

Médecins Sans Frontières et les sorties de guerre

Jean-Hervé Jézéquel, Camille Perreand

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES ET LES SORTIES DE GUERRE

Jean-Hervé JÉZÉQUEL,
Camille PERREAND

**DANS LA COLLECTION DES ETUDES DE CAS
SUR LES PRISES DE PAROLES PUBLIQUES DE MSF
(CONSEIL INTERNATIONAL DE MSF/CRASH)**

- Camps de réfugiés salvadoriens au Honduras (1988) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Génocide des Rwandais Tutsis (1994) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Camps de réfugiés rwandais au Zaïre et en Tanzanie (1994-1995)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Violences du nouveau régime rwandais Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Traque et massacres des réfugiés rwandais au Zaïre-Congo (1996-1997)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, août 2004
- Famine et transferts forcés de populations en Éthiopie (1984-1986)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2005
- Violences contre les Kosovars albanais, intervention de l'Otan (1998-1999)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, septembre 2006
- MSF et la Corée du Nord (1995-1998) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2008
- Crimes de guerre et politiques de terreur en Tchétchénie 1994-2004,
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, juin 2010

DANS LA COLLECTION DES CAHIERS DU CRASH

- De l'Éthiopie à la Tchétchénie Recueil des travaux de François Jean
Disponible en français, mars 2004 Disponible en anglais, mai 2008
- Revue critique des opérations MSF-France au Darfour (Soudan)
Dr. Corinne Danet, Sophie Delaunay, Dr. Evelyne Depoortere, Fabrice Weissman
Français/Anglais dans un même volume, janvier 2007
- Témoignage humanitaire et témoignage judiciaire : historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes et de poursuites judiciaires
Françoise Bouchet Saulnier, Fabien Dubuet
Français/Anglais dans un même volume, avril 2007
- L'action humanitaire en situation d'occupation Xavier Crombé
Français/Anglais dans un même volume, octobre 2007
- Le Manuel des Acteurs de l'Aide
Disponible en français, avril 2007 Disponible en anglais, novembre 2007
- MSF et la protection : une question réglée ? Judith Soussan
Disponible en français, avril 2008 Disponible en anglais, juin 2008
- L'aide alimentaire et la politique des chiffres en Éthiopie (2002-2004)
François Enten
Disponible en français, mai 2008 Disponible en anglais, novembre 2008
- Dénutrition infantile, intérêts et limites de l'approche médicale humanitaire,
Jean-Hervé Bradol, Jean-Hervé Jézéquel
Disponible en français, décembre 2009 Disponible en anglais, juin 2010

Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des acteurs MSF de la mission Katanga qui ont accepté de m'éclairer sur le fonctionnement de leurs pratiques professionnelles.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans les précieux conseils et le suivi inestimable de Marc Le Pape.

Enfin, j'adresse une pensée toute particulière à l'équipe du CRASH pour son accueil, sa bienveillance et sa confiance.

Camille Perreand

Je remercie l'ensemble des équipes du mouvement MSF qui m'ont accueilli et aidé dans ce projet, que ce soit sur le terrain ou au siège des différentes sections visitées. Je remercie également l'ensemble de mes collègues du CRASH à Paris et de l'AAU à Bruxelles pour les nombreux conseils et les discussions. Je remercie enfin plus particulièrement Laurence Binet, Bérangère Cescau, Marc Le Pape et Fabrice Weissman pour un soutien inestimable à certaines étapes décisives de la production de la présente étude.

Jean-Hervé Jézéquel

Recherches, rédaction : Jean-Hervé Jézéquel, Camille Perreand - **Relecture et édition :** Marc Le Pape, Fabrice Weissman, Bérangère Cescau - **Graphisme et mise en page :** tgraphite - **Carte :** Amélie Ketoff

SOMMAIRE

INTRODUCTION : LA FIN DES CERTITUDES	9
CHAPITRE 1. MSF AU KATANGA	13
1. République Démocratique du Congo : les enjeux d'une transition	13
1.1 Bref récit d'une transition	14
1.2 La Communauté internationale en RDC	16
1.2.1 Souveraineté contrôlée et régime de semi-tutelle	16
1.2.2. « Remettre l'Etat au premier plan »	16
1.3 Le système de santé congolais :	
aux frontières de la guerre et de la paix	18
1.3.1 Le système de santé congolais	18
1.3.2 Santé et Communauté internationale	20
1.3.3 La « crise humanitaire » : mortalité et conflit	22
2. Les missions MSF au Katanga. Pourquoi rester ? Comment partir ?	24
2.1 Pourquoi le Katanga	24
2.1.1 MSF France : justifier sa présence au Katanga	24
2.1.2 La quête de la ligne de front	25
2.1.3 MSF Belgique : historique et dilemmes d'intervention en RDC	28
2.2 L'urgence malgré tout : pertinence	
et limites de l'action de MSF France au Katanga	30
2.2.1 Chronologie des opérations MSF France au Katanga	30
2.2.2. Le Katanga : un espace aux frontières	
de l'exceptionnel et de l'ordinaire	34
2.2.3 L'urgence malgré tout ?	39
2.2.4 Les gestions de l'ordinaire et de l'exceptionnel	
par MSF Belgique : l'exemple du projet de Mitwaba	41
2.3 Construire le départ	43

CHAPITRE 2. LES SECTIONS MSF ET L'AGENDA	
DE LA RECONSTRUCTION DANS LE LIBERIA POST-TAYLOR	47
1. Le contexte libérien :	
fin de guerre et gestion internationale du post-conflit	48
1.1 Bref récit d'une sortie de guerre	48
1.2 Le Libéria post-Taylor,	
laboratoire international des politiques de reconstruction de l'Etat	50
1.3 La « reconstruction », un discours envahissant	54
2. Pratiques opérationnelles de MSF au Libéria (2003-2008)	55
2.1 L'après guerre, c'est encore la guerre (2003-2005)	56
2.1.1 MSF France :	
<i>« le sage profite de la paix pour préparer la guerre »</i>	58
2.1.2 MSF Suisse :	
<i>un positionnement stratégique dans une région instable</i>	64
2.1.3 MSF Belgique : <i>un après guerre comme dans la guerre</i>	68
2.2 L'enlèvement dans la paix (2005-2009)	72
2.2.1 Activités MSF France 2005-2007 : <i>s'adapter ou partir</i>	73
2.2.2 MSF Suisse : <i>une reconstruction qui ne dit pas son nom ?</i>	77
2.2.3 MSF Belgique : <i>la reconstruction par le lobbying</i>	82
2.3 Conclusion	86
3. Lectures alternatives :	
une autre sortie de guerre, d'autres enjeux humanitaires ?	88
3.1 Relire l'évidence :	
l'après guerre, une population exsangue, un pays ravagé	89
3.2 Restituer la dimension politique de la reconstruction :	
l'aide où les gens se trouvent/ l'aide où l'on voudrait qu'ils soient	91
3.3 D'autres possibles : de l>IDP au déguerpi dans le <i>New Libéria</i>	92

Introduction : la fin des certitudes

Jean-Hervé Jézéquel

Un certain nombre de conflits dans lesquels Médecins Sans Frontières (MSF) s'était impliquée au cours des années 1990 ont pris fin dans les années 2000 (Kosovo, Libéria, Sierra Léone, Côte d'Ivoire, Burundi, Congo-Brazzaville, Angola, Ouganda, etc.). Certains de ces pays restent encore marqués par des niveaux de violence plus ou moins importants mais ils ne constituent plus des situations de « conflits ouverts » aux yeux de la majorité des acteurs.

Avec la fin du conflit disparaît la raison d'intervenir initiale des équipes MSF. Dans ces situations d'incertitude relative, s'expriment au siège comme sur le terrain un certain nombre de malaises contradictoires. D'un côté, certains regrettent les départs précipités et estiment que l'on abandonne des populations à leur sort quand elles ont encore besoin d'une présence humanitaire. De l'autre, on souligne combien les fins de conflit s'accompagnent du déploiement d'un impressionnant dispositif d'assistance dans lequel MSF peine à trouver sa place ou à préserver un espace de travail autonome. Le retour de l'Etat et le passage des problématiques de la crise à celles de la reconstruction et du développement constitueraient autant de raisons de mettre un terme aux missions MSF une fois les conflits terminés. Dans un cas comme dans l'autre, les situations de post-conflit sont intimement reliées (mais ne se réduisent pas) à la question des politiques de sortie (*exit strategy*). Ce sont ces débats et les malaises ou frustrations liés aux choix opérationnels faits ces dernières années qui justifient ce Cahier. La notion de post-conflit, aujourd'hui en vogue¹, est d'une simplicité trompeuse.

1. L'idée selon laquelle les situations de post-conflit nécessitent le déploiement de dispositifs spécifiques et de politiques d'assistance adaptées fait aujourd'hui figure de lieu commun ou d'évidence dans le monde de l'aide. Ce n'est certainement pas une idée neuve mais ces dernières années ont vu se multiplier les études consacrées à cette thématique aussi bien dans les milieux académiques que dans la littérature grise. Cet intérêt reflète et nourrit en même temps des modifications importantes du paysage institutionnel de l'aide : dans les deux dernières décennies, un nombre important d'institutions internationales ont mis en place des programmes ou des départements spécialisés dans le traitement des situations de Post-conflit.

On pourrait en donner une définition en apparence objective : le terme désigne simplement la période de temps qui suit la fin d'un conflit armé, une période de transition avant le retour à la « normalité ». Mais cette définition trop simple cache mal les nombreux problèmes que soulève l'usage de la notion de post-conflit par les acteurs de l'aide et du développement.

Qui décrète et sur quels critères la fin d'un conflit ? Au Kivu, la fin de la guerre est décrétée par le gouvernement et les organisations internationales alors même que des niveaux de violence importants subsistent sur le terrain. La réconciliation officielle entre le Tchad et le Soudan suffit-elle à caractériser le contexte est-tchadien comme une situation de post-conflit ? A l'inverse, pourquoi ne pas qualifier de « guerre ouverte » le banditisme et l'insécurité qui ravagent la Centrafrique ? Ces quelques exemples suffisent à montrer que le « post-conflit » est autant lié à une appréciation des niveaux de violence qu'à la volonté politique d'appréhender une situation sous cet angle.

Du point de vue des acteurs de l'aide, les notions de post-conflit et de conflit ne désignent pas simplement une période de temps. Elles impliquent aussi une certaine vision des enjeux légitimes et des politiques qui les prennent en compte. Elles véhiculent un ensemble de représentations et de discours qui définissent et justifient certaines formes d'intervention dans un contexte donné.

Ainsi depuis le début de la « guerre à la terreur », le post-conflit a constitué un terrain privilégié pour aligner les politiques de développement sur les enjeux de sécurité internationale. Pour autant, il ne faut pas réduire l'ensemble des politiques du post-conflit à l'agenda sécuritaire. Le post-conflit est plutôt un creuset vers lequel converge toute une série de dynamiques qui affectent le monde de l'aide : la convergence croissante entre sécurité et développement bien sûr mais aussi le retour des Institutions Financières Internationales (Banque mondiale en tête) vers les pays dits « les moins performants », le retour en grâce de l'Etat chez les développeurs internationaux ou encore le mouvement de mise en ordre et de standardisation des dispositifs de l'aide².

MSF n'échappe pas à ces dynamiques. Les deux études de cas (Libéria et Katanga) réunies dans ce Cahier suggèrent que les représentations associées à la sortie de conflit, qu'elles soient propres à MSF ou partagées avec le reste des acteurs de l'aide, influencent le contenu des opérations déployées par

2. Ainsi la réforme onusienne des clusters a d'abord été mise en place dans des situations de sortie de guerre ou perçues comme telle (Libéria, RDC, Soudan, etc.).

l'Association. Ces représentations informent en effet la manière dont les équipes MSF, du terrain au siège, conçoivent le cadre de leurs opérations (perception des enjeux sanitaires, perception du rapport aux autres, etc.).

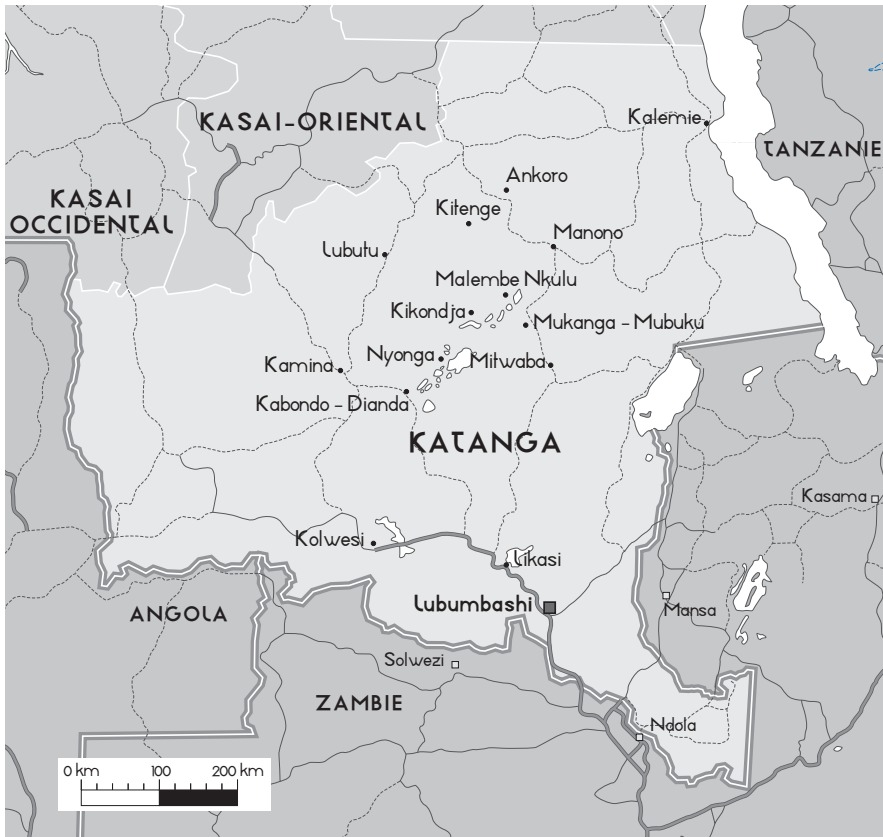
Ces deux études centrées sur les décisions opérationnelles conduites par MSF pointent pourtant deux séries de phénomènes différents.

L'étude sur le Katanga passe à la loupe la manière dont les catégories du conflit et du post-conflit sont mobilisées par MSF pour justifier ses choix opérationnels. Elle rappelle que MSF tend à percevoir le conflit comme le temps de l'exceptionnel (exceptionnel de la situation sanitaire, exceptionnel de l'absence supposée de la puissance étatique, etc.) et le post-conflit comme celui du retour à une situation « normale ». Or l'étude sur le Katanga montre la grande difficulté de MSF à s'adapter à des situations qui ne se laissent appréhender ni par la notion de conflit ni par celle de post-conflit ; cette enquête remet donc en cause les applications simplistes de la notion de conflit comme critère pertinent de distinction entre une situation sanitaire « normale » et une situation « exceptionnelle ».

L'étude sur le Libéria est beaucoup plus centrée sur le rapport de MSF aux autres acteurs de l'aide. Elle montre que les opérations de MSF dans les situations de post-conflit sont influencées par les grilles de lecture générées par le dispositif de l'aide, quand bien même MSF ne s'y associe pas. Ce faisant le cas libérien incite à jeter un autre regard sur la sortie de guerre : en évitant de réduire le post-conflit à la seule question de la « Reconstruction », il devient possible d'identifier des enjeux humanitaires qui échappent aux grilles de lecture des « Reconstructeurs ».

Par les différents éclairages qu'elles apportent, les deux études confirment enfin que le post-conflit n'est jamais une « situation standard » qui poserait partout les mêmes enjeux opérationnels pour une organisation comme MSF. Dans un contexte marqué par la standardisation croissante des pratiques et des politiques d'intervention, ce Cahier avertit contre la tentation de se doter d'un « manuel des bonnes pratiques » transposable d'une sortie de guerre à l'autre.

CARTE DU KATANGA 2007



— Routes principales — Autres routes Pistes

Chapitre I

MSF au Katanga (2000-2008)

Camille Perreand, Paris, MSF-Crash

A l'origine, cette étude portait sur le passage à une situation de post-conflit au Katanga ; il s'agissait de décrire comment les sections MSF négocient cette transition de la guerre à l'après-guerre. Encore faut-il déterminer la ligne de partage qui permet de distinguer un contexte de post-conflit. Cela ne va pas de soi au Nord Katanga entre 2000 et 2006 ; il s'agit alors plutôt d'une situation de ni-guerre ni-paix, où les groupes armés ont commis des exactions massives contre les civils, provoquant d'importants déplacements de population et un appauvrissement collectif. Notre étude ne porte donc pas sur une sortie de conflit proprement dite mais sur une situation instable, difficile à classer dans les catégories dominantes de description comme celles de conflit/post-conflit, d'après-guerre, de transition. En prenant appui sur des archives MSF, des entretiens et discussions avec les acteurs MSF, des lectures de travaux universitaires, je tente de restituer les difficultés rencontrées et les réponses apportées par MSF (MSF Belgique et MSF France) au Katanga, de 2000 à 2008.

1. RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : LES ENJEUX D'UNE TRANSITION

Cette première partie porte sur la situation de la RDC entre 1998 et 2008. Il s'agit de présenter quelques traits caractéristiques de la période : passage du conflit armé à la « transition », suites du conflit pendant la transition, politiques successives des Nations Unies et des bailleurs de fonds, organisation et état du système de santé congolais, coopérations internationales dans le domaine de la santé, alertes épidémiologiques et mesures de la surmortalité liée au conflit ainsi qu'aux exactions des groupes armés. Ces éléments d'information rappellent que

la RDC a été un enjeu de gouvernance internationale durant la guerre puis la « transition » qui débute en 2002. Nombre d'études ont été produites sur la gouvernance internationale en RDC, mais également sur les groupes armés et mouvements rebelles, sur le champ politique congolais, sur le processus électoral, sur la poursuite de conflits aux Kivus et en Province Orientale, sur le pillage des ressources naturelles, etc. Il n'est pas ici question d'un conflit méconnu, bien au contraire. Les éléments d'information que nous présentons proviennent de ces études, ils n'en sont qu'une restitution très partielle.

1.1. BREF RÉCIT D'UNE TRANSITION

En 1996, à l'Est du Zaïre, les « rebelles » de l'Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo (AFDL) et le Rwanda lancent la guerre dite de libération. Cette guerre aboutit à la chute du régime mobutiste en mai 1997 et la prise du pouvoir par Laurent Désiré Kabila, chef de l'AFDL, et ses alliés rwandais.

En 1998, L. D. Kabila met en cause l'alliance et l'ingérence rwandaise : la guerre éclate, le 2 août. Un mouvement rebelle est créé à l'initiative d'ex-militaires des Forces armées zaïroises et de combattants congolais tutsis rwandophones. Il est soutenu par le Rwanda et l'Ouganda dont les armées interviennent. En quelques jours, ces forces prennent le contrôle des principales villes de l'Est. Forte de ces succès, la rébellion crée le Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD) en août 1998. Kinshasa s'allie avec le Zimbabwe et l'Angola : l'engagement militaire de ces deux pays assure une stabilisation du front.

L'accord conclu à Lusaka sous le parrainage des Nations Unies et de l'Organisation de l'Unité africaine en juillet-août 1999 a pour principal objectif la tenue progressive d'un dialogue inter-congolais destiné à la définition d'un nouvel ordre politique et institutionnel. Selon les termes de l'accord, le retrait des troupes étrangères était renvoyé à une étape ultérieure qui succéderait à la mise en place de nouvelles institutions et au déploiement d'une force de paix internationale. Cependant, Laurent Désiré Kabila tente de substituer aux termes de l'accord un débat national entre pairs. Perçue dans un premier temps par la communauté internationale comme l'obstacle majeur à la pacification de la région, la RDC tire parti sur le plan diplomatique des combats entre les armées, jusqu'alors alliées, de l'Ouganda et du Rwanda, en août 1999 puis mai-juin 2000, pour le contrôle de Kisangani. Le Conseil de sécurité « exige » le retrait de la RDC des forces de l'Ouganda et du Rwanda (résolution 1304, 16 juin 2000). Il demande

la création d'un groupe d'experts chargé d'enquêter sur l' « exploitation illégale des ressources naturelles et autres richesses de la RDC » : ce groupe, formé en juin 2000, publie un premier rapport en avril 2001, qui met notamment en évidence le « pillage » pratiqué à l'est de la RDC par des réseaux ougandais et rwandais, réseaux militaires, politiques et commerciaux.

Laurent Désiré Kabila est assassiné le 16 janvier 2001. Il est aussitôt remplacé par son fils Joseph Kabila dans des circonstances qui demeurent obscures. Celui-ci révisé la feuille de route initiale de sortie de la crise en conditionnant la poursuite des engagements congolais à un retrait accéléré des troupes étrangères³. Les acteurs internationaux s'engagent alors à mettre un terme à « l'agitation non résolue », à ce que certains acteurs de la Communauté internationale décrivent comme « la première guerre mondiale africaine »⁴. Le principe de créer une mission des Nations Unies, approuvé par le Conseil de Sécurité dès novembre 1999 (résolution 1279), est confirmé en réponse à la relance du dialogue. Après que Joseph Kabila ait donné son accord au plan de déploiement de la Mission de l'Organisation des Nations Unies en République démocratique Congo (MONUC), ce plan est mis en œuvre à partir de mars 2001. À terme, l'objectif de cette Mission est d'obtenir le « retrait total et définitif de toutes les forces étrangères se trouvant sur le territoire de la RDC » (Conseil de sécurité, résolution 1341, 22 février 2001).

Les participants du dialogue intercongolais signent le 17 décembre 2002 à Pretoria un « accord global et inclusif » sur la transition. Cet accord définit le dispositif institutionnel pour la période de transition, il adopte notamment une formule de partage du pouvoir dite « 1 + 4 » : le chef de l'Etat doit composer avec quatre vice-présidents. L'accord prévoit « l'organisation d'élections libres et transparentes ». Celles-ci mettent fin à la période de transition le 6 décembre 2006, avec l'investiture de Joseph Kabila qui, au second tour des élections présidentielles, a obtenu 58% des voix contre 42% à Jean-Pierre Bemba. La population électorale était de 25,4 millions de personnes, la participation au scrutin a été de 65,4% au second tour (29 octobre 2006).

3. G. de Villers, *République démocratique du Congo. De la guerre aux élections. L'ascension de Joseph Kabila et la naissance de la Troisième République (janvier 2001-août 2008)*, Musée royal de l'Afrique centrale (Africa Tervuren), L'Harmattan, 2009, p.38-41.

4. Propos de Madeleine Albright lors des remarques de bienvenue tenues à la session du Conseil de Sécurité des Nations Unies portant sur la RDC, New York, 24 janvier 2000, cf. T. Trefon, *Réformes au Congo : attentes et désillusions*, L'Harmattan, 2009, p.19.

1.2. LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE EN RDC

1.2.1. SOUVERAINETÉ CONTRÔLÉE ET RÉGIME DE SEMI-TUTELLE

Créée en novembre 1999 sous la forme initiale d'une mission d'observation, puis dotée d'un mandat de maintien de la paix, la Mission de l'Organisation des Nations Unies en RD Congo (MONUC) déploie des troupes à partir de mars 2001 ; elle intervient dans un pays qui connaît à la fois une situation de guerre interne et régionale. Après le début du retrait officiel des troupes rwandaises et ougandaises en 2002, les efforts de stabilisation se concentrent sur l'est du territoire national (en particulier Kivus, Ituri, Maniema, ville de Kisangani) et sur la mise en place d'un nouvel ordre politique et socio-économique. À mesure que la transition progresse, la MONUC voit ses prérogatives renforcées. Les conditions du recours à la force, les règles d'engagement des contingents sont redéfinies tandis que la mission connaît une forte extension de son rôle dans les domaines tels que la réorganisation de l'armée et de la police, les affaires politiques, l'organisation des élections, le soutien aux actions humanitaires. En octobre 2004 (résolution 1565 du Conseil de sécurité), son mandat évolue, la MONUC prend le caractère d'une mission intégrée : sous la conduite du Représentant spécial du secrétaire général, l'ensemble de ses actions sont coordonnées avec celles des organisations spécialisées des Nations Unies (PNUD, HCR, UNICEF, OCHA...). Ainsi le système des Nations Unies contribue à instaurer en RDC « un régime de semi-tutelle, de souveraineté limitée et contrôlée »⁵.

Participe également du régime de semi-tutelle le Comité international d'accompagnement de la transition (CIAT), présidé par le Représentant spécial du secrétaire général des Nations Unies et composé d'ambassadeurs, de représentants de la MONUC, de l'Union européenne et de l'Union africaine. Dans l'accord « global et inclusif » (Pretoria, décembre 2002), le CIAT est défini comme l'un des organes de la transition, il « arbitrera et tranchera tout désaccord pouvant surgir entre les parties » signataires à Pretoria. Ce pouvoir positionne le comité au cœur du dispositif politique de la transition.

1.2.2. « REMETTRE L'ÉTAT AU PREMIER PLAN »⁶

Depuis l'avant-dernière décennie de l'ère mobutiste, les observateurs rivalisent de qualifications négatives pour caractériser le fonctionnement de l'Etat congolais. Théodore Trefon s'élève contre ces points de vue : selon lui, ils traduisent

5 G. de Villers, *République démocratique du Congo. De la guerre aux élections*, 2009, p. 227.

6 Cette expression reprise par Théodore Trefon se retrouve également dans les documents du gouvernement congolais tels que le *Programme minimum de partenariat pour la transition et la relance en RDC*, 17 mai 2004.

l'incompréhension d'une « trajectoire étatique » postcoloniale qui ne concorde pas avec le modèle occidental d'État de droit⁷. En effet, les rapports et ouvrages de la littérature institutionnelle se résument le plus souvent à mettre en évidence un lien de causalité entre l'émergence du conflit et l'effondrement de l'Etat⁸ ou bien remontent aux dernières décennies de la période mobutiste pour décrire une trajectoire où ils reconnaissent les caractéristiques des Etats fragiles, la guerre jouant le rôle d'un « accélérateur »⁹. Cette perception en termes de « chaos », d' « émiettement », de « banqueroute », de « faillite » ne rend pas compte du fait que l'Etat congolais a démontré une remarquable faculté de résilience. En effet, les années de conflits internes, de guerre internationale et d'occupation étrangère d'une partie du territoire n'ont jamais remis en cause l'existence d'un Etat légitime et unifié¹⁰.

Selon Timothy Raeymaekers et Koen Vlassenroot¹¹, la stratégie du pouvoir politique partagé (*political power-sharing*)¹² a permis l'émergence d'un modèle d'Etat singulier : ainsi, pendant la période de transition, l'Etat semble avoir définitivement perdu son rôle de *Leviathan* au profit d'alliances et de systèmes de régulation entre les acteurs économiques, les parties au conflit, les autorités locales, les agences publiques. Mais cet apparent déplacement de la souveraineté de l'Etat vers des espaces privés n'est pas un processus linéaire. En effet, l'émergence de ces nouveaux territoires d'économie et de politique parallèles dans lequel l'Etat n'est qu'un acteur parmi d'autres contribua à fragiliser le processus de paix. Pourtant, ces espaces gouvernables permirent de maintenir dans un contexte de « ni guerre ni paix » une place pour la négociation entre l'Etat et la multiplicité des acteurs. Ils contribuèrent surtout à maintenir le sentiment d'appartenance à un Etat-Nation dans un environnement de clientélisme généralisé¹³.

L'ambition internationale par rapport à la RDC consiste à l'extraire d'un piège

7. T. Trefon, *Parcours administratifs dans un Etat en faillite. Récits populaires de Lubumbashi (RDC)*, Africa Tervuren, l'Harmattan (coll. Cahiers africains), 2007.

8. K. Ballentine et H. Nitzschke, *Profiting from Peace : Managing the Resource Dimension of Civil War*, Boulder, Lynne Rienner, 2005.

9. Union européenne, *Stratégie de coopération 9^e FED 2003-2007*, 2003, p.10.

10. T. Raeymaekers et K. Vlassenroot, « Reshaping Congolese Statehood in the midst of Crisis and Transition », in U. Engel et P. Nugent (ed.), *Reshaping Africa*, Boston, Leiden, Brill, 2009, p. 137.

11. T. Raeymaekers et K. Vlassenroot, *op. cit.*

12. Cette stratégie a notamment présidé à la recherche d'un « accord global inclusif » rassemblant l'ensemble des acteurs de la société politique congolaise.

13. Les auteurs évoquent en guise d'exemple la « structure de gouvernance coercitive » qui émerge pendant la période de transition dans le territoire de Walikale au Nord-Kivu, avec l'instauration d'un système de règles politiques et économiques institutionnalisées dans le domaine de l'exploitation des ressources. Dans cet espace de gouvernance spécifique, l'armée, l'administration territoriale, les acteurs économiques exploitèrent les minerais à leurs propres fins et générèrent un système de gouvernance complexe par une redistribution de ressources basée sur un système de taxation institutionnalisé.

pour certains¹⁴, d' « un cercle vicieux » maintenant le pays dans un état de conflit et de pauvreté chronique pour d'autres. Le changement politique et la perspective que ce dernier puisse amorcer une séquence de sortie de crise sont considérés comme une « fenêtre d'opportunité »¹⁵ à saisir : c'est pourquoi l'action internationale a alors fait de la tenue des élections « libres et transparentes » sa principale priorité politique, avec le maintien de la paix et le retrait des forces étrangères.

1.3. LE SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS : AUX FRONTIÈRES DE LA GUERRE ET DE LA PAIX

1.3.1. LE SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS

À partir des années 1960, un effort de planification et de structuration du système sanitaire voit le jour au Zaïre. Il s'inspire notamment des expériences de médecine communautaire menées dans les districts de Bwamanda (Equateur), Kisantu (Bas-Congo) ou Kasango (Maniema) et des réflexions portées par des réseaux confessionnels (protestants et catholiques) sous le patronage du Ministère de la santé publique.

Ces multiples influences ont contribué à l'organisation du système sanitaire en unités territoriales décentralisées associant les acteurs privés et la population au fonctionnement du dispositif : les zones de santé.

Depuis la fin des années 1980, la stratégie sanitaire est définie par le ministère de la santé publique. Sa mise en œuvre est assurée dans chaque zone par le médecin chef de zone et son bureau administratif. En dépit d'une forte autonomie de gestion, les responsables de zone répondent hiérarchiquement à un double niveau de contrôle et d'inspection : le médecin inspecteur de district et le médecin inspecteur provincial.

Les zones sont composées principalement de centres de santé dirigés par des professionnels paramédicaux qui assurent le premier échelon de prise en charge par une activité de consultation et de délivrance de soins primaires. Lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients sont pris en charge par des centres de santé référents, dotés de lits et de moyens élargis en ressources humaines.

14. Le terme de piège correspond à la notion de *conflict trap* préconisée par Paul Collier, chercheur à la Banque mondiale, spécialiste de l'étude des dispositifs appliqués aux sorties de conflit. L'aide doit mettre l'accent sur les causes réelles du conflit pour éviter une rechute dans la guerre.

15. La notion de « fenêtre d'opportunité » est utilisée dans de nombreux rapports d'organisations internationales travaillant en RDC.

nes et en matériels. En cas de complications ou de prises en charge spécifiques, les patients sont référencés à l'hôpital de la zone de santé qui est censé proposer une offre de soins élargie.

La présence d'acteurs de santé au niveau des centres de soins, des zones, des districts et des provinces a évité que l'état de guerre (1996-1997, 1998-2002) et les situations de conflits internes au-delà de 2002 (notamment au Katanga) ne provoquent un effondrement généralisé. Du reste, l'appauvrissement du service public de santé est lié à un désengagement de l'Etat bien antérieur à la période 1996-2002. Par ailleurs, la zone de santé a sans doute contribué à préserver le fonctionnement du système à minima en facilitant les interventions extérieures dans un contexte de financement très décentralisé. Cet échelon est aujourd'hui au cœur de la stratégie sanitaire du gouvernement et des bailleurs de fonds.

En effet, les acteurs de la transition ont décidé et engagé une politique de reconstruction du système de santé : celle-ci s'appuie sur l'adoption par le gouvernement congolais d'une stratégie nationale de renforcement du système de santé en 2005, elle-même soutenue dans sa mise en œuvre par des programmes d'appui financier des principaux bailleurs. L'investissement porte en priorité sur les zones de santé de plus de 100 000 habitants considérées « à forte potentialité » et présentant des infrastructures suffisamment fonctionnelles. La politique de la « tache d'huile » consiste à soutenir, dans ces zones, les centres de santé initialement opérationnels pour en faire des centres de référence.

Cette stratégie nationale définit comme priorité la reconstruction du système de santé, au risque de ne pas agir dans l'immédiat sur les indicateurs sanitaires. L'extension de la couverture est privilégiée et une part importante des financements est consacrée à la mise en place d'un système de coordination aux niveaux central et provincial. La concordance avec les indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement n'est pas retenue comme prioritaire dans les premières années.

En sus de la réhabilitation des structures et du soutien à leur fonctionnement, les acteurs de l'aide s'engagent à délivrer un « paquet » minimum d'activités au niveau des centres de santé (PMA) et un paquet complémentaire d'activités pour l'hôpital (PCA). Les PMA sont composés d'activités curatives de petite chirurgie, de consultation, de prise en charge syndromique des IST, d'activités préventives comme la consultation pré et post-natale ou la vaccination, enfin de programmes de sensibilisation à l'hygiène. La logique du paquet doit permettre à terme de supprimer les approches verticales consistant à financer la prise en charge de pathologies (Tuberculose, VIH...). Le soutien des bailleurs allège à la marge (environ 15%) la contribution financière du patient à ses soins. L'Union euro-

péenne cherche à établir un forfait de prestation selon le revenu moyen de la population bénéficiaire.

Les bailleurs de fonds impliqués dans la stratégie gouvernementale agissent à l'échelle provinciale dans le domaine sanitaire. Les ONG partenaires et éligibles à la mise en œuvre des projets ont la responsabilité de l'exécution de la stratégie à l'échelle de la zone de santé.

À titre d'exemple, le Katanga fait l'objet de plusieurs soutiens : la Banque mondiale, par ses programmes PARSS (Projet d'appui à la réhabilitation du secteur de la santé) et PMURR (Programme multisectoriel d'urgence, de réhabilitation et de reconstruction), garantit un appui jusqu'en 2011. Les ONG en charge du PARSS contractualisent avec la Banque et s'engagent à délivrer le « paquet minimum de services de santé » dans les districts et zones retenus, à soutenir les interventions en matière de lutte contre le paludisme, à renforcer les capacités de suivi et de gestion à tous les niveaux du système de santé. La province du Katanga était également prioritaire pour USAID jusqu'en 2009. Dans la mise en œuvre de son programme AXxes (Integrated Health Services Project), le bailleur contractue avec des ONG partenaires et leur demande d'implanter à l'échelle d'une zone les composantes déjà sélectionnées dans le projet de la Banque mondiale.

1.3.2. SANTÉ ET COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE

Avant même la reprise de la coopération par la Communauté internationale en 2002, la santé a été un axe essentiel des politiques internationales dans les années 1990. Quand la politique d'aide à l'Etat mobutiste a cessé, la Commission européenne a fait du domaine sanitaire son vecteur principal de coopération décentralisée durant la période 1992-2002. Un programme d'appui transitoire (PATS 1 et PATS 2) d'un montant de 54 millions d'euros avait pour vocation de soutenir financièrement et en approvisionnement des zones de santé¹⁶. Le retour des bailleurs de fonds dans le pays s'est accompagné d'investissements importants : la Banque mondiale intervient en 2002, dans son Programme multisectoriel d'urgence, de réhabilitation et de reconstruction (PMURR)¹⁷, par une contri-

16. Ce programme d'appui a toutefois connu des interruptions répétées liées à la guerre et des réorientations en terme de couverture géographique. Cf. Commission européenne, *Stratégie de coopération 9^e FED*, 2003-2007.

17. Le Programme multisectoriel d'urgence, de réhabilitation et de reconstruction (PMURR), initié par la Banque mondiale en 2002, portait sur de nombreux secteurs. Ses principaux objectifs concernaient la réhabilitation des infrastructures (74%), le soutien aux services sociaux (23%) et l'appui au « développement communautaire ». La recherche de la couverture sanitaire, la reconstruction d'infrastructures, l'appui à des sous-projets pour « renforcer les capacités locales des communautés » sont les ambitions affichées de ce dispositif. Ce programme s'est conclu en mars 2010 après avoir financé l'équivalent de 700 millions d'euros de projets pour une cible initiale d'1,7 milliards d'euros. Dans le domaine sanitaire, le PARSS et le PMURR concentraient principalement leurs efforts sur la réorganisation et la réhabilitation administrative et logistique des zones de santé et des niveaux intermédiaires de décision (administrations provinciales).

bution de 44 millions de dollars. Ce premier engagement est complété, en 2005, par un Projet d'appui à la réhabilitation du secteur de santé (PARSS) d'un montant de 150 millions de dollars. Ce secteur est également l'un des trois domaines dits « de concentration » des fonds de développement de la Commission européenne qui couvrent la période de transition et l'après 2006¹⁸.

La littérature sur l'ingénierie post-conflit explicite les objectifs politiques des investissements dans le secteur sanitaire : ceux-ci concordent avec la volonté des bailleurs d'articuler les réponses d'urgence à celles du développement. Le passage de la crise à la reconstruction offre également la garantie de rendre les bénéfices de l'intervention visibles à court terme par le financement de Quick Impact Projects (QIP). L'investissement dans le secteur sanitaire aurait pour effet et donc pour intérêt de renforcer l'autonomie de l'Etat à moyen terme et d'étendre à court terme sa légitimité auprès des populations par la délivrance de services immédiatement accessibles. Enfin, la santé est appréhendée dans les représentations des bailleurs comme un bien public neutre qui participe d'un effort de pacification entre les communautés parties au conflit : ainsi, selon un représentant d'ECHO en RDC, si les programmes n'ont pas permis d'améliorer les indicateurs sanitaires de la population pendant la guerre, ils ont permis d'accéder à des zones de conflit et de contribuer à leur pacification par la relance d'une organisation collective¹⁹.

Les justifications techniques proposées par la littérature post-conflit évoquent régulièrement les enjeux qui conduisent les acteurs internationaux à investir dans le domaine de la santé. Au-delà du passage de la guerre à la paix ou de la réduction des risques sécuritaires, ce qui se joue est bien, selon Béatrice Pouligny, la redéfinition d'un contrat social. L'investissement dans des programmes sociaux est une manière de résoudre les contradictions des politiques de *State Building* contemporaines. Dans le même temps qu'ils contribuent à l'importation d'« un modèle d'Etat clé en main », les responsables de l'ONU tentent, par des politiques spécifiques (en particulier l'organisation des élections), de façonner une légitimité populaire, de « susciter une forme d'adhésion renouvelée au vivre-ensemble »²⁰.

18. Les domaines de concentration constituent les priorités retenues pour le programme de « réhabilitation, reconstruction et développement » de la Commission européenne.

19. Conférence d'un représentant d'ECHO en RDC pendant la période de transition, lors du colloque organisé par Médecins du Monde en 2006 sur la reconstruction du système de santé en RDC.

20. R. Caplan, B. Pouligny, « Histoire et contradictions du state building », *Critique internationale*, 28, juillet-septembre 2005

1.3.3. LA « CRISE HUMANITAIRE » : MORTALITÉ ET CONFLIT

A la fin des années 1990, face au manque de données chiffrées et à la difficulté de circonscrire l'amplitude de la « crise humanitaire », plusieurs organisations ont mené des enquêtes de mortalité rétrospectives dans différentes provinces de la RDC. L'ONG International Rescue Committee, présente au Sud-Kivu pour des interventions de santé publique depuis 1996, a engagé des enquêtes épidémiologiques en 2000 sur cinq sites : Kisangani (Province Orientale), Moba (Katanga) et trois sites au Sud-Kivu. Prenant appui sur ces sondages et assumant qu'ils sont représentatifs des cinq provinces de l'Est du Congo (Sud et Nord-Kivu, Maniema, Katanga, Province Orientale), IRC estime que la mortalité causée par la situation de conflit dans ces provinces peut être évaluée à 1,7 million de personnes, au cours des 22 mois précédant l'enquête (*Mortality in Eastern DRC. Results from Five Mortality Surveys*, IRC, mai 2000).

IRC décide, en 2004, d'engager une quatrième enquête de mortalité rétrospective avec l'objectif d'extrapoler à la population de la RDC les données recueillies, sur l'ensemble du territoire, auprès de 19 500 foyers (*Mortality in the DRC : Results from a Nationwide Survey. Conducted April-July 2004*, IRC). IRC conclut à un taux de mortalité brut lié au conflit (pour la période août 1998-2004) égal à 2,1 pour 1000, soit 3,9 millions de décès. Cependant l'enquête établit que la plupart des décès ne sont pas la conséquence directe d'actes de violence : ces derniers représentent moins de 2% des décès. Enfin, une cinquième investigation d'IRC, conduite de mai à juillet 2007 dans les 11 provinces de la RDC, établit que « la crise humanitaire » continue après la fin officielle de la guerre en 2002 : IRC estime la mortalité liée aux conflits, entre 2002 et 2007, à 2,1 millions de décès. Au total, selon IRC, entre août 1998 et 2007, 5, 4 millions de décès sont dus aux situations provoquées par la guerre et ses suites puis par les conflits internes (*Mortality in the Democratic Republic of Congo. An ongoing Crisis*, IRC, 2007).

Les conclusions de ses enquêtes épidémiologiques ont conduit IRC à qualifier la situation en RDC de « crise la plus meurtrière depuis la seconde guerre mondiale »²¹. Ce constat justifie les choix opérationnels de l'organisation : IRC réoriente ses programmes d'urgence vers des projets de soutien au système sanitaire et de reconstruction. Prenant appui sur l'estimation selon laquelle 98% des décès liés au conflit sont dus aux destructions et pillages par les groupes armés, aux déplacements forcés, au délabrement des conditions de vie, elle s'engage

21 B. Coghlan, R. J. Brennan *et al.*, « Mortality in the Democratic Republic of Congo : a nationwide survey », *The Lancet*, 367 (9504), 7january 2006.

dés 2004 dans une stratégie de soutien aux soins de santé primaires²². Simultanément, IRC appelle à une protection étendue des populations par la Mission des Nations Unies (MONUC).

MSF Belgique a conduit, en 2001 et 2005, des enquêtes rétrospectives dont les résultats sont comparables à ceux produits par IRC : elles mettent en évidence des taux de surmortalité très élevés dans les zones de conflit (MSF, *Accès aux soins et violences au Congo (RDC). Résultats de cinq enquêtes épidémiologiques*, Bruxelles, décembre 2001). Aussi, à la suite de ces observations, la section belge se recentre sur les zones de la ligne de front et transforme la nature de sa mission : de programmes majoritairement destinés à appuyer le système de santé, elle bascule vers des projets d'urgence centrés sur la population affectée par le conflit. Cependant, pour MSF Belgique, l'extrapolation des résultats d'enquête à l'ensemble du pays est impossible ; en outre, la guerre n'est pas le seul facteur explicatif de l'état du système sanitaire, de la surmortalité et des difficultés d'accès aux soins : ainsi, dans des provinces éloignées des zones de guerre, en 2005, les taux de mortalité restent très élevés. Le rapport publié par MSF Belgique en 2005 compare les taux de mortalité des zones de santé étudiées en 2001 et ceux des zones de santé affectées par le conflit dans lesquelles l'organisation intervient : les taux de mortalité ont sensiblement augmenté d'1,1 en 2001 à 1,8 dans le cas de Kilwa (Katanga) et fortement augmenté dans les zones de santé éloignées du conflit - c'est le cas d'Inongo qui passe d'un taux de 0,4 en 2001 à un taux de 2,2 en 2005²³.

Les enquêtes d'IRC ont suscité des plaidoyers optimistes sur le rôle potentiel de l'épidémiologie dans la prévention des conflits. Un article publié par *The Lancet* (2006) en témoigne : « les enquêtes de mortalité rétrospectives mettent à disposition des éléments qui doivent conduire à des initiatives en faveur de la paix quand les conflits menacent d'éclater [...] et que nul ne peut prétendre désormais ignorer (la situation) »²⁴. Il reste néanmoins que la méthodologie des enquêtes IRC et le calcul de la surmortalité font l'objet de controverses. Les critiques²⁵ contestent la hardiesse des extrapolations assumées par les épidémiologistes d'IRC dès 2001, relèvent la fragilité des données concernant les circonstances

22. Communication de Loïc Aubry, spécialiste de santé publique à IRC, colloque MDM sur la reconstruction du système de santé en RDC, juin 2006.

23. MSF, *Accès aux soins, mortalité et violences en RDC. Résultats de cinq enquêtes épidémiologiques : Kilwa, Inongo, Basankusu, Lubutu, Bunkeya. De mars à mai 2005*, Bruxelles, octobre 2005, p. 21.

24. E. Depoortere, F. Checchi, « Pre-emptive war epidemiology: lessons from the Democratic Republic of Congo », *The Lancet*, 367 (9504), 7 January 2006.

25. Cf. HNTS (Health and Nutrition Tracking Service), *Re-examining mortality from the conflict in the Democratic Republic of Congo, 1998-2006*, WHO, 2009.

des décès et le nombre de morts par foyer, soulignent aussi la difficulté d'évaluer la surmortalité due au conflit lui-même en l'absence de données démographiques crédibles sur la population décrite. Nul doute cependant que la communication publique internationale prenant appui sur les chiffres de surmortalité d'IRC a eu de réels effets d'alarmes et d'alerte.

* * *

Cette première partie a porté sur l'histoire, les initiatives et les dispositifs à l'échelle de la RDC. Il sera par la suite question d'actions localisées conduites au Katanga. A cette échelle locale, on constatera que, dans nombre de sites où MSF intervient, les politiques d'appui au système de santé ont peu d'incidence. Cependant certaines caractéristiques générales se retrouvent dans les situations particulières katangaises : le délabrement des hôpitaux et centres de santé, l'appauvrissement de la population, l'ampleur des exactions, leur poursuite après 2002. Autre point à souligner : une convergence entre les analyses sur la gouvernance spécifique à la RDC telle que la présentent Timothy Raeymaekers et Koen Vlassenroot²⁶, et la gouvernance locale avec laquelle traitent les missions MSF. A ce niveau local, y compris dans les bourgs les plus reculés du Nord Katanga, il y a des acteurs publics (administrateurs, policiers, agents du renseignement intérieur, militaires), il y des acteurs du système santé privé et public : même dans les zones les plus isolées géographiquement, l'action d'urgence n'est pas confrontée à un désert institutionnel, en réalité il y a une multiplicité de pouvoirs avec lesquels il faut traiter pour pouvoir s'orienter et agir. On le verra dans la description des opérations conduites par MSF au Nord-Katanga.

2. LES MISSIONS MSF AU KATANGA. POURQUOI RESTER ? COMMENT PARTIR ?

2.1. POURQUOI LE KATANGA ?

2.1.1. MSF FRANCE : JUSTIFIER SA PRÉSENCE AU KATANGA

Durant les années 2001-2002, MSF France tente de se rapprocher des zones de

26. Cf. T. Raeymaekers et K. Vlassenroot, « Reshaping Congolese Statehood in the midst of Crisis and Transition », in U. Engel et P. Nugent (ed.), *Reshaping Africa*, Brill, Leiden, Boston, 2009. Voir aussi K. Vlassenroot, « Négocier et contester l'ordre public dans l'Est de la République démocratique du Congo », *Politique africaine*, 111, octobre 2008, p. 44-67.

violence au Nord-Katanga. Ce choix vise à faire concorder les actions et la ligne directrice de MSF : priorité de l'assistance médicale aux populations vivant dans des situations critiques dues à des conflits. « Avant d'entrer au Katanga nous menions des projets par défaut car nous ne parvenions pas à accéder aux provinces affectées par le conflit et pour lesquelles nos modes opératoires étaient les plus adaptés »²⁷. Plus que tout autre situation, l'état de guerre légitime les modes opératoires de l'organisation. Et quand, en juillet 2007, MSF estime que la violence des groupes armés est sous contrôle, décision sera prise de fermer la mission katangaise.

Dans les cas de MSF comme de la communauté internationale, les notions de guerre et d'après-guerre, quoique floues, demeurent des catégories essentielles car elles justifient l'ouverture d'un « espace d'exception », légitiment les actions internationales de secours et permettent de circonscrire ces dernières dans un espace/temps limité.

Cependant, comme nous allons le voir, la décision d'entrer au Katanga et de s'y maintenir est le fruit de bricolages et de compromis qui n'ont pas seulement trait au conflit. Pendant tout le temps de la mission, le contexte du Katanga place l'organisation au croisement d'enjeux pour partie liés au conflit, pour partie à la longue histoire du régime mobutiste et à ses effets sur le système de santé : cette mission contraint l'association à négocier son espace de travail aux frontières de l'urgence, de la reconstruction et de la santé publique.

2.1.2. LA QUÊTE DE LA LIGNE DE FRONT

La référence au conflit est centrale dans le processus de décision, elle explique le programme qu'MSF s'est fixé pour intervenir au Katanga en 2001. Les documents institutionnels l'attestent. Plans d'activité et plans annuels justifient la présence de MSF par « la dichotomie entre la politique de pacification et de transition et la persistance des violences extrêmes dans l'Est »²⁸. Le plan annuel 2005 met également en évidence « les violences qui se poursuivent dans les Kivus et le Nord Katanga »²⁹. Dès sa première année d'engagement, MSF construit un dispositif à double finalité : d'une part, la prise en charge des malades et déplacés affectés par les violences, d'autre part, la réponse aux épidémies. L'engagement au Katanga marque pour MSF France son retour dans les zones de violence en RDC – MSF était intervenue en 1996-1997 au Zaïre, lors de la

27. Entretien avec un ancien responsable de programme pour la RDC, Paris, janvier 2010.

28. MSF-F, Plan annuel 2004, p.152.

29. MSF-F, Plan annuel 2005, p.119.

traque des réfugiés rwandais³⁰. Cette décision est également perçue a posteriori comme l'expression d'une adhésion renouvelée au « mandat » originel de MSF : priorité aux secours médicaux à proximité des conflits. En effet, l'expérience congolaise témoigne des antagonismes qui traversent alors l'association à propos de la politique opérationnelle : les uns recourent à l'image du désert sanitaire pour faire de l'accès au soin la problématique centrale du contexte congolais quand les autres désapprouvent toute stratégie consistant à intervenir sur des projets qui n'auraient pas de lien direct avec le conflit. Pour MSF France, le choix d'agir dans le Nord-Katanga tient aussi à la volonté opérationnelle d'en finir avec les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre d'un projet d'appui au système sanitaire, à l'hôpital de Bandundu.

MSF-F et l'hôpital de Bandundu

Au début de l'année 2000, MSF est présente au Bas Congo dans un programme de prise en charge des réfugiés angolais à Kimpese (ouvert en 1998) et d'un programme d'accueil des déplacés congolais à Sicotra près de Kinshasa. Les exigences en matière d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et les difficultés d'accès aux zones de conflits conduisent MSF à s'engager dans un programme de moyen-terme. Décision est prise en août 2000 d'appuyer la zone de santé de Bandundu en investissant l'hôpital général de référence et en assistant trois centres de santé. L'ouverture par MSF d'un programme dans une région stable est l'expression d'une ambition nouvelle : intervenir sur les pathologies structurelles (paludisme, infections respiratoires, diarrhées) et tisser des relations avec les acteurs du système sanitaire. MSF songe un temps à faire de ce programme le levier d'une campagne contre le recouvrement des coûts³¹.

Dès les premiers mois, l'intervention est mise à rude épreuve. La négociation sur le recouvrement des coûts ne parvient pas à aboutir. Les offres salariales de MSF sont rejetées, les rapports avec les responsables de la structure hospitalière s'enveniment. La revue du programme mentionne comme difficulté notable l'incapacité

30. Cf. Laurence Binet, *Traque et massacres des réfugiés rwandais au Zaïre-Congo 1996-1997*, Paris, MSF, 2004.

31. Isabelle Mouniaman-Nara, *MSF à Bandundu, janvier 2000-juillet 2002*, Rapport interne, MSF (13/10/2002).

de MSF de « proposer un projet d'intervention et un positionnement pertinents, la méconnaissance du système de santé et de son fonctionnement, la mauvaise gestion des protocoles d'accord et des rémunérations ». Faute de résolution des divergences, la direction parisienne des opérations renonce à ce programme en 2002.

L'échec de Bandundu confirme pour beaucoup leur conviction que ce type de programme « ce n'est pas du MSF ». Par contraste, le Katanga répond aux attentes en suscitant des modes opératoires classiques de réponse aux urgences.

Les premières missions exploratoires au Nord-Katanga, en 2001, décrivent une situation éloignée des préoccupations initiales. La ligne de front est stabilisée : il s'agit alors plutôt d'une ligne de démarcation entre la zone administrée par Kinshasa et celle qui, à l'Est, reste sous contrôle du RCD-Goma (ce parti dispose d'une force armée soutenue par le Rwanda)³². Des poches de déplacés persistent mais le contexte s'apparente plus à une crise chronique qu'à une situation générale de conflit. Les premiers rapports MSF évoquent une situation de « post-conflit »³³, de « crise oubliée » où les véritables causes de mortalité sont de nature endémique. La troisième mission se retrouve d'ailleurs contrainte de suspendre son exploration pour appuyer un dispositif de réponse aux épidémies. La volonté d'intervenir est également motivée par l'état du système sanitaire public au Nord-Katanga et sa mise à l'écart relative des dispositifs internationaux d'aide. Ainsi, dans les rapports, la thématique de la crise oubliée apparaît bien plus mobilisatrice que celle du conflit pour argumenter en faveur d'une ouverture de programme³⁴. Cependant la donne change avec l'intensification des affrontements entre les Forces armées congolaises (FARDC) et les milices qui n'ont pas

32. « Depuis l'accord de cessez-le-feu de Lusaka à la mi-1999 jusqu'à la fin 2002, les fronts entre les forces gouvernementales et la rébellion de Goma sont en gros stabilisés. [...], au total, sur toute la période qui suit l'accord de Lusaka, les affrontements militaires entre les principaux protagonistes sont rares », G. de Villers, *De la guerre aux élections*, op. cit., p.132. Le RCD-Goma continue de contrôler une grande partie du Nord-Katanga après la fin 2002.

33. Missions exploratoires MSF-F, Zones de Santé de Malemba Nkulu et de Kitenge, District Administratif Haut Lomami, Province du Katanga, août 2001.

34. A propos des zones de Kitenge et de Malemba, le rapport conclut de la manière suivante dans les prescriptions opérationnelles : « Deux contextes d'extrême précarité tant au niveau socio-économique que sanitaire. Nous sommes dans les deux cas dans du « post-conflit » ou « post-urgence chronique » où les populations civiles se sont déplacées massivement et où les structures sanitaires sont à plat. Sur le plan humanitaire, espaces oubliés/sans acteurs pour tout Kitenge et sur la sous-zone Mai-Mai de Malemba tenant aussi compte du fait que ACF n'assume pas au niveau médical dans la sous-zone FAC et qu'aucun autre acteur ne veut faire du médical sur Malemba », août 2001, p.6.

désarmé à l'issue du conflit avec les forces du RCD-Goma et du Rwanda : « Au Nord-Katanga, le phénomène Mayi-Mayi est issu de la création, à l'instigation du gouvernement de Kinshasa, de Forces d'autodéfense populaire en vue de faire obstacle à la poussée du RCD et des troupes rwandaises. Le mouvement mayi-mayi du Nord-Katanga [...] demeurera, après la fin de la guerre de 1998, l'un des principaux fauteurs de troubles et d'insécurité dans le pays »³⁵.

2.1.3. MSF BELGIQUE : HISTORIQUE ET DILEMMES D'INTERVENTION

EN RDC³⁶

L'arrivée en 1985 de plus de 35 000 réfugiés angolais dans l'ouest de la province du Katanga (ex-Shaba) est à l'origine de l'installation de MSF Belgique au Zaïre (République Démocratique du Congo). Au projet initial lancé face à une situation d'urgence, avec la prise en charge de réfugiés angolais, ont succédé aussitôt, en 1986, des projets « long terme » d'appui structurel à plus de 20 zones de santé, la création d'une ONG locale, Horizon Santé (1994)³⁷, pour assurer la pérennité de ce projet ainsi que des projets verticaux pour lutter contre le sida (1993) et la trypanosomiase (1996).

Conjointement à la dégradation des indicateurs sanitaires, les situations d'urgence se multiplient. En 1994, c'est la fuite d'un million de réfugiés rwandais au Kivu, l'exode des Kasaiens persécutés au Shaba (c'était alors la dénomination de l'actuelle province du Katanga) puis en 1995 c'est une épidémie de fièvre Ebola à Kikwit (Bandundu), pour ne citer que les plus grosses opérations. Ces urgences conduisent à la création, en 1995, d'un pool d'intervention pour les urgences (Pool d'Urgence Congo – PUC) basé d'abord à Kinshasa et qui se développe par la suite à Lubumbashi, Mbandaka et Kisangani (antennes régionales) couvrant ainsi une grande partie du territoire congolais. D'autres urgences sont traitées : violences contre les réfugiés rwandais en fuite à l'intérieur de la RDC en 1996-1997, épidémies de choléra, situations de guerre (Kinshasa, Kisangani, Mbandaka, Katanga).

La section belge chemine entre l'ambition de répondre aux lacunes structurelles du système de santé comme aux conséquences des urgences liées aux événements politiques et sociaux. Elle part d'un constat : « Au Congo il y a deux crises : la crise de violence qui se superpose sur une autre crise liée à la structure sanitaire du pays »³⁸. Comme l'écrit Françoise Guillaume : « MSF (Belgique)

35. G. de Villers, *op. cit.*, p. 193.

36. Ce paragraphe s'appuie sur le policy paper de MSF-Belgique rédigé en 2006 sur ses activités en RDC.

37. Ce projet sera remis à Fometro en 2001, MSF reste membre du Conseil d'administration.

38. Entretien avec un responsable de l'Analysis and Advocacy Unit, MSF-B, janvier 2010.

au Congo s'est confronté à une éternelle question existentielle : face à l'immensité du pays et de ses besoins, comment assurer la meilleure accessibilité aux projets ? »³⁹.

A partir de la fin des années 1980, la section belge s'interroge sur la pertinence de ses programmes d'urgence en faveur des populations déplacées. Ses actions ponctuelles n'ont aucune influence sur des taux de mortalité qui demeurent très élevés. Partant du constat d'un déficit structurel du système, la section se rapproche du ministère de la Santé et apporte son appui à des districts sanitaires enclavés en investissant les hôpitaux de référence et certains centres de santé de proximité : cette première forme de coopération se traduit par des actions de distribution de médicaments, des activités d'hospitalisation et de consultation prises en charge par une équipe mixte d'internationaux MSF et de fonctionnaires du ministère⁴⁰.

Le retrait des bailleurs de fonds du pays au début des années 90 et la suspension de l'aide internationale accélèrent ce rapprochement : MSF Belgique formalise cette stratégie sous le concept de « district opérationnel » et élargit son périmètre d'intervention à de nombreuses provinces. Cet élargissement s'accompagne d'une « désintensification » des programmes et d'une activité de soutien indirect aux districts : les équipes internationales se désengagent des soins et se limitent à des activités de supervision. La coopération s'étend à tous les niveaux : soutien indirect au fonctionnement des centres de santé et des hôpitaux, appui administratif aux bureaux de zones et de districts, formation des personnels. Au Katanga, MSF Belgique s'engage à soutenir les zones de Kilwa, Pweto, Kasenga et trois zones urbaines dans les faubourgs de la capitale provinciale, Lubumbashi.

Les évolutions institutionnelles et de contexte vont peu à peu tempérer l'approche par district : la reprise de la guerre en 1998 conduit MSF à répondre à de nouvelles urgences et diversifier ses programmes. Le ministère de la Santé resserre progressivement son contrôle sur les districts gérés par MSF en reprenant l'autorité sur les nominations du personnel médical. En outre, le processus de la Mancha (2005) à l'échelle du mouvement MSF enjoint les sections à se concentrer sur l'activité curative et une approche médicale centrée sur la prise en charge du patient.

La volonté plus prononcée d'« agir sur les taux de mortalité » de manière immédiate prend appui sur les enquêtes de mortalité que mène la section belge à

39. Discussion sur les interventions de MSF dans les Zones de Santé du Congo Démocratique - Rapport de visite, 08-28 juillet 2002, p. 5.

40. Cette approche est dans un premier temps qualifiée de stratégie de tache d'huile.

partir de 1999 : les taux de mortalité sont plus élevés en zone de conflit et les bénéfices de l'approche par district sont difficiles à mettre en évidence. A partir de 2005, MSF Belgique commence à substituer à sa stratégie initiale des actions d'urgence dans les territoires affectés par les violences des groupes armés. Les programmes de soutien aux districts ferment progressivement.

2.2. L'URGENCE MALGRÉ TOUT : PERTINENCE ET LIMITES DE L'ACTION MSF FRANCE AU KATANGA

2.2.1. CHRONOLOGIE DES OPÉRATIONS MSF FRANCE AU KATANGA

Chronologie

L'année 2000 est marquée par une volonté d'accéder à la province du Katanga et de se rapprocher des lignes de front à l'Est du Congo. Suite à la demande du Commissariat Général de la Réinsertion (CGR) à Kinshasa, l'organe officiel pour les déplacés de guerre en RDC, et suite aux contacts avec d'autres organisations internationales opérationnelles dans la région, Médecins Sans Frontières-France décide d'effectuer une mission exploratoire au Nord Katanga. Une première tentative de mission exploratoire fin décembre 2000 n'aboutit pas, l'ANR (Agence nationale de renseignements) ayant annulé toutes les autorisations de séjour au Katanga pour les étrangers pendant la période des fêtes. Une deuxième tentative à la mi-janvier 2001 est interrompue suite à l'assassinat du président Kabila, le 16 janvier.

La troisième mission exploratoire est menée par un médecin et un logisticien de MSF-F entre le 19 mai et le 9 juin 2001. Suite aux contacts pris avec le CGR et des organisations internationales à Kinshasa (MSF B, ACF USA, CICR, UNOCHA), MSF décide une ouverture de mission immédiate dans la Zone de Santé de Kabalo, alors qu'une épidémie de choléra affecte la zone (Aire de Santé de Mulimi). La mission exploratoire connaît ainsi une fin prématurée, l'ensemble des localités n'ayant pu être évaluée. Entre janvier et juin 2001, une série de six rapports et missions contribuent à déterminer le positionnement de MSF-F.

Malgré l'exposition plus importante de la zone de santé de Malemba N'Kulu aux exactions Maï Maï, la zone de Kitenge, elle aussi en butte aux violences des milices, est privilégiée. L'ouverture du programme est souhaitée avant la saison des pluies de novembre. Mais la multiplication des pics épidémiques dans la zone de Malemba contraint MSF-F à effectuer des allers-retours entre les deux zones de santé, faute de décider l'engagement de moyens supplémentaires. Le développement des activités sur Kitenge prend du retard. L'intervention ne devient opérationnelle qu'à compter de janvier 2002. Les opérations de MSF-F vont se prolonger jusqu'en 2007 en se déplaçant du nord vers le sud de la province suivant l'évolution des violences.

2002-2005

ZDS de Malemba N'Kulu : MSF-F se concentre sur la prise en charge des déplacés fuyant les combats entre FARDC (Forces armées de la RDC) et Maï Maï, cherchant à échapper aux exactions commises par les uns et les autres : il s'agit de la mise en œuvre d'activités de consultation externe. Le volet épidémique constitue l'activité principale : au total, 6000 cas de choléra sont pris en charge par les quatre centres de traitement du choléra. La rougeole fait également l'objet d'une intervention importante : 6373 cas sont traités, 53 976 enfants sont vaccinés.

ZDS de Kitenge : MSF-F concentre son activité sur un appui structurel au centre de santé référent d'Annuarite dans l'agglomération de Kitenge, ainsi qu'aux centres de santé des villages de Kaloko et Kiléo. Les consultations externes représentent l'activité majeure (120 000 consultations en trois ans et demi). Rougeole, malnutrition, fièvre typhoïde, tuberculose constituent des prises en charge moins importantes.

2003-2007

ZDS de Mukanga : à la suite de combats entre Maï Maï et FARDC⁴¹ MSF-F propose un appui structurel aux centres de santé de

41. Forces armées de la République Démocratique du Congo.

Mukubu, Mukanga, Kyolo et Kasenga : au total, 110 000 consultations sont prises en charge. 2000 enfants malnutris sont traités. 1992 familles bénéficient des distributions de « Non-Food Items ».

2004-2007

ZDS d'Ankoro : en 2002, les combats entre forces armées de la RDC et Mai Mai dans l'agglomération d'Ankoro conduisent MSF-F à intervenir. L'opération débute dans les derniers mois de l'année : la mise sur pied d'une clinique mobile permet de prendre en charge les déplacés. Les blessés sont référencés à l'hôpital d'Ankoro. Face à une épidémie de rougeole, une vaccination de 24 761 enfants est organisée. 1 562 cas infectés sont pris en charge.

A partir de 2004, la réflexion sur la mise en place d'un projet de soins secondaires, visant à référencer les blessés et les complications importantes pour l'ensemble des projets, aboutit à la reprise en gestion de l'hôpital d'Ankoro : ce dernier est entièrement réhabilité. Les activités des services médicaux et du bloc opératoire sont relancées. Les pathologies spécifiques sont progressivement prises en charge (TB, VIH, fistules vésico-vaginales, malnutrition). Les épidémies de fièvre typhoïde à Kitanda (237 cas) puis de choléra (déc. 2005-mars 2006 : 166 cas) font également l'objet d'une réponse.

2006

Aire de santé de Nyonga, Lac Upemba : les opérations effectuées par les forces armées congolaises pour neutraliser les groupes armés entraînent d'importants déplacements de population. Après réhabilitation de plusieurs centres de santé, MSF-F prend en charge 20 937 consultations, 582 hospitalisations et 160 accouchements. Les références obstétricales ont lieu sur Kikondja, les cas chirurgicaux sur Ankoro. 473 familles bénéficient de distribution de NFI. Les activités épidémiques sont également très importantes et s'expliquent par la forte endémicité du vibron sur le parcours du fleuve.

De janvier à octobre 2006, le desk urgences prend en charge une réponse à un pic épidémique de choléra dans la zone de Kikondja.

A la suite de cas de rougeole détectés dans la région de Nyonga (Butumba, Mukanga), une prise en charge est organisée pour contenir l'extension de l'épidémie et réduire sa létalité⁴².

2007

ZDS de Kabondo Dianda : MSF-F intervient pour répondre à un pic épidémique de rougeole (909 cas traités) et vacciner 73 641 enfants. MSF-F prend également en charge une épidémie de choléra : 636 cas sont traités.

MSF-F se désengage du Katanga au cours du premier semestre de l'année 2007.

2008

Début 2008, MSF-F appuie la section belge lors d'une épidémie de choléra à Likassi au sud du Katanga.

En juin 2008, MSF-F intervient dans le district du Tanganyika au nord-est du Katanga à la demande de MSF-B et du Pool Urgence Congo pour piloter une campagne de vaccination de masse dans plusieurs zones de santé. MSF-F limite sa campagne à une zone. Elle débute avec deux mois de retard (septembre 2008)⁴³.

Les différentes missions exploratoires recommandent la mise en œuvre d'un dispositif de réponse aux urgences. Leurs constats ne concordent que partiellement avec les représentations qui président à l'envoi de ces missions, mais les flambées épidémiques de choléra, la grande précarité des personnes déplacées sont autant de raisons d'intervenir dans une province où l'aide internationale a peu d'incidence par rapport aux Kivus et à la province orientale, au moins durant les années 2001-2006 et ceci de façon encore plus marquée dans le Nord-Katanga. Le contexte katangais mérite notre attention car il permet d'apprécier l'écart entre la réalité et la typologie des situations appliquée par la plupart des agences internationales. Nous retenons trois éléments qui, tantôt se conjuguant tantôt

42. Sur les urgences au Katanga en 2006, cf. Fabrice Resongles, *Revue critique des urgences 2006*, Paris, MSF, p.43-46.

43. Pour des informations complémentaires sur cette réponse, cf. Delphine Chedorge, *Revue critique des urgences 2007-2008*, Paris, MSF, juin 2009, p.40.

s'opposant, dessinent au fil des années la singularité et la complexité de l'environnement de travail des équipes MSF France. Le conflit interne, larvé dans les premiers mois, s'envenime dès 2001 : il oppose les FARDC aux diverses milices armées locales. Outre les éclats sporadiques d'extrême violence, les équipes constatent un état de santé de la population très précaire, lié aux défaillances du système sanitaire, en voie de dégradation depuis les années mobutistes. Enfin, la géographie du site va générer des difficultés logistiques qui sont encore dans toutes les mémoires⁴⁴ et ont fait la réputation de la mission.

Les irrptions imprévues de pillage et d'exaction contre les civils, la difficulté d'accès aux populations affectées, la demande de soins « structurels » par les populations prises en charge sont des réalités que doivent être intégrées dans l'image du contexte : celui-ci ne peut être simplement défini comme un espace d'exception, une zone de conflit où la légitimité de MSF France à intervenir ne serait pas discutable. En réalité, MSF France ne va cesser de négocier avec son environnement comme avec elle-même pour préserver un espace d'intervention aux frontières de l'urgence, du développement et de la santé publique.

2.2.2. LE KATANGA : UN ESPACE AUX FRONTIÈRES DE L'EXCEPTIONNEL ET DE L'ORDINAIRE

Les organisations d'urgence considèrent généralement l'après-guerre comme le moment de se retirer. Ce choix, souvent difficile, intervient lorsque la définition traditionnelle de l'espace d'exception ne s'applique plus : les déplacements de population diminuent, les violences s'apaisent, l'Etat recouvre ses prérogatives. Les besoins et le contexte évoluent. Les organisations de secours, qui se réclament du droit international humanitaire pour déployer des opérations en période de conflit, considèrent alors qu'elles n'ont plus les légitimités opérationnelle et juridique suffisantes pour intervenir. Toutefois, comme le souligne Rony Brauman, « la ligne de partage entre situation ordinaire et situation d'exception n'est pas aisée à tracer. La fin d'un conflit ne signifie pas la fin des conséquences de ce conflit [•••] »⁴⁵.

L'expérience katangaise montre le caractère problématique de la notion d'exception, matrice des modes opératoires comme de la légitimité à intervenir de MSF. Avant que les MSF France n'entrent au Katanga, la guerre se déroulait au nord de la province mais le conflit entre la RDC d'une part, le Rwanda et ses alliés du RCD-Goma d'autre part est relativement stabilisé en 2002. A partir de

44. L'ampleur et les difficultés du travail logistique nécessités par les missions au Nord-Katanga ont été soulignées par l'ensemble des personnes interrogées.

45. R. Brauman, *La médecine humanitaire*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2009, p.107.

2001, interviennent des poussées régulières d'exactions contre les civils : elles ont pour auteurs les milices et les FARDC. Cependant elles n'ont pas été généralisées à l'ensemble du Nord-Katanga et ne paraissent pas coordonnées à l'échelle de cette partie de la province. Les mouvements de population induits par les agressions et les actions armées n'ont pas donné lieu à l'installation de camps importants de déplacés ni à la formation de structures sociales particulières : « les déplacés accueillis par les villages voisins se sont souvent mêlés avec le reste de la population »⁴⁶.

En outre, la guerre n'a pas détruit l'organisation sanitaire et administrative du territoire, celle-ci est structurellement affaiblie par la raréfaction des ressources budgétaires depuis la deuxième moitié de l'ère mobutiste. Ses faibles moyens ne sont pas la conséquence d'un état d'exception lié au conflit mais bien une donnée historique. Au cours du conflit, l'Etat ne disparaît pas. Ses structures persistent dans des formes de gouvernance localisées, contraignantes et coercitives. Comme le souligne un responsable de la mission MSF-F : « Nous ne nous sommes jamais posés la question de faire sans les structures sanitaires de la province tant la bureaucratie était incontournable »⁴⁷. Paradoxe d'une autorité qui assure une continuité administrative en déconnexion partielle de l'administration centrale, et sans moyens effectifs pour assurer un réel service public de santé : « Cette situation n'est pas propre au Katanga. Elle peut être généralisée à l'ensemble du Congo mais ne se retrouve pas d'une manière si aiguë dans d'autres pays où on est présent. Partout où tu iras au Congo, tu trouveras des centres de santé ouverts, avec des professionnels de la fonction publique et une organisation encore debout mais pas un médicament à l'intérieur »⁴⁸.

Ainsi, en 2002, la situation de violences est bien réelle, pourtant elle ne correspond pas à l'espace d'exception escompté. Face aux violences sporadiques et localisées, face aussi à l'état désastreux du système sanitaire, MSF France met donc progressivement en œuvre des logiques d'action ajustées aux situations concrètes et négocie un espace aux frontières de l'exceptionnel et de l'ordinaire. Première concession à l'exception, MSF France considère les autorités sanitaires comme un partenaire privilégié et incontournable, elle inscrit autant que possible l'ensemble de ses programmes au sein de la carte sanitaire. Cette politique, qui n'a pas fait l'objet de débats particuliers à l'époque, est d'autant plus

46. Entretien avec un ancien responsable médical des missions au Katanga. Le rapport médical de 2003 évoque également cette difficulté : « le statut de déplacé et de précaire est, dans cette zone comme ailleurs dans le Nord-Katanga, assez largement partagé, une part importante de la population étant déplacée depuis plus ou moins longtemps », MSF-F, Rapport médical d'activités 2003, p.13.

47. Entretien avec un responsable MSF, Paris, janvier 2010.

48. Entretien avec une responsable MSF, Paris, décembre 2009.

surprenante que l'Etat congolais est partie au conflit par l'intermédiaire de ses forces armées qui sont responsables d'importantes exactions commises à l'encontre de la population civile au Katanga.

En réalité, la relation de MSF France aux autorités sanitaires est loin d'être univoque. Elle oscille entre la volonté de s'affranchir partiellement des contraintes bureaucratiques pour délivrer un secours optimal et la nécessité de s'ajuster avec l'appareil administratif qui continue de structurer les actions sanitaires dans les espaces où travaille MSF France. « Au fond, je crois que nous ne nous imaginions pas concevoir un dispositif en marge des structures du ministère de la santé. »⁴⁹.

L'ambiguïté de cette relation conduit MSF France à négocier pour protéger ses objectifs et son espace de travail : celui-ci, constamment questionné, réajusté, est préservé au prix d'écarts, de concessions qui heurtent parfois les représentations qu'MSF France se fait d'une mission en zone de conflit. Ainsi, la construction d'un espace autonome pour répondre aux urgences ponctuelles, à l'exceptionnel, passe par des négociations et parfois des concessions au fonctionnement du cadre ordinaire. Plusieurs éléments récurrents en témoignent :

La politique consistant à proposer des soins intégralement gratuits dans les zones de conflit est mise à rude épreuve : l'association finit par concéder dans certaines zones comme à Kitenge⁵⁰, Mukubu ou Ankoro, le maintien d'un système de recouvrement des coûts qui limite l'accès aux soins⁵¹. L'association parvient à revenir sur ce système à Kitenge et Ankoro à la suite de longues négociations.

Les pratiques de secours doivent également cohabiter avec les exigences en matière de santé publique et les protocoles des autorités sanitaires : la vaccination est un thème qui reflète les points de tension entre agendas. A plusieurs reprises, MSF-F décide de mettre en place une politique systématique de vaccination des populations déplacées conformément aux protocoles sanitaires de l'association⁵².

49. Entretien avec un ancien responsable MSF pour la RDC, janvier 2010.

50. A Kitenge, le centre de santé où intervient MSF appartient au Bureau des œuvres diocésaines, institution religieuse qui s'oppose fermement à la gratuité des soins. Les négociations sur le recouvrement des coûts et les rétributions du personnel de ce centre ont pris plusieurs mois et entravé les activités dans la zone de santé. Entretien avec un ancien médecin de la mission, Paris, janvier 2010.

51. Les études d'une responsable terrain à Ankoro, construites à partir d'une enquête par questionnaires conduite auprès de la population, montrent que la disparition de monnaie fiduciaire ne permettait pas aux ménages même dotés de ressources matérielles d'accéder au système de soin. Le rapport annuel médical de 2003 témoigne d'une remontée de l'activité dans le centre de santé de Kitenge, une fois le recouvrement des coûts abandonné.

52. Dans le guide MSF de réponse aux urgences sanitaires et à la santé des réfugiés, la vaccination de la rougeole est prescrite comme la deuxième priorité d'intervention qui suit immédiatement l'état des lieux des besoins. Cette vaccination peut être sélective (prise en charge du statut préalable de la personne) ou non-sélective (pas de prise en charge du statut). Si les autorités sanitaires interviennent dans la stratégie vaccinale, MSF recommande toutefois la vaccination non-sélective (cf. Médecins Sans Frontières, *Refugee Health, an approach to emergency situations*, 2008, p. 59).

Mais cette politique heurte de front la stratégie des autorités sanitaires de la province. Elles reprochent à MSF-F de s'inscrire en marge de la carte sanitaire en limitant la vaccination aux poches de déplacés. Rehaussant ainsi les seuils de vaccination de manière ponctuelle et dans des aires limitées, les équipes MSF-F se voient reprocher de désorganiser les dispositifs nationaux. En fait, se joue le risque, dans les zones où les seuils seraient plus élevés, de ne pas bénéficier des financements de l'OMS affectés à la mise en oeuvre des programmes élargis de vaccination (PEV)⁵³. Cette question est d'autant plus critique que les déplacés se distinguent difficilement des populations résidentes. Pour préserver son espace de travail, MSF France doit à plusieurs reprises ajuster sa conduite aux choix et directives des autorités sanitaires. Ainsi, MSF France obtient-elle l'autorisation de vacciner, sous condition d'élargir sa politique vaccinale à l'ensemble des antigènes recommandés par les protocoles nationaux. Lors d'une autre urgence, elle se voit contrainte d'élargir sa campagne à des zones non affectées par les groupes armés pour bénéficier de l'autorisation de vacciner⁵⁴.

Les enjeux liés à la carte sanitaire font également l'objet de négociations. MSF France prend appui sur les ressources humaines et les structures du système en place, mais elle l'investit selon les objectifs qu'elle a définis et qu'elle poursuit. Ces derniers entrent parfois en contradiction avec l'exigence de couverture sanitaire des autorités. En effet, il arrive que l'intervention ponctuelle de MSF France se fasse parfois aux dépens du système de référencement établi et son soutien à certains centres plutôt que d'autres conduit à modifier l'organisation de la carte. Mais cette stratégie est préservée au prix d'appuis ponctuels aux structures désavantagées par l'activité de MSF France ; l'association recourt à des dédommagements de diverses natures : soutien aux politiques vaccinales nationales, construction de bâtiments pour les structures désavantagées⁵⁵. Ces négociations échouent parfois à affranchir réellement MSF France des contraintes du découpage administratif et sanitaire de la province : la mise en place d'un dispositif de référence parallèle au dispositif ordinaire pour la prise en charge des complications médicales, n'est pas approuvée par les responsables quand ils estiment qu'elle se fait au détriment de leurs zones sanitaires.

53. Cette question a été soulevée à plusieurs reprises par les acteurs MSF dans les entretiens (Paris, 2009, 2010).

54. Entretien avec des responsables médicaux et non-médicaux en charge de la RDC, Paris, janvier 2010.

55. Entretien avec un ancien membre du Conseil d'administration (Paris) : en 2002, MSF intervient dans un centre de santé géré par le Bureau central des œuvres diocésaines à Kitenge. Pour dédommager le secteur public désavantagé par ce choix, l'association, peu avant de quitter Kitenge, finance la construction de bâtiments dans la perspective de la création d'un centre de santé public de référence.

ANKORO

L'intervention d'MSF à Ankoro est presque aussi ancienne que les débuts de la mission dans la province. En décembre 2002, MSF décide d'appuyer pendant deux mois l'hôpital de référence et un certain nombre de structures sanitaires dans les villages périphériques.

En 2003, la direction d'MSF décide de reprendre en gestion l'hôpital d'Ankoro pour traiter les cas graves et les blessés. Cet investissement est justifié par la localisation « idéale » de l'hôpital, « à équidistance des deux zones les plus touchées par les violences et accessible de la zone RCD »⁵⁶. L'objectif est ambitieux : l'hôpital est intégralement réhabilité (électricité, toiture, approvisionnement en eau, équipement des services...), MSF participe à la gestion administrative, forme le personnel et instaure une forfaitisation des soins. Ce projet a une double finalité : assurer une prise en charge de proximité pour la population d'Ankoro et servir de référence pour les urgences médico-chirurgicales des zones de santé voisines.

A la fermeture du programme en 2007, le bilan est mitigé. L'hôpital a relancé des soins primaires de qualité, accessibles, mais l'ambition d'en faire une structure de référence en soins secondaires n'a pu être réalisée de manière systématique. Les difficultés logistiques, les réserves des autorités administratives font obstacle aux référencement.

Dans un contexte de ni guerre, ni paix, mais de violences chroniques contre les civils, le projet d'Ankoro traduit un choix opérationnel, une volonté institutionnelle de développer les soins secondaires et de renforcer leur qualité, dans un contexte où il n'était pas courant, ni facile de le faire.

Le projet mis en œuvre à l'hôpital d'Ankoro est un exemple révélateur où l'on constate la difficulté qu'a MSF pour se mettre en accord avec la multiplicité des

56. MSF fiche projets, 2003, p. 5. Une partie du Nord-Katanga est sous contrôle de l'administration gérée par le RCD-Goma, l'autre, où travaille MSF-F, dépend du gouvernement de Kinshasa. L'agglomération d'Ankoro est située au bord du fleuve qui constitue la ligne de démarcation, l'hôpital est donc accessible aux habitants des deux zones.

autorités, autorités locales à la fois administratives et médicales par lesquelles l'association doit se faire accepter – il ne s'agit pas de négociations ponctuelles, mais d'un dialogue qui doit être entretenu, vivifié en permanence. Conçu pour être la structure de référence en soins secondaires de l'ensemble des zones voisines d'Ankoro, l'hôpital ne parvient pas réellement à répondre à sa mission en raison des difficultés logistiques d'accès, des craintes formulées par les patients qui redoutent l'épreuve du transfert par des pistes à peine entretenues, en raison enfin du peu d'enthousiasme de médecins chefs de zone à référencer des patients en dehors de leurs territoires d'administration. En effet, la présence de MSF France demeure une ressource financière et symbolique à capter. Son action modifie les équilibres politiques et sociaux et génère des rivalités administratives qui rejaillissent sur les actions de l'association⁵⁷.

2.2.3. L'URGENCE MALGRÉ TOUT ?

Il est généralement difficile de fixer la ligne de partage entre situations exceptionnelles et situations ordinaires, et c'est le cas pour la situation nord-katangaïse. De fait, MSF gère conjointement l'exceptionnel et d'ordinaire, les urgences liées aux actions armées, aux destructions, aux exactions et les insuffisances devenues chroniques du système sanitaire. Pour les équipes terrain, cette situation génère des difficultés de deux ordres :

La reprise en main de structures et l'appel d'air suscité par l'engagement de MSF-F dans le système sanitaire entraînent une augmentation rapide de l'activité des centres de santé où MSF France prend en charge sans distinction les populations déplacées et les résidents. L'incidence élevée de pathologies infectieuses implique de traiter les comorbidités qui leur sont associées et d'élargir le champ de la prise en charge médicale. Le traitement de la tuberculose est un exemple des difficultés rencontrées : les acteurs médicaux sur le terrain souhaitent y répondre à mesure que les cas augmentent. Mais la nature de la prise en charge, le risque important de résistance en cas de non-adhésion au traitement, conduisent certains responsables à suivre les recommandations de l'OMS et les protocoles nationaux en refusant d'élargir le champ d'intervention. La tuberculose, qui ne fait alors pas partie du registre d'intervention de l'urgence pour MSF France, suscite des oppositions entre praticiens, ce qui n'a pas empêché une prise en charge à Kitenge et dans d'autres projets, comme à Ankoro.

Dans le domaine opérationnel, la réponse aux urgences implique le montage d'un dispositif complexe. Ces dernières surviennent lors d'attaques de villages

57. Entretien avec des responsables MSF anciennement en charge de la RDC, Paris, janvier 2010.

prolongées par des exactions permanentes et cela dans des zones enclavées, les MSF France doivent déployer des moyens logistiques mobiles considérables. Simultanément, la faiblesse du système sanitaire justifie des investissements importants dans les structures de référence qu'MSF France prend en gestion. Ce dispositif binaire, coûteux, provoque des interrogations à l'intérieur de l'association sur le sens de son action et les objectifs qu'elle poursuit. La quête des urgences qui « nécessite des moyens considérables se résume trop souvent à intervenir auprès de poches de population réduites, parfois plusieurs jours après la fin de la crise »⁵⁸. Pour certains acteurs de terrain, ces situations sont frustrantes : « On accompagne la population, on la soutient pendant la période de crise jusqu'au moment où elle peut plus ou moins se reconstituer pour reprendre la même vie de merde qu'avant le déplacement. Pour moi, c'est un peu, vous êtes dans la merde, mais quand la merde vous dépasse la tête, on va vous aider à respirer. Quand vous arrivez à sortir la tête on part, mais... vous restez dans la merde ! Voilà les urgences chroniques et la situation au Katanga ! »⁵⁹. Ces prises en charge ponctuelles contrastent avec l'importante activité menée dans les centres de santé. Ces derniers répondent à une demande de soins croissante, pourtant cette mission de soins de proximité cristallise les antagonismes. Secondaire pour les uns, « urgence chronique »⁶⁰ pour les autres, elle n'est estimée légitime qu'en raison de la persistance de situations de violence et donc d'urgences. C'est l'urgence qui explique les ouvertures et les arrêts du soutien médical aux centres de santé. Cependant, cette notion, l'urgence, n'est pas d'un maniement simple, différentes interprétations et différents usages en sont possibles et en conséquence elle permet de justifier plusieurs choix opérationnels – comment arbitrer entre ceux-ci face à une situation où les violences armées éclatent soudainement, se diffusent, puis se cristallisent sur un territoire sans toucher directement les zones voisines mais en provoquant des déplacements de population vers celles-ci, par exemple vers les agglomérations d'Ankoro, Kitenge, Malemba N'kulu. Puis il y a de nouvelles zones de violence, de nouvelles urgences, et le même processus se répète auquel il faut chaque fois trouver des réponses.

Ce caractère instable de la ligne de partage entre situations exceptionnelles et situations ordinaires complique les prises de décision, notamment lorsqu'il s'agit

58. Entretien avec un ancien responsable terrain, Paris, janvier 2010 : au cours de l'année 2004, MSF-F tente de venir en aide à des populations déplacées dans la zone de santé d'Ankoro. Les obstacles logistiques sont tellement importants que MSF-F n'y accède qu'une fois la situation stabilisée. La distribution de NFI programmée à cette occasion perd tout son sens.

59. Correspondance interne MSF entre responsables, MSF, 2005.

60. Rapport médical 2003.

de fermer les programmes. Les projets de retrait sont plusieurs fois différés en raison des reprises ponctuelles d'hostilités et des réserves exprimées par les équipes terrain. Ainsi la perspective de fermeture du Centre de Kitenge en 2004 est-elle vivement contestée : pour les équipes du site, la progression de l'activité depuis 2003, l'état de santé précaire des populations et l'accord obtenu sur la gratuité des soins après de longues négociations justifient la poursuite du travail médical et l'opposition au point de vue des responsables opérationnels à Paris. « L'annonce de la fermeture du centre de Kitenge n'a pas été bien prise par les équipes terrain. Ils nous reprochaient d'être en décalage avec la réalité, d'avoir une conception des urgences très théorique qu'ils ne partageaient pas. Pour eux les urgences persistaient à Kitenge. Ils me traitèrent d'assassin »⁶¹. Pour le siège, la priorité consiste alors à concentrer les opérations sur les zones où la population était directement affectée par les attaques des groupes armés et des militaires.

2.2.4. LA GESTION DE L'ORDINAIRE ET DE L'EXCEPTIONNEL PAR

MSF BELGIQUE : L'EXEMPLE DU PROJET DE MITWABA

A partir de 2005, le recentrage des activités de MSF Belgique sur les zones de conflit donne lieu à l'ouverture de programmes de réponse aux urgences. Suite à l'intensification des violences dans la zone de santé de Mitwaba (Nord-Katanga) en 2004, MSF Belgique décide d'ouvrir un programme de prise en charge des populations déplacées, retournées et hôtes. Le projet consiste à « atteindre les groupes isolés grâce à une capacité de couverture mobile et de référence significative » en recourant à « l'action intégrée si nécessaire »⁶². Tirant les leçons des limites de son approche par district dans les premières années du conflit, la section belge s'inquiète de voir ses programmes se prolonger et répondre progressivement aux besoins sanitaires ordinaires.

Dans cette perspective, elle tente de circonscrire des objectifs d'intervention mesurables par une série d'indicateurs. Cette attention particulière portée sur les critères d'entrée et de sortie du programme s'explique « par le fait que la situation sanitaire dans le pays est généralement mauvaise et qu'il est dès lors difficile de faire la différence entre la problématique "structurelle" à l'origine d'indicateurs de santé préoccupants et une situation exceptionnelle qui accroît la vulnérabilité d'une population donnée »⁶³. Pour justifier sa décision de retrait, MSF-B s'en remet donc à des outils d'évaluation portant sur l'évolution du contexte.

61. Entretien avec un responsable médical de l'époque, Paris, janvier 2010.

62. MSF-Belgique, Document de projet de Mitwaba, novembre 2006.

63. MSF-Belgique, Document de projet de Mitwaba, novembre 2006.

Le dispositif consiste à « analyser la persistance des conséquences du déplacement pour les bénéficiaires ». Il opère également des distinctions entre les populations : la population hôte est soutenue tant qu'elle souffre des conséquences de la présence des déplacés ; l'aide à la population retournée est poursuivie « tant qu'elle n'a pas repris son autonomie c'est-à-dire tant qu'elle reste dépendante des distributions du PAM ».

Le projet de MSF Belgique est officiellement de fournir une assistance médicale et sanitaire aux déplacés de guerre et à la population locale des zones de santé de Mitwaba à partir de « d'un minimum de capacité chirurgicale et obstétrique »⁶⁴. MSF Belgique s'attache alors à sortir de sa logique d'action précédente : « Nous nous efforçons de nous extraire de la carte sanitaire pour ne répondre strictement qu'à une logique de besoin. Mais les habitudes professionnelles sont difficiles à faire évoluer. La relation historique que MSF-B entretient avec les autorités congolaises n'arrange pas les choses »⁶⁵.

Les inquiétudes de MSF Belgique s'expliquent tant par le contexte katangais que par l'histoire de la section en RDC. Ainsi, à côté de l'ambition des textes, persiste une pratique opérationnelle qui rend les objectifs du projet de Mitwaba plus hybrides : il est difficile pour les équipes de limiter leurs actions aux populations ciblées, la section continue de s'interroger sur la notion d'accès aux soins. Ce sont là des attitudes et des habitudes qui floutent les objectifs du programme.

Le projet de désengagement de Mitwaba est marqué par ce conflit d'orientation. Face à une situation de grande précarité et de grande vulnérabilité de la population, la stratégie de désengagement s'en remet aux indicateurs de contexte pour justifier le départ : « suite aux désarmements des rebelles et à la stabilisation dans la zone, ainsi qu'à l'absence de distribution de nourriture PAM pendant juin et juillet, les populations de déplacés ont commencé à retourner dans leurs villages et sont en forte baisse »⁶⁶.

Par ailleurs, le projet de désengagement donne lieu à une passation de plusieurs centres aux autorités de la zone de santé : l'identification des ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la zone, la titularisation du staff MSF et la construction d'un bâtiment de maternité sont à l'agenda de la stratégie de sortie⁶⁷.

L'ambivalence historique du positionnement de MSF Belgique en RDC conduit

64. Entretien avec un ancien responsable de desk, Bruxelles, janvier 2010.

65. Entretien avec un ancien responsable de desk, Bruxelles, janvier 2010.

66. Dr Gbané, proposition de désengagement du projet de Mitwaba, MSF-Belgique.

67. Dr Gbané, proposition de désengagement du projet de Mitwaba, MSF-Belgique.

l'association à rechercher la synthèse opérationnelle optimale. Depuis son implantation dans l'ex-Zaïre et à la suite des enquêtes de mortalité, la section belge est en quête d'un modèle de soins de santé et recherche quelle stratégie opérationnelle aurait un impact notable sur les conditions sanitaires de la population.

En quête d'un nouveau modèle sanitaire, MSF Belgique a fait le choix en 2007 d'investir dans un hôpital de référence au sein d'une zone dite de post-conflit, mais où les taux de mortalité sont élevés, où la population fait face à un déficit d'offre de soins, auxquels beaucoup n'ont pas accès - ils ne peuvent rembourser les coûts.

En équipant l'hôpital d'un plateau technique mettant à disposition une variété de services de base, MSF a comme objectif de réduire rapidement les taux de mortalité et de morbidité pour, dans un second temps, créer un système de soins primaires et de référencement efficace, enfin pour construire un modèle de financement viable afin d'envisager le transfert aux autorités congolaises. Aux frontières de deux stratégies différentes voire opposées, l'hôpital de Lubutu est défini comme un projet expérimental, qu'il serait possible de généraliser en cas de réussite : un modèle d'intervention spécifique pour les situations de post-conflit ⁶⁸.

2.3. CONSTRUIRE LE DÉPART

Fermer une mission n'est jamais chose facile. Elle l'est d'autant moins lorsque les crises durent et que les lignes de partage entre situations ordinaires et exceptionnelles sont régulièrement discutées, réévaluées, retracées.

Ce flou et cette crainte d'être piégée par des situations où l'assistance ne concorderait plus avec les raisons d'agir propres à MSF conduisent les responsables à scruter les évolutions de l'environnement pour déterminer si ces dernières justifient ou non, de leur point de vue, la poursuite des opérations. Dans le cas du Katanga, la notion de conflit a été le marqueur essentiel. Elle explique l'entrée dans cette province, elle fait droit à l'ouverture d'un espace de travail « humanitaire » que l'association ajuste au fil des représentations qu'elle se fait de son contexte d'intervention.

Cependant, le suivi des missions katangaises met en question l'idée que des conflits aient seuls motivé les retraits ou le maintien des missions. L'espace de travail de MSF France n'est jamais allé de soi, il est le fruit d'une négociation

68. MSF-Belgique, document de projet Lubutu, p.1, 2, 3, 2009.

constante entre de multiples paramètres, parmi lesquelles les variations d'intensité et la mobilité des violences ne s'imposent pas toujours comme le paramètre décisif.

Dans la décision de retrait interviennent différents facteurs et intérêts institutionnels. Voici la justification que donne MSF France pour quitter la province en juillet 2007 : « Le contexte présentant des signes de stabilisation et un déclin notoire de la violence, nous décidons de nous repositionner à partir de 2006 : soit on change les objectifs de travail, soit on transfère les opérations et on soutient les équipes dans les zones où la violence est encore très élevée. Nous avons tranché. La présence d'autres sections de MSF au Katanga, les contraintes budgétaires et opérationnelles plaident pour que nous renforçons et élargissions les programmes que nous avons dans les Kivus »⁶⁹.

Le départ du Katanga est souvent perçu par les acteurs de l'association comme la conséquence immédiate de la normalisation progressive du contexte katan-gais. Il reste que d'autres paramètres interviennent dans l'arbitrage : la présence de plusieurs sections MSF au Katanga, l'influence de la situation budgétaire de l'institution, les contraintes logistiques et opérationnelles des missions congolaises. La décision de retrait est moins le fruit d'un événement précis que le résultat d'un processus de maturation. Les interrogations, formulées dans les rapports, témoignent progressivement de préoccupations sur la légitimité des programmes katan-gais.

L'emploi de certains termes plutôt que d'autres dans les documents internes de l'association, permet de déceler la montée en puissance de l'option retrait par rapport à d'autres perspectives.

La notion de « post-conflit » que l'on trouve dans les premiers rapports des missions exploratoires⁷⁰ disparaît à mesure que MSF France décide d'intervenir au Katanga, par la prise en charge des urgences sanitaires liées aux violences des groupes armés⁷¹. Les entretiens révèlent une réalité moins univoque : en fonction des moments et des lieux, les qualifications du contexte varient. Le terme de post-conflit revient à l'oral à plusieurs reprises pour qualifier l'environnement des équipes. En revanche, les textes institutionnels l'évoquent de manière détournée : la fiche pays de 2006 considère les territoires d'Ankoro ou de Mukubu comme des « zones de violence »⁷² nécessitant une prise en charge de la population ; auparavant ils étaient jugés de « terrains de conflit ». À partir de 2007,

69. Entretien avec un responsable des opérations MSF-F, Paris, décembre 2009.

70. MSF, Synthèse des rapports des missions exploratoires.

71. Voir les différents plans annuels.

72. MSF, fiche pays RDC 2006, p.2.

la présence de MSF France dans ces deux zones de santé est motivée par la nécessité de prendre en charge « les victimes indirectes du conflit »⁷³. A mesure que la décision de retrait fait son chemin dans les débats internes, le terme de post-conflit réapparaît dans les textes : dans la fiche projets 2007 de Mukubu, les équipes s'interrogent pour savoir si « elles ne se sont pas trop figées sur un axe opérationnel d'assistance aux victimes de conflits dans un contexte de post-conflit »⁷⁴. Cette fois, la présence de MSF France est expliquée par la « fragilité de l'équilibre sanitaire des populations en situation de retour » et la « situation naissante de post-conflit » qui « offre une période de réconciliation incertaine »⁷⁵.

Les notions de « conflit » et de « post-conflit » ont-elles véritablement servi d'instruments de compréhension des contextes katangais ? En fait, elles ont eu le rôle de qualifications politiques, de labels justifiant les décisions opérationnelles : attribuer à une situation le label « conflit » légitime l'engagement et la poursuite de l'assistance médicale, mais, dès lors que cette qualification devient incertaine, les opérations conduites commencent à être mises en cause et leur interruption envisagée ou décidée par le centre opérationnel, ce qui donne lieu à des épisodes de tensions entre ce dernier et les acteurs de terrain. Dans le cas du Nord-Katanga, il y eut à plusieurs reprises des moments de divergences portant sur les actions et les usages des ressources MSF. Nous avons restitué quelques-uns de ces moments où s'opposent deux logiques d'action, une logique de mandat et une logique des besoins. Cette opposition devient manifeste, par exemple lorsque les acteurs de terrain jugent inadéquates les décisions de retrait prises par le centre opérationnel, car les besoins exigent selon eux la poursuite de l'aide médicale. Il se placent alors en opposition à une logique de mandat ; celle-ci se réfère à une échelle de valeurs, explicite dans le discours institutionnel : il s'agit de valoriser en priorité « l'assistance médicale aux populations vivant dans des situations critiques dues à des conflits » ; c'est dans ce type de situations que l'action est la plus légitime, la moins contestable. Plus la situation s'éloigne de ce type, plus les actions engagées deviennent discutables pour les partisans de la logique du mandat, et c'est alors qu'interviennent régulièrement des divergences entre les deux logiques. Cependant notre enquête montre aussi que cette opposition entre logiques n'aboutit pas nécessairement à des décisions tran-

73. MSF, fiche pays RDC, 2007, p.3.

74. MSF, document interne, objectifs Mukubu 2007, p.4.

75. MSF, document interne, objectifs Mukubu 2007, p.5.

chées, elle est parfois compatible avec un maintien simultané d'opérations d'urgence en réponse aux violences de groupes armés, et d'opérations de soutien à des hôpitaux et centres de santé, soutiens prolongés au delà des pics de violences contre les civils. Il y a bien, pour tous, différences entre les situations de post-conflit et celles de conflit, mais la détermination de la ligne de partage est fluctuante, à moins d'en proposer (et imposer ?) une définition stable, ce qui a été régulièrement la source de divergences internes durant la période 2001-2006 au Nord-Katanga.

Chapitre II

Les sections MSF et l'agenda de la Reconstruction dans le Libéria post-Taylor (2003-2008)

Jean-Hervé Jézéquel, Paris, MSF-Crash

Le passage du temps de guerre à celui de la sortie de conflit pose la question de l'évolution des dispositifs d'assistance mis en place par MSF et des discours qui légitiment ses opérations. Le temps de la guerre, perçu comme le « cœur de métier » des équipes MSF, est aussi un « temps des évidences » sinon des « certitudes » : la situation de guerre est perçue comme le terrain d'intervention le plus légitime pour MSF. La fin de la guerre, c'est la disparition de cette évidence : avec la fin des combats disparaît ce qui motivait initialement le déploiement des équipes MSF, l'assistance à des populations victimes d'un conflit.

Comment les différentes sections MSF négocient-elles ce passage de la guerre à l'après-guerre ? Comment (re)définit-on les programmes et choisit-on les bénéficiaires dans des contextes où la motivation principale du déploiement a disparu ? Comment et au nom de quoi fait-on le choix de rester ou de partir ? Comment les sections de MSF s'adaptent-elles à un nouvel environnement marqué par le déploiement d'un dispositif de l'aide plus conséquent et surtout plus ambivalent ? Cette étude de cas centrée sur le Libéria se propose de répondre à ces questions en suivant la manière dont différentes sections MSF se sont adaptées aux enjeux de l'après guerre sur une période de cinq ans après la fin des combats⁷⁶. Dans le cas libérien, ces reconfigurations s'opèrent d'abord en fonction d'un environnement extérieur en profonde mutation, un espace progressivement saturé par les acteurs et les discours de la Reconstruction⁷⁷, un dispositif qui pèse de plus en plus lourdement sur les possibilités d'intervention. La manière dont les

76. Le Libéria a été choisi pour plusieurs raisons : nous souhaitons étudier un pays où la sortie de guerre ne faisait pas de doute aux yeux des différents acteurs et non une zone grise située entre « guerre » et « paix » ; le Libéria est également un pays où l'investissement de MSF a été à la fois très fort et relativement long, nous voulions voir comment cette présence et cette histoire de MSF dans le pays pouvaient jouer ou non sur la reconfiguration des opérations après guerre ; enfin la familiarité de l'auteur de ces lignes avec le contexte libérien a également joué dans le choix de consacrer la présente étude à ce pays.

77. Nous ajoutons une majuscule à Reconstruction pour désigner l'ensemble des politiques et des pratiques qui animent les dispositifs de remise en ordre des Etats et des sociétés à l'issue des conflits armés.

sections MSF réagissent à cet environnement et à ses contraintes spécifiques dépend ensuite d'une série de dynamiques propres à chaque section. En effet la sortie de conflit est appréhendée de manière différente par les sections en fonction de leur histoire, de l'idée qu'elles se font du « mandat » ou des « missions » de MSF mais aussi en fonction de dynamiques plus conjoncturelles (les sujets porteurs du moment comme la chirurgie ou les programmes ciblant les victimes de violences sexuelles (VVS), les rapports de force qui animent les sièges, etc.).

Après avoir restitué les éléments essentiels du contexte libérien (et suggéré combien il constitue un laboratoire des efforts d'ingénierie en situation de post-conflit), notre récit s'attachera à décrire et comparer les choix opérationnels effectués par trois sections MSF au Libéria (MSF France, MSF Belgique et MSF Suisse). Tout en soulignant la divergence des choix effectués, nous montrerons que la reconfiguration des opérations de chaque section s'effectue en fonction d'une lecture finalement assez commune et consensuelle des enjeux de la sortie de guerre au Libéria : chaque section se pose la question de son rôle dans la reconstruction du pays même si chacune apporte une réponse différente. Cette lecture, qui réduit la sortie de guerre aux enjeux de la transition et de la reconstruction, est largement influencée par les représentations produites par les acteurs engagés dans l'ingénierie du post-conflit. Dans une dernière partie, nous suggérons qu'une position plus critique à l'égard de ces discours et une analyse plus politique de la sortie de guerre pourraient transformer le regard que les sections MSF portent sur les enjeux humanitaires dans le Libéria Post-Taylor.

1. LE CONTEXTE LIBÉRIEN : FIN DE GUERRE ET GESTION INTERNATIONALE DU POST-CONFLIT

1.1. BREF RÉCIT D'UNE SORTIE DE GUERRE

La guerre du Libéria éclate en décembre 1989 lorsqu'un petit groupe armé s'empare, sous la conduite de Charles Taylor, de plusieurs villes du Nimba (dans le nord du pays). La violence armée n'est pas un fait nouveau dans ce pays : les années 1980 ont déjà été des années de violence (*rice riots* et violences policières à Monrovia en 1979, coup d'Etat sanglant de Samuel Doe en 1980, répression massive dans le Nimba après le coup d'Etat avorté de Thomas Quiwonkpa en 1985, etc.). Une histoire plus longue des pratiques policières montrerait

d'ailleurs la prégnance des formes de violence physique en « temps de paix »⁷⁸. L'année 1989 n'en constitue pas moins une rupture en termes de niveaux de violence collective : avec la multiplication rapide des mouvements rebelles et des groupes d'auto-défense, le Libéria s'enfonce dans la guerre civile (Ellis, 1999). L'Etat libérien devient un symbole des « Etats faillis » ou des « Etats fantômes » qui se développent en Afrique dans les années 1990⁷⁹. En dépit des analyses critiques formulées par certains chercheurs sur cette notion d'« Etat failli » (Bayart, Ellis, Reno), celle-ci se popularise dans les années 1990-2000 en particulier dans les réseaux liés au « nouvel interventionnisme libéral » (pour reprendre les termes de R. Banégas et R. Marchal, *Politique africaine*, n° 98, 2005). Dans les années 2000, elle facilite en même temps qu'elle légitime les formes d'ingérence de la communauté internationale qui s'active à la reconstruction des Etats faillis au nom d'une promesse de « paix durable ».

Il est intéressant de noter combien l'aide humanitaire a pu être mobilisée dans cette gestion internationale de la guerre. Dans les trois dernières années du conflit (2001-2003), l'assistance humanitaire devient en effet partie prenante d'un dispositif de *containment* puis, après septembre 2001, d'éviction du régime Taylor. On assiste alors à un glissement de la notion d'« Etat failli » vers celle, plus radicale, d'« Etat voyou » (Jézéquel in Weissman, *A l'ombre des guerres justes*, 2003) : le régime Taylor est fréquemment décrit comme le principal responsable des violences dans la sous-région, on l'accuse d'être lié à des réseaux terroristes via les « diamants du sang ». L'« Etat voyou » n'est pas une simple déclinaison du registre des Etats faillis. Cette qualification annonce et justifie en même temps une phase de désengagement financier de la communauté internationale au Libéria. En effet, il ne saurait plus être question de mettre des ressources à disposition d'un Etat qui les détourne pour mener des guerres ou alimenter des réseaux terroristes et mafieux. On observe alors au début des années 2000 une réduction drastique de l'aide humanitaire allouée au pays (avec parallèlement une

78. Certaines formes de tortures employées par les milices pendant la guerre reproduisent explicitement les sévices infligés par les Liberian Frontier Force pour collecter taxes et impôts en temps de paix (entretien avec un employé libérien d'ACF, Kolahun, janvier 2007).

79. La notion d'Etat fantôme est alors popularisée par William Reno (*Warlord Politics and African States*, 1998) qui l'applique au Sierra Leone et au Libéria (mais aussi au Congo, à la Somalie et au Nigéria). En fait, il y a un profond malentendu entre le sens attribué à la notion de *Shadow state* par Reno et la lecture plus superficielle qu'en retient le monde des médias, des humanitaires et des experts. Pour ces derniers l'Etat fantôme désigne une situation dans laquelle l'Etat s'est effondré : il ne reste plus de lui que des vitrines officielles sans arrière cour, des devantures fantomatiques (voir par exemple J. P. Pham, *Liberia. Portrait of a Failed State*, 2004). Pour Reno au contraire, « l'Etat fantôme » désigne un nouveau système de patronage que développent certains Etats africains pour faire face à la fin de la guerre froide. Les élites au pouvoir encouragent le développement de marchés économiques informels pour remédier au déclin de l'autorité centrale. L'Etat, loin de disparaître, se redéploie en se privatisant et en empruntant plus fréquemment des canaux illégaux et mafieux.

hausse de ces fonds dans les pays voisins, Sierra Léone et Guinée), réduction qui se double d'un embargo onusien sur les armes et les principales ressources du pays (bois, diamants). De la fin des années 1990 à la chute de Taylor, les équipes MSF travaillent dès lors dans un contexte où les Nations unies sont « en service minimum » alors que les ONG internationales, sevrées de financement, sont peu nombreuses.

Le contexte d'intervention n'est certes pas facile (sécurité des équipes, instrumentalisation de l'aide par les milices) mais il est valorisant (aller là où les autres ne vont pas, sentiment d'avoir une réelle utilité médicale). En dehors de la sécurité, les contraintes qui pèsent sur la conduite des opérations MSF sont relativement faibles : dans un espace humanitaire déserté par un grand nombre d'acteurs, MSF est relativement libre de mener ses opérations à sa guise. Les négociations avec les autorités libériennes et notamment les agents du ministère de la Santé ne sont pas forcément faciles, mais MSF fait figure de partenaire privilégié et établit des liens réguliers avec les hauts fonctionnaires de la santé⁸⁰.

Après 2003, la situation se renverse : le retour en force des Nations unies et des bailleurs de fonds, qui drainent dans leur sillage un nombre impressionnant d'ONG, change profondément le contexte d'intervention. De même, au niveau politique, la dimension institutionnelle et officielle du gouvernement libérien prend progressivement le pas sur sa dimension d'Etat fantôme (au sens donné par Reno). Il devient alors de plus en plus difficile de faire la différence et de se distinguer dans un espace envahi par les « voitures blanches ». Il devient plus délicat de définir soi-même la politique à mener dans un espace où se mettent en place plusieurs instances de coordination des interventions, dans un espace où sont régulièrement publiés des documents « cadre » de planification des politiques à suivre⁸¹.

1.2. LE LIBÉRIA POST-TAYLOR, LABORATOIRE INTERNATIONAL DES POLITIQUES DE RECONSTRUCTION DE L'ETAT

Le mois d'août 2003 marque le basculement vers la fin du conflit : après l'arrivée des premières troupes nigérianes de l'ECOMIL⁸², Charles Taylor remet le

80. A un tel point que MSF a pu, à certains moments, avoir la réputation de soutenir le régime Taylor.

81. L'idée de planifier et de coordonner les interventions n'avait pas complètement disparu pendant la guerre mais elle est sans commune mesure avec ce qui se passe après la chute de Taylor.

82. Bras armé de l'ECOWAS - Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest -, les troupes ouest-africaines de l'ECOMIL sont déployées à Monrovia juste après le départ en exil de Charles Taylor en août 2003. Une partie de ces troupes seront ensuite intégrées dans la mission onusienne de maintien de la paix au Libéria (UNMIL), qui prend le relai en octobre 2003.

pouvoir au vice-président Moses Blah et part en exil au Nigéria. Au cessez-le-feu temporaire succède le 18 août un accord de paix signé au Ghana entre les différentes factions armées. Ces dernières s'accordent sur la formation d'un gouvernement intérimaire placé sous la direction de Gyude Bryant, un homme d'affaires libérien accepté par les différents groupes armés et la communauté internationale. Le 19 septembre, le conseil de sécurité de l'ONU décide de la création d'une mission onusienne pour le Libéria (UNMIL) qui va compter jusqu'à 15 000 hommes (alors la plus importante mission de maintien de la paix des Nations unies dans un pays de moins de 3,5 millions d'habitants). Des élections sont prévues pour octobre 2005. D'ici là, le pays sera géré par le National Transitional Government of Liberia (NTGL) de Gyude Bryant avec le soutien (ou, selon d'autres, sous le contrôle) de la communauté internationale.

Discrètes sous Taylor, les institutions internationales se déploient massivement au Libéria à partir de la seconde moitié de l'année 2003. Ces institutions entendent coopérer avec le gouvernement intérimaire pour faire face aux marques laissées par un long conflit civil mais aussi, dans l'immédiat, pour remédier aux conséquences des derniers mois d'affrontements qui ont particulièrement affecté la population libérienne. La réputation de corruption qui entache rapidement le gouvernement de transition va cependant freiner le mouvement de collaboration avec les autorités libériennes jusqu'à l'élection d'Ellen Sirleaf Johnson fin 2005.

Les enjeux humanitaires d'un immédiat après guerre (2003-2004)

Trois grandes séries de problèmes préoccupent les acteurs de l'aide au sortir de la guerre: le niveau des destructions, la situation des déplacés et réfugiés, enfin le cas particulier de la ville de Monrovia.

Lors de la dernière phase de la guerre civile libérienne (1999-2003), des régions entières du Libéria sont restées inaccessibles à l'aide internationale pendant de longs mois voire de longues années. C'est particulièrement le cas du Lofa, comté frontalier de la Guinée et de la Sierra Leone situé au nord-ouest du pays, dans lequel aucune organisation n'a pu réellement travailler depuis la reprise des combats fin 1999/début 2000. Témoins et experts du Libéria insistent généralement sur le niveau élevé des destruc-

tions dans les derniers mois du conflit. Selon Danny Hoffman, spécialiste des groupes armés dans la Mano River, les dernières offensives du LURD entre 2001 et 2003 ont été caractérisées par une stratégie de terre brûlée inédite dans le conflit libérien. Cette stratégie est directement liée à la manière dont les combattants perçoivent le système de l'aide : plus on détruit et on commet d'atrocités, plus on attire d'aide et plus les combattants sont susceptibles de profiter de cette manne dans l'après guerre. Hoffman établit ainsi un lien direct entre stratégies guerrières, aide humanitaire et dynamiques d'après guerre. Comme si les discours sur le continuum URD (Urgence/ réhabilitation/développement) avaient été intégrés par les groupes armés eux-mêmes. Quelle que soit la justesse de l'analyse d'Hoffman⁸³ les zones les plus touchées par les combats du LURD (le Lofa et dans une moindre mesure le nord du Nimba) vont bientôt devenir celles qui reçoivent le plus d'assistance.

Le Libéria post-Taylor est également marqué par la problématique des populations en fuite. Les Nations unies estiment ainsi qu'au sortir de la guerre près de 500 000 Libériens sont déplacés internes (essentiellement dans les camps du Bong (au centre du pays) et autour de Monrovia) et que 340 000 se sont réfugiés dans les pays de la sous-région (essentiellement Guinée, Côte d'Ivoire, Sierra Léone et Ghana). Au total c'est près d'un Libérien sur quatre qui a dû se déplacer suite au conflit. Dès la fin des combats se pose la question de leur rapatriement ou réinstallation dans leurs régions d'origine.

Enfin il faut souligner le cas particulier de Monrovia. Dans les derniers mois du conflit, la ville a accueilli un flot de déplacés fuyant l'avancée des combats. A la problématique des déplacés qui peuplent la ceinture de camps enserrant la capitale s'est superposée celle des squatters entassés dans le moindre bâtiment

83 Selon moi, l'analyse d'Hoffman sous-estime la diversité des dynamiques avec laquelle les rebelles doivent composer. Ainsi il apparaît clairement qu'à Monrovia, les gradés du LURD ont essayé de retenuir - avec un succès limité - leurs troupes pour réduire le niveau des pillages et des destructions. il s'agissait pour eux de donner du LURD une image respectable - disons tolérable - et d'éviter une intervention internationale que Taylor appelait de ses vœux pour se maintenir au pouvoir.

« libre » de la ville. La population de Monrovia échappe alors à tout effort de recensement (contrairement aux camps). On en est réduit aux conjectures : il y aurait entre 1 et 1,5 million de personnes dans le Grand Monrovia (la ville et ses banlieues) soit près d'un Libérien sur 3.

Les élections présidentielles de 2005 voient la victoire de la favorite de la communauté internationale, Ellen Sirleaf-Johnson, économiste diplômée d'Harvard et ancienne fonctionnaire du PNUD. Le gouvernement qu'elle met en place en 2006 est composé de politiques et de techniciens dont beaucoup sont passés par les Etats-Unis ou les institutions internationales. Sirleaf-Johnson s'est surtout débarrassée des membres des anciennes milices qui se partageaient encore le pouvoir au sein du gouvernement de transition.

Le Libéria devient alors un vaste laboratoire où Nations unies, Banque Mondiale et grands bailleurs (ECHO, USAID) expérimentent des politiques de « reconstruction » de l'Etat. Les conseillers techniques européens ou américains, parfois très fraîchement diplômés des universités, viennent « assister » les différents ministères. Au-delà des institutions, il s'agit de reconstruire un ordre politique, économique et social que l'on suppose complètement « déstructuré » par treize années de guerre. Un tel agenda implique la mise en place de systèmes de coordination à la fois entre les différents acteurs de l'aide et entre ces derniers et les autorités libériennes. Les deux principales priorités de l'après guerre sont alors, d'une part, le désarmement et la réintégration des ex-combattants (et plus largement la restructuration des forces de sécurité, priorité numéro 1 des acteurs internationaux comme du gouvernement), d'autre part, le retour des populations déplacées et réfugiées vers leurs comtés d'origine.

L'effort d'ingénierie politique qui caractérise le Libéria post-Taylor mériterait d'être placé dans une généalogie plus longue. Mark Duffield a ainsi montré combien les années 1990 avaient cristallisé une intégration croissante des problématiques de la guerre et de la sécurité dans les dispositifs de développement (Duffield 2007). Ce lien est évidemment fait au Libéria où le régime Taylor a non seulement été accusé d'être responsable des désordres régionaux (Guinée, Sierra Léone, Côte d'Ivoire) mais aussi de favoriser le financement de réseaux terroristes via les « diamants du sang ». Les politiques de reconstruction du Libéria visent précisément à éliminer cette double menace, à la fois régionale et globale. Il est intéressant de noter comment les discours du nouveau régime libérien se greffent

sur cet objectif sécuritaire. Lors de ses premiers déplacements en tant que présidente, Sirleaf-Johnson développe une vision politique de ce qu'elle appelle le *New Liberia*, un pays reconstruit sur de nouvelles bases et en rupture avec la division du pays entre *natives* et descendants des colons afro-américains. L'un des éléments centraux de ce discours concerne la sécurité dont Sirleaf-Johnson déclare qu'elle est au sommet de ses priorités : la sécurité est ce dont le pays a le plus besoin. On peut se demander aujourd'hui si, ce faisant, Sirleaf-Johnson traduisait d'abord les désirs de la population ou ceux de la communauté internationale ?

Il ne faut cependant pas surestimer la cohérence de ce « laboratoire international ». Plusieurs dispositifs se mettent en place avec parfois des agendas plus concurrents que complémentaires. Les Nations unies expérimentent ainsi à partir de 2005 la réforme des clusters⁸⁴ qui complètent les approches en mission intégrée⁸⁵ - celle-ci se trouve placée, dans le cas libérien, sous le leadership militaire de l'UNMIL. La mise en place de ce dispositif n'est d'ailleurs pas allée sans générer son lot de tensions avec les ONG mais aussi avec les agences civiles du dispositif onusien dont témoigne l'éviction d'OCHA⁸⁶. La Banque mondiale et les principaux bailleurs ont animé de leur côté des forums spécifiques en y développant leur propre vision de la reconstruction et ont pour cela également sollicité la participation des ONG.

1.3. LA «RECONSTRUCTION», UN DISCOURS ENVAHISSANT

Dans l'après guerre, on assiste à une convergence entre plusieurs discours légitimant l'implication internationale au Libéria (celui de la nécessaire reconstruction

84. « L'approche Cluster a été introduite dans le cadre de la réforme humanitaire en 2005. Elle vise à apporter une assistance humanitaire plus efficace en instaurant un système de coordination sectorielle avec des organisations chefs de file désignées » (IASC Evaluation de l'Approche Cluster, avril 2010).

85. « Une mission intégrée est un instrument par lequel l'ONU tente d'aider les pays dans leur transition de la guerre à la paix durable, ou d'aborder une situation aussi complexe qui requiert une réponse du Système des Nations Unies dans son ensemble, en incorporant divers acteurs et approches dans un cadre politico-stratégique global de gestion de crise » (ROP-Réseau Francophone de recherche sur les opérations de maintien de paix, Université de Montréal).

86. Dans le cadre de la mission intégrée, le rôle de coordination de l'action humanitaire assuré par l'UNMIL (Humanitarian Coordination Section / HCS) a provoqué de nombreuses tensions avec la mission OCHA au Libéria. Cette dernière agence onusienne est en effet habituellement en charge de la coordination humanitaire. Au Libéria elle se trouvait privée de sa principale raison d'être et a été amenée à quitter le pays en novembre 2004. De nombreuses ONG ont regretté ce départ estimant qu'il privait le pays d'un organe de « coordination indépendant ». Plusieurs rapports d'OCHA ont par la suite critiqué le manque d'expérience du personnel du HCS dans l'effort de coordination, lui attribuant par exemple certains échecs dans les opérations de réinstallation des réfugiés et déplacés libériens (par exemple, OCHA Follow-up Mission to Liberia, May 2005).

de l'Etat failli, celui du continuum URD et de la mise en ordre bureaucratique du système de l'aide dans le cadre de la réforme des clusters, celui du *New Liberia*). Les dispositifs qui se développent alors changent les conditions de travail des acteurs humanitaires, en particulier de ceux qui étaient présents au Libéria avant leur déploiement. Un certain nombre d'opérations d'assistance sont disqualifiées dès lors qu'elles ne rentrent pas dans le cadre des politiques prioritaires définies par les principaux bailleurs : les ONG ne trouvent pas de financement si les projets déposés ne cadrent pas avec les orientations politiques ou les zones définies comme prioritaires (les *underserved counties* ou zones rurales de l'intérieur). C'est le cas par exemple des programmes d'assistance nutritionnelle en zone urbaine qui peinent à trouver des financements à l'inverse des zones rurales. Les enquêtes réalisées par Action contre la Faim ont pourtant suggéré à plusieurs reprises que les taux de malnutrition infantile étaient plus préoccupants dans certains quartiers de Monrovia qu'à l'intérieur du pays. Par ailleurs, les discours sur la nécessaire coordination de l'aide sont perçus, à tort ou à raison, comme des tentatives de subordonner les ONG à l'agenda des acteurs étatiques ou des grandes institutions internationales (onusiennes et/ou financières). Les ONG comme MSF, qui décident de rester en marge des dispositifs de coordination (occupant au mieux une position d'observateur) et qui entretiennent, selon les sections, des liens plus ou moins distants avec les objectifs de reconstruction, n'échappent pas pour autant complètement à ces dynamiques. Les équipes sont confrontées à un discours envahissant de la reconstruction, à des dispositifs intrusifs qui sont loin d'être omnipotents mais tendent néanmoins à réduire les marges d'autonomie des acteurs humanitaires. Ces dispositifs ne sont pas forcément nouveaux et il en existe également en temps de guerre, mais il semble plus difficile de leur résister ou de les éviter dans l'après guerre. Ils apparaissent en effet plus cohérents et plus imposants dans la sortie de guerre, ils s'appuient également sur la légitimité retrouvée d'un Etat en situation de paix avec lequel ils partagent un même discours sur la nécessité de la reconstruction.

2. PRATIQUES OPÉRATIONNELLES DE MSF AU LIBÉRIA (2003-2008)

Les pages qui suivent sont consacrées à la description des opérations menées par trois sections MSF au Libéria entre 2003 et 2008 (section France, Belgique

et Suisse). Nous distinguerons la période qui précède l'élection de Sirleaf-Johnson de celle qui la suit.

2.1. L'APRÈS GUERRE, C'EST ENCORE LA GUERRE (2003-2005)

Au Libéria, l'immédiat après-guerre est d'abord perçu comme un état instable, une situation équivoque de « ni guerre ni paix ». Les années 2003-2004 sont en effet marquées par de fortes incertitudes dans le champ politique : quelle est la capacité de nuisance que conserve Charles Taylor depuis son exil au Nigéria ? Les dirigeants des anciens groupes rebelles vont-ils jouer le jeu de la paix et de la transition ? Ont-ils les capacités de contenir les frustrations des « ex-fighters » ? D'un côté, des avancées réelles sur l'agenda politique incitent à l'optimisme : ainsi le désarmement des anciens combattants et le rapatriement des réfugiés et déplacés suivent leur cours en dépit de quelques retards et incidents localisés. De l'autre, les bouffées de violence récurrentes invitent les acteurs présents au Libéria à la prudence (attaque des bureaux d'ONG à Gbarngba en 2004, manifestations violentes sur le campus de l'université du Libéria ou sur les principaux marchés de la capitale, montée de la « criminalité urbaine », etc.). Pour comprendre les opérations MSF dans cette période, il faut garder en mémoire cette atmosphère d'incertitude : 2003 ne marque une sortie de guerre que de manière rétrospective. La fin de la guerre n'apparaît évidente qu'aux yeux de ceux qui la regardent avec le recul du temps, un recul dont les acteurs de l'époque ne bénéficient pas encore. Cela est d'autant plus vrai que le Libéria a déjà connu un premier « après guerre » avorté : suite à la signature d'accords de paix et à l'élection de Charles Taylor en 1997, le pays avait été officiellement déclaré en situation de « post-conflit ». Deux ans plus tard, fin 1999, la guerre reprenait pourtant dans le nord du pays poussant sur le chemin de l'exode des dizaines de milliers de personnes qui venaient à peine de rentrer chez elles.

L'après guerre est d'abord largement pensé par les différentes sections MSF avec les cadres d'analyse qui prévalent pendant le conflit. Les différentes sections développent d'ailleurs des opérations assez similaires dans un premier temps : d'une part, une présence à Monrovia dans des structures de soins primaires et secondaires et, d'autre part, des activités à l'intérieur du pays dans une zone affectée par les combats passés et toujours contrôlée par des factions non désarmées.

Cette grille de lecture héritée du temps de guerre influence particulièrement la manière dont les sections MSF abordent la question de leurs relations avec les

Nations unies et les bailleurs dans les premières années du post-conflit. La question de l'indépendance à l'égard de la mission militaire UNMIL constitue ainsi un sujet d'inquiétude commun à toutes les sections : elle se pose notamment à propos du déploiement opérationnel en dehors de Monrovia. C'est la perspective d'une reprise possible des combats qui incite les MSF à prendre leurs distances avec les UNMIL, quitte à refuser comme la section française dans le Lofa d'utiliser leurs moyens d'évacuation sanitaire. Les équipes craignent d'être perçues comme les auxiliaires des forces internationales, ce qui menacerait leur accès au terrain en cas de reprise des hostilités.

Plus généralement, les sections MSF se tiennent à distance ou en marge des forums de coordination mis en place par/pour les acteurs de l'aide (elles y participent le plus souvent à titre d'observateurs ; position qu'elles vont défendre dans les années suivantes notamment lors de la mise en place de la réforme des clusters). C'est ainsi qu'en mai 2006, les chefs de mission des différentes sections MSF présentes au Libéria signent une lettre commune dans laquelle ils déclarent que MSF ne fait pas partie des « clusters »⁸⁷ mais y demande le statut d'observateur.

Par contre, alors que l'aide apportée au Libéria triple d'année en année (de 14 M \$US en 2002 à 50 M \$US en 2003 puis 147 M \$US en 2004⁸⁸), les trois sections MSF étudiées acceptent des financements ECHO qui occupent une part non négligeable des budgets (40% du projet MSF-B de soutien aux structures de soins primaires à Monrovia en 2006, jusqu'à 2/3 du Benson Hospital). La part des financements européens dans les budgets des missions MSF suscite des débats en interne, notamment dans la section française⁸⁹. Certains évoquent le risque que MSF soit instrumentalisée pour soutenir l'agenda politique de l'agence européenne. Assez paradoxalement, nos entretiens avec les responsables ECHO soulignent plutôt l'effet inverse : une partie des représentants ECHO qui se succèdent sont d'anciens MSF Belgique. Par ailleurs, l'accent mis par ECHO sur les soins secondaires au Libéria fait figure d'exception au regard des pratiques ordinaires de l'agence européenne⁹⁰. Les avis divergent sur cette question mais certains y voient l'influence des choix opérationnels de MSF qui s'est fortement investie dans les hôpitaux de Monrovia.

87. Pour les *clusters*, voir note de bas de page n° 84.

88. Sources : reliefweb.org.

89. Entre autre parce qu'ECHO a fait des demandes répétées pour que MSF-F rende plus visible la contribution financière d'ECHO à ses projets. La question de la part occupée par ECHO dans les financements des sections MSF est également posée par la section espagnole au sujet du projet Benson en 2007 (*Field visit report Liberia*, MSF-Espagne, 15-22 janvier 2006).

90. Entretien représentant ECHO à Monrovia, février 2009.

2.1.1. MSF FRANCE : « LE SAGE PROFITE DE LA PAIX POUR PRÉPARER

LA GUERRE »

La section française est présente au Libéria depuis 1990. A l'exception de quelques jours d'évacuation durant l'été 2003, elle a assuré une présence quasi-continue, même pendant les combats, sur Monrovia. Au siège, la coordination a une longue expérience du pays. Par le passé, elle a déjà vu se succéder des phases de répit et de retour de flammes (notamment les deux années de « paix » consécutives à l'élection de Taylor en 1997).

En 2003-2004, la coordination juge la paix fragile et les risques de retour aux violences armées importants : « on ne savait pas ce qui allait se passer mais on avait plutôt une analyse politique tablant sur un possible retour des combats dans la sous-région »⁹¹. Sur les trois projets gérés par la section après 2003, deux sont des ouvertures (hôpital de Mamba Point et projet Lofa) montées en anticipant une possible reprise des hostilités. Seul le dernier prolonge une action ancienne (camps de déplacés du Bong). Dans un contexte explicitement qualifié de « paix artificielle »⁹², la problématique spécifique du post-conflit ne se pose pas encore.

Les ouvertures : le projet Mamba Point Hospital (MPH) et le projet Lofa

L'ouverture du projet MPH, hôpital privé, de près 140 lits⁹³, entièrement géré par MSF, illustre la manière dont une opération se monte à la croisée d'une analyse de contexte et de dynamiques internes propres au siège parisien. Le projet d'ouvrir un hôpital de référence à Monrovia remonte en fait au début des années 2000⁹⁴. Une partie des équipes estime à l'époque que le système de soins à Monrovia est dans un état catastrophique, en particulier dans le domaine des soins secondaires. Au moment où l'offensive du LURD sur Monrovia commence à se matérialiser en 2000-2001, certains anticipent également la possibilité de combats à proximité ou à l'intérieur de la capitale libérienne. A la suite de cette analyse, un projet d'hôpital urbain est proposé au département des opérations. Le projet est finalement rejeté pour deux raisons principales : d'une part, le siège choisit de privilégier la mobilité et la réactivité des équipes MSF pour suivre les combats et les déplacés plutôt que de s'engager dans un programme fixe et coûteux à Monrovia. D'autre part, le projet d'investir une structure hospitalière est jugé trop lourd, trop complexe et inadapté à la volatilité de la situation. Les combats de l'été 2003 remettent ce projet à l'ordre du jour.

91. Entretien avec un membre de la coordination au siège.

92. Selon les mots d'un membre de la coordination à Paris.

93. Ce nombre varie entre 2003 et 2007. Il s'agit ici du nombre de lits lors de la première année de fonctionnement (plus précisément vers juin 2004, d'après le rapport médical semestriel du MPH, 2004).

94. Les informations qui suivent sont le fruit d'une série d'entretiens avec d'anciens responsables de la coordination à Paris et d'ex-chefs de mission.

Pendant le siège de Monrovia (juin-août 2003), les équipes MSF, enfermées dans le quartier de Mamba Point, voient affluer des blessés par balles ou éclats de mortier. Faute de structure appropriée, la maison des expatriés est transformée en hôpital de fortune où plus d'un millier d'opérations sont réalisées au cours de l'été 2003. Après la fin des combats et le départ de Charles Taylor, un nouveau projet d'hôpital urbain est proposé par la coordination à Paris.

Cette ouverture est justifiée de deux manières. D'une part, il y a un manque patent de structures secondaires et notamment de services d'hospitalisation à Monrovia. D'autre part, et peut-être surtout, le desk estime que la situation au Libéria est encore volatile : face à une perspective de reprise des combats ou des violences, il s'agit d'occuper une structure prête à soigner les blessés et de ne pas répéter « l'urgence bricolée »⁹⁵ de l'été 2003. Le projet reçoit le soutien politique de la direction des opérations et l'appui technique d'un département médical où la chirurgie suscite un net regain d'intérêt⁹⁶. Ce projet d'hôpital privé en milieu urbain est alors relativement nouveau. Il sera bientôt relayé par des projets comme ceux de Port au Prince et de Port Harcourt au Nigéria.

L'hôpital MSF est ouvert dans le quartier de Mamba Point, quartier des ambassades, en novembre 2003. À l'inverse du projet hospitalier ouvert par MSF Belgique à *Redemption Hospital* en 1999, structure cogérée en partenariat avec le ministère et le personnel de la santé libérien, le MPH est une structure entièrement privée sous l'entière responsabilité de la section France. Ainsi, un projet initialement conçu au plus fort de la guerre voit le jour à la fin des combats.

La nature exacte de ce projet hospitalier reste néanmoins ambiguë. À l'origine il est défini comme une structure destinée aux traitements des urgences. Reste à savoir ce qu'est exactement une urgence dans le Monrovia post-Taylor ? Pour certains, il s'agit de prendre en charge les victimes liées aux violences « armées » ou « collectives ». En presque cinq ans d'existence, l'hôpital ne reçoit pourtant que deux vagues de blessés liées à des épisodes de violence collective (lors des émeutes de décembre 2003 puis celles d'octobre 2004). Le MPH est en effet lié à un conflit libérien dont on a anticipé la reprise... laquelle ne se produit pas. D'autres considèrent donc qu'il faut étendre la définition des urgences pour y intégrer toute une série de « cas sévères » (*acute cases*) nécessitant des soins immédiats⁹⁷. Étant donné l'état sanitaire de la capitale libérienne et la carence en struc-

95. Entretien avec Desk Libéria MSF-F, 2008.

96. Entretien avec Desk Libéria MSF-F, 2009.

97. « Mamba Point Hospital is an emergency hospital...but... what is an emergency??? It is very difficult to define this word... In Liberia there are "just hospitals", nobody knows about emergency hospitals, for that reason we decide to start to talk about acute cases... » (Rapport de fin de mission, coordinatrice projet MPH, juillet 2004).

tures de soins secondaires, ce genre de patients ne manque pas. Cependant, dans cette perspective, la nature du MPH évolue : il devient progressivement un hôpital généraliste dans lequel se pose la question des limites exactes de l'offre de soins⁹⁸. Il pose du même coup la question du rôle que peut tenir MSF en dehors de ces moments de conflit ou de violences collectives que l'on considère alors comme le « cœur de métier ». Le MPH, conçu pendant la guerre et mis en place dans l'après guerre pour traiter les victimes des violences collectives, évolue ainsi vers un « hôpital de transition » qui doit pallier la carence des soins secondaires sur Monrovia, le temps que le système de santé se remette sur pied.

MSF France ouvre également un second projet à la fin des combats dans la région du Lofa : MSF gère deux petites structures de santé offrant des consultations externes et des lits d'observations (OPD/IPD) ; ces structures sont situées dans des locaux du ministère de la Santé à Kolahun et dans des bâtiments privés à Foya. L'offre de soins est destinée à la population environnante : les familles des anciens combattants, des gens qui n'ont pu fuir pendant la guerre et les « retournés » dont le nombre croît timidement jusqu'au désarmement⁹⁹. MSF France souhaite se redéployer dans les zones longtemps désertées par les organisations humanitaires au plus fort des combats (le Lofa reste ainsi quasi inaccessible entre fin 1999/début 2000 et fin 2003). Les équipes MSF France veulent se rendre « là où les autres ne vont pas, plus ou pas encore ». Après la chute du régime Taylor, un nombre croissant d'ONG et d'agences onusiennes commencent en effet à se (re)déployer au Libéria. La situation contraste avec le vide relatif dans lequel les équipes MSF évoluaient depuis le début des années 2000. Dans les premiers temps, ces organisations se cantonnent à Monrovia et aux quelques zones sécurisées par les UNMIL (notamment l'axe menant vers les camps du Bong et la ville de Gbanrgba). Le reste du pays demeure encore vide d'assistance ... et d'ailleurs souvent de population¹⁰⁰. Les premières explorations dans le Lofa révèlent des zones particulièrement affectées par les destructions physiques, beaucoup plus que dans le centre ou le sud du pays. Le déploiement de MSF dans le nord du Lofa répond également à une analyse géopoliti-

98. Après cinq mois d'existence, la coordinatrice du projet MPH estime ainsi : « It is likely that the hospital will become more of a general hospital than an emergency hospital, as it was originally conceived » (rapport coordinatrice projet MPH, avril 2004).

99. Kolahun sera d'ailleurs la dernière ville désarmée du Libéria en 2005.

100. Le vide relatif du Lofa a initialement suscité quelques débats sur l'opportunité pour MSF de se déployer dans ces zones. On craignait d'abord un faible niveau d'activités. On discutait d'autre part du risque de donner aux réfugiés et déplacés une fausse impression de sécurité et d'accélérer prématurément leur retour. Entretien avec un ancien coordinateur du siège.

tique sur les risques de reprise des violences armées dans la sous-région : la proximité des frontières guinéennes et sierra léonaises pèse dans le choix de se déployer dans le nord-ouest du Lofa plutôt qu'ailleurs. Le Lofa est la base arrière du LURD dont le siège MSF pense alors qu'il constitue le principal groupe susceptible de reprendre l'action armée¹⁰¹.

La mission en questions : MPH et Lofa Project

A mesure que la paix se fait durable émerge un certain nombre de questionnements internes sur des projets essentiellement conçus dans une perspective de reprise probable des violences. Cela ne débouche pas nécessairement sur une remise en cause de ces opérations mais plutôt sur une demande d'adaptation qui tantôt provient du siège tantôt du terrain. Ces questions concernent assez peu le projet du Bong centré sur l'accès aux soins des populations déplacées (IDPs) : alors que les camps se vident de leur population avec les programmes de retour gérés par le HCR, la fin d'activités est progressivement envisagée et organisée.

A Monrovia se pose très rapidement la question de l'éventail des soins offerts au MPH : jusqu'où faut-il aller dans l'éventail de soins et dans la qualité proposée ? Malgré les réticences du siège à l'extension d'un projet appelé à se concentrer sur les « urgences », le MPH grandit assez rapidement : les activités dépassent ce qui était attendu initialement, le projet se complexifie également d'un point de vue médical.

Cependant, le bloc chirurgical, que l'on destinait à recevoir les victimes des violences, ne fonctionne pas à cette fin. Ce bloc n'en demeure pas moins actif, il reste que ses activités ne sont pas liées à la violence mais plutôt au manque de structures équivalentes accessibles à la population libérienne. Le projet est également handicapé par toute une série de problèmes que pose la gestion des ressources humaines : quelques affaires douloureuses de détournement ou de corruption, des conflits avec le personnel et une série de procès (relatifs au droit du travail mais aussi quelques affaires de mœurs impliquant les équipes), des tensions parfois très vives avec les autorités libériennes qui opèrent leur retour (et notamment avec le ministère du Travail). La question se pose alors de restreindre le champ d'action du MPH et de se reconcentrer sur un ou deux secteurs d'activité. Le champ de la pédiatrie et celui de la santé materno-infantile, qui focalisent souvent l'intérêt des acteurs humanitaires, font cependant déjà l'objet

101 L'auteur de ces lignes partageait d'ailleurs l'analyse faite par la coordination à l'époque.

d'interventions de la part des autres sections MSF. On envisage alors un moment de se concentrer sur les patients « hommes adultes » en estimant qu'ils sont finalement délaissés par les autres acteurs de l'aide, mais le projet, centré sur une catégorie inhabituelle de « patients », ne prend pas réellement. Les nombreux problèmes posés par la gestion quotidienne semblent empêcher une réflexion approfondie sur une réforme en profondeur de la structure : à lire les rapports mensuels des coordinateurs de projet ou des chefs de mission, on a l'impression que la multitude des enjeux techniques qui se posent aux différents niveaux d'activités de l'hôpital paralyse une réflexion plus large sur le positionnement politique d'un tel projet dans le paysage urbain de Monrovia.

En 2005, le bilan du projet paraît ambigu : la structure déborde d'activité et pourtant l'opportunité de poursuivre l'expérience au vu de l'énergie nécessaire pour la faire fonctionner est mise en question. Il est également difficile de justifier le maintien d'un tel projet dans le contexte relativement apaisé du Libéria post-Taylor. Le problème vient-il nécessairement du contexte de post-conflit dans lequel MSF peine à trouver sa place ? On peut se demander si ce n'est pas plutôt l'idée que l'on se fait alors des « missions légitimes » de l'association qui est en cause : l'état des réflexions sur l'éventail des « possibles opérationnels » au sein de l'organisation offre alors peu de chances au projet MPH de s'établir dans la durée. Ainsi, en 2005, l'idée n'a pas encore fait son chemin que l'on pourrait choisir d'accompagner dans la durée une population affectée par un conflit aussi long et violent que celui du Libéria. A l'inverse, en 2010, une telle idée fait son chemin dans le cas d'une population haïtienne affectée par une catastrophe naturelle et une trajectoire historique singulière... sans conteste singulière mais pas nécessairement sans résonance avec celle de la population libérienne.

Dans le Lofa, la problématique est différente. Là se pose plus directement la question du positionnement de MSF dans le dispositif international d'aide et de gestion de l'après guerre au Libéria. Du fait des conditions de sécurité et des règles imposées par les UNMIL, les organisations humanitaires qui s'aventurent dans ces zones sont au début de la période considérée encore rares. Le CICR et MSF France, seules organisations à vocation médicale présentes dans le Lofa, l'un des comtés les plus peuplés du pays avant la guerre, s'entendent pour se partager la tâche : MSF France se déploie dans l'ouest du Lofa et le CICR dans l'est. En fait, cet accord implicite cache un profond malentendu sur le rôle que chacun s'attribue au lendemain de la guerre. Pour le CICR, le conflit libérien est terminé même si des tensions demeurent. L'organisation souhaite participer à la reconstruction d'un système de santé complètement détruit par les combats.

Le CICR s'active donc pour réhabiliter et relancer les activités de santé et préparer le retour des populations réfugiées ou déplacées du lofa.

MSF France n'a pas la même vision de son rôle ni la même analyse sur la situation politique : plutôt que de soutenir des centres de santé avec un objectif de couverture de la carte sanitaire, MSF France se concentre sur deux localités avec l'objectif de délivrer des soins de qualité. Elle refuse de s'engager dans la réhabilitation et la supervision de postes de santé comme l'y encourage le CICR (qui, à l'occasion, s'estime trahi). Ce refus s'explique de plusieurs manières. Assumant ponctuellement un rôle de substitution (il n'y a plus de structures de santé publiques dans cette partie du Lofa) et désireuse d'assurer des soins de qualité, MSF France n'a pas les moyens financiers ni les ressources humaines pour investir un grand nombre de structures de santé dans cette partie du Lofa : son mode opérationnel (substitution complète) est beaucoup plus coûteux que celui du CICR (appui aux centres de santé qui redémarrent).

Au-delà même de la question des moyens, MSF France ne souhaite surtout pas jouer un rôle important dans la réhabilitation du système de soins au Lofa. Nous avons déjà vu que l'organisation estime que les chances de reprise des combats sont fortes. A ses yeux, une politique de reconstruction est prématurée et envoie d'ailleurs des signaux dangereux aux réfugiés qui pourraient penser que leur sécurité est désormais garantie. De manière plus générale, MSF-F rechigne depuis les années 1990 à se faire le promoteur d'une politique de réhabilitation des systèmes de santé publique. Après les expériences « malheureuses » (ou perçues comme telles) en Guinée et au Tchad dans les années 1990, elle considère que la gestion de districts sanitaires ne relève ni de ses compétences ni de ses attributions¹⁰². Cette position crée d'ailleurs des tensions à l'intérieur des équipes : certains comprennent mal que des zones soient laissées sans accès aux soins alors que MSF est le seul acteur médical à pouvoir intervenir. Les populations de certaines localités comme Gondolahun (au sud de Kolahun) font pression sur les équipes du Lofa. Quelques distributions de médicaments sont faites lors de cliniques mobiles ponctuelles mais, dans l'ensemble, la coordination, à Monrovia comme au siège, campe sur ses positions. Elle se tient autant que possible à l'écart de la problématique de la reconstruction. Cette position tranche avec les opérations menées par la section suisse de MSF dans le comté du Nimba, proche voisin du Lofa

102. Sur la réticence de la section France à s'engager dans la réhabilitation des systèmes de soin, une recherche historique beaucoup plus précise est nécessaire.

2.1.2. MSF-SUISSE : UN POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DANS

UNE RÉGION INSTABLE

La présence de MSF Suisse (MSF-CH) au Libéria est moins ancienne que celle de la section française. La section suisse développe ses premières activités dans la seconde moitié des années 1990. Entre 1996 et 1999, elle est ainsi présente dans le Bong et le Nimba où elle assure un soutien à des centres de santé et participe aux campagnes de vaccination. Curieusement, elle se retire du Libéria à la fin de l'année 1999 alors que l'instabilité armée regagne le nord du pays (mais pas encore le Bong ni le Nimba). La section suisse a pris soin d'assurer la passation de ses activités à des ONG locales et internationales¹⁰³.

L'intensification des combats en 2002 incite MSF Suisse à retourner au Libéria. Après une exploration infructueuse sur Monrovia, elle décide finalement de retourner dans une région connue, en l'occurrence le sud du Nimba, début 2003 suite à l'afflux de réfugiés ivoiriens dans cette zone : ce n'est donc pas exactement le conflit libérien qui attire MSF Suisse mais les effets de la crise ivoirienne¹⁰⁴. L'OCG est déjà présente sur cette problématique en Guinée forestière dans la région de N'Zérékoré où elle est active dans des camps de réfugiés libériens et ivoiriens. La création en mars 2003 du MODEL (groupe rebelle qui ouvre un second front anti-Taylor depuis la Côte d'Ivoire) et l'extension des combats dans la région du Nimba obligent cependant l'organisation à suspendre ses activités dans le pays pour des raisons de sécurité cette fois¹⁰⁵.

Retour dans le Libéria post-Taylor : ambition stratégique ou suivisme opérationnel ?

MSF Suisse redéploie ses activités en août-septembre au moment de la paix encore précaire qui fait suite au départ de Taylor. Au terme de deux missions exploratoires (la première à Monrovia en septembre, la seconde en octobre dans le Nimba menée conjointement avec MSF-Hollande), elle ouvre deux projets : 1/ A Monrovia, le premier projet repose sur la gestion d'une structure de soins secondaires privée à Benson Hospital et le soutien à deux postes de santé urbains situés dans des quartiers populaires de la capitale, Logan et Red Light. L'hôpital de Benson (80 lits et un OPD) est localisé dans le quartier de Paynesville (un quartier défavorisé du Grand Monrovia). Il est axé sur les soins pédiatriques et

103. Liberia Memory Project.

104. Les combats qui ont éclaté en Côte d'Ivoire en septembre 2002 ont poussé une vague de réfugiés ivoiriens en Guinée et dans l'est libérien.

105. MSF-CH ne reste pas complètement inactive. Elle publie en juin 2003 *Liberian stories*, une série de témoignages sur le sort des populations libériennes prises dans le cycle des violences et des déplacements forcés.

obstétricaux avec une volonté de se spécialiser de plus en plus sur la santé des femmes et des enfants (POA 2004). En 2005, une composante SGBV (*Sexual and Gender Based Violence*) est ouverte pour apporter différentes formes de soutien (soins, assistances psychologiques, conseil légal) aux femmes victimes de violence sexuelle. Cependant la situation financière difficile que connaît la section suisse en 2004 la contraint à se délester du projet coûteux de Benson Hospital, alors repris par MSF Espagne (MSF-E). Cette dernière cherche en effet à s'implanter au Libéria et arrive avec un financement en poche. Après 2004, la section suisse se concentre donc sur le sud du Nimba tandis que MSF Espagne se focalise pour sa part sur Monrovia. Les deux sections ont une coordination commune dans la capitale libérienne.

2/ Dans le Nimba, le projet est initialement centré sur une clinique et un petit centre de réhabilitation nutritionnelle (TFC) situés dans le camp de réfugiés ivoiriens de Saclepea auxquels s'ajoutent des cliniques mobiles à destination d'éventuelles poches de réfugiés ivoiriens mais surtout de la population libérienne des environs. L'implantation de MSF Suisse dans le Nimba en 2004 est d'abord le fruit de l'histoire singulière de la section au Libéria : la section suisse retourne dans cette partie du Libéria parce qu'elle la connaît et y a été présente à deux reprises pendant la guerre. Si le Nimba n'a pas été épargné par les combats, cette région n'est pourtant pas la région la plus touchée par la dernière vague d'affrontements. A l'instar de MSF France, l'intérêt de MSF Suisse pour le Nimba est lié à une analyse géopolitique des conflits de la Mano River. Certains membres du siège estiment que le cycle des violences armées est loin d'être terminé dans l'Ouest africain. Au contact de deux zones de tensions importantes (la Guinée forestière et l'Ouest ivoirien), le Nimba apparaît comme une zone de déploiement d'autant plus intéressante que la section suisse est déjà implantée de l'autre côté de la frontière guinéenne (camps autour de N'Zérékoré). Le Nimba constitue dans ce cadre une zone de pré-positionnement¹⁰⁶ à proximité de plusieurs régions sensibles¹⁰⁷. Pour autant, cette analyse ne semble pas prendre en compte que la région est également une zone de tensions communautaires où les milices pro-Taylor se sont retirées. Reste que, comme à MSF-F, les premiers temps du post-conflit sont d'abord analysés avec les outils du temps

106. Cette idée de pré-positionnement divise cependant le siège. Sans rejeter la pertinence de l'analyse géopolitique, certains membres de MSF-CH estiment que les tactiques de pré-positionnement sont généralement vouées à l'échec (entretien desk Libéria, Genève).

107. A la fin de l'année 2004, les troubles en Côte d'Ivoire et l'arrivée d'une nouvelle vague de 15 000 réfugiés ivoiriens dans une zone proche de Saclepea donnent en partie raison aux tenants du pré-positionnement. L'aide apportée par MSF-CH à ces réfugiés a cependant été limitée du fait de la présence du HCR et d'une situation qui n'apparaissait pas désastreuse d'un point de vue sanitaire (MSCH, CP 25/1/2004).

de guerre. Il ne s'agit pas ici de critiquer *a posteriori* cette analyse au motif que la guerre n'a finalement pas repris mais plutôt de souligner combien les termes avec lesquels se composent, au départ, les projets MSF dans le Libéria *post Taylor* sont liés aux pratiques voire aux réflexes acquis dans le Libéria *sous Taylor*.

Les avis exprimés lors des entretiens divergent cependant sur le poids de l'analyse géopolitique dans les choix de la section suisse. Pour certains, cela n'aurait été qu'un prétexte construit *a posteriori* pour justifier un déploiement qui résulte plus d'une certaine inertie (« on connaissait déjà ») ou d'une forme de suivisme (« il fallait aussi y être ») que d'une analyse approfondie de la situation au Libéria après 2003¹⁰⁸. À l'inverse, d'autres documents suggèrent une ambition de plus long terme et un intérêt pour la question de l'accès aux soins dans le Nimba. En janvier 2003, alors que la guerre est loin d'être achevée, le plan d'action annuel témoigne d'une démarche plus volontariste et d'une volonté de construire au Nimba une intervention qui aille au-delà de l'urgence : « [This] part of the country [...] has already been identified as a potential area of a longer-term intervention. Now it seems to be a priority to identify – apart from the zone of intervention – priority needs of the population living in this remote, but rather stable part of the country ».

Au final, l'intérêt de MSF Suisse pour le Nimba dans le Libéria *post-Taylor* s'inscrit sans doute à la croisée de plusieurs dynamiques qu'il est difficile de séparer : une volonté de se pré-positionner dans les conflits de la Mano River, un intérêt pour des zones bientôt qualifiées de « désert sanitaire »¹⁰⁹ et peut-être aussi une certaine forme d'inertie et/ou de suivisme qui va devenir de plus en plus pesante au fil des années.

MSF Suisse au Nimba : de la toile à la brique

Quoiqu'il en soit, les activités de MSF Suisse au Nimba débordent rapidement le cadre du camp de réfugiés ivoiriens de Saclepea. Les équipes sont convaincues que la population libérienne, déplacés comme résidents, a des besoins aussi importants sinon plus criants que les réfugiés ivoiriens¹¹⁰. L'offre de soins est donc ouverte à la population quel que soit son statut officiel (résident, IDP ou réfugié). Elle se concentre initialement sur trois axes : une consultation externe (OPD), des lits d'hospitalisation (IPD, incluant une petite unité nutritionnelle) et bientôt une maternité. Les activités sont également étendues au plan géogra-

108. Entretiens avec membres du Desk Libéria, Genève, novembre 2008.

109. L'expression est d'ailleurs utilisée pour le Libéria dans le POA de janvier 2005.

110. Le POA 2003 témoignait déjà d'une volonté de porter assistance à la population libérienne et non aux seuls réfugiés ivoiriens.

phique. A l'inverse de ce que fait au même moment MSF France dans le Lofa, la section suisse essaye de rayonner dans le sud du Nimba avec l'ambition de « couvrir » la zone. Elle organise une clinique mobile qui « se rend dans les régions où il n'y a pour l'instant aucune structure de santé en état de fonctionnement et où la sécurité demeure précaire » (Rapport d'activités, 2003-2004). En 2004, les Suisses franchissent un pas de plus en soutenant directement des postes fixes de santé (deux au départ puis jusqu'à huit). MSF Suisse réhabilite ou reconstruit les structures, subventionne le personnel et supervise les activités médicales¹¹¹. L'équipe s'investit beaucoup dans la formation du personnel à la fois à Saclepea et dans les postes fixes. Dans le cadre de ses activités ou dans celui de campagnes de vaccination, elle est amenée à collaborer de plus en plus fréquemment avec le County Health Team (CHT, représentants locaux du ministère de la Santé) qui, contrairement à des zones comme le Lofa, n'a pas complètement disparu pendant les derniers mois du conflit.

Comment cette extension des activités est-elle justifiée ? D'un côté, les cliniques mobiles se heurtent dans cette région à un grand nombre de difficultés logistiques et, à la longue, elles sont particulièrement éprouvantes pour les équipes. D'un autre côté, les rapports mensuels d'activité soulignent que la réhabilitation des structures en dur vise également des objectifs à moyen et long terme : c'est d'abord une manière de préparer le retour de la population (un peu à la manière du CICR dans l'est du Lofa) et ensuite une volonté de s'assurer que les structures soutenues par MSF « réintègrent le réseau de santé publique ». En 2004, MSF Suisse commence donc à se poser la question de sa participation à la reconstruction du système de soins libérien. Mais, à l'inverse des activités qui se développent de manière substantielle, les réflexions sur ce que cette participation à la reconstruction implique ne vont pas être poussées très loin.

L'extension des activités paraît en effet être largement à l'initiative des équipes locales. Le siège suit bien sûr ce qui se passe sur le terrain et donne son aval à ces extensions mais il ne semble pas impulser de réflexions sur les objectifs précis et les implications attendues d'une telle participation à la reconstruction d'un district sanitaire. Cet objectif n'est d'ailleurs pas pleinement assumé en tant que tel dans les rapports d'activité : on oscille entre soutien aux populations réfugiées et l'idée d'une exploration des « déserts sanitaires ».

On a parfois l'impression d'un projet « en roue libre » (les enjeux financiers n'étant par ailleurs pas démesurés). L'autonomie laissée aux équipes du Nimba par MSF

111. Il s'agit de Zekepa, Mehnla, Dialah, Yarwein, Zuaplay, Behwallay, Lepula et bien sûr Saclepea (Liberia Memory Project).

Suisse contraste avec la manière dont les équipes MSF France du Lofa sont parfois retenues par une coordination parisienne beaucoup plus prudente sur les conséquences d'une extension de ses activités (dans le temps comme dans l'espace).

Au sein de la section suisse, la mission au Libéria ne suscite guère de débats ou de controverse particulière. La passation de Benson à MSF Espagne résulte d'une situation financière difficile que traverse la section suisse et non pas d'une volonté de se désengager du projet libérien. Au contraire, il était prévu de renforcer la spécialisation de Benson sur la santé des enfants et des femmes. Depuis le siège, un groupe de travail sur les violences sexuelles poussait beaucoup à l'intégration de cette problématique dans les programmes libériens. Les réticences initiales de Barcelone, qui reprend Benson en 2004, à s'engager sur cette problématique¹¹² ont d'ailleurs conduit MSF Suisse à la développer dans le Nimba. La situation de post-conflit apparaît alors, de manière opportune, comme un contexte permettant de développer des programmes un peu « neufs » ou expérimentaux¹¹³ : la fin des combats entraîne une « perte de sens » des missions que peut alors venir compenser un projet plus expérimental. C'est d'ailleurs sous cet angle que la situation de post-conflit au Libéria est abordée par l'OCG¹¹⁴. Pour le reste, la question des enjeux spécifiques du post-conflit et du rôle de MSF dans ce type de contexte ne suscite guère de discussions, du moins pas dans les archives consultées¹¹⁵. C'est d'autant plus étonnant qu'à l'inverse de MSF France dans le Lofa, MSF Suisse met très tôt le doigt sur la question de la réhabilitation du système de santé par le biais de ses activités dans le Nimba.

2.1.3. MSF BELGIQUE : UN APRÈS-GUERRE COMME DANS LA GUERRE

A l'instar de la section française, MSF Belgique a une longue histoire de présence au Libéria et plus précisément à Monrovia. Depuis 1999, elle soutient dans la capitale l'hôpital public de Redemption Hospital (en particulier les services

112. MSF-CH, POA 2005.

113. MSF-CH, POA 2004 : « Projects targeting women (gynecology/obstetrics, MCH) and children (pediatric care) have been opened or reinforced. These projects have been set up mainly in conflict or post-conflict zones (e.g. Afghanistan, Liberia) ».

114. L'autre point est peut-être celui d'une activité de lobbying en faveur de la gratuité des soins à laquelle le POA 2004 se prépare au cas où le gouvernement de transition viendrait à remettre la question du recouvrement des coûts sur la table. Cela n'a pas été le cas en 2004.

115. La réflexion n'est pourtant pas absente dans la section suisse comme en témoignent les passages du POA 2003 consacrés à la santé publique. Cette réflexion s'exprime d'ailleurs en des termes ambigus : « curative and preventive medical action must remain at the very heart of our projects, while public health objectives will have to be subordinated to this central goal » (MSF-CH, POA 2003). Il ne semble pas que le débat sur le rôle de MSF dans les systèmes de santé publique affecte les opérations menées au Libéria (ou vice versa) dans les premières années de sortie de conflit.

d'obstétrique et de gynécologie)¹¹⁶ ainsi que cinq centres de santé publics situés dans les quartiers populaires. Parallèlement au soutien de ces structures publiques, MSF-B a également ouvert en novembre 2002 un service de pédiatrie (incluant une unité de réhabilitation nutritionnelle) à Island Hospital, une structure privée dont elle loue les locaux pour y installer plus de 180 lits¹¹⁷.

À côté de ses activités opérationnelles, MSF Belgique joue également un rôle de conseil et de lobbying auprès des acteurs de la santé au Libéria. La section a ainsi tour à tour défendu puis critiqué l'introduction d'un système de santé basé sur le partage/recouvrement des coûts au Libéria¹¹⁸.

Les derniers mois de la guerre (juin-août 2003) sont marqués par une forte réduction des activités et un repli sur la maison des expatriés de Mamba Point transformée en hôpital. Dès qu'elle le peut, la section belge ouvre un CTU (Unité de Traitement du Choléra) au JFK Hospital¹¹⁹.

Après la fin des combats et le départ de Taylor, la section belge relance et étend ses activités dans les quartiers de Monrovia : maintien d'une unité de traitement du choléra à JFK Hospital, retour sur les structures de soins secondaires (Redemption et Island Hospital) et primaires (les cinq centres de santé MOH des quartiers populaires). MSF Belgique étend également ses activités aux camps de déplacés qui entourent la ville : elle y ouvre trois postes de santé qu'elle gère entièrement. Dans les structures où elle s'investit, la section réalise d'importants travaux de réhabilitation (en particulier à Redemption).

À l'extérieur de Monrovia, MSF Belgique se lance comme les autres sections dans des missions d'exploration des *counties* les plus affectés par les combats, quand bien même (et surtout si?) ils ne sont pas déclarés zones sécurisées par l'UNMIL. Alors que MSF France va dans le Lofa et MSF Suisse dans le Nimba, MSF Belgique choisit de déployer ses activités à l'Est dans le Grand Gedeh. Elle y soutient deux structures publiques : l'hôpital de Zwedru et le centre de santé de Ziah Town. Comme la section française, elle ne cherche pas véritablement à couvrir une zone sanitaire.

116. Cet ancien marché est devenu hôpital dans les années 1980. La structure a été soutenue par MSF International dans la seconde moitié des années 1990 puis par MSF-B à partir de 1999-2000. MSF prend notamment en charge la supervision des activités, l'approvisionnement, la formation et le paiement des *incentives*, souvent la principale forme de rémunération du personnel. Le degré d'implication de MSF diffère cependant selon les services.

117. On ne sait pas si Island Hospital ouvre par manque de place à Redemption (qui possède pourtant un service pédiatrie) ou si MSF-B a voulu développer sa propre structure pour éviter les nombreuses tensions générées par le travail dans une structure publique avec un personnel appartenant au ministère de la Santé.

118. Voir par exemple, « What health, what health care for Monrovia? What role for MSF projects? Analysis of MSF's role in Monrovia's health care system », Dr. Mit Phillips, novembre 1997.

119. Le principal hôpital de la ville, institution privée mais dont le personnel est en partie rémunéré par le MOH.

Globalement, on remarque que le déploiement opérationnel de MSF Belgique dans l'immédiat après-guerre ressemble à celui des deux autres sections examinées jusqu'ici : une offre de soins secondaires à Monrovia, une aide aux déplacés et un déploiement dans les zones affectées par le conflit encore presque vides d'autres acteurs humanitaires.

Il y a cependant quelques différences notables. D'abord, MSF Belgique occupe une place beaucoup plus importante à Monrovia où, au-delà de ses activités hospitalières, elle gère un réseau de soins de santé primaires. Elle est également beaucoup plus engagée dans la collaboration avec les autorités libériennes. Il s'agit là moins d'un choix fait dans l'après guerre que d'une continuité avec le temps de guerre. Enfin, à la différence des sections française et suisse, MSF-B pense moins ses activités en fonction d'une reprise possible des hostilités au Libéria ou dans les régions voisines. Certes, depuis Zwedru, Bruxelles garde un œil sur l'Ouest ivoirien mais ses principales préoccupations sont déjà ailleurs. Elles sont surtout liées à la place que l'ONG occupe au sein d'un système de santé libérien qui entame officiellement sa reconstruction. Quel rôle doit-elle jouer dans l'après-guerre et la reconstruction du système de santé ?

Dans un premier temps, la mission MSF Belgique semble s'acheminer vers une très nette réduction de ses activités dès 2005. Sans attendre la tenue des élections présidentielles dont certains craignent qu'elles ne relancent un cycle de violence, la section belge envisage officiellement la passation des projets de soutien aux structures libériennes¹²⁰. De fait, entre mars et septembre 2005, MSF Belgique se retire de 3 des 5 centres de santé urbains qu'elle soutient (après réhabilitation et en y laissant généralement trois mois de stocks de médicaments). En décembre, les trois cliniques des camps de déplacés sont également fermées. Dans le Grand Gedeh, MSF Belgique passe ses activités de Ziah Town à Merlin et prévoit la fermeture de son projet à Zwedru pour juin 2006¹²¹. Enfin et surtout, la remise de Redemption au ministère de la Santé est officiellement entamée (fin novembre, le personnel médical de MSF s'en est retiré) mais se heurte à de nombreuses difficultés (les retards s'accumulent, les négociations avec le personnel sont très tendues, une partie de la presse accuse MSF d'abandonner la population, etc.). En septembre 2004, les équipes MSF s'étaient déjà heurtées à une grève assez violente du personnel de Redemption Hospital qui protestait contre le non respect par MSF des grilles d'*incentives* mises en place

120. Annual Report Form, Support to Primary and Secondary Health Care in Monrovia Liberia, Project, (cité par le *Liberia Memory Project*, 2007).

121. L'ouverture fin 2005 d'un programme de prise en charge des malades atteints de la tuberculose à l'intérieur de l'hôpital de Zwedru va cependant retarder ce retrait.

par le ministère. Cette grève a pu jouer un rôle dans la décision de MSF Belgique de se désengager de cette structure pour passer le relai au ministère. En décembre 2005, un communiqué de presse du siège annonce officiellement le retrait de MSF Belgique de Redemption selon un schéma progressif s'étendant jusqu'à juin 2006. Quant à Island Hospital, MSF Belgique engage également des discussions en vue d'une possible reprise par le ministère de cette nouvelle structure : en janvier 2006, elle suspend les admissions et engage des négociations serrées avec les autorités de santé. MSF Belgique, section la plus engagée dans la collaboration avec le ministère, donne alors l'impression d'être la section la plus avancée dans son retrait. Elle ne sera pourtant pas la première section à quitter le Libéria... mais la dernière.

* * *

Dans l'immédiat après guerre, la tendance est plutôt à la convergence des opérations et des analyses développées par les différentes sections MSF. Cette période instable est encore essentiellement perçue à travers le prisme du temps de guerre et de la possible reprise des combats (sans doute plus à MSF-F et MSF-CH qu'à MSF-B). Il y a une volonté de se démarquer des autres ONG et du dispositif onusien notamment en se déployant dans des zones reculées et non « sécurisées » selon les critères UNMIL (là aussi en fin de période, MSF-B revient sur cette position).

Entre 2003 et 2005, la « reconstruction » n'est pas encore une question centrale pour les sections MSF : l'incertitude qui règne toujours au Libéria, la faiblesse d'un gouvernement de transition qui n'a pas la confiance des bailleurs et le déploiement encore incomplet des Nations unies et des organismes d'aide font que la situation est toujours qualifiée par de nombreux observateurs de « post-urgence » dans laquelle l'injonction à reconstruire est timide (en comparaison des années suivantes). On peut donc alors échapper au cadre politique et mental de la « reconstruction ». Celui-ci commence néanmoins à s'imposer aux équipes MSF au cours de l'année 2005 : c'est le cas notamment lors des tensions qui opposent MSF France et le CICR au Lofa, c'est également le cas lors des extensions d'activité de MSF-Suisse au Nimba, c'est enfin le cas de MSF Belgique lors de sa sortie difficile de Redemption Hospital. La période qui suit l'élection de Sirleaf-Johnson voit la question de l'articulation des projets MSF aux politiques de reconstruction prendre de plus en plus d'ampleur et les réponses opérationnelles des différentes sections diverger plus franchement.

2.2 L'ENLÈVEMENT DANS LA PAIX (2005-2009)

L'année 2005 marque un tournant. Elle s'ouvre avec l'annonce par l'UNMIL de la fin du processus de désarmement et par le HCR du début officiel des opérations de réinstallation des réfugiés et déplacés. Elle s'achève sur l'élection de la présidente Ellen Sirleaf-Johnson, qui apparaissait comme la favorite de la communauté internationale. C'est la fin du gouvernement de transition compromis par la présence des anciennes factions armées et le véritable retour des civils aux affaires avec une volonté de rupture par rapport aux politiques du passé : la présidente Sirleaf annonce son intention de construire un *New Liberia*.

Dans ce contexte politique plus stable et rassurant aux yeux de la communauté internationale, on assiste à un renforcement des dispositifs de coordination des politiques de « transition et de reconstruction ». Ces dispositifs visent explicitement à intégrer l'action des organisations humanitaires dans des objectifs de développement à moyen et long terme. Les Institutions Financières Internationales (IFI) mettent en place des instruments de planification visant à réintégrer le Libéria dans leur giron. De même, des mécanismes d'évaluation chiffrée de l'état du pays, des populations, de son économie, servent à piloter les politiques de reconstruction. Le processus n'est pas nouveau. L'effort pour coordonner et encadrer l'action des différents acteurs à propos des politiques de transition existe dès 2003 mais il se fait plus pressant et plus présent avec la fin du désarmement et l'élection de Sirleaf-Johnson. Ainsi, un nombre croissant de textes planifient les besoins de l'Etat et de la population libérienne (dans le secteur de la santé, c'est ainsi le *National Health Plan* élaboré en 2006 pour couvrir la période 2007-2011) et balisent ce faisant l'action des différents acteurs non-gouvernementaux. La Banque mondiale fait son grand retour au Libéria, les Nations unies y introduisent et y testent en grandeur nature la réforme des *clusters*, l'administration libérienne elle-même s'étoffe et entend reprendre le contrôle du pays.

A mesure que la perspective d'une reprise des combats s'éloigne et que la paix s'installe durablement, les enjeux de la « reconstruction » (de l'Etat mais aussi plus largement d'un ordre politique, économique et social) pèsent de plus en plus fortement sur les discours et les pratiques des acteurs de l'aide.

Du côté des sections MSF, cela contribue à poser avec plus d'acuité la question de la légitimité de la présence mais également celle du rapport aux autres acteurs de l'aide. Dans l'immédiat après-guerre, les différentes sections insistaient unanimement sur la nécessité de maintenir une distance avec les organes de coordination des Nations unies en particulier ceux contrôlés par l'UNMIL. Cette position évolue et se nuance dans les années qui suivent.

En effet, à mesure que le pays s'enfonce dans la paix, l'agenda des acteurs internationaux est moins centré sur la préservation d'une paix précaire (parce qu'elle semble de plus en plus acquise) et beaucoup plus sur la reconstruction d'un « Etat failli ». D'une certaine manière l'enjeu de la reconstruction apparaît plus technique et moins politique que celui du maintien de la paix. Il autorise dès lors aux yeux de certains acteurs (y compris certaines sections MSF) un rapprochement prudent avec les organes de l'aide. Une étude est ainsi menée par le Bureau international de MSF sur l'impact de la réforme des *clusters* au Libéria. Elle souligne bien comment les différents mécanismes de coordination mis en place après la guerre permettent, au-delà des seuls *clusters*, à certains grands acteurs internationaux (comme la Banque mondiale ou les grands bailleurs de fonds comme USAID) d'imposer leur vision de la Reconstruction. Pour autant, le rapport estime que si les sections MSF veulent trouver un rôle dans le post-conflit, elles doivent rechercher un moyen terme entre l'affirmation du principe d'indépendance et la participation critique à ces mécanismes de coordination¹²².

2.2.1 ACTIVITÉS MSF FRANCE 2005-2007 : S'ADAPTER OU PARTIR

Alors que la paix s'annonce durable, la mission MSS-F au Libéria entre dans une phase de questionnements internes. Si le retour à la paix durable enlève à MSF sa principale raison d'être dans le pays, la situation sanitaire du pays, deux ans après la fin des combats, demeure très préoccupante et la violence armée n'a pas disparu mais s'exprime dans la criminalité urbaine. Une présentation faite par le desk en septembre 2005 résume le dilemme des équipes : « En conclusion, on peut dire que la guerre est finie mais la situation est très difficile pour la population, avec un banditisme important et une mise sous tutelle des UN et des sociétés privées »¹²³. Le concept de « paix artificielle », utilisé dans l'immédiat après guerre, a fait long feu.

Dès mars 2005, le chef de mission se prononce pour la fermeture de la mission : « il semble essentiel de restreindre nos critères d'intervention et peut-être d'apprendre à partir encore plus tôt, dès que la phase aiguë de la crise est terminée ». Sa réflexion s'ancre dans une vision de MSF comme « organisation urgentiste » qui ne trouve pas sa place en dehors des situations de crise aiguë. Dans le contexte de sortie de conflit, MSF France peine à faire la différence : un nombre croissant d'ONG interviennent au Libéria et se déploient à l'intérieur d'un pays désormais officiellement « sécurisé ». Cette présence assez massive des « autres

122. Katharine Derderian, *Liberia and the Humanitarian Reform*, MSF Bureau international, octobre 2006.

123. Extrait du compte-rendu des opérations, MSF-F, 27/09/2005.

humanitaires » n'est pas seulement vécue comme une gêne mais également comme un risque. Aux yeux du chef de mission, la mission pourrait à terme se faire instrumentaliser par les instances de coordination qui entendent contrôler les politiques de reconstruction. Il écrit ainsi en 2005 : « [Partir plus tôt] permettra d'éviter d'être les victimes de l'opportunisme des bailleurs de fonds internationaux qui ont bien compris qu'il était plus judicieux d'utiliser le savoir-faire des organisations humanitaires pour remplir leurs obligations morales d'aide à la reconstruction et au développement. »

La fermeture des projets Bong et Lofa

Les projets Bong et Lofa s'achèment vers la fermeture. Dans le cas du Bong, la fermeture ne pose pas question : les camps de déplacés se vident de leur population, les gens rentrent chez eux. La fin du projet en 2006 provoque néanmoins des conflits importants avec une partie du personnel national qui accepte mal les licenciements. Dans le Lofa, la situation a bien changé en deux ans : avec la fin du désarmement et les opérations de retour des réfugiés organisées par le HCR, un grand nombre d'ONG se déploient dans la zone. Aux premiers secouristes isolés (CICR et MSF) succèdent des organisations plus axées sur le développement et la reconstruction. Dans un contexte en voie de stabilisation, MSF France décide de profiter de la présence de ces organisations pour passer la main. A Kolahun, IMC accepte de reprendre l'activité de MSF et l'ensemble du personnel grâce à un financement d'ECHO. La transition se fait en douceur dans les premiers mois de 2007. A Foya, la clinique MSF, construite dans une structure privée à l'inverse de celle de Kolahun, ne trouve pas de repreneur. Il existe bien à Foya une autre structure de soins mais la qualité est jugée très insuffisante par l'équipe et les soins y sont payants. Le départ de Foya se fait dans la douleur. Prévu fin 2006, il est reporté plusieurs fois : les équipes se résignent mal à la fermeture et la population de la ville s'oppose physiquement au départ des MSF¹²⁴.

La fermeture du MPH

La situation est encore plus délicate à Monrovia. Contrairement au Lofa où le niveau d'activités est jugé modéré alors même que le retour des populations réfugiées s'accélère, l'hôpital de Mamba Point est depuis le début du projet une structure très active, décrite dans les rapports comme un centre frôlant souvent la surchauffe. Au siège même, la structure fait débat : à ceux qui pointent du doigt une structure qui n'a jamais fonctionné selon les intentions initiales (trai-

124 Entretien avec un ancien RT du projet Lofa.

ter les victimes des violences) et qui servirait d'hôpital de référence pour les classes moyennes ou aisées du *Central Monrovia*, d'autres répondent que le MPH est un projet innovant à la pointe des efforts réalisés par le mouvement sur l'offre de soins hospitalière.

Sur le terrain, les équipes s'épuisent dans un contexte difficile : problèmes récurrents de ressources humaines¹²⁵, nombreux conflits avec les autorités libériennes, problèmes posés en termes de techniques médicales pour les pathologies spécifiques auxquelles le MPH est confronté¹²⁶, sentiment de recevoir des patients en bout de course pour lesquels on ne peut plus rien, etc. La réflexion sur le futur de ce projet s'engage véritablement en 2005 : d'une part, avec la prise de conscience que le Libéria entre durablement dans une phase de paix¹²⁷, d'autre part, avec la venue d'un chef de mission qui pose très directement la question de la légitimité de la présence MSF dans un pays en post-conflit : « La discussion a mis du temps à prendre en 2004, on manquait de coordination. A partir de 2005, sous l'impulsion du nouveau chef de mission, on a commencé à réfléchir... Jusqu'où aller, jusqu'à quand rester dans ces contextes ? C'est très difficile de répondre à ces questions. Il y a autant de réponses que de personnes »¹²⁸. De fait, le devenir de la structure fait débat : extension des activités, concentration sur certaines catégories de soins ou fermeture ? Tout en reconnaissant que la structure rend beaucoup de services à la population, certains estiment qu'elle ne relève pas de la « raison d'être » de MSF¹²⁹. Ainsi, en mai 2006, la coordinatrice médicale écrit au desk : « il ne faut pas augmenter le niveau d'activités de soins à l'hôpital, parce qu'en pratique cela voudrait dire faire un « JFK » [principal hôpital de soins secondaires de Monrovia], ce dont sans doute Monrovia a besoin mais je pense que ce n'est pas à MSF de le faire ». Elle exhorte le

125. Les équipes de terrain ont notamment le sentiment que, au regard de crises plus médiatisées, la mission Libéria n'est pas prioritaire dans l'allocation de personnels expérimentés.

126. En 2005, près d'un quart des décès à l'hôpital de Mamba Point sont liés à des maladies chroniques ou à des problèmes d'hypertension que MSF a peu l'habitude de traiter dans les situations de conflits. Fin 2005, le desk Libéria décide de faire un effort particulier en direction de la diminution de la mortalité dans le service de médecine de l'hôpital (celui qui a le plus fort taux de mortalité). Il s'agit de « mettre en place des outils de diagnostic plus précis de la situation, de pouvoir identifier les maladies curables ou traitables ayant les plus fortes mortalités » et de mettre en place, le cas échéant, des traitements adaptés (Présentation faite aux opérations en décembre 2005 et entretien avec le responsable Desk MSF-F, décembre 2008).

127. Cette évolution est nette dans les fiches projets. En 2004-2005, l'objectif secondaire du MPH est encore d'« être capable de prendre en charge des blessés en cas de reprise de conflit armé ou des violences dans la ville de Monrovia ». En 2005-2006, cet objectif disparaît au profit d'une dizaine d'objectifs plus médicaux (« Mettre en place une consultation externe pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques », « Prendre en charge les patients atteints de sida et introduire les ARV », « Prendre en charge les patients atteints de tuberculose », « Continuer la formation pour les équipes de l'hôpital », etc.). L'objectif est moins de se préparer à la reprise de la guerre que d'innover dans le domaine des soins hospitaliers en milieu précaire.

128. Entretien avec la coordinatrice médicale, MSF-F Libéria.

129. L'expression qui revient le plus souvent dans les rapports comme dans les entretiens est que le MPH « n'entre pas dans le mandat de MSF ».

desk à envisager une fermeture pour le courant 2006. D'autres encouragent un recentrage des activités MSF France vers les soins primaires dans les quartiers déshérités ou vers la chirurgie.

Les discussions sur l'avenir du projet menées sur le terrain se doublent de vifs échanges au siège sur les choix stratégiques qui s'offrent au mouvement. A ce moment, la direction des opérations pousse au recentrage des projets MSF sur les « victimes directes de violence ». Certains trouvent cette vision trop restrictive ou estiment qu'elle offre peu d'espaces pour des projets innovants. Fin 2006, le projet est examiné deux fois en l'espace de trois mois en réunion des opérations. Il est décidé de garder le MPH en le concentrant sur deux départements (médical et chirurgical) et en fermant les deux autres (l'obstétrique et la pédiatrie). L'objectif est clairement orienté vers une amélioration des savoirs faire hospitaliers de MSF. La présence à Monrovia (plutôt qu'ailleurs) reste légitimée sur la base de la faiblesse de l'offre de soins secondaires (et les taux de mortalité importants du département médical du MPH) et sur l'ajout d'un nouvel objectif : atteindre les populations les plus vulnérables du Central Monrovia. Dans l'ensemble pourtant, le MPH « nouvelle formule » répond plus à une préoccupation d'amélioration des techniques médicales (en l'occurrence hospitalières) qu'à une réflexion sur le positionnement de MSF dans les politiques de développement sanitaire d'après-guerre. On se donne deux ans pour lancer ce projet de reconfiguration du MPH et l'évaluer.

Pourtant, un an plus tard, une nouvelle réunion des Opérations décide de la fermeture du MPH à l'issue de discussions très tendues. Les versions diffèrent quant aux rôles tenus par les uns et les autres. Le revirement s'explique sans doute par la conjonction de plusieurs éléments : l'idée soutenue par la direction des opérations que MSF n'a pas de rôle à jouer dans le post-conflit est un élément important de la décision mais il ne suffit pas à tout expliquer. Il faut y ajouter une certaine hostilité à l'égard des grands projets hospitaliers, les rapports de pouvoir entre certains responsables du siège, et enfin une lassitude importante face aux problèmes récurrents que rencontre la mission au Libéria (en particulier la multiplication des contentieux judiciaires). Décision est alors prise de fermer le MPH dans le milieu de l'année 2007.

Lors des discussions de décembre 2006, le desk, convaincu qu'il faut rester au Libéria, propose un ultime projet axé sur les violences urbaines. La proposition fait valoir que MSF mène déjà un projet similaire en Haïti. La direction des opérations reste dubitative sur la validité d'une telle comparaison mais décide d'évaluer cette problématique dans les six premiers mois de 2007. Il s'agit là d'un dernier effort pour s'interroger sur les dynamiques particulières de l'après-guerre libérien.

Malgré l'intérêt porté à cette question par les derniers chefs de mission, l'étude ne débouche sur aucune proposition concrète : on a, semble-t-il, peine à trouver une traduction opérationnelle et surtout médicale à une problématique essentiellement politico-sociale. Une étude de MSF menée en intersection sur l'offre de soins à Monrovia fin 2004 avait également conclu que, d'un point de vue sanitaire, les populations urbaines se portaient mieux que celles des zones rurales¹³⁰. La logique de fermeture l'emporte. Après l'échec d'une tentative de passation au gouvernement indien propriétaire des lieux, le MPH ferme ses portes en mai 2007. Avec lui se clôt pour MSF France une présence de dix-sept ans au Libéria.

Que peut-on retenir de cette fermeture ? D'abord, le fait que, contrairement à sa réputation de « première arrivée, première partie », MSF France n'a pas donné une réponse aussi brutale que cela à la question de sa présence dans le Libéria post-Taylor. Non seulement MSF France est restée cinq années au Libéria après la fin des hostilités mais elle a également hésité sur les options à suivre et il y a eu des débats sur la manière d'adapter les opérations au nouveau contexte.

Au final, l'idée qui l'emporte est néanmoins celle selon laquelle MSF France n'a pas de rôle particulier à jouer dans le Libéria post-Taylor et n'a notamment pas vocation à participer aux politiques de reconstruction sanitaire. Cette décision reflète à la fois un certain rapport de force (au siège mais aussi sur le terrain) et la prégnance d'une certaine vision du « cœur de métier » de l'organisation, à savoir « l'intervention en période de conflit ». Cette position contraste avec celle des deux autres sections étudiées ici.

2.2.2. ACTIVITÉS MSF SUISSE : UNE RECONSTRUCTION QUI NE DIT PAS SON NOM ?

Une mission qui continue son extension

A la clinique de Saclepea même, l'offre de soins s'étoffe : entre 2003 et 2004, le centre de santé s'organisait déjà autour d'un IPD/OPD, d'une maternité et d'une unité nutritionnelle. Dans les deux années qui suivent s'y ajoutent un programme tuberculose, un programme SIDA, un service de pédiatrie, un programme VVS rebaptisé en mars 2006 Women's Health Unit. Cette problématique se développe depuis la fin des années 1990 dans le courant MSF (et plus largement dans le monde de l'aide humanitaire). A Genève, elle est portée par plusieurs personnalités influentes du centre opérationnel dont Françoise Duroch¹³¹.

130. Une conclusion qui nous semble trop hâtive et trop générale (voir dernière partie).

131. Voir le rapport « Femmes » de mai 2004. Le Libéria est alors l'un des six pays où la section suisse anime des activités SGBV incluant des soins ainsi que des formes de soutien psychologique et juridique.

La section suisse maintient par ailleurs son activité de cliniques mobiles (en particulier en direction de la frontière ivoirienne ainsi placée « sous surveillance ») et renforce surtout le travail de soutien aux postes de santé dans le sud Nimba : au total, ce sont huit postes de santé qui sont construits ou réhabilités entre 2003 et 2008. En 2005-2006, MSF Suisse se lance également dans une série de missions exploratoires dans le sud-est du pays. Passée la crise financière qui l'avait contrainte à céder Benson à MSF Espagne, MSF Suisse cherche à ouvrir un second projet au Libéria. Comme en 2003, elle essaye de pousser un peu plus loin les « frontières » géographiques de son déploiement. En effet, après le désarmement, de nouvelles ONG, dont certaines actives dans la santé, se déploient au Nimba. Par contre, les zones les plus enclavées du pays (comme le sud-est) restent encore vides de structures et d'organisations. Pour MSF Suisse, il s'agit à nouveau de se rendre là où les autres ne vont pas : « The South East region of Liberia is poorly covered by existing health infrastructure and the humanitarian needs in the region are still quite large and mainly unmet »¹³². Les explorations sont également justifiées par la proximité de la frontière ivoirienne : « The Counties in the South-East corner (Grand Gedeh, River Gee, and Maryland) are also located along the border with Ivory Coast and may face future influxes of refugee populations or other emergency needs if the situation in Ivory Coast remains unstable or explodes with renewed fighting »¹³³. Comme si le sous-équipement sanitaire ne pouvait à lui seul justifier l'extension du travail des équipes, on ajoute ainsi une justification géopolitique aux explorations. Finalement, alors que les rapports des missions exploratoires confirment l'absence ou l'extrême faiblesse des structures de soins, l'initiative ne débouche sur aucune décision concrète. Au cours de l'année 2006, la légitimité de la présence suisse au Libéria est en effet remise en question.

Des objectifs qui se brouillent

Alors même que le projet Nimba continue de se transformer (voir encart sur le projet Saclepea), les raisons qui fondent la présence MSF dans cette région et au Libéria plus largement commencent à se brouiller. En février 2006, le plan opérationnel pour 2006-2007 définit la situation au Libéria comme une « post-urgence » dont la principale priorité est la reconstruction d'un système de soins primaires fonctionnel. Ce même rapport souligne l'absence totale de capacité du ministère de la Santé libérien dans le bas Nimba : dans ces conditions, MSF

132. MSF-CH, POA 2006.

133. Idem.

entend garantir l'accès aux soins primaires et secondaires à la population de cette région. L'un des principaux chantiers ouverts cette année là est alors la construction d'un hôpital en dur de 50 lits à Saclepea. Cependant la formulation des objectifs est ici ambiguë : la reconstruction du système de soins libérien est déclarée prioritaire et MSF s'attelle à la construction d'un hôpital en dur, mais rien ne dit ici que l'objectif de MSF soit alors de s'inscrire dans les plans de reconstruction nationaux. Il s'agit peut-être moins d'un oubli ou d'une imprécision que du fait que la question n'a pas été tranchée. Dans la seconde moitié de l'année 2006, le siège prend pourtant la décision d'une fermeture des activités médicales dans le Nimba programmée pour l'année 2008 (après la fin des travaux à Saclepea et la passation de l'ensemble des structures de soins gérées par MSF). Cette décision est en partie liée à une discussion plus large en cours au siège sur la nécessité de mieux savoir fermer les projets à la fin des crises : le projet opérationnel 2004-2006 de MSF Suisse regrette ainsi que « too often we try to identify uncovered needs in order to stay on leading to difficulties in controlling growth. But crisis situations do come to an end and objectives as initially defined may be reached. In this respect, we should start thinking about exit when starting a given project »¹³⁴.

Dans le même ordre d'idée, le rapport d'activités de 2006-2007 évoque la question de la fermeture du Libéria en raison d'un « contexte stabilisé » et des « intérêts économiques » que suscite le pays. Pourtant, en novembre 2007, le rapport de fin de mission du coordinateur médical de MSF-Suisse définit de toute autre manière l'objectif de la mission : pour lui, il s'agit « en collaboration avec les autres acteurs de la santé, en particulier le MOH de développer un système de soin de qualité pour la population du bas Nimba ». Acheminement vers la fermeture, offre de soins à une population démunie dans la post-urgence ou mise en œuvre du plan national de santé décidé par les autorités nationales et internationales, les objectifs de la section changent d'un auteur à l'autre. Dans le courant de l'année 2008, le projet Nimba n'est d'ailleurs toujours pas fermé : les travaux de l'hôpital de Saclepea sont bien finis depuis décembre 2007 mais la mission a retrouvé une raison d'être temporaire dans la conduite d'une étude sur l'ASAQ¹³⁵ en accord avec le ministère libérien.

MSF Suisse et la reconstruction : une participation mezza voce

Sans clairement assumer ses objectifs en matière de reconstruction, la section

134. Operational Project, 2004-2006, Draft version, MSF-CH, November 2003.

135. Une des combinaisons thérapeutiques développée par le DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) et recommandée par l'OMS contre le paludisme en Afrique.

suisse suit *de facto* la voie des autres ONG à vocation médicale (IMC, Médecins du Monde, Africare) engagées dans la réhabilitation du système de santé. Certes elle se distingue de ces organisations par son autonomie décisionnelle et un rôle de substitution largement assumé¹³⁶. Pour MSF Suisse, le ministère de la Santé est encore en 2006 dysfonctionnel sur le terrain :

« Although there has been some development in the past two years, the overall health infrastructure is still completely inadequate for the general population. The only improvements in the health structure are due to NGOs and their ability to spread further into the countryside to develop more programs. The Ministry of Health does not function at all as an implementing agency. They have not yet begun to implement a real health strategy or have a real presence within the health care system in Liberia. They have no resources and very little staff – almost 100% supported and supplies through NGOs » (MSF-CH, POA 2006).

MSFSuisse s'engage dès lors dans la « reconstruction » en entendant bien préserver son indépendance décisionnelle. Ainsi, comme les autres sections MSF, elle ne participe au *cluster* santé des Nations unies qu'à titre d'observateur. Localement, les autorités sanitaires sont informées et consultées mais MSF Suisse garde le contrôle de ses opérations. Du fait du rôle étendu joué par MSF dans le district sanitaire du bas Nimba, cela débouche parfois sur des malentendus importants : ainsi le County Health Team n'a été informé que très tardivement du projet d'hôpital en dur à Saclepea. Inversement, ce n'est qu'après le début des travaux que les équipes MSF se rendent compte de l'existence, à Saclepea même, d'une autre structure publique soutenue par Mercy, une ONG libérienne. Le format même de la nouvelle unité MSF pose problème aux autorités sanitaires : d'abord parce qu'il n'y avait pas d'unité de soins secondaires à Saclepea avant la guerre (l'hôpital de référence se trouvant à Ganta à une heure de route) ; ensuite parce que la structure MSF, même réduite à 32 lits, n'a pas d'équivalent dans le système libérien auquel il doit pourtant s'intégrer : ni simple poste de santé, ni hôpital de référence. La carte sanitaire libérienne doit donc s'adapter pour intégrer la structure conçue par MSF : finalement, lors de l'inauguration officielle en décembre 2007, la structure conserve le nom de CHC (*Comprehensive Health Center*) que lui a donné MSF.

136. Pour des ONG comme MDM, la substitution fait presque figure d'épouvantail et ces organisations ne s'y résolvent qu'en dernière extrémité. Pour elles, l'objectif est de travailler en partenariat systématique avec le ministère de la Santé (entretien avec desk MDM Libéria, Paris, décembre 2007).

L'évolution du Projet MSF-CH à Saclepea

A Saclepea se pose depuis 2005 la question du passage d'une structure temporaire sous tentes à une structure en dur. Lors de visites de terrain, des responsables du siège s'inquiètent du « village de tentes » construit par MSF dans le Nimba, ou s'en moquent. Pour des raisons d'hygiène et de rationalisation de l'espace, la coordination décide alors de passer dans une structure en dur plus à même d'accueillir les activités médicales. Après avoir exploré un temps la possibilité de transférer les activités à l'hôpital de Tapeta, les Suisses choisissent finalement de se lancer dans la construction d'une structure en dur à Saclepea même. Le projet d'abord ambitieux (une structure de 80-90 lits) est revu plusieurs fois à la baisse pour tenir compte des possibilités de reprise par les autorités sanitaires libériennes (finalement 32 lits). A l'issue des travaux, le CHC de Saclepea provoque quelques débats au siège : les uns le considèrent comme une véritable réussite technologique et une contribution concrète à la reconstruction du système de santé libérien, les autres moquent le « monstre de référence » qui, s'il ne se vide pas après le départ de la section, pèsera sur les capacités de gestion de l'administration locale.

Le rapport de MSF Suisse à l'effort de reconstruction est au final assez déroulant. Au siège, il ne semble pas y avoir de véritable discussion sur les enjeux et les limites d'une telle implication. Par ailleurs, le degré de participation des MSF Suisse à la reconstruction du système de soins au sud Nimba contraste avec la relative timidité de leur engagement politique sur cette problématique. A la différence de MSF Belgique ou d'une organisation comme MDM, MSF-Suisse n'a pas développé de fortes activités de lobbying auprès du gouvernement ou des bailleurs pour influencer ou soutenir la reconstruction du système de santé public et l'élaboration des nouvelles politiques de santé publique dans le Libéria post-guerre. Pourtant sur le terrain, MSF Suisse est un acteur clé dans la région du Nimba. Par ailleurs, le POA 2005 annonçait une volonté de témoignage sur les « déserts médicaux » (« on the medical "deserts" in countries coming out of crisis (Angola, Liberia) »). En l'absence de véritable réflexion sur une notion délicate à manier, cette action se limitera essentiellement à quelques communiqués de presse appelant à ne pas oublier le sort des populations libériennes.

Ainsi les MSF suisses ne s'associent pas à la campagne menée par MSF Belgique et Save the Children-UK pour soutenir la gratuité des soins au Libéria. Par contre, ils organisent en 2008 une conférence publique sur le traitement des violences sexuelles. A l'issue de cette conférence, MSF Suisse demande d'ailleurs à ce que les violences sexuelles soient reconnues comme une « priorité nationale » et recommande une « approche décentralisée avec des structures intégrées sur l'ensemble du pays » ainsi que la mise en place de formations spécifiques (sur le modèle du Women's Health Unit de Saclepea). L'histoire du projet MSF Suisse au Nimba ressemble ainsi à une participation à la reconstruction en demie teinte, *mezza voce* ou qui ne dit pas son nom. Le bilan est loin d'être négatif lorsque la mission ferme finalement fin 2009, mais on peut se demander si la section n'aurait pas gagné à discuter plus ouvertement de son rapport aux politiques de la reconstruction post-conflit.

Epilogue

Au moment où s'achève la mission Libéria, le plan opérationnel 2008-2011 souligne : « our organization is suffering from a "this is not MSF" syndrome which tends to restrict initiative, progress and to favour the implementation of standard rules without and understanding of their raison d'être and their natural need to evolve with time. Anything can become an MSF practice from the moment it is relevant to the people we assist ». Cet appel à la réflexion arrive peut-être trop tard pour engager les discussions sur le rôle de MSF-Suisse dans la reconstruction du Libéria post-Taylor.

2.2.3. MSF BELGIQUE : LA RECONSTRUCTION PAR LE LOBBYING

Du côté de MSF Belgique, on se souvient que l'année 2005 s'annonçait comme celle de la très forte réduction des activités sinon de la fermeture prochaine de la mission au Libéria. Pourtant un revirement s'opère au cours de l'année et donne un nouveau dynamisme à la mission MSF Belgique.

Un dynamisme nouveau à partir de 2006

Alors que les passations de projets sont menées à bien, la mission libérienne fait l'objet de visites du siège et en particulier de l'AAU/Analysis and Advocacy Unit. Cette unité mène alors une réflexion opérationnelle sur la gratuité des soins : après avoir soutenu le recouvrement de coûts dans les années 1990, MSF Belgique s'est en effet engagée depuis 2003 dans une politique inverse de lobbying en faveur de la gratuité¹³⁷. Les situations de sorties de conflits apparaissent propi-

137. Il est difficile de dater avec précision ce retournement mais il est en partie lié à une vaste enquête sur l'accès aux soins menée par MSF-B au Burundi fin 2003 (cf. Mit Philips, Inma Vazquez et Armand Sprecher, « Good donorship in practice: the case of Burundi », *Humanitarian Exchange Magazine*, n°29, mars 2005).

ces à la promotion de tels messages. Les populations y sont encore fragiles et appauvries, les discours sur la gratuité peuvent s'appuyer sur l'idée d'une nécessaire période transitionnelle pendant laquelle il faut suspendre (ou ne pas réintroduire) le paiement des soins par les patients. MSF Belgique a soutenu une telle politique dans d'autres contextes post-conflit comme le Burundi et la Sierra Leone. Certains poussent à étendre cette action au Libéria. En août 2005, une visite de l'AAU débouche sur la production d'un rapport recommandant une action forte contre la tentation de réintroduire le recouvrement des coûts au Libéria¹³⁸. En septembre 2005, un responsable de l'AAU fait circuler à l'intérieur du mouvement MSF un texte qui critique « l'attitude isolationniste » de certaines missions MSF et recommande au contraire d'établir des liens avec d'autres acteurs pour influencer les politiques de santé publique à certains moments décisifs¹³⁹. Le mois suivant, l'AAU produit un texte du même type pour les discussions de La Mancha. Ce texte cite les situations post-crise comme le Burundi ou le Libéria dans lesquelles MSF a encore un rôle à jouer par son poids politique et sa connaissance des enjeux sanitaires¹⁴⁰. Il faut notamment protéger les populations en situation de post-conflit d'un retour trop brusque à des logiques de développement reposant sur le recouvrement des coûts¹⁴¹.

Relayée par des responsables des départements opérationnels, cette réflexion sur le rôle réformateur de MSF dans l'après-guerre et la reconstruction va donner un nouveau souffle à la mission MSF Belgique au Libéria. L'action de lobbying suppose en effet que MSF sache identifier les différents acteurs et leurs politiques, qu'elle soit capable d'établir des liens avec eux et qu'elle puisse aussi peser sur des choix en continuant de mener des opérations dans les pays concernés. Il faut également que MSF Belgique se montre en mesure de produire des informations suffisantes pour étayer ses recommandations en matière de politiques de santé. Tout en veillant à préserver une certaine indépendance d'action, MSF Belgique va, plus que les autres sections, s'engager dans une série de discussions avec les autres acteurs de l'aide et plus encore avec le ministère de la Santé et ses bailleurs de fonds. C'est ainsi qu'un « officier de liaison », en charge des dossiers libériens et sierra léonais, est envoyé sur le terrain à partir de 2006.

138. Suspendu depuis septembre 2003.

139. « Action unique, parole unique, pensée unique : à un pas du contrôle de la pensée et de la Complaisance. MSF et les gardiens de la pensée unique de l'humanitaire », Mit Philips, septembre 2005.

140. « MSF et l'accès aux soins de santé : de l'expérience sur le terrain au plaidoyer pour un changement de politique », Mit Philips, octobre 2005.

141. Cette position est d'ailleurs soutenue par d'autres intervenants comme Egbert Sondorp (ancien membre du conseil d'administration de MSFH et maître de conférences à la London School of Hygiene and Tropical Medicine) qui avance lui l'idée d'un espace transitionnel qui suit les crises et dans lequel MSF a encore un rôle important à jouer. Le Libéria est d'ailleurs explicitement cité dans un texte livré par Sondorp pour La Mancha (Sondorp, « Creating 'transitional space' », *My sweet La Mancha*, MSF, décembre 2005, p.288-290).

D'autres acteurs soulignent néanmoins que cet effort de lobbying n'est pas la seule raison du maintien de la présence de MSF Belgique au-delà de 2006. D'abord d'un point de vue opérationnel, l'année 2006 s'est traduite par un investissement croissant sur Island Hospital. Après avoir tenté une passation avec le ministère, la section belge décide finalement de prendre entièrement en charge cette structure d'hospitalisation spécialisée dans la pédiatrie. Le nombre de lits ne cesse d'ailleurs d'y augmenter : 50 en 2002, 65 en 2003, 122 en 2006, 187 en 2008. Ensuite le maintien de MSF Belgique s'explique par le malaise des équipes face aux difficultés générées par la fermeture des projets et par la question de la passation. Pour certains, le maintien de la mission serait moins lié à la volonté de peser sur l'orientation générale des politiques de santé d'après-guerre qu'aux difficultés à trouver des stratégies de sortie satisfaisantes¹⁴². On peut ainsi se demander si le développement du projet Island Hospital n'est pas directement lié aux tensions suscitées par la fin difficile du projet Redemption (tensions avec les autorités, avec le personnel mais aussi malaise des équipes face à un retrait parfois associé à un sentiment d'abandon des populations). Un document interne de MSF Belgique précise ainsi la ligne de communication à adopter face aux questions posées par la presse et les autorités libériennes :

« Did you make the wrong decision by leaving Redemption? No. It made possible to intensify the work at Island Hospital and to help many that we were not able to help while we were working at Redemption. I do regret that Redemption is not functioning well. The responsibility of the problems at Redemption is a collective responsibility and is shared by international donors, MSF and the government of Liberia »¹⁴³.

Après une série de passations en 2005-2006, les opérations de MSF Belgique retrouvent une raison d'être en se focalisant sur une structure hospitalière entièrement privée et un groupe identifié comme particulièrement vulnérable dans l'après guerre, les « enfants ». Ce renouveau a certainement plusieurs causes : la difficulté à fermer les projets existants et le choix de se concentrer sur une structure d'hospitalisation en pédiatrie se conjuguent finalement avec l'effort de lobbying sur la gratuité des soins pour redonner un souffle nouveau à la mission Libéria.

De la gratuité à la fermeture (2007-2010)

La section belge fait un effort particulier de lobbying lors de la conférence internationale des donateurs qui se réunit à Washington en février 2007 pour discu-

142. Entretien avec chef de mission MSF-B, Monrovia, février 2009.

143. « Redemption handover. Main messages », non daté, non signé. Archives Mission MSF-B au Libéria.

ter du Libéria. A cette occasion, la section belge publie un rapport intitulé « No cheap solution for health care in Liberia: From emergency relief to development » (9 février 2007). MSF Belgique alerte les donateurs sur la difficile transition entre intervention d'urgence et phase de développement. Alors que les acteurs humanitaires qui fonctionnaient en substitution des pouvoirs publics se retirent, MSF Belgique estime qu'un gros effort d'investissement est nécessaire dans le domaine de la santé. Le rapport soutient également le maintien de la gratuité des soins en citant l'exemple de Redemption Hospital où la réintroduction partielle du recouvrement des coûts a entraîné une baisse importante de la fréquentation après le départ de MSF.

Il est difficile de cerner quel aura été l'impact des politiques de lobbying de MSF Belgique en la matière. La gratuité des soins a été maintenue au Libéria jusqu'à aujourd'hui. Les efforts de la section belge y sont pour quelque chose même si d'autres acteurs ont également soutenu cette position (ECHO). Un rapport de l'UNICEF souligne également que le gouvernement libérien n'avait guère d'autres options que de maintenir cette gratuité étant donné la pauvreté de la population.

La section belge a eu plus de difficultés à attirer l'attention des bailleurs sur le besoin de soutenir les structures d'hospitalisation en pédiatrie sur Monrovia. A elles seules, les sections belges et espagnoles couvraient 80% de cette offre de soins en 2008. De fait, les bailleurs de fonds s'impliquent essentiellement dans la reconstruction du système de soins primaires à l'intérieur du pays et dans la mise en place d'un paquet minimum de services de santé (ou *Basic Package of Health Services* - BPHS -, politique adoptée en 2008 par le ministère).

Après le relatif succès des opérations de lobbying menées en 2007, la section belge se pose à nouveau la question de la fermeture de ses projets au Libéria. En 2008, un nouveau plan de fermeture des activités est mis en place avec un calendrier portant jusqu'en fin 2009. Le plus gros souci des équipes concerne Island Hospital. Cette structure a connu une croissance rapide rendue nécessaire aux yeux des équipes par le manque de structures équivalentes dans le pays (Island passe de 50 à 187 lits entre 2002 et 2008). En 2009, le représentant d'ECHO estimait d'ailleurs que la taille de la structure était un sérieux obstacle à sa reprise par le ministère de la Santé. MSF Belgique a finalement opéré la passation de cette structure en juin 2010 avec le ministère de la Santé libérien sans avoir trouvé à notre connaissance de bailleurs internationaux pour soutenir la structure. Il est encore trop tôt pour savoir ce que deviendra cette structure dans les années à venir.

2.3. CONCLUSION

La comparaison entre les opérations menées par trois sections MSF au Libéria met en évidence à la fois des convergences fortes et de profondes divergences d'analyse sur l'action humanitaire en sortie de guerres.

Dans l'immédiat après-guerre, les trois sections ont mis en place des opérations assez similaires, abordant encore la situation libérienne avec les grilles de lecture héritées du temps de guerre. A mesure que la paix s'installe durablement, ces grilles d'analyse apparaissent périmées, les questions émergent sur la légitimité de la présence de MSF et les politiques opérationnelles divergent d'une section à l'autre. MSF France hésite un temps entre plusieurs options pour son hôpital urbain mais décide finalement, au terme d'un débat tendu, qu'elle n'a pas de rôle à jouer dans un pays aux mains des « développeurs ». Elle est donc la première à partir. MSF Belgique s'achemine vers la sortie dès la fin de l'année 2005 quand un courant de réflexion plus large et largement initié par le siège vient raviver la mission : celle-ci est gagnée par l'ambition d'influencer les politiques de reconstruction et de mieux gérer ses propres stratégies de sortie. Le bilan de ce choix reste encore à faire et n'est ici qu'esquissé. MSF-Suisse est également restée plus longtemps que MSF France et s'est engagée de fait dans une action de réhabilitation d'un district sanitaire. C'est sans doute la section qui participe le plus à la reconstruction du système sanitaire telle qu'elle est pensée par le dispositif de l'aide. Pourtant, la section suisse n'assume pas ce rôle de constructeur et, à la différence de MSF Belgique, la section ne débat que très peu de ses ambitions exactes en ce domaine. Au final, malgré leurs divergences, les trois sections ferment leurs projets et quittent le pays dans un laps de temps assez resserré (2007-2010)¹⁴⁴.

Au-delà des politiques, il est intéressant de noter combien le Libéria post-Taylor a été un moment de débats (sur le terrain comme au siège) sur les cadres d'intervention de MSF et les rôles possibles que l'organisation peut ou non choisir d'assumer. Les uns voient dans le Libéria post-Taylor le risque d'une dérive et d'un possible enlèvement dans des logiques de développement qui ne correspondraient pas « au cœur de métier » de MSF. D'autres rejettent cette notion de « cœur de métier » et appellent MSF à se montrer moins isolationniste, plus innovante et plus responsable dans les situations difficiles de transition post-conflit. L'objet de cette étude n'est pas de donner des bons points aux uns ou aux autres. Par contre il est intéressant de noter que l'essentiel des réflexions

144 MSF-B maintient cependant une petite présence en 2010 au Libéria et MSF-F y a envoyé une mission exploratoire (qui n'a débouché sur aucune décision d'ouverture).

menées à cette époque ont pris au sérieux la question de la Reconstruction. Ceux qui pensent que MSF n'a rien à faire dans cette période comme leurs adversaires acceptent finalement tous, les termes du débat tels qu'ils sont posés par les discours dominants des grands acteurs de l'aide (voir partie 1). D'une certaine manière, les termes mêmes du débat qui s'ouvre dans le post-conflit ne sont pas questionnés mais reçus comme des évidences : les enjeux humanitaires du post-conflit se confondent effectivement avec ceux de la reconstruction ; on choisit ou non d'y participer. Dans la partie qui suit, nous tentons de mettre en lumière les choix politiques sous-jacents au discours de la Reconstruction et nous soulignons l'intérêt de questionner les enjeux humanitaires d'une sortie de guerre avec d'autres grilles d'analyse que celles de la transition, de la reconstruction et du développement.

3. LECTURES ALTERNATIVES : UNE AUTRE SORTIE DE GUERRE, D'AUTRES ENJEUX HUMANITAIRES ?

Les discours dominants (celui de la reconstruction de l'Etat failli, celui du continuum URD, celui du *New Liberia*) influencent l'ensemble des intervenants du monde de l'aide. Même pour ceux qui choisissent de se tenir à l'écart des dispositifs qui les produisent, ces discours continuent de façonner les grilles de lecture à travers lesquelles sont appréhendées les dynamiques de la sortie de guerre au Libéria.

3.1. RELIRE L'ÉVIDENCE : L'APRÈS GUERRE, UNE POPULATION EXSANGUE, UN PAYS RAVAGÉ ?

Dire qu'un pays sort ravagé d'une guerre ou qu'une population sort exsangue d'un conflit relève incontestablement du lieu commun. Le Libéria post-Taylor n'a pas fait exception d'autant que la violence des combats avec son cortège d'hommes en perruques et d'enfants-soldats avait impressionné les médias internationaux. Face aux récits de destruction, la thématique de la « reconstruction » s'est imposée comme une évidence notamment dans le domaine de la santé. La relation entre guerre et situation sanitaire est au Libéria pourtant plus compliquée qu'il n'y paraît.

Les rapports produits à partir de 2003 pour diagnostiquer la situation sanitaire du Libéria ont ainsi fait état d'une situation extrêmement préoccupante. Ces chiffres légitimaient l'idée d'un investissement nécessairement massif dans la reconstruction du système de santé. Pourtant, en l'absence de données quantitatives difficiles à produire dans l'immédiat après-guerre, la plupart de ces rapports reposaient sur des chiffres datant des années 1990 voire de la période précédant la guerre. En 2007, l'enquête DHS (Enquête démographique et de santé), menée selon des standards internationaux, était censée pourvoir les décideurs en indicateurs sanitaires et témoigner du même coup de l'état préoccupant de la population¹⁴⁵. Or, si l'enquête a effectivement révélé une situation peu reluisante, elle a également produit son lot de surprises. Ainsi elle a fait état d'une amélioration de la santé ou de l'espérance de vie de certains segments de la population pendant la guerre. Ainsi, selon la DHS, la mortalité infantile (l'un des indicateurs les plus utilisés dans l'après guerre) aurait continuellement baissé depuis les années 1980, y compris pendant la guerre. D'autres enquêtes ont également révélé des situations assez surprenantes : par exemple, de nombreux observateurs s'attendaient à une forte prévalence du VIH dans la population libérienne suite à la guerre et aux violences sexuelles¹⁴⁶. Or cette prévalence est apparue relativement faible (1,5%¹⁴⁷) : elle est équivalente à celles de la Guinée et de la Sierra Léone et plus faible que celles du voisin ivoirien (4,7% en 2005¹⁴⁸) ou du Ghana (2,2% en 2003). Autre exemple, l'organisation ACF produisait en février 2008 une enquête sur l'état nutritionnel en milieu urbain et révélait des chiffres plus préoccupants que dans les zones rurales de l'intérieur, pourtant déclarées *underserved* et donc prioritaires pour l'aide alimentaire et nutritionnelle.

On peut choisir de négliger certains de ces résultats en soulignant qu'ils sont le fruit d'enquêtes à la méthodologie douteuse. C'est le cas de la DHS 2007 dont beaucoup d'observateurs s'accordent à dire qu'elle est construite sur des données démographiques fausses ou complètement dépassées. Mais on peut également estimer que ces données parcellaires et parfois contestables nous invitent aussi à réviser les jugements hâtifs sur les liens entre guerre et santé.

Avant la guerre, l'essentiel de l'offre de soins au Libéria relevait en fait d'un secteur privé, souvent missionnaire ou lié aux compagnies concessionnaires,

145. LISGIS, MOHSW & Macro International Inc., *Liberia Demographic and Health Survey 2007* (June 2008).

146. A notre connaissance, ce lien entre progression de l'épidémie de VIH et viols n'est pas avéré. Il est par contre souvent affirmé par des acteurs de l'aide dans les situations de conflit.

147. *Liberia Demographic and Health Survey 2007*.

148. « Enquête des indicateurs du sida (EIS-CI) » du ministère de la Santé.

secteur qui n'était pas accessible à la majorité de la population. Avec la guerre, des centaines de milliers de personnes et notamment de très jeunes personnes ont trouvé refuge dans une série de camps au Libéria ou à l'étranger où ils ont pu bénéficier d'un accès relativement inédit à la médecine curative et préventive (notamment à la vaccination). Il n'est pas interdit de penser dans ces conditions que la santé de certaines classes d'âge se soit paradoxalement améliorée du fait de ces exodes forcés dans les camps.

Il ne s'agit pas ici de dire que la guerre a constitué un moment positif pour la santé des Libériens. Mais on doit nuancer l'idée d'une destruction complète de l'économie de la santé et d'un effondrement uniforme des indicateurs sanitaires. La situation est beaucoup plus complexe : pour certaines populations, la fuite débouche paradoxalement sur une proximité et une accessibilité améliorée à l'offre de soins. Pour d'autres, elle est au contraire un moment de dégradation et d'inaccessibilité aux structures de soins. Il est ainsi possible que les indicateurs de santé materno-infantile, objets d'une attention particulière de la part des ONG internationales, se soient améliorés alors que l'état d'autres populations se dégradait. C'est d'ailleurs cette analyse que le Desk MSF France effectue à l'hôpital de Mamba Point en recentrant les soins sur les populations négligées : « les hommes adultes étaient finalement ceux dont la santé était laissée à l'abandon »¹⁴⁹. Il ne s'agit pas ici de nier l'impact sanitaire qu'a pu avoir le conflit sur la population libérienne. Ils 'agit par contre d'arrêter de regarder le Libéria post Taylor comme une *tabula rasa* où tout serait à reconstruire. Il s'agit également de nuancer nos analyses et de saisir des situations sanitaires plus contrastées que ne le laisse penser le discours sur l'Etat fantôme et les guerres barbares.

3.2. RESTITUER LA DIMENSION POLITIQUE DE LA RECONSTRUCTION : L'AIDE OÙ LES GENS SE TROUVENT / L'AIDE OÙ L'ON VOUDRAIT QU'ILS SOIENT

Les discours sur la « reconstruction » de l'Etat failli se présentent comme des discours de générosité et de solidarité de la communauté internationale à l'égard du peuple libérien. Ils ont surtout l'apparence d'évidences basées sur le « bon sens » : après une guerre il faut évidemment passer à la reconstruction. Pourtant, pratiques et discours de reconstruction du « New Liberia » recouvrent aussi des enjeux politiques en grande partie liés à la reconstruction d'un ordre sécuritaire, préoccupation commune au nouveau régime et aux principaux acteurs

149 Entretien avec responsable Desk Libéria MSF-F, décembre 2008.

internationaux (voir première partie). Ainsi, l'une des grandes questions qui parcourent le monde de l'aide au lendemain de la guerre est celle de la gestion des populations déplacées, soit plus du tiers de la population libérienne. Pour relancer le Libéria, son Etat, son économie et assurer la sécurité, les différentes autorités nationales et internationales veulent ramener l'ensemble de ces déplacés « chez eux ». Les camps de réfugiés et de déplacés sont considérés comme des zones d'insécurité et de troubles potentiels. Les quartiers pauvres et surpeuplés de Monrovia sont perçus comme des foyers de criminalité mais aussi de contestation (plusieurs émeutes éclatent à Monrovia, toutes mises sur le dos des « ex-fighters »). Les acteurs de l'aide sont mis à contribution pour contenir cette « menace » sous couvert de participation à la « reconstruction ». Les agences onusiennes, notamment le HCR et ses partenaires opérationnels (« implementing partners ») sont en charge de ramener les Libériens dans leur « région d'origine », parfois avec le soutien des soldats UNMIL ou de la police libérienne pour calmer les rues de Monrovia et « inciter » les IDP au départ¹⁵⁰.

Les impératifs liés à la gestion politique des populations ont un impact direct sur les organisations humanitaires et les choix qu'elles sont encouragées à faire dans la distribution de l'aide. En effet, où doit aller l'aide dans le Libéria post-Taylor? Faut-il la distribuer là où la population se trouve et donc s'occuper de Monrovia qui concentre entre 40 et 50 % des habitants? Ou faut-il l'attribuer là où l'on souhaite que la population retourne¹⁵¹ et se remette au travail (les zones rurales et notamment les zones de plantation et les espaces miniers du nord)? Des arbitrages assez clairs sont faits par les acteurs internationaux comme par le nouveau gouvernement libérien : l'aide ira dans les zones utiles (les zones rurales), elle n'ira pas soutenir les « inutiles » ou les « dangereux » encore massés dans les ghettos du Grand Monrovia. L'argument n'est jamais présenté aussi directement, il s'avance de manière beaucoup plus subtile : la guerre au Libéria est décrite comme le fruit d'un déséquilibre historique entre les « natives », les gens de l'intérieur, et l'élite américo-libérienne, élite essentiellement urbaine. Pour ne pas répéter les erreurs du passé, il faut donc investir dans les *underserved areas* (pour reprendre la terminologie en vogue dans les textes produits par la Banque mondiale et les Nations unies au Libéria), à savoir les zones rurales. C'est donc au nom des pauvres et des vulnérables que l'on oriente l'aide vers les zones rurales. C'est également au nom de la nécessaire réparation d'un déséquilibre historique lié aux origines mêmes de la république libérienne. L'argument ne manque

150. Voir l'analyse de Michel Agier dans *Vacarmes*, n°40, 2007.

151. Là où l'on suppose aussi qu'elle veuille retourner.

pas de logique à ce détail près qu'une grande partie des *underserved* s'agglutinent dorénavant dans les zones urbaines qui ne sont plus l'apanage des élites Congo¹⁵². Ces arbitrages dans l'attribution géographique de l'aide transparaissent assez clairement dans la rédaction du Plan national de santé (National Health Plan) et dans la priorité qu'il donne aux structures de soins primaires dans les zones rurales les moins desservies. Monrovia et les besoins sanitaires de son million et demi d'habitants passent largement au second plan. Il n'appartient pourtant pas à MSF de juger de ces politiques : par souci de sécurité mais sans doute aussi par conviction, le gouvernement et ses soutiens internationaux estiment que le retour des populations dans les zones rurales est la meilleure garantie d'un retour durable à la stabilité, on y concentre les efforts et donc la machine de l'aide. Par contre, il importe de comprendre cette politique et d'en saisir les conséquences pour les populations vulnérables. Le choix pour elles est en effet difficile : retourner dans les zones rurales dont elles sont originaires pour recevoir l'aide ou rester dans les camps ou les squats et se débrouiller. C'est en tout cas ici, dans la déconstruction des discours et des politiques de la reconstruction, que se dessinent aussi d'autres possibles pour l'intervention humanitaire.

3.3. D'AUTRES POSSIBLES : DE L'IDP AU DÉGUERPI DANS LE *NEW LIBERIA*

Lorsque l'on s'interroge non plus sur la place des humanitaires dans la reconstruction mais sur les effets des choix politiques liés à la reconstruction, d'autres figures apparaissent et ouvrent des pistes vers d'autres projets opérationnels. Dans les mois qui suivent l'élection de Sirleaf-Johnson, les autorités libériennes s'attachent à reconquérir les espaces occupés par les squatters, c'est le cas de plantations, d'espaces miniers mais surtout des zones urbaines de Monrovia : l'espace urbain utile est relativement rare et les prix du foncier atteignent des sommets avec l'arrivée massive des acteurs internationaux. En quelques mois, des milliers d'habitants sont encouragés ou forcés à quitter leurs lieux de résidence. Les solutions de relogement sont largement insuffisantes. Une partie de ces anciens squatters retournent sans doute, et faut de mieux, dans les zones rurales dont ils sont originaires, mais une grande partie s'accroche à la capitale et va s'entasser un peu plus loin dans les quartiers périphériques les plus pauvres et insalubres du grand Monrovia.

152. On désigne par ce terme les descendants des colons afro-américains qui ont constitué l'élite politique et sociale de la république libérienne depuis ses origines. Voir Stephen Ellis, *The Mask of Anarchy*, 1999.

Ce sont des « déguerpis », figure classique dans l'histoire urbaine ouest-africaine mais qui ne se retrouve nulle part dans les catégories classiques d'intervention des humanitaires. Les équipes MSF France et Belgique s'y sont en partie intéressées en explorant les ghettos mais sans trouver de format d'intervention opérationnel convaincant. L'enquête du Bureau international MSF effectuée au Libéria en 2006 avait également invité les équipes à réfléchir aux « victimes collatérales » des politiques de Reconstruction¹⁵³.

A l'instar des IDP, les déguerpis sont des fuyards même s'ils ne fuient pas forcément la même chose (les combats dans un cas, la loi et la police dans l'autre). Après, tout les sépare. Les IDP sont, au Libéria, une figure centrale, évidente, familière des dispositifs humanitaires, les « déguerpis » eux sont des nouveaux venus, des marginaux doublement insaisissables : d'une part, ils n'existent pas comme catégorie d'intervention légitime et d'autre part, contrairement aux IDP, la fuite ne les concentre pas mais tend plutôt à les disperser. Pourtant, si l'on restituait certains itinéraires on se rendrait peut-être compte que beaucoup de ces « déguerpis » sont eux-mêmes sans doute d'anciens IDP arrivés à Monrovia lors des différents moments de la guerre. Le déplacement de guerre crée-t-il plus de besoins sanitaires que le déguerpissement de l'après-guerre ? La réponse n'est pas évidente : les taux de malnutrition des zones urbaines relevés par ACF dans le Monrovia post-Taylor, les épisodes récurrents de choléra sur lesquels MSF est d'ailleurs intervenue indiquent que les besoins sanitaires sont importants dans cette zone et on pourrait peut-être les relier à cette nouvelle génération de déplacés, ceux qui fuient encore dans l'après-guerre. Mieux cerner cette problématique, ce serait aborder les problèmes sanitaires à Monrovia non pas sous l'angle de la problématique trop diffuse du développement urbain qui rebute ou paralyse certaines sections MSF, mais dans l'optique d'une assistance à une population bien particulière, une population déplacée et en danger, une population en tout cas épuisée d'avoir successivement fui les milices armées puis les forces de l'ordre du nouveau pouvoir. Une intervention en sortie de guerre mais hors reconstruction, une piste possible parmi d'autres dès lors que l'on interroge la sortie de guerre autrement qu'avec le seul discours de la Reconstruction.

153. « Several factors strongly suggest that the clusters in Liberia will define common strategies to be imposed on all participants. These include the already high level of UN integration, the proliferation of coordination structures adopting common positions (e.g. MSG), historical experiences of politicization such as the IDP return and the potential for fusion between the clusters and the LRDC's four-pillars process. One key humanitarian actor expressed concern that such common positioning risks "collateral damage" of populations not covered by assistance, such as non-returning IDPs. The question is if and how an independent actor like MSF should meet the needs of populations neglected in the UN or World-Bank led processes » (Katharine Derderian, *Liberia and the Humanitarian Reform*, MSF, Bureau international, octobre 2006).

Liste des sigles

ACF	Action Contre la Faim
ANR	Agence Nationale de Renseignement
CGR	Commissariat Général à la Réinsertion
CIAT	Comité International d'Accompagnement de la Transition
FAC	Forces Armées Congolaises
FARDC	Forces Armées de la RDC
FED	Fonds Européen de Développement
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
IRC	International Rescue Committee
LRRD	Linking Relief, Rehabilitation and Development
MONUC	Mission de l'Organisation des Nations Unies en RDC
MSF	Médecins Sans Frontières
MSF-B	Médecins Sans Frontières – section Belgique
MSF-F	Médecins Sans Frontières – section France
NFI	Non Food Items
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PARSS	Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PATS	Programme d'Appui Transitoire à la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMURR	Programme Multisectoriel d'Urgence, de Réhabilitation et de Reconstruction
PUC	Pool d'Urgence Congo
RCD	Rassemblement Congolais pour la Démocratie
SRSS	Stratégie pour le Renforcement du Système de Santé
TB	Tuberculose
UNOCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs



Fondation Médecins Sans Frontières *crash*

8, rue Saint-Sabin 75011 PARIS - FRANCE

tél. : 00 33 01 40 21 29 29 - fax : 00 33 01 40 21 29 62

www.msf-crash.org