr Hélène ASENSI, Dr Marie-Rose MORO,
Dieudonné N'GABA¹

Paris : allaiter malgré la frayeur et la douleur

J'arrive un matin à la maternité de Bondy, en banlieue parisienne, où je m'occupe d'une consultation mère-bébé. L'équipe m'attend avec impatience et me présente tout de suite une très jeune femme arrivée la nuit précédente à Roissy, sans papiers, confuse, hagarde, parlant très mal le français et enceinte. Elle pleure, se plaint de douleurs, on l'emmène d'urgence à la maternité, elle accouchera d'une petite fille trois heures plus tard. Je m'approche de son lit et je vois une petite femme à la peau très claire, visiblement effrayée, complètement immobile. Je me présente à elle et je lui demande si elle parle français. Elle le comprend, semble t-il, mais préfère parler en lingala, sa langue maternelle. Une des traductrices de ma consultation transculturelle parle le lingala, je vais donc la chercher et la suite de ce premier entretien se déroulera en lingala.

La jeune mère s'appelle Alfonsine, elle a 18 ans à peine. Elle pleure beaucoup pendant cet entretien et, surtout, elle craint qu'on ne la remette dans un avion pour le Congo. Elle dit : « si je retourne là-bas, on va me tuer ! » Elle ne sait pas exactement comment elle s'est retrouvée ici, un membre de sa famille l'a mise dans un avion avec un aller simple, sans papiers et sans lui dire où elle allait. Je suis frappée par le fait qu'Alfonsine ne regarde pas son bébé, ne pose aucune question à son sujet ; elle est manifestement préoccupée par sa propre survie. Je lui parle de sa fille : comment l'a-t-elle appelée ? Elle me répond alors que ce bébé n'a pas encore de prénom, et elle précise bien en lingala : « ce bébé est un

étranger ». Elle ajoute : « si tu veux, tu peux, toi, lui donner un nom à ce bébé, tu peux même lui donner ton nom, cela va protéger ce bébé ». Mon souci est immédiatement interprété comme une modalité de protection, ce qui montre à la fois son désarroi, son souci et sa capacité à s'appuyer sur moi. Je lui demande alors d'où vient ce bébé. Elle me répond que c'est un bébé de la guerre, qu'il n'a pas de vrai père et elle s'effondre en larmes en cachant son visage. L'origine du bébé apparaît clairement : c'est un bébé qui rappelle un événement traumatique, a priori un viol. Nous nous taisons toutes les trois...

A ma demande, la traductrice s'approche d'elle : veut-elle qu'on s'arrête de parler pour aujourd'hui ? Elle dit qu'elle veut que nous restions, mais que nous arrêtions de parler et que nous portions un peu le bébé – ses bras à elle sont fatigués, dit-elle. La traductrice et moi portons chacune à notre tour ce bébé, un petit bébé, très tonique, vif, qui tient bien sa tête et qui cherche à téter. Je demande à la maman, qui a séché ses larmes et qui nous regarde porter ce bébé, si elle veut qu'une puéricultrice donne du lait à son enfant. Elle répond alors que pour l'instant, elle veut que nous lui donnions un biberon comme en France. Pendant la fin de l'entretien, le bébé étant avec la puéricultrice, Alfonsine nous racontera avec terreur qu'elle a peur de la nuit et du noir, qu'elle a peur qu'on la touche, qu'elle a du mal à manger et qu'elle vomit souvent et que tout cela a commencé il y a neuf mois environ. Originnaire de Brazzaville, elle a fui les combats, avec sa mère et ses frères. Sur la route, une nuit, ils ont rencontré des miliciens, elle les appelle ainsi, les miliciens l'ont violée devant ses frères et sa mère, puis ont violé sa mère. Son viol a été terrible pour elle mais, plus insupportable encore, c'est de voir sa mère se faire violer, c'est cela qui revient la nuit. Les images de cette scène la hantent et reviennent dès qu'elle ferme les yeux. Ils ont continué leur chemin malgré tout. Elle avait peur d'avoir le sida, elle avait peur que sa mère l'ait...

La vie a repris son cours, son corps lui faisait mal mais la vie a repris, c'était possible. Sa mère lui a dit que l'essentiel c'était d'être tous ensemble et en vie. Puis ils sont revenus à Brazzaville bien longtemps après, combien de temps, elle ne s'en souvient pas. Ils sont tous revenus, sauf sa mère qui elle était vieille et est morte d'épuisement ou d'autre chose... Une nuit, près de Brazzaville, ils ont rencontré des hommes en armes au bord de la route ; l'un d'entre eux, elle s'en souvient parfaitement, avait une voix connue, peut-être un voisin de son quartier, peut-être

quelqu'un qui était allé à l'école avec elle... Elle préfère ne pas savoir. C'est lui qui la violera devant ses frères. Cette fois c'était plus dur encore, elle hurle, elle crie, elle préfère qu'on la tue. Après le viol, elle demandera à ses frères de la laisser là et de partir, elle veut mourir, elle veut qu'on la laisse seule... Et puis, elle a trop parlé pour aujourd'hui ; elle veut que nous restions près d'elle en silence. Elle regarde ma traductrice et lui dit : « Vous avez le même regard que ma mère ! ». La puéricultrice ramène le bébé calme et apaisé, on le recouche dans son lit, près de sa mère, et nous lui proposons de revenir le lendemain pour continuer ce travail par la parole.

Manifestement, Alfonsine souffre d'un syndrome post-traumatique qui s'exprime dans son corps, son sommeil, ses envies de mort, ses réminiscences... Les viols à répétition, le viol perpétré sur sa mère, la perte de sa mère et peut-être d'autres événements traumatiques lui ont laissé des séquelles importantes ; elles touchent son identité individuelle, son identité sexuelle et sa capacité à investir un bébé né dans ces conditions. Nous entreprenons alors des consultations psychothérapeutiques (il y aura six séances au total) qui vont permettre à Alfonsine, tout d'abord, d'élaborer ces traumatismes extrêmes qui ont laissé des marques profondes dans son être – certaines de ces traces sont indélébiles et marqueront la destinée d'Alfonsine, peut-être même sur plusieurs générations, mais d'autres peuvent être cicatrisées, sous une forme qui dépend de chacun.

Pour Alfonsine, le premier temps sera cathartique ; elle racontera ses souvenirs traumatiques avec beaucoup de détails, parfois violents pour celui qui l'écoute car, et c'est là une marque du trauma, le récit traumatique « traumatise » en retour celui qui l'écoute, mais à un moindre degré ; l'effet ne peut être comparé. Après ce temps cathartique, ses symptômes vont progressivement s'atténuer, sans toutefois complètement disparaître. Puis, dans un second temps, elle se posera la question de savoir ce qu'elle va faire avec cet enfant : le garder ? Il est la marque vivante de son viol. Le donner ? Comme elle dit, cela augmentera encore sa honte. Elle se souvient de sa mère, la convoque en rêve, c'est son expression pour signifier qu'elle voudrait la voir dans ses rêves, et nous dit lors d'un entretien que sa mère est « venue la voir la nuit » et qu'elle veut qu'elle garde son enfant auprès d'elle. Cette petite fille qu'elle a commencé à allaiter en cachette de l'équipe – elle dira plus tard qu'elle avait peur que nous la jugions bizarre, d'allaiter un enfant fruit d'un viol –, cette petite fille, elle l'appellera du nom de sa mère et lui donnera son lait. Une petite fille humanisée par le lait,

les ancêtres et qui, en retour, va humaniser sa mère qui se sentait salie par le viol mais consolée, c'était son mot, par la beauté de cette enfant, par son existence même – une enfant qu'elle va investir comme un signe positif du destin, après avoir hésité sur sa signification et sur les liens qui l'unissaient à elle. Lors du dernier entretien que j'ai eu avec elle, avant qu'elle ne parte pour un foyer mère-bébé, elle me dira que parfois elle se sent pleine de pensées tristes en voyant ce bébé, mais qu'elle se sent mère. Et c'est sans doute cette identité de mère qui va l'aider à se restructurer sur un autre mode – métamorphosée profondément par le trauma mais non anéantie, changée, pleine d'une altérité douloureuse mais capable d'investir le futur incarné par ce bébé non désiré, non attendu, refusé et puis reconnu comme une partie d'elle-même. Si elle avait eu vraiment conscience d'être enceinte alors qu'elle était encore au Congo, peut-être aurait-elle tenté de la faire disparaître. Mais à cette période, où elle était manifestement très déprimée, le futur n'avait pas de visage. Maintenant, le futur a les traits de cette enfant, un visage marqué par le souvenir du trauma, mais un nouveau visage. Elle a parfois des moments de colère envers le bébé quand celui-ci crie la nuit, mais elle se dit aussi que ce sont des cris de vie.

Elle est restée en France et a réussi à retrouver une cousine chez qui elle vit, avec des nuits encore amères parfois mais des jours plus doux et plus sereins.

Elle a retrouvé une certaine envie de vivre, elle est séronégative et se dit qu'un jour elle retournera à Brazzaville présenter sa fille, Thérèse, à sa famille...

Brazzaville : des réponses à trouver

En septembre 2000, pendant que l'une d'entre nous suivait cette patiente en banlieue parisienne, deux autres étaient à Brazzaville, en train d'explorer avec les Congolais les modalités de mise en place d'un programme d'aide psychologique.

Or, une action humanitaire de prise en charge médico-psychologique de patientes victimes de violences sexuelles dans un contexte de conflit nous conduit, en tant que professionnels de la Santé mentale, à une série d'interrogations, mais aussi (et peut-être surtout) de convictions.

Penser les conséquences sur tout individu victime de ces exactions, élaborer un dispositif de soins adaptés à un contexte si complexe, et faire

que ce dispositif fonctionne : trois objectifs que nous tenterons d'argumenter.

La problématique

Le conflit congolais a eu comme triste particularité d'avoir été bien peu relayé par les médias, la découverte *a posteriori* des drames qui s'y sont joués constituant une blessure supplémentaire pour la population, très mobilisée actuellement autour de la reconnaissance de cette tragédie.

Les violences sexuelles n'ont pas échappé à cette logique : phénomène massif, prise de conscience nationale et internationale tardive, tentative de soins quasiment dans l'après-coup par un dispositif que la guerre a dévasté.

C'est l'issue de la guerre de 1998-99 qui donne l'ampleur de ces violences, déjà décrites à la fin du conflit de 1997. De retour à Brazzaville, des dizaines de milliers de déplacés commencent à témoigner. A leur parcours d'exode, leur état sanitaire et nutritionnel catastrophique, la perte de proches, s'ajoute la dénonciation de viols d'enfants et de femmes de tous âges. Viols commis pour la plupart sur la route de la fuite ou du retour, par des miliciens ou des militaires. Agresseurs agissant généralement à plusieurs, parfois sous le regard forcé de proches des victimes, souvent sous l'emprise de produits toxiques, ceci les rendant encore plus effrayants aux yeux de leurs victimes, car inaccessibles à toute tentative de discussion et de négociation.

Depuis 1999, si la situation nationale s'est stabilisée, la population de Brazzaville a vu se pérenniser ce type d'exactions, avec un changement progressif de la nature des actes.

Commis autant, sinon plus, par des civils que par des miliciens, ils sont plus sporadiques mais plus inquiétants, car répartis dans tous les quartiers et totalement imprévisibles.

Leur banalisation, leur quasi-inscription dans le quotidien, se doublera d'une modification de leur dévoilement. Leur dénonciation au retour de l'exode était soutenue par la volonté collective de témoigner des violences de guerre. Cette logique est actuellement beaucoup moins opérante pour ce qui pourrait être faussement assimilé à une « criminalité de quartier ».

Ces traumatismes psychiques et physiques, perpétrés sur les routes ou dans les quartiers insécurisés de Brazzaville, ont de multiples conséquences plus ou moins difficiles à évaluer.

La naissance de bébés issus de ces viols pose de multiples questions. Le statut marital des mères, l'ébranlement de la structure familiale au cours de la guerre sont autant d'aspects qui rendent chaque situation unique. Sont souvent mis en avant les systèmes (familial et communautaire) traditionnels congolais comme suffisamment solides pour accueillir les bébés, même en cas de rejet par la mère. Discours nécessaires et rassurants, en cette période de reconstruction de toute institution sociale, mais qui trouvent leurs limites dans quelques témoignages d'infanticides. L'IVG est illégale au Congo, et il existe peu de structures d'accueil pour enfants sans famille. Autre conséquence au long terme, mais très vite évoquée par les victimes, le risque de contamination par le virus HIV, d'autant plus réel que sur-représenté parmi les populations militaire et milicienne. Ce risque ne trouve aucune réponse préventive ou thérapeutique, le Congo ne disposant pas d'antirétroviraux.

L'élaboration d'un dispositif

Traumatisme psychologique, risque de désinsertion psychosociale, devenir des enfants issus de viols, contamination HIV... autant d'inquiétudes pour cette population, dans un pays qui ne fait que péniblement démarrer la reconstruction de son système sanitaire et social.

Cette reconstruction est à l'image de ce qu'est Brazzaville : vestiges épars d'équipements architecturaux de qualité, et pour la plupart ni totalement démolis, ni complètement reconstruits.

Si les hôpitaux se reconstruisent, la gratuité des soins a presque totalement disparu. Si les écoles fonctionnent à nouveau, l'intégration d'enfants déscolarisés pendant les années de guerre ne fait pas objet de moyens supplémentaires. Si les professionnels de la santé ont pu continuer à travailler dans des conditions extrêmes au cours de ces années de guerre, leurs difficultés Anancières, au même titre que celles de tout Congolais, conditionnent leur investissement professionnel, notamment dans le secteur public.

Dès 1997, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) a dénoncé les violences sexuelles lors du conflit congolais, et lancé une vaste campagne de sensibilisation. Ce programme s'est alors associé à six psychologues congolais pour une action de soins dans les divers hôpitaux de la ville et de formation de personnes « relais » faisant le lien avec les

victimes. Au cours des deux années suivantes, la guerre interrompra ce programme, qui redémarrera en mai 1999.

A cette période, Médecins Sans Frontières participe à la réouverture de l'hôpital de Makelekele. De là s'impose une implication dans la prise en charge de femmes victimes de violences sexuelles, compte tenu du nombre de cas se présentant : 1 190 entre mai et décembre 1999.

Tout comme s'impose la nécessité de proposer à ces femmes une prise en charge globale : médicale (curative et préventive) et psychologique.

A partir de mai 2000 et après de nombreuses négociations avec le ministère de la Santé, le programme de Médecins Sans Frontières s'organise à Makelekele. Les femmes sont accueillies par le médecin responsable du « service de triage », assisté par une assistante sociale congolaise, salariée par l'association. En coopération avec le médecin expatrié de MSF à Makelekele, sont dispensées pilules du lendemain, sérologies, prophylaxies VIH et consultations auprès du psychologue du programme FNUAP. Un suivi sur plusieurs mois est proposé, accompagnant les victimes jusqu'à l'accouchement en cas de grossesse. Quelques avortements ont pu être « négociés » comme Interruptions Thérapeutiques de Grossesses (ITG) et financés. L'assistante sociale effectue un travail de suivi à domicile.

Si ce programme est estimé insatisfaisant, en termes de file active et de difficultés rencontrées pour pérenniser le suivi psychologique, son intérêt au sein du dispositif sanitaire actuel s'avère incontestable, puisqu'il n'existe actuellement à Brazzaville aucun équivalent, alliant gratuité des soins et prise en charge globale.

En effet, un tour d'horizon de l'ensemble des actions visant à aider cette population de Brazzaville aura permis divers constats :

- De nombreux projets d'aide aux victimes de violence sexuelles, créés au sein d'institutions publiques ou privées, notamment religieuses, proposent avant tout de l'information, éventuellement des lieux d'écoute et de consultations médicales non spécialisées.

- Le rattachement de ces lieux et leur forte intégration aux quartiers, entité fondamentale à Brazzaville, en font des lieux précieux de repérage et d'accompagnement.

La gestion de cette problématique au sein de communautés religieuses est extrêmement complexe. Au cours des années de guerre, ces communautés,

d'obédiences très officielles ou plus obscures, ont joué un rôle crucial dans l'accueil, le soin, le soutien aux réfugiés. Elles en sont ressorties renforcées, de plus en plus impliquées dans la vie sociale et spirituelle des Congolais, suppléant souvent aux carences des diverses instances nationales. Pour la plupart d'entre elles, les dispositifs sanitaires autour des victimes de violences sexuelles, notamment la consultation de Makelekele, sont bien repérés. Les prises de position spirituelles face à ces victimes, généralement relayées par les familles, autour de la gestion de la culpabilité d'une éventuelle grossesse, sont parfois source de renforcement des conflits intrapsychiques de jeunes femmes accédant à une démarche de soins. D'autant plus que l'hyper-religiosité souvent pointée chez ces victimes peut être considérée comme un élément de leur symptomatologie post-traumatique : surinvestir de telles valeurs de spiritualité est parfois une modalité défensive qui permet de gérer la honte, la culpabilité et les failles dans l'estime de soi.

Le dispositif public de santé mentale, déjà bien précaire avant guerre, souffre d'un retard de reconstruction apparemment plus conséquent que dans les autres disciplines médicales. Ainsi, s'il n'y a qu'un psychiatre à Brazzaville, celui-ci exerçait encore en septembre 2000 dans un service dévasté, sans lit d'hospitalisation. Son intervention auprès des victimes de violences sexuelles se limite aux patients chez qui se pose une indication évidente de psychotropes.

La petite dizaine de psychologues de Brazzaville est, quasiment dans son ensemble, impliquée dans le programme FNUAP. Ces professionnels sont parvenus, au cours de ces années de guerre, à rester fédérés dans leur réflexion et élaboration autour de ces multiples nouvelles problématiques. L'implication personnelle de l'ensemble de ces individus dans ces événements de guerre donne une tonalité toute particulière à leur empathie vis-à-vis des patients, d'une grande richesse sur le plan clinique. Mais leurs conditions d'exercice, laissant peut-être entrevoir une mauvaise reconnaissance du secteur de Santé mentale, sont une entrave quotidienne à la qualité de leurs soins. Locaux totalement inadaptés ou inexistant, absence de moyens de communication, filtrage des patientes à l'entrée des hôpitaux par des « piquets », des hommes qui les interrogent sur les motifs de la consultation... autant d'éléments qui entravent la continuité, la sécurité et les liens absolument nécessaires autour de ce type de population.

Enfin, la répartition même des lieux de consultation soulève de multiples questions. Nous avons déjà insisté sur l'importance renforcée des « quartiers » après ces années de guerre. Les affiliations aux divers groupes armés, les drames qui s'y sont déroulés sont dans tous les esprits. Le passage de l'un à l'autre, pour aller consulter par exemple, ne va pas de soi. *A contrario*, une consultation de proximité peut être redoutée, par crainte des représailles d'un agresseur de voisinage. Il faut souligner que les plaintes sont rares, les poursuites judiciaires encore davantage.

Symptomatologie clinique

Malgré ces multiples embûches, des suivis médico-psychologiques se sont mis en place au sein de Makelekele, et ont révélé l'ampleur des souffrances présentées par ces femmes.

Au début du programme, elles étaient rencontrées pour une grande majorité dans l'après-coup, les viols ayant majoritairement eu lieu pendant leur parcours d'exode dans les semaines préalables. Il s'agissait alors principalement, sur le plan médical, de délivrer des soins d'urgence et de constater un statut sérologique, une grossesse, sans possibilité préventive.

Sur le plan psychologique, les tableaux cliniques rencontrés étaient donc ceux classiquement constitués à distance d'un événement traumatique : syndrome de stress post-traumatique (PTSD), syndromes dépressifs, troubles anxieux, troubles du sommeil, etc. Une grande variabilité de leur survenue, intensité et modes d'expression étaient évidemment déterminés pour chaque individu par de multiples facteurs. Nous retiendrons notamment l'incidence des circonstances du viol, ainsi que des ressources de soutien dans l'environnement familial.

Rappelons qu'à cette période, les dévoilements étaient portés par une volonté collective de témoigner. Phénomène ayant probablement autorisé nombre de ces femmes à surpasser le sentiment de honte inhérent à ce type de sévices. Portage collectif, ayant permis de consulter, de parler et ainsi d'amorcer le travail d'élaboration nécessaire à la psychothérapie.

Ces amorces autour du traumatisme auront autorisé la construction de récits relatant les autres traumatismes et pertes vécus avant et après ces viols, dans ce contexte de guerre et d'exode. Ces récits auront rendu possible l'évocation des drames potentiels à venir : une séro-conversion VIH, une grossesse issue de viols ; spectres effrayants toujours redoutés,

parfois déjà identifiés. On sait combien la présence prolongée de tels spectres dans la pensée de tout individu, qu'ils se confirment ou non, peut profondément remanier tout processus intrapsychique et donc tout projet de vie. L'un des principaux motifs d'intervention de la psychothérapie se situe à ce niveau.

Progressivement, ces cas connus au fil des premiers mois céderont leur place à d'autres histoires traumatiques. Sans cependant disparaître : plus d'un an après, il arrive que des femmes victimes de viol sur le chemin du retour de l'exode viennent consulter.

Mais les patientes rencontrées ont généralement été agressées dans leur quartier insécurisé de Brazzaville et, pour bon nombre d'entre elles, par des miliciens et militaires. Le ou les agresseurs continuent donc à présenter une figure « d'incontrôlable » du fait d'usage de stupéfiants, d'individus « inidentifiables » tout au plus reconnus comme appartenant à tel ou tel groupe armé, « d'intouchable » par la loi, et donc « d'injusticiable », pénalisant ainsi d'emblée toute possibilité d'élaboration autour de la réparation du crime.

Ces viols « de quartier » sont de plus en plus appréhendés par la population dans une logique « de quartier », et la volonté collective de témoigner disparaît : malgré les campagnes d'information menées sur la nécessité de parler, les dévoilements sont de plus en plus soumis aux règles traditionnelles de la honte de la victime. Honte partagée avec les proches, favorisant des « recouvrements » et des arrangements de voisinage.

Malgré ces nouvelles difficultés, les femmes continuent à consulter et ce, de plus en plus rapidement après le viol, quasi dans l'immédiat de l'acte ou, du moins, dès qu'elles ont pu le révéler à leur entourage.

L'aspect médical du programme aura ainsi trouvé toute sa portée préventive puisque des femmes consultent moins de 72 heures après le viol et se voient alors proposer une prophylaxie VIH et une pilule « du lendemain ».

Le versant psychologique du programme, lui, aura pris une autre dimension, que l'on peut qualifier de « curative précoce » et donc de préventive, à terme, sur les incidences psychosociales de ce type de traumatisme.

La réalisation, dans l'urgence, d'actes médicaux tels qu'un examen gynécologique, des prélèvements sanguins (et l'appréhension de ce que l'on

en attend) peut très vite devenir pour ces patientes, souvent en état de sidération, une incursion violente d'une réalité dramatique à venir. Ces nouveaux éléments traumatiques sont alors impossibles à intégrer, comme en témoignent souvent les soignants : une patiente semble totalement indifférente au discours d'usage autour d'un prélèvement sérologique ou d'un test de grossesse, elle n'investit pas, voire abandonne, des traitements prophylactiques nécessitant une grande rigueur pendant plusieurs semaines. Ces difficultés à penser n'épargneront pas l'appréhension de l'annonce d'une grossesse, l'anticipation d'un bébé à venir.

Par méconnaissance des difficultés psychologiques présentées par ces femmes, l'entourage familial, voire soignant, émet très souvent des jugements portant sur la « négligence », « l'inconséquence » ou, moindre mal, « l'incompréhension » du discours médical.

C'est donc là aussi que se situe le travail du psychothérapeute et ce, à deux niveaux. D'une part, en accompagnant la patiente dans le « décodage » de multiples informations au travers de son état de souffrance et, d'autre part, en éclairant et en soutenant l'accompagnement de ces patientes par leur entourage familial et par les autres professionnels de la santé. Cependant, la symptomatologie de ces patientes doit être resituée dans le contexte global.

Toute la population souffre des conséquences directes et indirectes de la guerre à des degrés divers ; certains présentent des troubles réactionnels que l'on peut considérer comme adaptatifs (simple réaction à des traumatismes extrêmes, à des pertes, à des deuils, aux douleurs multiples de la guerre) ; d'autres souffrent des conséquences directes de la guerre et développent de véritables tableaux psychopathologiques, dont on sait que la plupart d'entre eux ne guériront pas spontanément : deuils pathologiques, c'est-à-dire deuils persistant au-delà de 6 mois, invalidants au long cours, qui s'aggravent avec le temps et s'accompagnent parfois d'une psychopathologie polymorphe : troubles graves du sommeil, de l'alimentation, troubles psychosomatiques persistants ou encore syndromes post-traumatiques invalidants². D'autres encore souffriront des conséquences indirectes de cette guerre : pertes, ruptures des liens familiaux... D'autres enfin vont souffrir des conséquences sur leur être même de traumatismes de nature singulière du fait de leur intensité, de leurs modalités ou de leur nature : viols, mutilations, actes barbares perpétrés par des familiers ou des personnes connues de la victime... Un certain nombre

de facteurs peuvent aggraver l'impact traumatique d'un événement sur une personne donnée et en particulier les modalités de l'acte (cruauté, honte, humiliation collective...) ou les liens préalables entre la victime et son agresseur (un viol perpétré par une personne connue peut parfois être vécu comme encore plus barbare par la victime). Enfin, l'événement traumatique extrême laisse sur une personne donnée une marque dont la forme dépend de la personne elle-même, de son intimité, de son histoire singulière, de son monde intrapsychique et interpersonnel et des traumatismes antérieurs. C'est cette marque-là qui se traduit par des symptômes corporels ou psychiques, des douleurs, des souvenirs insupportables... Ce sont ces marques psychiques polymorphes qu'il s'agit d'être capables de repérer et de soigner. Dans l'ensemble des pathologies présentées et des douleurs exprimées ou montrées, nous avons choisi de définir des populations particulièrement vulnérables et mal prises en charge à Brazzaville.

L'objectif est de cibler deux types de population. Une population générale : les femmes enceintes ou venant d'accoucher, les bébés et les jeunes enfants et, à l'intérieur de cette population, les femmes violées, qu'elles soient ou non enceintes mais sans les stigmatiser. Pourquoi ? D'une part, il est possible que des viols se révèlent tardivement ; d'autre part, un programme dont le souci exclusif et officiel serait les femmes violées risquent d'être vécu comme générateur d'exclusion. Deux raisons donc à ce choix de la population générale (femmes, femmes enceintes, jeunes mères), au Congo comme dans d'autres terrains de conflits actuels : d'une part, l'expérience nous montre qu'il s'agit là de populations particulièrement vulnérables ; d'autre part, les troubles qui peuvent apparaître sont extrêmement lourds de conséquences pour l'avenir des femmes et des enfants.

Les femmes violées

On comprendra aisément, et les études disponibles le montrent³, que la nature des traumatismes subis par ces femmes, traumatismes sexuels qui s'associent souvent à d'autres violences (par exemple physiques) mais aussi à des pertes, à des deuils, conduisent à des syndromes post-traumatiques polymorphes et sévères, associant des souvenirs répétitifs et qui s'imposent à la femme de jour, dans la vie relationnelle et la vie quotidienne, comme de nuit, en perturbant le sommeil (difficultés à s'endormir, réveils multiples

liés aux résurgences traumatiques effrayantes), des troubles anxieux ou dépressifs, des expressions somatiques sévères centrées autour de la nourriture (anorexie, vomissements) et de l'image du corps (vécu douloureux de certaines parties du corps malmenées ou qui ont une signification symbolique). A ces signes peuvent s'associer des phobies, des obsessions, des signes de conversion... et tout un cortège psychopathologique signe d'une atteinte grave de l'identité même du sujet. A ces symptômes, parfois cachés par la femme, d'autres fois montrés très partiellement, s'ajoutent des sentiments fréquents de honte, de souillure, de saleté, parfois même de culpabilité.

Culpabilité de ne pas avoir pu y échapper, culpabilité d'avoir survécu, culpabilité de ne pas avoir pu protéger une petite sœur, une mère, un parent ; culpabilité d'avoir vu, d'avoir assisté au viol d'une autre, de sa mère, d'un enfant, parfois de son propre enfant. Car les enfants eux aussi ont été violés, violentés, bafoués. Il faut alors que ces femmes et ces enfants gèrent les séquelles spécifiques du trauma sexuel (culpabilité, honte, souillure...), mais aussi celles qui sont inhérentes aux autres événements de la guerre (pertes, deuils, disparitions...).

Les femmes enceintes ou venant d'accoucher

Les traumatismes subis rendent particulièrement problématique l'installation des relations précoces mère-enfant, quel que soit le degré de gravité de la symptomatologie de la mère (du PTSD à la dépression mélancolique). Ces femmes nécessitent un accompagnement psychologique à l'appropriation de leur maternité et un traitement chimiothérapeutique de l'anxiété ou de la dépression. Les conséquences, pour l'enfant, de ces pathologies maternelles sont particulièrement graves : l'impossibilité à investir l'enfant peut conduire à des pathologies polymorphes, allant de pathologies psychosomatiques à des troubles graves du développement.

Les bébés et jeunes enfants

L'immaturation psychique de ce groupe rend l'intégration des stress subis particulièrement problématique. Il s'agit autant de la difficulté d'intégration de la souffrance parentale (notamment maternelle), du deuil du père (fréquent, que le décès ait été constaté ou que le père soit porté disparu), des

violences vues ou subies. Un travail de verbalisation est absolument indispensable pour éviter l'évolution vers un PTSD constitué.

Bien sûr, on sera parfois amené, à partir de critères cliniques, à prendre en charge une partie de la fratrie, voire la famille...

Préserver l'avenir des femmes, des mères et des enfants

Parmi divers constats, l'un s'impose particulièrement. Le dispositif de Makelekele est avant tout un point central de reconnaissance de ces victimes. Lieu de recueil de témoignages, d'identification de la souffrance, des troubles présentés par ces femmes. Il a pu le devenir parce qu'associé à une prise en charge médicale globale et gratuite, élément indispensable dans un tel projet.

Sa faiblesse principale réside dans le nombre réduit de patientes ayant recouru à ses services et dans la difficulté de systématiser et pérenniser les consultations psychologiques. Le repérage, par l'ensemble de la population de Brazzaville, de la nécessité de ce type de suivi après un viol est pourtant excellent, et les « outils » théoriques des professionnels très opérants.

Ce qui fait défaut, ce sont évidemment des moyens humains, mais aussi, et peut-être surtout, du lien et de la continuité, qui ont tendance à se dissoudre à divers niveaux de la société congolaise et renvoient aux histoires traumatiques de ces patientes.

« Penser » l'avenir de ces femmes et de ces bébés issus de viols en escomptant que la solidarité communautaire est le lien psychique « réparateur » le plus légitime dans une situation d'après-guerre, c'est peut-être aussi un certain leurre. Dans tous les cas, il importe de le renforcer et d'imaginer des soins individuels qui permettent l'expression et le soins des douleurs individuelles.

Un projet à long terme de soutien des victimes de violences sexuelles à Brazzaville, au vu des événements politiques et économiques actuels, devra donc avant tout renforcer et optimiser les moyens existants en termes de soins, mais aussi, au travers de cette clinique, renforcer le travail d'anticipation autour de cette population.

Consoler, soigner, témoigner, former

La co-construction du programme de santé mentale à Brazzaville, comme dans d'autres contextes de guerre, se fait sur la base d'un projet à quatre volets : consoler, soigner, témoigner, former.

a) *Consoler*, au sens fort et philosophique du terme et non dans l'acceptation mièvre et douceuse que ce terme tend à prendre parfois, c'est avoir du souci, prendre soin, construire une démarche vers une population en souffrance, dans la perspective de rester auprès de cette population le temps qu'il faudra, au-delà de l'urgence si besoin est, afin d'établir une continuité des liens humains et de la dignité de chacun. Cette présence attentive n'est pas dévolue spécifiquement aux programmes de santé mentale, elle concerne tous les programmes. Cependant, la mise en place et l'effectuation des soins psychiques nécessitent un certain temps. Ils nécessitent aussi une reconnaissance forte et bienveillante des souffrances collectives et individuelles vécues par les patients, à la fois en tant que membre d'une organisation internationale et en tant que thérapeute : c'est l'étape préalable et nécessaire aux soins.

b) *Soigner* nécessite la mise en place d'un cadre clinique qui ne se limite pas aux techniques utilisées ; ce cadre est coconstruit avec les personnes du pays en guerre qui s'investissent dans le projet. Il tient compte des représentations de la blessure vécue, de la souffrance, du malheur, représentations dont dispose la population que l'on « assiste », mais aussi des représentations concernant les femmes, les mères, les bébés, l'organisation familiale, les périodes clés de la vie, les méthodes de soins... Toute culture, aussi déstructurée qu'elle puisse être, dispose de telles représentations. L'apport de la psychiatrie transculturelle (ou ethnopsychiatrie) est, ici, important⁴.

Il s'agit d'une démarche qui n'a pas pour seul but de « s'adapter » au contexte culturel, mais aussi de comprendre comment se déploie la symptomatologie qui témoigne des souffrances individuelles et collectives.

Par exemple, la souillure du viol, l'impact de telles blessures sur la représentation de la femme et de la future mère, de la parentalité, les représentations de l'avortement, de la nature de ces enfants nés de viols sont autant de mondes qui appartiennent aux patients, à leurs familles, à leurs groupes et que nous ne pouvons ni ignorer, ni dénigrer, ni juger, ni anticiper. Ces représentations sont dynamiques et se modifient du fait de la guerre, des traumatismes, des ruptures de la société et des individus mais, quelles qu'elles soient, elles participent à la représentation des blessures, à leur

impact psychique et physique, à leur transmission d'une génération à l'autre. Ces facteurs s'ajoutent et s'intriquent les uns aux autres, aboutissant à construire des problématiques personnelles ou familiales qui nécessitent plusieurs types de lecture.

C'est donc une approche clinique complexe, qui ne peut se contenter des repères cardinaux du PTSD, de la dépression et des troubles anxieux. Une idée récente, dans l'élaboration qui est faite à partir de différents « terrains » lors des groupes de travail de Médecins Sans Frontières, est de dégager des points communs qui puissent servir de base aux nouveaux programmes de prise en charge psychologique, mais ce travail est à peine commencé.

c) *Témoigner* : la présence continue, sur place, l'analyse du contexte, le soin aux personnes permettent d'accéder à la complexité et à la singularité de la situation. Quand c'est nécessaire, quand l'horreur ne respecte plus l'humain, nous sommes amenés à témoigner, confrontés aux limites de l'acte médical.

d) *Former* à certaines manières de faire complémentaires de celles qu'ont déjà les professionnels locaux. Cette formation est très pragmatique et s'effectue à partir de consultations, de réunions à propos de cas cliniques, de l'organisation du cadre de soins aussi bien dans ses aspects matériels que dans ses aspects formels. Les professionnels locaux ont une bonne formation de base, une meilleure connaissance que nous de leur propre culture et les « savoirs » que nous apportons doivent pouvoir entrer en interaction avec les leurs. Les universaux, en matière de soins psychiques, restent encore à définir ; d'un autre côté, les professionnels expatriés doivent disposer d'une bonne expérience clinique et thérapeutique et ne pas oublier leurs connaissances, ce qui les plongerait dans une confusion gênante pour leur travail. La formation par compagnonnage (faire avec quelqu'un) permet ces confrontations de savoirs. Elle permet d'éviter le risque de « saupoudrage » ou une fascination de nos collègues pour des connaissances qui joueraient le rôle d'objets de consolation, alors qu'ils vivent au jour le jour les souffrances liées à leur situation, et pourraient les éloigner d'une véritable attitude de soins.

Dans la mise en œuvre de ce programme, nous travaillons le plus souvent avec des interprètes : ils traduisent la langue mais aussi la culture de leur communauté, participent souvent de façon très émotionnelle aux entretiens, et aux réunions. Les équipes sur place reçoivent régulièrement la visite de consultants investis dans le programme, souvent depuis son ouverture. Ces

visites sont importantes pour l'évolution et la construction progressive du projet, mais aussi pour que le travail des volontaires expatriés soit replacé dans le cadre de l'affiliation à une organisation elle-même structurée par des exigences éthiques et une politique globale qui oriente l'ensemble des programmes de Médecins Sans Frontières. Ces visites permettent également une supervision clinique pour les volontaires, souvent confrontés à des situations très difficiles, et parfois trop isolés pour pouvoir prendre le recul nécessaire.

Parfois organisées sur place, avec l'aide de professionnels nationaux, ces « supervisions mixtes » permettent d'éviter l'installation de hiérarchies : lorsqu'une population est aidée, c'est qu'elle se trouve dans une situation difficile, une « vulnérabilité » qui ne doit pas être accentuée par une attitude d'allégeance et de dépendance des personnes avec lesquelles nous travaillons et que nous formons.

Dans le cadre de cette formation clinique, des modules portant sur tel point de la psychologie, de la psychiatrie ou d'autres disciplines peuvent être organisés, toujours dans l'esprit de solliciter les personnes du pays où nous intervenons et d'ouvrir ces enseignements à différents membres de la communauté, qui peuvent être intéressés ou que l'on souhaite intéresser aux problèmes de santé mentale.

Une évaluation régulière de ce programme permettra de voir s'il atteint bien les buts qu'il s'est fixés ; il arrive que l'on mette en place un programme bien structuré, avec des gens compétents, mais qui ne touche pas la population concernée : il faut alors le remettre en question, essayer par exemple de comprendre pourquoi les patients ne viennent pas consulter.

Au terme de cette pragmatique du « faire ensemble », la co-construction de ce programme à Brazzaville permet d'imaginer qu'une telle intervention est à la fois curative de douleurs trop souvent passées inaperçues, car elles touchent essentiellement la dignité humaine, et préventive de transmissions transgénérationnelles de souffrances, de haines et de conflits. Cette approche particulière des femmes et des hommes placés dans des situations terribles ne peut se faire qu'au nom d'une éthique précise, qui ne constitue pas un nouvel humanisme, mais qui est contenue dans les termes que nous proposons en introduction et que nous rappellerons en conclusion : *consoler, soigner et témoigner*.

1. Ont contribué à ce travail : Dr Christian Lachal, Dr Thierry Baubet.

[2.](#) Cf. description *infra*.

[3.](#) V. Nahoum-Grappe, « Anthropologie de la cruauté. Quelques pistes au sujet de la guerre en ex-Yougoslavie », in M.-R. Moro et S. Lebovici, *Psychiatrie Humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, Paris, PUF, 1995, 23-50.

[4.](#) M. -R. Moro, *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*, Paris, PUF, 1994.

Urgences à Brazzaville

Médecins Sans Frontières face aux violences contre les civils

Marc LE PAPE

Ceci n'est pas un compte rendu des opérations entreprises par Médecins Sans Frontières au Congo-Brazzaville, pendant la guerre qui commence en décembre 1998.

Ce texte porte sur certains moments, certaines situations, certains problèmes. Pourquoi ces moments, ces situations ? Ils ont été choisis dans l'objectif de mettre en lumière « l'esprit » des actions de secours face à l'état désastreux des gens qui revenaient à Brazzaville, à partir de mai 1999 : début mai, les quartiers Sud, vidés de leur population depuis décembre, sont ouverts par le gouvernement au retour des habitants ; ces retours s'échelonnent sur plusieurs mois. D'autres moments auraient pu être choisis, d'autres intervenants auraient pu être écoutés et d'autres aspects des programmes d'aide auraient pu être rappelés, mais notre souhait est de donner une idée des problèmes concrets qu'a affrontés cette mission, des dilemmes qu'il fallait trancher, des attitudes adoptées face aux conséquences de la guerre et face aux auteurs de violences.

Règle de prudence pour restituer cette fin de guerre : il ne faut pas oublier de distinguer la période d'intervention et celle de notre analyse rétrospective. Restituer les actions et les décisions, plusieurs mois plus tard, place en situation de saisir le pourquoi et le comment de ce qui a ou n'a pas été fait par Médecins Sans Frontières. Mais au moment où l'équipe intervenait, elle a été pendant plusieurs mois (au moins jusqu'en décembre 1999 à Brazzaville) confrontée à un monde de violences et d'incertitudes, à un afflux considérable de civils, enfants et adultes, épuisés, sévèrement

malnutris, et qui pour beaucoup, femmes et hommes, avaient subi de graves exactions, humiliations et violences physiques depuis qu'ils avaient dû fuir en décembre 1998.

Pour ne pas oublier ce contexte (incertitudes, insécurité, énormes brutalités contre les civils, urgences médicales et nutritionnelles massives) et les sentiments qu'avaient à l'époque ceux qui étaient engagés, à Brazzaville et à Paris, dans ces interventions, il a été demandé à chaque interlocutrice ou interlocuteur de se replacer dans des situations concrètes qu'il avait connues, de décrire ces moments, de dire comment il ou elle avait réagi sur le coup, quelles normes d'action lui avaient servi d'appui, quels étaient les choix de priorités qui devaient être effectués¹.

Premières interventions (janvier-avril 1999)

Janvier-février : on ne comprenait pas ce qui se passait

En réponse aux violences déclenchées au Congo à partir de décembre 1998, l'équipe qui travaille à Kinshasa (RDC) mène à Brazzaville une première mission exploratoire du 9 au 15 janvier, puis le responsable de programme² effectue une visite début février 1999. Voici comment, rétrospectivement, il décrit cette confrontation avec la guerre congolaise.

« Ce que je retiens en premier, c'est qu'on a mis du temps pour aller à Brazza. Nous étions déjà informés, parce que l'équipe avait fait une visite courant janvier, depuis Kinshasa, et avait dit : les quartiers Sud ont été vidés, on n'y a pas accès ; il y avait des informations sur les corps supposés être en cours de ramassage, un nombre estimé de gens en mouvement. L'équipe avait eu accès aux quartiers Nord de la ville. En février, nous avons remis notre passage à deux reprises, parce que nous avons l'impression que ça tapait très très fort, que c'était violent. On voyait, au sud de Brazzaville, les berges en feu, avec des explosions, avec des tirs. Des obus tombaient de temps en temps dans le fleuve. L'équipe était inquiète à l'idée de mettre les pieds là-bas.

Nous sommes allés pour une journée à Brazzaville (le 8 février), avec un avion des Nations unies – nous aurions pu passer en bateau. De l'aéroport, on a pris un petit taxi pour entrer en ville, rencontrer les représentants des Nations unies, le ministère de la Santé et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR).

Nous avons l'impression d'être dans une sorte de village ravagé par je ne sais trop quels combats. La ville était coupée en deux. Très peu de gens dans la rue, le centre ville se vidait à midi, si ce n'était pas avant. Il y avait des militaires, un peu à la façon libérienne ou sierra-léonaise, à certains points de contrôle.

Le CICR aidait quelques sites de déplacés des quartiers Sud, installés dans les quartiers Nord. Il y avait en ville 70 000 déplacés dont 30 000 dans des sites pris en charge par les membres du CICR. Ces derniers étaient très choqués par ce qu'ils apprenaient, et par ce qu'ils imaginaient. Ils avaient été eux-mêmes victimes de violences, de pillage. Il n'y avait pas de présence permanente de personnel des Nations unies, pour des questions de sécurité.

Je me souviendrai toujours de cette soirée où nous sommes sortis de notre maison à Kinshasa. Nous sommes allés sur le bord du fleuve. De l'autre côté, il y avait des explosions très violentes au sud ; vers Nganga Lingolo, des maisons brûlaient. De Kinshasa, c'était impressionnant. Je pense que cela nous a plutôt sclérosés, nous étions inquiets, nous n'arrivions pas à trouver nos repères. On ne comprenait pas ce qui se passait. »

Dès janvier, les informations et les observations confirment que des violences très graves ont eu lieu à Brazzaville depuis le 18 décembre. C'est ce que soulignait le rapport de la première mission exploratoire.

« Les quartiers Sud de Makelekele et Bacongo, théâtre des violences, sont vidés de leur population et restent aujourd'hui inaccessibles aux organisations non gouvernementales. C'est un no man's land où les hommes en armes font la loi et continuent à piller tout ce qui peut encore rapporter de l'argent. Au sud, dans les provinces du Pool, de la Bouenza, de la Lékoumou et du Niari, la situation des personnes déplacées dispersées dans les forêts n'est pas bien connue. La photo d'une femme et de son bébé souffrant de malnutrition aiguë grave a fait la "une" des journaux. La femme est décédée. »

Cette femme avait erré dans la forêt au sud de Brazza. Son sort laissait supposer dans quelles conditions dramatiques vivaient les déplacés qui, comme elle, avaient fui la ville – aucune observation directe de cette situation n'était alors possible.

Début février, le responsable de programme n'en apprend pas beaucoup plus :

« Selon des sources humanitaires, la population du Pool vit dans une situation "humanitaire" horrible, contrainte de se terrer dans les forêts. Pour ce qui concerne les civils qui se retrouvent aujourd'hui dans la partie sud du pays, il existe peu d'informations vérifiées, faute d'accès. Tout laisse à craindre que leur situation soit catastrophique, alors que plus de 100 000 déplacés ont disparu dans la forêt pour se protéger des combats et des violences commises par toutes les milices sur les civils. Le sud du pays est coupé du reste du monde. Les autorités reconnaissent une situation de "guerre" dans le sud du pays, avec son cortège de violences. Autre point : l'hôpital de Makelekele, situé dans les quartiers sud de Brazzaville, n'est plus fonctionnel, tout comme les autres centres de santé de ces quartiers. Le personnel de santé comme le reste de la population a fui la zone. Il est difficile de dire si l'hôpital a été pillé, mais tout le laisse à penser. De fait, les quartiers Sud de Brazzaville sont devenus une sorte de no man's land. L'hôpital ne pourra pas être visité par l'équipe avant fin mars. »

Risques et incertitudes conduisent le responsable de programme et l'équipe à adopter une attitude prudente. L'installation progressive d'une équipe à Brazzaville est envisagée « si les conditions le permettent » : cela se fera dans la deuxième moitié du mois de mars.

Mars-avril : installation à Brazzaville

Marie-Jo, infirmière, intervient à partir du 24 mars 1999.

« On voulait se réinstaller à Brazzaville, mais on ne savait pas très bien comment le faire. Une infirmière et un logisticien restaient quatre jours à Brazzaville et, le reste du temps, à Kinshasa. L'infirmière avait dû rentrer précipitamment. Je devais assurer l'intérim. Quand je suis arrivée, j'ai dit que faire des allers et retours entre Brazza et Kinshasa n'avait aucun intérêt. Si l'on veut travailler à Brazzaville, on y reste 24h sur 24, d'autant que je trouvais très dangereux de passer le fleuve : ça tirait souvent, du côté de Kinshasa et du côté de Brazzaville. Et puis il n'y avait pas de suivi, on n'était pas là pour les réunions... Donc, le logisticien et moi, nous nous y sommes installés.

À l'époque, il y avait des camps de personnes déplacées dans le nord de la ville, où le CICR était déjà impliqué. Il y avait quelques cas de choléra. L'idée était de voir si nous pouvions faire quelque chose pour ces personnes, ainsi que par rapport au choléra. Nous avons ouvert une petite unité de traitement des cas de choléra à l'intérieur du CHU.

J'ai passé beaucoup de temps dans les centres de santé des quartiers Nord et dans les camps de déplacés. Ce n'était pas très évident : l'objectif de MSF n'est jamais de fixer des gens dans des camps. Pour le CICR, c'était très difficile aussi, parce que les autorités disaient : les gens vont rentrer, ils vont rentrer... mais ils ne rentraient pas. En parallèle, des gens commençaient un tout petit peu à arriver du Pool via le Congo-Kinshasa ; ils allaient dans les camps des quartiers Nord.

En fait, nous n'avons jamais été très impliqués dans ces quartiers, sauf pour le choléra. L'épidémie n'a pas flambé, mais nous avons mis en place une structure au CHU, formé des équipes, nous avons été là. En parallèle, je passais chaque semaine dans les camps, j'essayais de voir les nouveaux arrivants, de discuter avec eux et de comprendre un peu ce qu'ils avaient vécu. »

En avril, l'information sur les violences reste toujours rare. Thierry est à Kinshasa (RDC) depuis la fin du mois de février 1999. Il suit la situation dans Brazzaville, où il se rend à plusieurs reprises en mars.

« Nous avons eu de l'information sur ce qui se passait dans le Pool grâce aux réfugiés en RDC. Même s'il n'y avait pas d'urgence au niveau médical, nous aurions dû aller plus vite dans les "simili" camps de réfugiés qui commençaient à se créer en RDC, nous aurions eu de l'information. Les gens avaient commencé à sortir du Congo depuis décembre, nous n'y allons qu'au mois d'avril, quand le flux des sorties augmente, avec les offensives militaires gouvernementales du 24 avril 99 sur Bandza Ndounga. Nous aurions dû le faire bien avant, aller parler avec les gens. Nous avons eu un minimum d'information à partir de la RDC – j'ai ouvert la première mission dans ces camps de réfugiés : nous savions qu'apparemment, des gens mouraient de faim ; nous entendions parler "d'épidémie de pieds gonflés" ; nous savions que les miliciens *Ninja* avaient confisqué les postes de radio des personnes déplacées afin qu'elles ne puissent pas écouter ce qui se passait ; nous savions qu'on leur avait raconté tout et n'importe quoi sur Brazzaville, que la ville était à feu et à sang... Personne ne se préparait à ce qui allait se passer. »

En même temps qu'un constat, cette dernière remarque formule un jugement rétrospectif : personne ne s'était préparé à un afflux brusque et massif de population en provenance du Pool, personne ne s'était préparé en proportion des violences que subissaient les personnes déplacées et dont l'ampleur ne fut connue que lors de leur retour à Brazzaville, début mai 1999. « Personne » : ce mot désigne ici Médecins Sans Frontières et les

autres intervenants humanitaires présents – le CICR, Caritas, les agences des Nations unies, les organisations non gouvernementales congolaises... Thierry dit également qu'il aurait été possible d'intervenir de manière plus rapide auprès des réfugiés qui avaient gagné la RDC : cela aurait permis de leur apporter des secours médicaux et, en même temps, grâce à leurs témoignages, de percevoir la nature et l'étendue des violences contre la population au Congo ; c'est-à-dire de mieux prévoir l'ampleur des problèmes à affronter au retour de ceux qui avaient fui Brazzaville. L'insistance sur la recherche d'informations, sur le manque de connaissance globale des faits et la perception inquiète des problèmes de sécurité à Brazzaville caractérisent la période de janvier à avril 1999, pendant laquelle, effectivement, l'équipe n'anticipe pas un retour massif.

Prendre position à l, hôpital de Makelekele

Médecins Sans Frontières a travaillé au Congo en 1997 et y a interrompu ses activités en avril 1998 : parmi celles-ci, plusieurs concernaient l'hôpital de Makelekele à Brazzaville. Cet hôpital se trouve dans les quartiers Sud, il n'est donc pas accessible en janvier 1999 – « Bacongo et Makelekele sont des zones très dangereuses où aucune ONG ou agence ne prennent le risque de s'aventurer » (rapport de mission du responsable de programme, 6-15 janvier 1999). Une première visite de l'hôpital a lieu le 25 mars.

Marie-Jo : « Dès mars, nous pensions qu'il fallait prendre position à Makelekele, mais mon grand souci était que la population n'était pas rentrée : l'hôpital était vide, les quartiers étaient vides de population civile. Aller préparer l'hôpital signifiait aussi faire le jeu des autorités ; on attire les populations à Makelekele, alors que des milices continuent à piller. Cela dit, nous avons quand même décidé d'y prendre position : si les populations reviennent, le jour où elles reviendront, MSF interviendra aux urgences et en pédiatrie, et nous aiderons à la réouverture d'un hôpital de base.

Mais jusque-là, les populations civiles n'avaient pas l'autorisation de rentrer. Sauf deux fois par semaine. On voyait alors des gens quitter les camps des quartiers Nord – pas seulement des camps, il y avait aussi beaucoup d'habitants des quartiers Sud qui vivaient dans des familles ou louaient des maisons –, ils retournaient à Bacongo et Makelekele, ils allaient chez eux, voyaient ce qui restait, ramenaient un peu de fruits de leur jardin, volaient sans doute un petit peu aussi ; on voyait ces files de gens qui partaient vers Bacongo et qui revenaient à 13 heures. Ensuite, le pillage recommençait au vu et au su de tout le monde. Tout ce qui a pu être pillé dans les quartiers Sud l'a été.

Nous sommes allés une première fois à l'hôpital, avec le directeur, le 25 mars. J'ai fait une très rapide évaluation : l'hôpital avait été fortement pillé, mais pas tellement abîmé, il n'avait pas été pris pour cible comme par exemple les hôpitaux de Somalie.

Le lendemain, j'ai fait une deuxième visite, avec le directeur et trois médecins qui avaient fui dans les quartiers Nord. Il y avait le chirurgien, qui avait énormément souffert, le médecin

du service de maladies infectieuses et une jeune femme, le docteur M., avec qui j'ai beaucoup travaillé par la suite – elle travaillait comme médecin assistant. Là, j'ai visité tous les bâtiments. Nous en avons trouvé un où il y avait deux cadavres, probablement des tuberculeux ou des gens en fin de vie, qui avaient dû ramper sous leurs lits, et qui étaient morts de faim. Tout le monde a fui et les corps sont restés là. Le maire avait dit : 'on va transporter les cadavres, on va nettoyer', mais personne ne l'avait fait. Pendant trois semaines, ça a été l'enfer de ces cadavres : qu'est-ce qu'on fait ? Il fallait retrouver les familles... Voilà nos premiers contacts avec l'hôpital de Makelekele. »

Lors d'une troisième visite, le 31 mars, les corps n'ont toujours pas été enlevés. Le redémarrage partiel de l'hôpital est envisagé, avec l'aménagement de trois salles de consultations dans un bâtiment qui est resté en bon état, « mais nécessite un bon lessivage ».

Fin mars, après ces visites, voici la position de l'équipe MSF sur la question de l'ouverture de l'hôpital :

« Oui, on a la volonté de travailler à la relance de Makelekele, mais pas tant qu'il n'y a pas de sécurité. Non à l'appui de l'ambassade de France. Notre position est : faites des dons à l'hôpital public de Makelekele si vous le désirez, mais pas à nous.

Nous proposons un support pour la réorganisation des services de consultations externes, urgences et pédiatrie, mais il ne faut pas commencer avant d'avoir un signe clair du retour des populations » (Sitrep³ Brazzaville, semaine du 22 au 27 mars 1999).

Par la suite, au mois d'avril, un travail logistique est assuré à l'hôpital afin de préparer l'ouverture éventuelle des consultations. Lorsqu'ils font le récit de cette période, les responsables de la mission rappellent qu'ils n'eurent pas seulement à traiter en permanence des problèmes de sécurité, des demandes d'autorisation, à négocier leurs relations avec le ministère congolais de la Santé et d'autres autorités politiques, avec des militaires, avec les organisations d'aide présentes à Brazzaville et Kinshasa (principalement le CICR, l'organisation catholique Caritas et les agences des Nations unies). Ils durent aussi, étant donné le contexte politique, résister au souhait de l'ambassade de France qui, début mars, avait proposé de contribuer au financement d'une intervention sur l'hôpital : « il y avait des difficultés avec l'ambassade de France qui voulait récupérer une ONG française », afin de pouvoir annoncer que celle-ci s'occupait de l'hôpital avec un financement français. « Nous n'avons jamais demandé ni un centime, ni un carton de lait que l'ambassadeur voulait absolument nous donner ».

Cette volonté pratique d'indépendance vis-à-vis de l'ambassade est bien sûr à mettre en relation avec les conditions du travail humanitaire : sa sécurité et donc sa possibilité dépendaient, là comme ailleurs, de la neutralité réelle et manifeste des intervenants humanitaires par rapport à tout autre acteur engagé politiquement dans la situation – ce qui était inévitablement le cas d'une ambassade comme celle de France.

Le 1^{er} mai sont ouvertes deux salles de consultations externes (urgences et pédiatrie), la pharmacie et une salle pour les pansements et injections. Une quantité importante de médicaments essentiels a été retrouvée à la pharmacie centrale – ils provenaient d'une dotation faite par Médecins Sans Frontières en 1998. Décision est alors prise, en accord avec le directeur de l'hôpital, de fournir gratuitement médicaments et soins au moins pendant un mois – cette politique sera modifiée en septembre 1999 : le système de recouvrement des coûts sera alors remis en place, et seuls les indigents et les personnes déplacées bénéficieront désormais de l'accès gratuit aux soins, les médicaments provenant notamment de dotations de Médecins Sans Frontières.

Les retours : répondre aux urgences

A partir du 1^{er} mai 1999, le Président congolais autorise les résidents des quartiers Sud à revenir chez eux. Durant la première semaine de mai, 10 000 personnes regagnent la capitale ; ces arrivées se poursuivent à un rythme élevé durant tout le mois de mai. En juin, le nombre d'arrivées chute, puis il augmente de nouveau régulièrement en juillet pour atteindre un pic du 19 au 26 juillet : cette semaine-là, 15 780 retours du Pool et 18 980 retours du Congo Kinshasa sont enregistrés.

Sitrep Brazzaville. Semaine du 3 au 9 mai 1999

« La plupart des arrivants sont en très mauvais état nutritionnel et de santé. Quatre personnes seraient mortes en arrivant. Les différents témoignages font état d'une pénurie totale depuis plusieurs mois. Les gens vivaient souvent cachés dans les forêts sans nourriture ni médicaments. À Kinkala, de plus en plus de personnes quitteraient les forêts pour rentrer dans la ville et seraient toutes très mal en point.

Deux femmes ont été violées en arrivant dans les faubourgs de Brazzaville. Devant l'afflux d'enfants sévèrement malnutris⁴, ouverture en urgence d'un centre thérapeutique de jour le 6 mai. Tous sont des nouveaux arrivants du Pool. »

[Début mai, quatre expatriés MSF sont présents à Brazzaville, dont deux infirmières ; mi mai, un médecin et un infirmier renforcent l'équipe],

20 juillet, Brazzaville

« Depuis le 17 juillet, entre 1 000 et 2 000 personnes arrivent directement du Pool chaque jour. Le ministre de la Présidence et le maire de Makelekele organisent des convois pour aller les chercher.

La population est toujours dans un état critique et plus de 100 malnutris sévères sont admis par jour. Les structures nutritionnelles sont toutes débordées et nous lançons un plan d'extension important.

Les convois arrivent aussi bien la journée que la nuit. »

Au début, pour l'accueil des personnes déplacées, aucune prise en charge n'était autorisée. Rien n'était prévu par les pouvoirs publics, qui voulaient ainsi empêcher la création de nouveaux sites de regroupement à l'intérieur de Brazzaville. Ceux qui revenaient du Pool devaient se faire enregistrer par les autorités : un lieu avait été fixé, le Centre sportif de Bacongo. Une fois enregistrées par des militaires, les personnes devaient aussitôt se disperser et, si elles n'avaient pas où loger, s'installer dans les maisons vides des quartiers Sud. Interdiction de se fixer au Centre sportif. Progressivement cette situation sera modifiée par l'intervention d'ONG congolaises, puis de MSF. Il faut attendre la première semaine de juin pour que l'organisation catholique de femmes congolaises MOPAX puisse s'installer au Centre sportif. Ces femmes distribuent une nourriture chaude (une bouillie) aux gens qui reviennent. Une ONG médicale congolaise, la Légion d'Hippocrate, travaille en coordination avec l'équipe de Médecins Sans Frontières et envoie à l'hôpital de Makelekele les malades qu'il faut prendre d'urgence en charge, ainsi que les enfants sévèrement malnutris.

Premières semaines du retour, mai 1999

Entretien avec Marie-Jo, responsable médicale, présente à Brazzaville depuis mars.

« Début mai, les autorités ont dit : "les gens doivent quitter les camps des quartiers Nord et rentrer à Bacongo et Makelekele, la situation est calme, les gens sont autorisés à rentrer, il faut qu'ils rentrent..." Les gens ont dû rentrer. Dans une grande partie des quartiers, il n'y avait pas d'électricité. Certaines personnes qui ont dû quitter les camps n'avaient aucun endroit où aller – elles habitaient au-delà du pont du Ndjoué, qu'elles n'avaient pas le droit de passer. Le Centre sportif est né comme cela, les autorités interdisaient d'y apporter une assistance, quelle qu'elle soit. Le discours était : "vous allez au Centre sportif et, très vite, le pont du Ndjoué va être ouvert". En fait, j'ai été là un mois et demi sans que l'accès à l'autre côté du pont ne soit ouvert. Des familles entières se trouvaient au Centre sportif et on leur a dit : "pas de nouveau camp, allez dans des maisons inoccupées" (celles-ci avaient été complètement pillées). C'était hallucinant. Cela a duré les deux premières semaines du retour. Pour les civils, nous avons décidé de réouvrir la consultation externe à l'hôpital de Makelekele.

On a dû commencer avec une quinzaine de personnes, quelques sages-femmes, trois médecins congolais (dont le chirurgien), quelques infirmiers et une sœur congolaise qui avait déjà travaillé aux urgences. On a fait ce que l'on fait en Somalie ou en Angola : un petit hôpital de premiers secours avec, dès seize heures, une terreur de la population et du personnel soignant. Personne ne voulait rester là.

Très vite, au bout de trois jours, les gens ont commencé à arriver ; certains à pied, d'autres avec de petits camions de Caritas. Ils ne restaient au Centre sportif que la journée, puis il fallait qu'ils partent. Ils arrivaient à l'hôpital malades, beaucoup souffraient de malnutrition – des cas graves de malnutrition chez les adultes, comme je n'en avais pas vu depuis la Somalie en 1992.

À l'époque, nous étions quatre volontaires sur place. Le logisticien et moi devions partir, nos remplaçants venaient d'arriver. Il était clair que je ne partais plus. Il fallait en urgence sauver les enfants et les adultes gravement malnutris. Nous avons ouvert un centre de nutrition : le troisième jour, il y a eu 125 admissions d'enfants en train de mourir. Ils arrivaient avec de petits camions au pont du Ndjoué et terminaient à pied, jusqu'au Centre sportif où la police les enregistrait. Les deux premières semaines, 17 000 personnes sont sorties du Pool, il y a eu 500 admissions au centre thérapeutique. J'avais d'abord élargi le critère d'admission jusqu'à 10-12 ans, après j'ai dû restreindre à nouveau...

Nous n'avions pas de personnel la nuit. Je me souviens d'avoir appris aux papas des enfants qui mouraient de paludisme cérébral à changer les perfusions de quinine, la nuit. C'était encore très dangereux, bourré de miliciens, on ne pouvait pas rester.

Une médecin est arrivée de France. Il y avait 400 consultations par jour à l'hôpital. C'était ingérable. De plus en plus de gens revenaient travailler à l'hôpital, mais seulement jusqu'à 15 ou 16 heures. Nous avons fourni des moyens de transport au personnel médical. Dans l'après-midi, les milices reprenaient la place. J'allais régulièrement au Centre sportif. Là, au bout de 15 jours, il y a eu une ONG congolaise de femmes à laquelle nous avons donné de la nourriture spécialisée à distribuer. Il n'y avait pas que des enfants, les gens crevaient de faim. Avec les curés, grâce à eux, nous avons ouvert des soupes populaires dans trois paroisses (les volontaires Médecins Sans Frontières étaient trop peu nombreux et c'était très dangereux. C'est pourquoi il nous fallait travailler avec Caritas). Les malades qui arrivaient à l'hôpital étaient envoyés aux soupes populaires où ils mangeaient deux bouillies par jour. C'était extrêmement simple, comme en Somalie : deux repas par jour, un examen très rapide.

Le matin, nous allions à l'hôpital le plus tôt possible. On courait après les choses, on essayait de voir tous ces malades... Nous avons engagé des personnes volontaires, que l'on payait. C'était épique, ces camions qui arrivaient, ces gens qui descendaient malades, près de mourir de faim, ces femmes violées, ces gens blessés... On bossait comme des fous. Les gens descendaient du camion, on n'avait même pas le temps d'enregistrer l'enfant, il mourait dans nos bras. Ça a été comme ça pendant deux semaines. »

En juillet, à nouveau, le flux des retours devient considérable. MSF décide d'être en permanence au Centre sportif.

Créer et sauvegarder un périmètre de paix

Patrick, infirmier : « Tout le long du mois de juillet, il y a eu de grosses arrivées. Je crois que le record absolu, c'est 7 300 personnes, le 31. Une journée de folie, je m'en souviens très bien.

C'était très impressionnant. Les camions partaient en général le matin vers 7 heures. Le temps qu'ils fassent la route, passent les barrages, enregistrent et fassent monter les gens, puis

reviennent, de nouveau passent les barrages, ils arrivaient aux alentours de 9 heures. Quelques camions étaient arrivés. Le maire était parti deux jours avant, il avait ramené 2 000 ou 3 000 personnes. Et là, le 31 il y avait 7 000 personnes derrière lui, à pied. C'était impressionnant, je suis sorti sur le boulevard, on voyait une grande colonne. Les gens du quartier avaient fait une haie et regardaient. On voyait une marée de sacs qui progressaient. Une vague, une marée montante. Ils ont investi le Centre, une grande vague qui est venue buter contre les barrières, contre nos bancs. Jusqu'à 21 heures, on a travaillé, on a fait monter en urgence des éclairages (c'est le premier soir où nous sommes restés si tard). Jusqu'alors, il y avait un enregistrement de police, chaque personne était enregistrée : nom, prénom, adresse. Ce jour-là, les autorités se sont rendu compte qu'elles n'y arriveraient jamais ; le maire s'en est un petit peu mêlé, il a dit de laisser tomber ; le président a fait acte de clémence, ce qui signifiait : pas de suspicion, on laisse passer tout le monde. À la fin, les policiers ont laissé courir.

En juillet, 2 000 à 3 000 personnes par jour passaient au Centre sportif. C'est énorme. À l'intérieur du Centre, on avait délimité un périmètre dans lequel on essayait de travailler en paix. Des gens étaient là, on ne sait pas bien pour quoi faire, principalement des forces de police ou des militaires. La police de Makelekele était là pour contrôler les gens qui rentraient, les enregistrer. De ce côté-là nous n'avions pas trop de problèmes : à la longue nous parvenions à identifier les policiers, même s'ils étaient en civil. Il y avait ensuite les miliciens qui profitaient des camions pour rentrer ou repartir ; ceux-là ne s'attardaient pas trop ! Mais il y avait des gens, on ne sait pas trop qui c'était... les renseignements généraux ? Le GIGN ? Ils étaient rarement en tenue militaire, très souvent armés et ils campaient en plein milieu du Centre. Régulièrement, j'allais à l'information et je les invitais très diplomatiquement à rester à la périphérie du système. Jusqu'au jour où ça a dégénéré.

Dans le camion, certaines mamans auraient reconnu des *Ninja*, des soi-disant *Ninja*. Des hommes armés ont bloqué la sortie du Centre sportif. Leur chef passait devant tous les gens un par un, il leur posait la main sur l'épaule et chaque fois qu'une des mamans disait "écran", il sortait la personne, la mettait dans un coin. Ce jour-là, ils en ont arrêté une douzaine, principalement des jeunes gens d'une vingtaine d'années. C'était une période où la chasse aux hommes de quinze à trente ans était relativement effrénée. On a très souvent reçu de jeunes hommes qui avaient pris une balle dans le pied, dans la main, ou dans la cuisse. Tout simplement parce que c'étaient des hommes, qu'ils étaient jeunes, qu'ils n'avaient pas d'argent, rien à donner. Ils étaient traités de *Ninja* ; une balle, c'était un combattant de moins. C'est arrivé très souvent.

Douze jeunes gens se sont donc faits arrêter. Quand le commissaire de Makelekele est arrivé, il se les est fait présenter, trois d'entre eux ont tenté de s'échapper. Est-ce qu'ils ont pris peur ? Je n'en sais rien. Il y a eu des coups de feu. D'abord des tirs en l'air, puis des tirs rasants. Il faut imaginer le tableau : 600 à 700 personnes sont entrain d'arriver, avec des enfants, les gens des camions précédents attendent pour quitter le Centre. Le système de sortie était bloqué. Ils se sont mis à tirer dans tous les sens ; j'ai appelé notre chef de mission qui est arrivé rapidement. Nous avons décidé de partir. Nous avons déclaré : « aujourd'hui c'est terminé, on ne travaille pas dans ces conditions, on ne veut pas que MSF puisse être accusée de participer à des arrestations, d'avoir été témoin et de ne pas avoir pris position. Tant que ce genre de pratiques continueront au Centre sportif, tant que des gens non identifiés viendront faire des arrestations dans un endroit où l'on travaille, on ne continuera pas. » Il était 17 heures. Nous avons dit aux gens de revenir le lendemain matin, que Ton verrait ce que Ton pourrait faire.

Le lendemain, quand nous sommes revenus, à 8 heures, c'était le grand désert : plus personne. Jusqu'alors, la police avait toujours été là. Dans ces conditions, nous avons repris le travail. Cet incident a eu lieu le 28 juillet. J'ai travaillé au Centre sportif jusqu'à mon départ, fin septembre. »

Ces deux entretiens correspondent aux moments où les retours de déplacés et réfugiés ont été les plus massifs, mai et mi-juillet/début août 1999. Ces récits mettent en lumière la faiblesse du dispositif médical par rapport à la masse des retours et à la misère physique de la population. Ce sont aussi, à l'époque, les termes des rapports de terrain. Les messages sont très clairs quant à la gravité des problèmes médicaux et nutritionnels, ainsi que sur les conditions difficiles de l'action médicale. L'équipe choisit en priorité de traiter les urgences médicales et de prendre en charge les enfants les plus gravement malnutris ; elle soutient également l'ouverture de « soupes populaires » dans cinq paroisses catholiques qui, avec l'association Caritas, gèrent ces distributions de nourriture – MSF a défini les critères d'admission et de sortie, puis a fourni un appui logistique et un support technique nutritionnel.

Le sentiment que donnent les deux récits, c'est celui de soignants qui se démènent, savent où sont leurs priorités médicales, se trouvent constamment sous la pression de risques politiques et de l'insécurité provoquée par différentes catégories d'hommes en armes ; de soignants qui gèrent des coopérations, des échanges, négocient avec les autres organisations d'aide (ONG internationales, agences de l'ONU) ; ils doivent faire avec le délabrement des structures de santé, intervenir comme une force d'entraînement afin que des dispositifs existent et fonctionnent dans l'hôpital de Makelekele aux moments critiques et pour la population qui a subi les violences du retour ; avec d'autres, ils contribuent à créer des lieux d'actions médicales où répondre aux urgences, à les créer, et à les préserver des auteurs de violences, d'exactions, de menaces... En témoigne la réaction de l'équipe lors de l'incident du 28 juillet 1999 au Centre sportif. Coups de feu, arrestations arbitraires, sur les lieux mêmes d'accueil des personnes revenant du Pool : comment préserver le lieu d'action médicale, comment marquer les limites à ne pas franchir, comment réagir ce 28 juillet ? Partir, tout en se réservant de revenir dès le lendemain pour évaluer l'impact de cette attitude ; en fait, il n'y eut jamais, de la part des pouvoirs publics, de protection des déplacés et des activités humanitaires ; jamais de mesures pour empêcher durablement l'irruption de miliciens en armes.

Prendre en charge les femmes violées ? Des questions difficiles

Que « le viol puisse être rejeté dans l'ombre par le caractère massif des autres formes de violence » n'est plus un fait courant dans les conflits actuels, mais le risque demeure que les viols soient considérés comme « une sorte de parasite inévitable de toute guerre⁵ ». A Brazzaville, dès le début des retours en mai, les viols de femmes sont connus et dénombrés. A l'ouverture de l'hôpital de Makelekele, le médecin congolais qui, avant cette guerre, était responsable d'une structure d'assistance médicale aux femmes violées, reprend ce travail, soutenu par l'ONG IRC⁶. Entre mai 1999 et fin mai 2000, 1 316 cas de viols ont été déclarés à l'hôpital⁷. Les viols sont commis pendant le parcours de retour et, dans 90 % des cas, par des hommes armés⁸.

Rapidement, l'équipe de Médecins Sans Frontières a aidé au fonctionnement de la structure établie à l'hôpital par des dotations de médicaments (pilule du lendemain et traitement des maladies sexuellement transmissibles). En juillet 1999, le médecin responsable des urgences au siège parisien avance les éléments d'une réponse au risque de contamination des femmes par le virus du sida⁹ : une prophylaxie par l'AZT, qui réduit l'éventualité d'une séroconversion, pourrait être proposée à toutes les victimes de violences sexuelles qui se déclareraient moins de 72 heures après le viol (au-delà de ce délai, cette prophylaxie perd de son efficacité). Ce programme fut présenté au ministère congolais de la Santé qui ne donna pas son accord.

En octobre, dans une prise de parole publique, Médecins Sans Frontières dénonçait « les violations des droits de l'Homme » au Congo, parmi lesquelles des viols « massivement commis ». En novembre, l'association décida de reprendre l'initiative auprès des autorités congolaises, et proposa un traitement par antirétroviraux ; ces démarches reçurent, en janvier, une réponse positive du ministère de la Santé congolais. Le programme débuta en mars 2000.

Prise de parole et engagement médical

En mai 1999, l'équipe choisit pour priorité de prendre en charge la malnutrition des enfants. Pour les femmes violées, ni l'équipe de terrain, ni celle de Paris n'envisagent alors un engagement médical spécifique, sinon le soutien de la structure existant à l'hôpital de Makelekele. Les messages qui viennent du siège parisien insistent surtout sur une question : le viol est-

il « utilisé de façon systématique » comme moyen de guerre et de terreur ? Ceux qui posent cette question ont à l'esprit le Rwanda et la Bosnie ; aucun intervenant de terrain n'apporta de réponse positive à cette question, tout en insistant sur la gravité et la fréquence des viols.

En fait, chacun associe à sa manière l'investissement dans les tâches médicales et la recherche de données et de témoignages. Ainsi, alors que les femmes ayant subi un viol parlent à d'autres Congolaises qui les interrogent, et cela au milieu de la foule du Centre sportif, deux infirmiers s'étonnent de cette prise de parole quasi publique ; l'un d'eux fait interrompre ces investigations parce qu'elles se déroulent dans un lieu sans confidentialité, espérant qu'elles seront effectuées plus tard par la cellule spécialisée de l'hôpital où, en principe, devaient intervenir des psychologues congolais – il n'y eut pas véritablement d'investigation, mais recueil de quelques données chiffrées. Cependant, grâce aux récits d'intervenants sur le terrain et de responsables de l'association à Paris, nous verrons que la confrontation avec de multiples formes de violences massives et simultanées n'a pas conduit à rejeter les viols dans l'ombre, ni à s'en tenir à un registre strictement juridique, leur dénonciation en tant que violation des droits de l'Homme. Il reste que, encore en octobre 1999, dans la prise de position publique de Médecins Sans Frontières sur la guerre au Congo, la réponse au risque de contamination des femmes violées n'est pas singularisée ni qualifiée d'urgence médicale.

Mai 1999 : « très vite on a vu que les viols étaient un problème grave »

Marie-Jo : « Je me souviendrai toujours de ce jour où étaient arrivées ces femmes qui avaient été violées en groupe par des miliciens. Ceux-ci les avaient ensuite menées à un autre endroit, où elles avaient été de nouveau violées. Six d'entre elles sont venues à l'hôpital, les autres avaient été violées aussi mais ne sont pas venues.

[Ces six femmes sont arrivées le 21 mai à l'hôpital de Makelekele].

Très, très vite nous avons vu que les viols étaient un problème grave. Le docteur M. a été tout de suite là. Dès la réouverture de l'hôpital, elle a fait des consultations. Elle travaillait toujours avec une sage-femme.

On entendait dire : « des miliciens atteints de sida sont envoyés pour nous contaminer, nous exterminer ». Quelle était la part de la paranoïa ? Au début, bien évidemment, il y a des femmes qui ne sont jamais venues. Certaines arrivaient dans un état de stress aigu, elles hurlaient, d'autres ne disaient rien.

Nous les adressions toutes au docteur M. Sœur Isabelle, une religieuse congolaise, s'occupait des pansements : les gens avaient marché longtemps, ils avaient des ulcères, de vieilles plaies infectées, certains avaient été blessés par les milices. Au début, on n'a pas fait vraiment très attention ; depuis 1997, IRC finançait un programme d'assistance aux femmes

violées : à l'hôpital, le médecin, une Congolaise, voyait les femmes, proposait une antibiothérapie et donnait la "pilule du lendemain". L'objectif était de continuer à suivre ces femmes. Des recueils de données étaient faits.

C'était monstrueux, ce que vivaient ces femmes, elles arrivaient avec leurs enfants... il y avait quinze morts dans la journée. Tout était mélangé, elles étaient violées et elles avaient leurs enfants très malnutris en train de mourir.

Jamais je n'ai pensé à ce que Médecins Sans Frontières pourrait faire par rapport au sida, c'est vrai. Parce qu'on avait trop de boulot. Parce qu'il y avait un tel afflux de gens. J'ai quitté Brazzaville début juin (1999). »

Thierry : « En mai-juin, il y avait dans l'hôpital de Makelekele une pancarte qui disait : "Femmes et filles violées, veuillez vous faire connaître à l'entrée". Le programme de IRC tournait bon an, mal an. Il lui manquait des médicaments pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles et la pilule du lendemain. On a fourni des médicaments.

Au Centre sportif, les "mamans Mopax" parlaient aux femmes, leur demandaient de dire si elles avaient été violées. J'ai souvent assisté à ces rencontres, qui se passaient sur un banc, un peu à l'écart. Cela se faisait naturellement, c'était une conversation. Les "mamans Mopax" en parlaient ouvertement. Je suis persuadé qu'elles ont fait des annonces au mégaphone : "Si vous avez été violées, venez le dire". Personnellement, j'ai dû accompagner une jeune fille de 17 ans à l'hôpital. Dans la voiture, nous avons parlé un bon moment. Elle me décrivait son arrivée à Makana, à un barrage sur la route. Ils avaient mis toutes les femmes d'un côté, les hommes de l'autre. Ils l'avaient emmenée, forcée à se mettre dans une chambre. Elle avait voulu s'échapper, ils lui avaient tiré dessus, l'avaient ratée mais rattrapée. Quatre militaires l'avaient violée.

Nous avons essayé de monter en août 1999 un programme de traitement par l'AZT pour éviter la séroconversion, mais il y a eu un blocage avec le gouvernement. La raison en était que nous ne voulions pas imposer de test aux femmes, ni avant, ni après le traitement. Il n'y avait aucun moyen de soigner les gens à Brazzaville. On se voyait mal imposer ce test à une femme, lui dire qu'elle était séropositive et puis... ne rien faire. »

Patrick est infirmier, il arrive à Brazzaville le 24 juin, il repart fin septembre. Il évoque la situation des femmes violées qui se présentent au Centre sportif en juillet. Dans les files d'attente, les femmes de l'association Mopax recherchent celles qui ont été violées.

« Elles passaient dans les rangs et posaient la question directement et discrètement, si l'on peut appeler ça discrètement : elles se penchaient et posaient la question. Elles faisaient l'essentiel du travail : qui a été violée, quand ? Elles notaient les détails. Nous établissions une pyramide des âges de tous les gens qui rentraient du Pool, en parallèle de l'enquête nutritionnelle. Donc, en aval du triage, elles pointaient hommes et femmes, par tranches d'âge. Pendant que ces gens faisaient la queue pour recevoir leur savon, leur biscuit, leur bouillie, une "maman Mopax" passait dans les rangs et se penchait sur les jeunes femmes pour leur demander si elles avaient été violées. Ces informations étaient inscrites sur une feuille de pointage : "aujourd'hui, 11 viols, telle personne, tel âge, telle date", parfois l'endroit et les détails de ce qui s'était passé. J'ai dit que cela ne servait à rien puisque nous n'allions pas l'exploiter, puisqu'il y aurait une enquête dans le cadre d'un bureau, avec un médecin, un psychologue, de façon intime. Les "mamans Mopax" n'étaient pas tellement choquées de poser ces questions. C'est moi qui trouvais anormal de collecter ce genre de détails dans de telles circonstances. En France, j'imagine mal que des femmes répondraient positivement à ce genre de questions dans les mêmes circonstances.

Il y avait 10, 15, 20 personnes violées par jour. C'est énorme.

Quand elles disaient avoir été violées, les femmes ne repartaient pas immédiatement chez elles ; je les emmenais à l'hôpital pour qu'elles soient vues en consultation rapidement, le jour même si possible, sauf cas de force majeure. La plupart du temps, elles acceptaient de venir tout de suite, je les emmenais personnellement voir le médecin, de façon qu'elles n'attendent pas dans les couloirs. Il n'y avait alors rien de très structuré de la part de Médecins Sans Frontières. Je les ai prises en charge, c'était ma responsabilité. Humainement parlant, je trouvais cela normal, après les épreuves qu'elles avaient subies. »

Les deux infirmiers expatriés ayant travaillé au Centre sportif entre juillet et novembre ont été surpris par le type de prise de parole des femmes violées : plus que les autres victimes de brutalités et d'exactions, quand elles parlent, elles déclarent directement ce qui leur est arrivé.

« *Pourquoi n'-a-t-on pas fait l'AZT avant ?* »

Pierre (responsable de programme, Paris).

« Les viols ont été signalés dès le début. Dès les premières vagues de retours. Je me souviens de Thierry au téléphone : "C'est l'horreur". Il y avait l'état physique dans lequel les gens arrivaient, et puis l'aspect violence : l'équipe décrivait les viols, les gamines qu'on devait prendre en charge, les exécutions sommaires dans le corridor, les hommes séparés des femmes, les viols groupés...

Avant la guerre, il y avait IRC et, très rapidement, ce programme a redémarré dans l'hôpital. Le point de vue de l'équipe a été : IRC est là, on leur donne le matériel pour travailler, pilules du lendemain, médicaments pour la prévention des MST... La question de l'AZT n'a pas été abordée à ce moment-là, jamais. Je me souviens du médecin responsable des urgences à Paris, me disant, en juillet : "Regarde les taux de séroprévalence au Congo. Pourquoi n'a-t-on pas fait l'AZT avant ? Pourquoi ne fait-on pas ça là-bas ?".

Pour moi, la question de l'AZT, de la prise en charge des femmes et notamment des risques de transmission du VIH apparaît courant juillet, pas avant. Avant, on est dans la nutrition, dans les violences, des violences qu'on ne comprend pas.

Quand je suis passé en décembre 1999 à Brazzaville, je me souviens avoir demandé à l'équipe des informations sur le programme de IRC. La seule chose que l'équipe m'a sortie, c'est une liste des pathologies que l'on rencontrait à l'hôpital, parmi lesquelles il y avait une rubrique "viols", au même titre que "infections respiratoires". Je pense que ça résume la manière dont nous avons accepté de laisser IRC s'en occuper, nous étions plutôt satisfaits que cela soit fait par d'autres. »

Jean-Hervé (directeur des Opérations, Paris).

« A son retour du Congo, en décembre 1999, Pierre m'a dit qu'il avait essayé de remonter la filière de ce qui était proposé aux femmes victimes de violences sexuelles. Sa conclusion, c'était : "quasiment rien". Médecins Sans Frontières fournissait des médicaments à IRC, au mieux les femmes recevaient une injection d'antibiotiques pour prévenir certaines maladies vénériennes. En ce qui concernait l'enregistrement de leur histoire, les propositions de soins ou d'un suivi psychologique, d'une interruption de grossesse, nous ne savions pas ce qui se pratiquait. Officiellement, l'IVG est interdite au Congo-Brazzaville. Il y a certainement des

interruptions de grossesse clandestines, comme dans tous les pays du monde. Est-ce que ces femmes en bénéficiaient ? Les membres de IRC ne voulaient pas en parler.

Ils faisaient face à une situation qui n'était pas facile. Il est normal qu'il n'y ait pas de réponse à toutes les questions dans de telles situations. On ne peut pas construire des systèmes parfaits de prise en charge.

Donc, à part les antibiotiques, il n'y avait rien, sauf la pilule du lendemain pour celles qui arrivaient en moins de 48 heures après le viol. Tout cela était peu clair. Pierre en a conclu que si l'on ne singularisait pas le problème des femmes violées, l'une des conséquences pratiques était qu'il n'y aurait pas de prise en charge médicale valable de ces femmes. Il constatait également que le problème du viol était un problème reconnu dans la société : le gouvernement avait lancé des campagnes d'affichage contre le viol. C'était le paradoxe de cette situation : avec très peu de moyens disponibles, il y avait une campagne d'information sur le viol mais rien n'était fait pour les femmes violées ; la prise de conscience du problème était visible, mais la prise en charge médicale vraiment minimale. »

« *Vous n'avez rien prévu pour les femmes ?* »

Entretien avec Pierre, responsable de programmes (Paris).

« Le viol était très présent, puis, dans la mise en œuvre, c'est quelque chose qui s'est perdu. Parce que les autorités ont refusé, et nous ne pouvions pas aller plus loin. Mon sentiment est que, dès le début, nous aurions pu démarrer un programme de prise en charge. Nous avons été complètement submergés et nous avons fait au mieux.

Il y a toujours de bonnes et de mauvaises raisons de dire que l'on est intervenu trop tôt ou trop tard par rapport à ce à quoi on a à faire face. Beaucoup d'éléments, la sécurité entre autres, ne nous appartiennent pas, nous sommes démunis. Je préfère en être conscient, mais ce n'est pas satisfaisant. Les viols auraient pu être pris en charge très rapidement. Le pic de violence, nous en connaissons la date, et c'est à ce moment que des femmes arrivaient dans les 72 heures après le viol. Nous aurions certainement pu agir alors, pour les personnes qui en avaient le plus grand besoin. Aujourd'hui, le programme existe, il est utile. Pour les femmes que nous aidons, mais aussi pour le futur, pour d'autres situations. Toutefois, nous aurions dû l'intégrer dès le départ et démarrer en mai-juin. »

Entretien avec Jean-Hervé, directeur des Opérations (Paris).

« Dès le mois de mai [1999], le viol fait partie des données permanentes du discours des familles qui rentrent à Brazzaville. Dès le début de notre intervention, nous avons repéré que c'était un élément fréquent de leurs récits.

Ce qui nous frappe en mai, c'est surtout la situation alimentaire. La priorité est alors la prise en charge des enfants très gravement malnutris. Le nombre d'enfants qu'il fallait accueillir et le contexte dangereux font que nous sommes occupés à plein temps par le lancement de cette opération. Nous parlions aussi des viols, mais il y avait un double frein : la charge de travail était réelle ; de plus, pour des raisons de sécurité, nous discutons à un poste près le nombre de volontaires que nous enrôlions sur le terrain, même pour l'aide alimentaire.

Indépendamment de la question de faisabilité, le deuxième aspect de la question est que nous étions évidemment très tristes que des femmes aient été violées dans une proportion aussi grande, mais les hommes disparaissaient et se faisaient torturer, les enfants crevaient de faim... Il existait une tendance à se demander pourquoi singulariser une catégorie de victimes – sous entendu : les femmes violées ne sont pas une priorité par rapport aux autres.

Quatre, cinq mois plus tard, une fois que l'équipe avait stabilisé ses activités de prise en charge nutritionnelle, et le contexte militaire et politique ayant évolué plus favorablement, nous avons ressorti le débat au cours d'une réunion en novembre (1999). Plusieurs personnes disaient : "on ne peut pas ne pas travailler sur cette question, justement parce que c'est habituellement une question négligée. Le fait que, parmi les victimes de violence, cette catégorie de victimes ne fasse jamais l'objet de prise en charge spécifique, c'est gênant". Ce raisonnement-là, nous l'avons eu aussi vis-à-vis des malades de psychiatrie, il y a quelques années : on ne peut pas écarter ces malades des soins qui leur sont dûs, sous prétexte que nous ne sommes pas capables de les prendre en charge.

La résistance devant la question du viol est réelle. A ceux qui disaient : "pourquoi singulariser une catégorie de victimes ?", d'autres répondaient : "Quand on singularise les enfants de moins de cinq ans, ça ne pose pas l'ombre d'un problème. Isoler des catégories, nous le faisons en permanence. Pourquoi, lorsqu'il s'agit de cette catégorie-là, subitement, la démarche est-elle frappée d'illégitimité ?"

Il y avait aussi des arguments très honnêtes : la faisabilité, le ministère de la Santé qui était opposé à notre programme... Ces arguments étaient vérifiables, mais pour tout un pan d'arguments, rien n'était vérifiable. A mon avis, c'était de l'idéologie qui ne s'exprimait pas directement.

Je crois que tous les domaines qui touchent au statut de la femme nous mettent mal à l'aise. Face à une femme violée, parler d'un soutien psychologique, qu'est-ce que cela signifie en Afrique ? Elle vient nous voir en disant qu'elle a besoin de se faire avorter. Que faire ? Nous savons très bien que nous allons déboucher sur des questions difficiles, qui vont en permanence nous ramener à la place de la femme dans la société.

Est-ce qu'une consultation spécialisée, centralisée, comme à Makelekele, n'est pas une façon de stigmatiser encore plus les femmes qui ont été violées ? Dans l'intérêt même des femmes, il vaut parfois mieux préserver une certaine discrétion. Est-ce que, en tant que médecins, en créant des structures spécialisées, nous n'allons pas participer plus ou moins à la stigmatisation des victimes ? Je n'ai pas l'impression qu'au Congo ce problème de stigmatisation existe. Mais d'une manière générale, il faut s'intéresser à toutes ces questions, et c'est avec cela que nous ne sommes pas très à l'aise. Dans Médecins Sans Frontières, ce qui nous rassure, c'est de faire ce que nous faisons d'habitude. Et en ce qui concerne la prise en charge des femmes, d'habitude, nous ne faisons rien de spécial. C'est bien le problème.

Il faut se dire que celui qui s'attaque à la question ne va pas tomber sur un parcours rassurant, mais sur des problèmes difficiles, déstabilisants. Comme, par ailleurs, il y a dans beaucoup de sociétés une pression pour que ces violences soient moins visibles, on peut se trouver conforté dans l'habitude de ne rien faire de spécial, en faisant semblant de ne pas trop les avoir remarquées. Mais on ne peut pas répondre par le néant...

Les viols faisaient ressortir une autre question fondamentale pour nous : doit-on hiérarchiser les violences par ordre de gravité ? En quelque sorte, dans cette réunion de novembre, c'est ce que faisaient certains : pas du tout avec mépris, mais lorsqu'on leur parlait des femmes violées, ils répondaient : on peut aussi s'intéresser aux hommes qui sont exécutés sauvagement. L'un parlait de la femme violée, l'autre du disparu. On entendait : "comment allez-vous faire pour mettre la femme violée devant le disparu ?" Cette réflexion-là sortait immédiatement dans les discussions. Cela oblige à réfléchir : si on ne peut pas hiérarchiser les formes de violence, on ne peut pas non plus se spécialiser dans l'une ou dans l'autre, et donc on ne peut en exclure aucune des soins. Alors qu'en médecine, par exemple, on peut très bien, dans une situation assez grave, dire à l'infirmier de s'occuper le plus vite possible des maux de tête ou des diarrhées chez l'adulte, parce qu'il y a une épidémie de méningite en cours et qu'il faut libérer des lits pour accueillir les patients qui ont la méningite. C'est un raisonnement d'exclusion des

soins que les médecins et les organisations médicales n'assument pas facilement en général. En ce qui concerne les victimes de violences, c'est encore plus difficile.

Cela me rappelle une question qu'une consultante de ECHO¹⁰ m'avait posée en 1993 sur les camps de réfugiés burundais au Rwanda : "Vous n'avez rien prévu pour les femmes ?" La question m'avait agacé, à cause des difficultés que nous avions dans ces camps. Mais sur le fond, elle avait raison, elle posait une question juste. Dans ces camps de réfugiés, les femmes seules courent un risque assez important de se faire violer. On pourrait déjà simplement faire savoir que des contraceptifs existent. Une femme violée n'est pas obligée d'être enceinte de surcroît. On ne réfléchit même pas à ce que l'on pourrait faire, on ne considère pas que les femmes sont une catégorie à part ; la femme adulte est vue comme socioéconomiquement vulnérable quand elle a perdu son mari, comme une victime illégitime ou indue de la violence, mais on la regarde rarement comme une cible particulière de la violence. On considère que l'enfant est la victime, pure, totalement innocente. Les hommes sont la cible privilégiée des gens qui exécutent et torturent. On comprend bien à quel point les hommes en âge de combattre sont des cibles. Mais les femmes, on les voit comme des victimes par défaut.

Je crois qu'il y a tout un arrière-plan de raisonnements qui n'est jamais mis à jour dans notre pratique et qui ne facilite pas la prise en charge des femmes. »

Dès le début des retours de déplacés et réfugiés, l'équipe Médecins Sans Frontières s'engage sur un choix : répondre en priorité à la malnutrition. L'équipe est peu nombreuse, la charge de travail est énorme. Simultanément, la structure ouverte par IRC pour les femmes violées fonctionne. Le fait qu'elle ne réponde pas au risque de contamination par le VIH n'est pas (à ma connaissance) relevé par les messages venant de l'équipe de Brazzaville.

Avant juillet, la situation de ces femmes face au sida n'est pas exprimée comme un sujet d'inquiétude médicale appelant une intervention spécifique, que le système de santé publique congolais, dans l'état où il se trouve, ne peut assumer. Les entretiens avec ceux qui étaient impliqués dans les opérations montrent que l'on peut réagir à cette chronologie d'au moins deux manières.

Du point de vue du regard critique ou de la critique abstraite : comment comprendre que l'organisation Médecins Sans Frontières, avec son expérience des conflits, des guerres civiles, des brutalités de milices armées, des camps de réfugiés, n'ait pas déjà eu une réflexion, à la fois générale et médicale, sur ce qui pourrait être fait face à la banalisation et la fréquence des viols massifs dans les guerres actuelles ? En période de développement de l'épidémie de sida, comment expliquer ce manque d'anticipation, par quel « arrière plan » ?

Du point de vue pragmatique : dans chaque cas, il faut évaluer les situations et les conditions qui permettent la mise en œuvre d'une

prophylaxie par antirétroviraux pour les femmes violées. Un protocole doit être défini, il faut fixer les critères d'admission à la prophylaxie, choisir comment répondre aux demandes d'interruption de grossesse, comment se prémunir contre les risques de détournement du programme. Il faut trouver du personnel médical qui puisse mettre cette intervention en place, il faut que la population soit assez stabilisée, donc la situation pacifiée, pour qu'un suivi médical soit possible, il faut dégager les moyens.

Comment, à la fois, répondre en urgence et maîtriser cet ensemble d'exigences ?

Escortes militaires et aide aux civils

A partir de début mai 1999, des camions militaires et des camions civils transportant des militaires partent quotidiennement chercher hors de Brazzaville les déplacés qui reviennent du Pool. Ces camions vont alors jusqu'à Nganga Lingolo, à 18 km de Brazzaville.

L'organisation catholique Caritas gère une partie des camions qui, en septembre, circulent régulièrement jusqu'à la ville de Kinkala, alors qu'exactions, viols et violences sont toujours commis par des groupes d'hommes armés qui, sur la route, ont mis en place des barrages où ils font ce qu'ils veulent, souvent le pire – cependant, certains chefs miliciens interdisaient les viols sur le territoire qu'ils contrôlaient, en menaçant d'exécuter leurs auteurs¹¹. Caritas accepte que les camions transportent une escorte de militaires, afin de protéger les convois ; pourtant, au retour, cette protection n'empêche pas que dans les camions, en principe réservés aux personnes déplacées, ne montent d'autres militaires et miliciens en armes, qui souvent transportent le butin de leurs pillages. En outre, dans le contexte de l'époque, ces militaires pouvaient difficilement être perçus comme des protecteurs par les Congolais qui avaient fui Brazzaville depuis décembre : leur présence était plutôt ressentie comme un danger, ils étaient du parti de ceux qui les avaient obligés à fuir.

Pour sa part, Médecins Sans Frontières n'intervient hors de Brazzaville, et sans escorte, qu'à partir de début septembre, en installant un poste de triage médical à Nganga Lingolo.

Sortir de Brazzaville, d'abord jusqu'à Nganga Lingolo puis Kinkala en novembre et, plus tard, vers d'autres villes plus éloignées, ne pose pas seulement des problèmes logistiques et de sécurité aux organisations d'aide.

Accepter ou non une escorte militaire pour les convois humanitaires représente un choix qui a une portée politique dans la situation où se trouvent alors les Congolais. Caritas accepte des convois où les militaires sont présents, subit l'embarquement de miliciens-militaires qui profitent des convois humanitaires pour circuler. A ce prix, elle transporte des personnes déplacées vers Brazzaville, bien que leur sécurité ait longtemps été plus qu'incertaine ; en effet, la présence de militaires a déclenché, à plusieurs reprises, des coups de feu entre groupes armés, les civils en subissant les conséquences (il y eut des morts) ; à quoi il faut ajouter les exactions commises par des militaires. Il est clair que dans ces conditions, les convois humanitaires ne peuvent pratiquement être perçus comme neutres ; les populations sont transportées, mais pas protégées. Le CICR, Action contre la faim et Médecins Sans Frontières font un choix différent, contestant la présence des militaires, se refusant à les transporter et n'acceptant d'intervenir à Kinkala que lorsque il apparaît possible de circuler sans escorte. Il s'agit de ne pas risquer d'attirer, sur la population que l'on veut aider, des violences supplémentaires ; or, l'accompagnement militaire entraîne des violences, contribue à l'insécurité et aux exactions.

Nganga Lingolo. Vincent, infirmier : « Quand je suis arrivé, début septembre 1999, c'était le deuxième ou troisième jour de notre intervention à Nganga Lingolo. J'y allais tous les jours. A cette époque, il pouvait y avoir jusqu'à 200 ou 300 personnes qui attendaient les camions de Caritas. Nous avions deux ou trois minibus de dix ou quinze places chacun, nous prenions les "urgences" que nous définissions ainsi : parmi les adultes, les blessés par balles, les gens qui ne pouvaient pas rester debout ou les personnes âgées, qui étaient vraiment fatiguées ; parmi les enfants, la priorité était donnée à ceux qui étaient gravement malnutris. Il y avait beaucoup de monde, les gens étaient tassés dans les camions et les gamins qui étaient faibles, déshydratés, mal nourris, supportaient mal une heure de voyage ; donc nous les emmenions.

Nous faisons quelquefois deux à trois allers-retours dans la matinée, ainsi que l'après-midi. À l'époque, en septembre, la sécurité n'était pas très bonne. Pour aller à Nganga Lingolo, il fallait franchir trois ou quatre barrages tenus par des militaires, des *Cobra*, des policiers. Il fallait rentrer à Brazzaville avant 17 heures ; plus tard, la sécurité n'était plus assurée. Jusqu'à 17 heures les gens venaient sur le site ; s'ils voyaient qu'ils n'arriveraient pas à temps, ils restaient dormir dans la forêt. Souvent, ils avaient été dévalisés dans la forêt ; quand ils arrivaient, il leur restait deux pagnes et un morceau de manioc, et les militaires ou les policiers les leur prenaient. Ils préféraient donc passer la nuit dans la forêt. Ils venaient quand Caritas passait ou quand nous étions là. Ce n'est pas que nous assurions la sécurité, mais les militaires hésitaient à commettre des exactions en notre présence. »

Patrick : « Quand nous avons commencé à aller à Nganga Lingolo, les camions de Caritas assuraient le transport. Les militaires forçaient les gens à monter dans les camions, même quand Caritas avait décidé que ceux-ci étaient pleins. Il y a eu des décès dans les camions. Il arrivait qu'au Centre sportif on ne puisse même pas baisser la ridelle : les gens risquaient de tomber, nous étions obligés de les maintenir et d'ouvrir progressivement.

Nous utilisions deux minibus et une Toyota land cruiser pour évacuer les enfants ou les cas urgents, tous ceux que nous voulions évacuer directement vers les centres nutritionnels ou l'hôpital, sans passer par le Centre sportif. Le soir, quand je savais qu'il n'y avait plus de camions qui remontaient, je bourrais nos véhicules avec les enfants, les malades, les personnes âgées, tous les gens qui me semblaient les plus vulnérables.

À Nganga Lingolo, nous arrivions vers 9 ou 10 heures ; je voulais y être à la montée dans les camions, pour essayer d'évaluer l'état de santé de la population qui avait passé la nuit sur place. C'était un moyen pour moi de dire à Caritas : "retournez-y plus tard, essayez d'aller plus tard à Nganga Lingolo, il y a des gens qui arrivent tard". Les consignes de sécurité étaient strictes, je ne pouvais pas rester au-delà de 17 heures 30. Mon idée était d'y aller le matin pour compter le nombre de personnes qui y passaient la nuit, et savoir ce qui avait eu lieu le soir, après notre départ.

A Nganga Lingolo, j'outrepassais un petit peu les règles de sécurité. C'était une démarche tout à fait personnelle, dans la mesure où il était encore dangereux d'être là. Un jour, je suis parti à pied, avec un Congolais qui était toujours avec moi (j'avais tenu à avoir toujours la même personne à mes côtés, pendant deux mois et demi) et une autre personne. Nous avons marché jusqu'à l'Église, jusqu'à l'ancien Centre de soins... Tout cela se trouvait au-delà du barrage sur la route de Linzolo... De dizaine de mètres en dizaine de mètres, nous avons rencontré des gens qui rentraient. Une jeune femme m'a dit qu'il y avait une femme âgée, assise au bord de la route, qui ne pouvait plus marcher. Était-ce loin ? Nous avons évalué la distance à 1km à peu près, et nous avons trouvé cette dame qui, effectivement, ne pouvait plus marcher. Progressivement, nous nous sommes montrés... Nous nous sommes déplacés un tout petit peu, sans vraiment aller très loin. Nous sommes allés chercher comme ça plusieurs personnes, y compris, une fois, en forêt : en prenant une piste, c'était à 500 mètres dans la forêt. Le renseignement était précis, nous avons trouvé la personne, une dame qui ne pouvait plus marcher. Les gens qui revenaient nous signalaient ces personnes à bout de forces. Cette dame, qui avait entre 65 et 75 ans, n'avait plus rien, elle était pieds nus, elle n'avait qu'un pagne et un petit gobelet en plastique. Quand les renseignements étaient précis et que ce n'était pas très loin, on y allait. »

Novembre-décembre 1999, sur la route de Kinkala : toujours le problème des exactions et des barrages tenus par des groupes armés. Importance du nombre de viols encore commis sur le parcours de retour à Brazzaville, et déclarés au moment de l'arrivée au Centre sportif : ils atteignent certaines semaines un niveau plus élevé qu'en juillet ; vingt-deux viols déclarés du 6 au 12 décembre, trente du 13 au 19.

Les jeunes hommes restent des cibles privilégiées. Voici le récit d'un jeune de 18 ans. Il était arrivé à un barrage avec un groupe d'hommes de son âge. Ceux qui tenaient ce barrage tirent sur lui, la balle pénètre dans l'aine. Il ne meurt pas. Les miliciens lui ont alors dit qu'ils allaient tuer les trois ou quatre autres jeunes de son groupe, et que c'était de sa faute. Ils les ont tués, ils ont laissé le blessé sur place. Plus tard, à l'hôpital, il raconte au médecin que ses copains ont été tués parce que lui-même n'était pas mort.

Malgré les barrages et les risques, la circulation sans escorte devient possible jusqu'à Kinkala en novembre. MSF y ouvre un centre nutritionnel

pour les enfants souffrant de malnutrition sévère. En janvier, l'équipe organise la réouverture de l'hôpital. Mi-novembre, cette ville sortait à peine de guerre, il y avait des tirs tous les soirs, les militaires étaient encore présents partout, la population commençait à revenir des forêts où elle avait fui. Comme auparavant à Brazzaville, puis à Nganga Lingolo, se pose le problème de créer, protéger et étendre des lieux de soins, des espaces à l'abri des exactions ou d'interventions d'hommes en armes : pas de militaires dans le centre nutritionnel thérapeutique, dépôt obligatoire des armes à l'entrée de l'hôpital pour ceux qui viennent se faire soigner, pas de passe-droit : ils doivent attendre leur tour – ce qui n'a pas été sans créer des incidents.

Fin décembre 1999, les groupes armés n'ont disparu ni au Centre sportif, ni sur la route Kinkala-Brazzaville.

Exécutions, viols, exactions pratiqués par des armées et des milices, les violences commises au Congo contre des civils n'ont rien d'inattendu dans les conflits contemporains ; le viol, par exemple, a été un phénomène massif et une arme de guerre en ex-Yougoslavie et au Rwanda, il a été récemment reconnu par le droit international comme un crime contre l'humanité et un crime de guerre. Rien d'exceptionnel non plus dans le fait de traiter en ennemi tout un groupe humain défini par ses origines ou d'autres critères. En outre, on connaît le rôle des armées en guerre et des milices dans la diffusion du virus du sida. Sachant tout cela, il reste que les décisions de secours médical, en situation de guerre et de brutalités collectives, dépendent de jugements sur le possible, de pronostics incertains, d'appréciations pratiques et politiques effectuées dans l'urgence, de traditions et de savoir-faire opérationnels.

A l'égard des actions conduites par Médecins Sans Frontières au Congo, les critiques après coup portent principalement sur deux aspects. D'abord, le manque d'anticipation concernant l'afflux brusque des déplacés et réfugiés à partir de mai 1999. Pourtant, l'organisation est entraînée aux situations conflictuelles où adviennent des mouvements brusques et amples de population, des migrations forcées.

La seconde critique concerne l'attitude face aux viols. La définition d'une prise en charge qui tienne compte des risques de contamination par le VIH n'a pas été un réflexe immédiat. Pourtant, l'association a connu, des

phénomènes de viol massifs et parfois systématiques dans les conflits contemporains : en Bosnie, au Rwanda.

Les récits des décisions prises et de leur mise en œuvre font ressortir raisons, sentiments et perceptions qui orientent l'action. Ils montrent en particulier l'importance des savoir faire médicaux dans les choix effectués : opter en priorité pour ce que l'Organisation de secours sait faire et à l'habitude de faire représente la première réponse aux souffrances. Réponse qui peut demeurer insuffisante : il fallut de multiples poussées à l'intérieur de Médecins Sans Frontières pour que soit engagée une aide médicale de qualité s'adressant aux femmes victimes des brutalités de miliciens, d'hommes en armes, fréquemment violeurs.

Cependant la qualité de l'intervention se joue à la fois sur le plan de l'appréciation médicale et sur celui du jugement politique : il s'agit de construire une compréhension du réel qui permette non pas de garantir la qualité des choix mais de garantir que les intervenants se donnent les moyens intellectuels de choisir en meilleure connaissance de cause. En effet, le risque est permanent de se laisser influencer par des stéréotypes interprétatifs ou des idées reçues, d'adhérer aux émotions et prises de position des victimes, de reproduire des modes politiquement correctes (notamment en milieu humanitaire) : par méconnaissance, par empathie, par inquiétude. L'expérience du Congo-Brazzaville permet d'observer quelles antidotes développe l'Organisation de secours pour contrecarrer ces risques et améliorer les secours.

1. Je remercie les équipes de Médecins Sans Frontières et tout particulièrement Marie-Jo Michelet, Thierry Allafort, Jean-Hervé Bradol, Patrick Hourtané, Yves Lallinec, Pierre Salignon, Vincent Villiers pour leurs récits et leurs réflexions.

2. Le « responsable de programme » est une personne basée au siège de Médecins Sans Frontières à Paris ; chaque responsable couvre les « opérations » de plusieurs pays où intervient l'organisation.

3. Sitrep est l'abréviation de *Situation Report*.

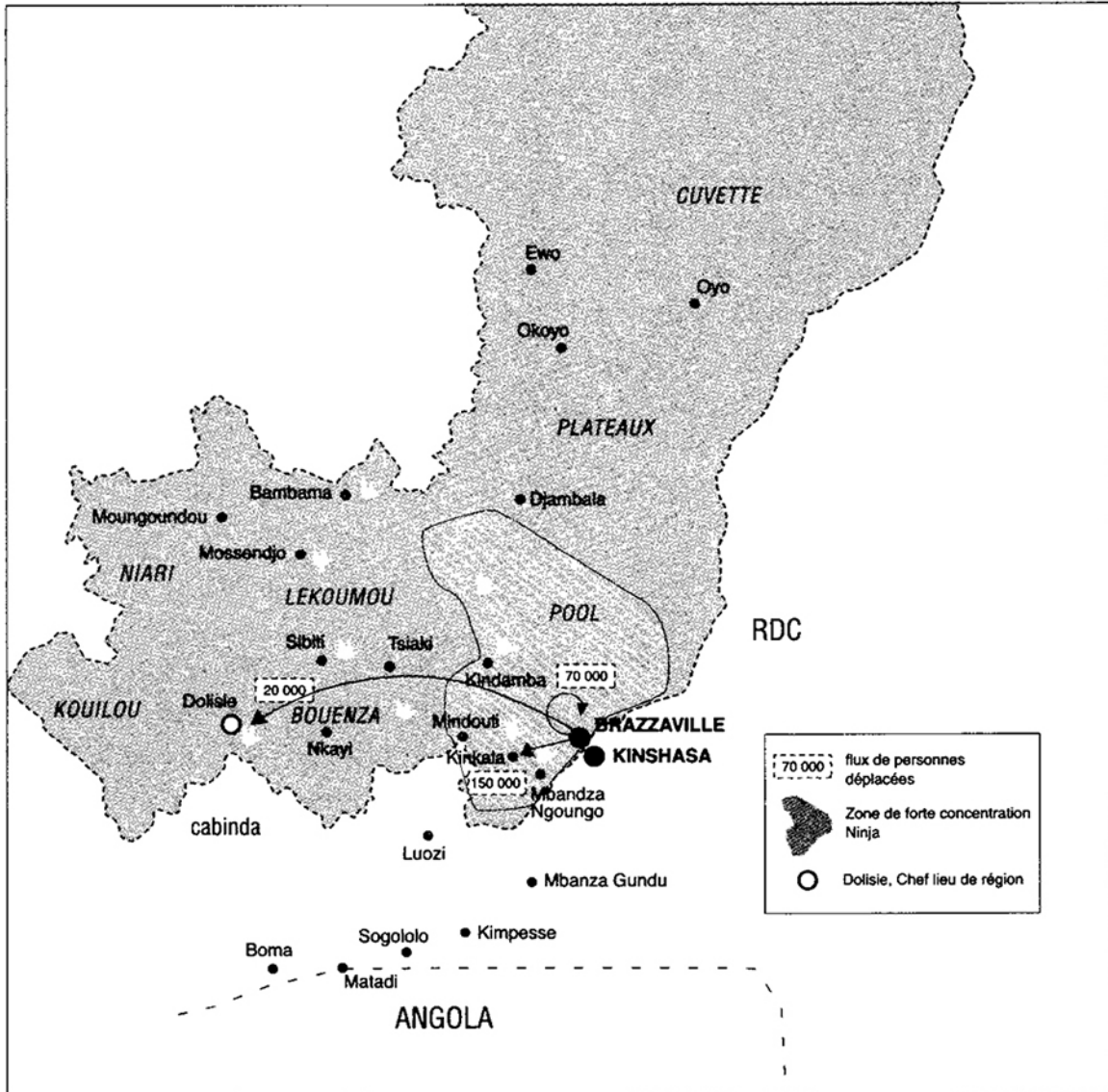
4. La malnutrition aiguë sévère est définie par un indice poids/taille inférieur à 70 % de la médiane, et/ou l'existence d'oedèmes bilatéraux chez les enfants de moins de 5 ans.

5. Stéphane Audouin-Rouzeau, *L'Enfant de l'ennemi, 1914-1918. Viol, avortement, infanticide pendant la Grande Guerre*, Aubier, 1995, p. 39 et 44. Dès le début de la Grande Guerre, les viols sont dénoncés dans les rapports français et britannique relatant « les atrocités » commises par les soldats ennemis. Les rapports français publient alors des témoignages précis, détaillés sur les caractères et circonstances des viols ; il s'agit de rapports qui eurent un « retentissement immense ».

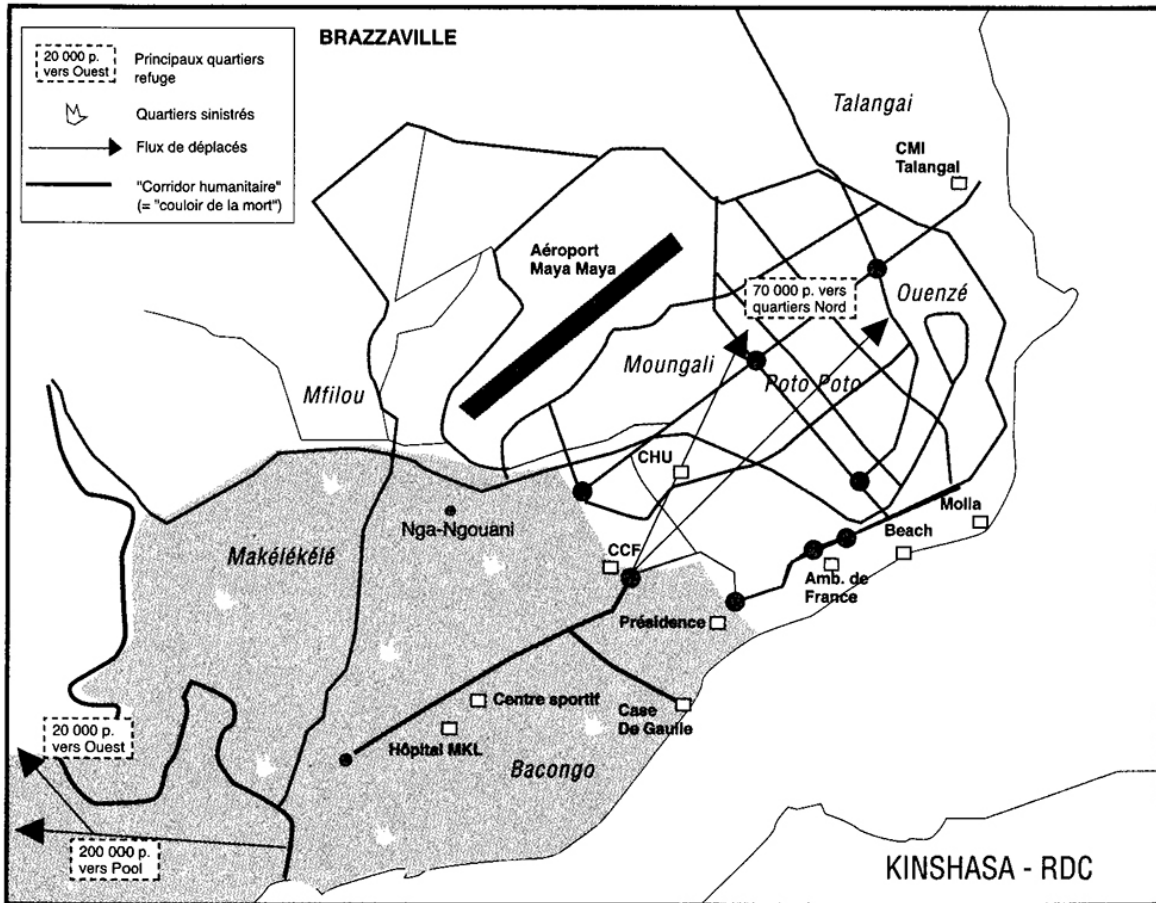
6. International Rescue Committee (IRC) est une importante ONG américaine.

- [7.](#) *Programme Viols – Congo Brazzaville*, Médecins Sans Frontières, Brazzaville, 29 mai 2000.
- [8.](#) Ce pourcentage concernant les violeurs n'a pu être calculé que pour la période qui va de décembre 1999 à mai 2000, à partir de données collectées à l'hôpital de Makelekele sur 191 cas de viols. Dans 71 % de ces cas il y avait plus d'un violeur (dans 15 % des cas, cinq violeurs ou plus), *cf. Programme Viols – Congo Brazzaville, op.cit.*
- [9.](#) Lettre du 28 juillet 1999 du Dr Jean-Clément Cabrol à l'équipe de Brazzaville, concernant le problème des viols et « ce que l'on pourrait faire ».
- [10.](#) ECHO : European Community Humanitarian Office.
- [11.](#) Témoignage de Yves, responsable de mission à Brazzaville, de novembre 1999 à mars 2000 : « Aux barrages, avant janvier 2000, tu te trouvais au milieu de gens armés qui avaient entre 15 et 25 ans, tous plus ou moins bourrés au vin de palme, tous ayant fumé des pétards tant et plus, tous très très allumés. »

Congo-Brazzaville, premier semestre 1999 : combats et déplacements de populations



Brazzaville, décembre 1998 – janvier 1999 : combats et déplacements de populations



Repères chronologiques 1998-1999

1998

Mars

Premiers affrontements dans la région de la Bouenza, entre les *Cocoye*, miliciens de l'opposition, et les forces de l'ordre.

Août

Le 28 août, des affrontements armés commencent à proximité de Brazzaville, dans la région du Pool, entre l'armée et les milices *Ninja* opposées au président Sassou N'Guesso.

Septembre-octobre

Le 21 octobre, des assaillants armés attaquent, dans la Bouenza, le camp de la gendarmerie de Mouyondzi et tuent trois gendarmes.

A partir de cette date, des combats se généralisent dans le Niboland entre les troupes gouvernementales et les miliciens *Cocoye*.

Novembre

Le gouvernement et l'opposition mettent en place une tentative de concertation sur la situation du Pool. Le 14 novembre, six membres religieux du Comité de médiation sont assassinés à Mindouli.

Décembre

Des accrochages se déroulent à proximité de la capitale. Le 16, des combats éclatent au sud de Brazzaville.

Du 18 au 20, à la suite d'une action conduite par les *Ninja* dans les arrondissements Sud de Brazzaville, l'armée congolaise bombarde ces quartiers et y intervient en force.

Toute la population fuit, soit vers les quartiers Nord de la ville, soit vers le Congo Kinshasa (RDC), soit vers la région du Pool. Le

gouvernement crée un « couloir humanitaire » pour permettre à la population de gagner des sites d'accueil dans les quartiers Nord.

Le 21, le gouvernement décide un blocus des arrondissements Sud : les habitants ne sont pas autorisés à regagner leurs quartiers, qui sont systématiquement pillés.

Dans le Niboland, les forces de l'ordre bombardent Nkayi, chef-lieu de la Bouenza. D'autres lieux se vident de leur population, comme Dolisie, la troisième ville du pays, située dans le Niari.

1999

Janvier-mai

Poursuite des combats entre forces gouvernementales et milices d'opposition dans les régions du Niboland et du Pool.

Avril

Le gouvernement utilise des hélicoptères de combat pour pilonner les positions tenues par les miliciens de l'opposition.

Mai

Le 1^{er} mai, les forces gouvernementales prennent officiellement la commune de Mbandza Ndounga, où les *Ninja* avaient installé leur état-major. Les autorités gouvernementales annoncent la réouverture officielle des quartiers Sud de Brazzaville (Makelekele et Bacongo).

Dès le 2 mai, on observe l'arrivée de personnes déplacées en provenance du sud du pays. Ces retours s'accélèrent avec la prise de Kinkala, le 4 mai, par les troupes gouvernementales. Les autorités mettent en place un « corridor humanitaire » afin de canaliser le rapatriement des déplacés du Pool. Au cours de la première semaine de mai, 10 000 personnes regagnent la capitale.

Le 9 mai, les *Ninja* attaquent le Centre d'instruction militaire de Bilolo, à 25 km de Brazzaville. En représailles, les forces gouvernementales opèrent des « tris », au port fluvial de Brazzaville, parmi les réfugiés arrivant de Kinshasa. Soupçonnés d'être des *Ninja*, les jeunes hommes sont systématiquement séparés des autres réfugiés.

Du 12 au 14 mai, des combats ont lieu au niveau de l'aéroport de Brazzaville, avec pour conséquences des déplacements importants de la population et de nombreux blessés et morts parmi les civils.

Juin

Le 3 juin, un convoi de rapatriement est attaqué à la sortie de Kinkala. Bilan : 63 morts. Le flux des retours baisse.

Juillet

1^{er} juillet : ouverture du Festival Panafricain de Musique (Fespam) que les Brazzavillois considèrent comme le premier signe d'instauration de la paix. Le rythme des retours s'intensifie à partir du 5 juillet, avec une croissance considérable la semaine du 19 au 26 (15 780 arrivées).

Août

2 août : ouverture des quartiers Sud de Brazzaville au-delà du pont du Djoué, jusqu'à Nganga Lingolo.

Le 14 août 1999, le président proclame, dans son discours prononcé pendant la fête de l'Indépendance, une « politique de la main tendue ». Il propose une amnistie aux membres de l'opposition qui accepteraient de négocier directement avec le gouvernement et aux combattants qui déposeraient leurs armes.

Novembre

13-16 novembre : les représentants du haut commandement de la Force publique rencontrent, à Pointe-Noire, les chefs rebelles. Ils signent un accord de cessez-le-feu. L'accord prévoit une amnistie en faveur des rebelles ayant déposé les armes et la réintégration des officiers supérieurs et subalternes, des hommes de troupes et assimilés au sein de la force publique avant le 15 décembre 1999

Version ePub réalisée par Flexedo®

www.flexedo.com