

REVUE CRITIQUE DES OPÉRATIONS MSF-FRANCE AU DARFOUR (SOUDAN)

Octobre 2003 - Octobre 2004

Dr. Corinne Danet (MSF)

Sophie Delaunay (MSF)

Dr. Evelyne Depoortere (Epicentre)

Fabrice Weissman (CRASH/Fondation MSF)

DANS LA COLLECTION DES CAHIERS DU CRASH

- De l'Éthiopie à la Tchéchénie
Recueil des travaux de François Jean, *mars 2004*
- L'action humanitaire en situation d'occupation
Xavier Crombé - Cahier du Crash
Français/Anglais, octobre 2007
- Le Manuel des Acteurs de l'Aide
Cahier du Crash - *Français/Anglais dans un même volume, avril 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 - Cahier du Crash
Français/Anglais dans un même volume, à paraître en 2007
- MSF et la "protection" : responsabilités et discours pratiques
Judith Soussan – Cahier du Crash
Français/Anglais dans un même volume, à paraître en 2007

DANS LA COLLECTION 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, interventions de l'Otan (1998-1999)
Laurence Binet, *Disponible en Français et en Anglais, septembre 2006*

FONDATION MÉDECINS SANS FRONTIÈRES CRASH

(Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires)
8, rue Saint-Sabin 75011 PARIS - FRANCE
tel : 00 33 01 40 21 29 29 - fax : 00 33 01 40 21 29 62
email : office@paris.msf.org

Sommaire

METHODOLOGIE	p.11
PREMIÈRE PARTIE : REVUE	
1 – APERCU DE LA CRISE DU DARFOUR	p.15
1.1. Les principales étapes du conflit	p.15
1.2. Les acteurs et les formes de la violence	p.17
1.3. Les conséquences pour les populations civiles	p.19
1.3.1. Les déplacements de population	p.19
1.3.2. Violences physiques contre les civils	p.22
1.3.3. Mortalité globale	p.23
1.4. Les dynamiques du conflit	p.25
1.5. Les réactions internationales	p.28
1.5.1. Le silence initial (2002 – mars 2004)	p.28
1.5.2. La loi du tapage médiatique et l'ouverture du Darfour (mars – juin 2004)	p.30
1.5.3. Le débat sur l'intervention occulte la sous-assistance des personnes déplacées (juin–oct. 2004)	p.32
2 – GRANDES ETAPES DE L'OPERATION MSF-F AU DARFOUR	p.35
2.1. Octobre-novembre 2003 : Les premières missions exploratoires	p.35
2.2. Décembre 2003 – mars 2004 : démarrage à l'arraché	p.36
2.2.1. Ouverture et fermeture prématurée du camp d'Intifada à Nyala (9 décembre – 15 janvier)	p.36
2.2.2. Ouverture difficile de Zalingei et poursuite des missions exploratoires (24 décembre)	p.37
2.2.3. Ouverture de Mornay, dans l'œil du cyclone (31 janvier)	p.37
2.2.4. Négociations de nouvelles activités et de moyens d'actions plus conséquents	p.38
2.2.5. En résumé	p.39
2.3. Avril–juin 2004 : consolidation des activités	p.40
2.3.1. Consolidation progressive de nos activités	p.40
2.3.2. Gel des ouvertures	p.42
2.3.3. Première prise de parole publique sur les violences	p.43
2.4. Juillet–octobre 2004 : poursuite de la consolidation et déplacement des violences	p.44

DEUXIÈME PARTIE : CRITIQUE	p.49
1. JUSTESSE DE L'INTERVENTION	p.49
1.1. Aurions-nous pu intervenir plus tôt ?	p.49
1.1.1. Avant février 2003	p.49
1.1.2. Février-septembre 2003 : le choix de la persévérance depuis Khartoum	p.50
1.1.3. Petit retard à l'allumage (septembre 2003) et conclusion	p.51
1.2. Sommes-nous intervenus auprès des personnes les plus atteintes ?	p.52
1.2.1. Pourquoi le Darfour Ouest ?	p.52
1.2.2. Pourquoi les déplacés et les personnes qui les accueillent ?	p.55
1.2.3. Pourquoi Nyala, Zalingei, Mornay, Niertiti, Kerenik ?	p.55
1.2.4. Juillet 2004 et après : consolider encore ou étendre ?	p.56
1.3. Avons-nous exposé les populations à des violences supplémentaires ?	p.57
1.3.1. Effets d'exposition, effets de protection	p.57
1.3.2. La question de la participation de MSF à la politique de « nettoyage ethnique »	p.57
2 – EFFICACITE DES SECOURS	p.61
2.1. Stratégie globale et indicateurs de mortalité	p.61
2.1.1. Estimation quantitative de la population cible	p.61
2.1.2. Priorités d'intervention	p.62
2.1.3. Qualité du système de recueil de données	p.63
2.1.4. Evolution des taux de mortalité	p.65
2.1.5. Evolution des prévalences de malnutrition	p.68
2.1.6. Epidémies	p.69
2.1.7. Autres indicateurs de santé	p.69
2.2. Vaccination	p.71
2.2.1. Campagnes de vaccination contre la rougeole	p.71
2.2.2. Epidémies de rougeole	p.72
2.2.3. Vaccination contre la méningite	p.73
2.3. Approvisionnement en eau et assainissement (EHA)	p.73
2.3.1. Performance du système d'approvisionnement en eau	p.73
2.3.2. Limites de notre politique	p.75
2.4. Nutrition et secours alimentaires	p.76
2.4.1. Programmes nutritionnels thérapeutiques	p.76
2.4.2. Programmes nutritionnels supplémentaires et distributions alimentaires ciblées	p.78
2.4.3. A-t-on surestimé le risque de pénurie alimentaire ?	p.79
2.5. Consultations externes	p.80
2.5.1. Activité	p.80
2.5.2. Fréquentation	p.81

2.5.3. Consultants	p.83
2.5.4. Morbidité	p.84
2.6. Hospitalisation	p.85
2.7. Activités spécifiques	p.86
2.7.1. Violences et soins de santé aux femmes	p.86
2.7.2. Chirurgie et activités sur el-Genina	p.89
2.7.3. Réponse à l'épidémie d'hépatite E	p.92
2.7.4. Distributions de produits de première nécessité	p.94
 3 - ADEQUATION DES MOYENS	 p.95
3.1. Les limites de l'exercice	p.95
3.2. Budget et ressources financières	p.96
3.3. Ressources humaines	p.99
3.3.1. Personnel expatrié	p.99
3.3.2. Personnel soudanais	p.100
3.3.3. Coordination	p.101
3.4. Tentative d'adéquation, le cas du personnel médical	p.103
3.5. Tentative d'adéquation, le cas de l'Unimix et de l'huile	p.105
3.5.1. Comparaison entre l'écoulement des stocks et la consommation théorique induite par l'activité	p.105
3.5.2. Les questions posées par l'excédent de stock et le volume de nourriture engagé dans l'opération	p.106
3.6. Conclusion	p.110
 4 – PERTINENCE DU MESSAGE	 p.110
4.1. Secouriste ou publiciste, il faut choisir (décembre 2003–juin 2004)	p.110
4.1.1. Discrétion sur les violences	p.110
4.1.2. Discussion : Se taire pour rentrer (novembre 2004–janvier 2005)	p.112
4.1.3. Discussion : Se taire pour rester (janvier–mars 2004)	p.112
4.2. « Darfour : génocide ou simple catastrophe humanitaire ? » (juin–octobre 2004)	p.114
4.2.1. La montée en puissance du discours sur le génocide	p.114
4.2.2. Les raisons invoquées en faveur d'une clarification de la position MSF-France	p.115
4.2.3 Les prises de position MSF	p.116
4.2.4. Les réactions à MSF	p.119
4.2.5. Les réactions à l'extérieur	p.120
4.2.6. En guise de commentaires	p.121
 CONCLUSION	 p.125

<u>ANNEXES</u>	p.131
Annexe 1. Termes de référence	p.131
Annexe 2. Liste des principales personnes interviewées	p.132

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Carte 1. Progression de la contre-offensive gouvernementale au Darfour	p.17
Carte 2. Localisation des principaux sites de déplacés recensés par OCHA/WFP au 1 ^{er} juillet 2004	p.21
Carte 3. Missions exploratoires MSF-France au Darfour (octobre 2003 – octobre 2004)	p.35
Carte 4. Localisation des missions MSF (toutes sections) au 1 ^{er} juillet 2004	p.47
Tableau 1. Evolution du nombre de personnes déplacées et réfugiées du Darfour selon OCHA	p.19
Tableau 2. Estimation de la mortalité globale liée au conflit	p.23
Tableau 3. Récapitulatif des programmes MSF France au Darfour à fin mars 2004	p.40
Tableau 4. Récapitulatif des programmes MSF France au Darfour à fin juin 2004	p.44
Tableau 5. Récapitulatif des programmes MSF France au Darfour à fin octobre 2004	p.46
Tableau 6. Répartition de la présence des équipes de Médecins Sans Frontières toutes sections à fin 2004	p.48
Tableau 7. Evaluation du nombre de personnes assistées par MSF-F au Darfour (décembre 2003 - janvier 2004) (sources : MSF/Epicentre)	p.61
Tableau 8. Systèmes de recueil de données sanitaires utilisés par MSF-F au Darfour (janvier-octobre 2004)	p.64
Tableau 9. Taux de mortalité de référence au Darfour et au Soudan avant 2003 (sources : UNICEF)	p.65
Tableau 10. Résultats des enquêtes de mortalité rétrospective conduites au Darfour entre avril 2004 et janvier 2005 (sources : Epicentre & CRED)	p.65
Tableau 11. Taux brut de mortalité avant et après l'arrivée dans les camps de Mornay, Zalingei et Niertiti d'après les enquêtes de mortalité rétrospective, Darfour, Soudan, 2004 (sources : Epicentre)	p.65
Tableau 12. Prévalences de malnutrition de référence au Darfour et au Soudan pour en 2000 (UNICEF)	p.68
Tableau 13. Résultats du dépistage de la malnutrition aiguë globale réalisées par MUAC par MSF-F (janvier-octobre 2004) (sources : MSF)	p.69

Tableau 14. Résultats des enquêtes nutritionnelles conduites par Epicentre au Darfour en Z-score (mai-septembre 2004) (sources : Epicentre)	p.69
Tableau 15. Campagnes de vaccination contre la rougeole réalisées à Mornay, Zalingei, Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF-F)	p.71
Tableau 16. Estimation de la couverture vaccinale des enfants de moins cinq ans contre la rougeole par Epicentre à Mornay, Zalingei et Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources : Epicentre)	p.72
Tableau 17. Evolution des quantités d'eau potable disponibles par personne et par jour sur les sites d'intervention MSF-F (sources : MSF/E. Gignoux/J.S. Matte) (1) (2)	p.74
Tableau 18. Quantité d'eau et points de distribution disponibles par habitant sur les sites d'intervention MSF-F à la mi-octobre 2004 (sources : MSF/E. Gignoux)	p.74
Tableau 19. Principaux indicateurs d'activité des centres nutritionnels thérapeutiques MSF-F au Darfour et dans le reste du Soudan (février-octobre 2004) (sources : Epicentre)	p.77
Tableau 20. Nombre de consultations réalisées dans les centres de santé MSF-F de Mornay, Zalingei et Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.81
Tableau 21. Répartition en pourcentage des principales pathologies traitées dans les centres de santé MSF-F de Mornay, Zalingei et Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.84
Tableau 22. Admissions et sorties dans les hôpitaux MSF-F du Darfour (février-octobre 2004) (sources : <i>Sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.85
Tableau 23. Chiffre de morbidités des OPD MSF de Mornay, Zalingei, el-Genina et Niertiti (février-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF / Epicentre)	p.85
Tableau 24. Nombre de victimes de violences physiques traitées par MSF-F à Mornay (mars-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF / Epicentre)	p.86
Tableau 25. Effectif soudanais employé par MSF-F au Darfour en septembre 2004	p.100
Tableau 26. Consommation supposée d'Unimix MSF-F, Darfour (octobre 2003-2004)	p.105
Tableau 27. Consommation supposée d'huile de soja MSF-F, Darfour (octobre 2003-2004)	p.106
Fig 1. Estimation du taux brut de mortalité par province au Darfour (Soudan) selon l' <i>US State Department</i> (mars 2003 – janv. 2005)	p.24
Fig 2. Proportion de morts violentes au nord et ouest Darfour selon les différentes études de mortalité rétrospectives recensées par le CRED (déc. 2003 – sept. 2004)	p.25
Fig 3. Accessibilité et nombre d'expatriés au Darfour selon OCHA (sources : <i>UN Darfour Profile</i>)	p.30

Fig 4. Evolution des taux de mortalité à Mornay (sources : système de surveillance MSF/Epicentre)	p.67
Fig 5. Evolution des taux de mortalité à Zalingei (sources : système de surveillance MSF/Epicentre)	p.67
Fig 6. Evolution des taux de mortalité à Niertiti (sources : système de surveillance MSF/Epicentre)	p.67
Fig 7. Evolution du nombre moyen de consultations hebdomadaires par pathologies dans les centres de santé MSF-F de Mornay, Zalingei et Niertiti (sources : MSF)	p.70
Fig 8. Evolution des taux d'attaque hebdomadaire (nombre de cas pour 1 000) par pathologies dans les centres de santé MSF-F de Mornay, Zalingei et Niertiti (sources : MSF)	p.70
Fig 9. Evolution du nombre de cas de rougeole diagnostiqués dans les centres de santé MSF-F à Mornay, Zalingei, Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.72
Fig 10. Evolution des admissions dans les CNT MSF-F du Darfour (janvier-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.77
Fig 11. Nombre total de consultations externes par semaine dans les missions MSF-F du Darfour (janvier-octobre 2004)	p.81
Fig 12. Nombre de consultations externes par habitant et par an dans les missions MSF-F du Darfour (janvier-octobre 2004)	p.82
Fig 13. Part des enfants de moins de 5 ans dans les consultations externes réalisées par MSF-F à Mornay au Darfour (janvier-octobre 2004)	p.83
Fig 14. Nombre de victimes de violences physiques traitées par MSF-F à Mornay (mars-octobre 2004) (sources : <i>sitreps</i> MSF/Epicentre)	p.86
Fig 15. Nombre de cas de jaunisse et d'hépatite E reçus en consultation dans les centres de santé MSF-F à Mornay, Zalingei et Niertiti (janvier-octobre 2004) (sources <i>sitreps</i> : MSF-F/Epicentre)	p.93
Fig 16. Budget MSF-France Darfour (octobre 2003-octobre 2005)	p.97
Fig 17. Dépenses MSF-F au Darfour (octobre 2003-octobre 2004)	p.97
Fig 18. Répartition budgétaire MSF-F au Darfour (octobre 2003-octobre 2004)	p.98
Fig 19. Financements MSF-F au Darfour (octobre 2003-octobre 2004)	p.98
Fig 20. Présence expatriée MSF-F au Darfour (décembre 2003-octobre 2004)	p.99
Fig 21. Répartition des profils MSF-F au Darfour (décembre 2003-octobre 2004)	p.100
Fig 22. Evolution des commandes, distributions et stock d'UNIMIX au Darfour (mars-octobre 2004)	p.107

Ce document est un document interne à Médecins Sans Frontières. Il ne peut être distribué, reproduit, cité ou mentionné que pour des usages internes à Médecins Sans Frontières, sauf autorisation spéciale du Conseil d'Administration de Médecins Sans Frontières-France.

Méthodologie

En septembre 2004, le conseil d'administration de Médecins Sans Frontières France décidait le lancement d'une revue critique des opérations conduites par la section française au Darfour en 2003 et 2004. Selon les termes de référence élaborés par le président Jean-Hervé Bradol (lire annexes), l'ambition était moins d'« évaluer » notre intervention que de la soumettre à un regard critique « *permettant d'identifier nos faiblesses et les pistes pour leurs corrections.* »

Dans sa version initiale, le projet envisageait de confier le travail à trois équipes distinctes travaillant sous la coordination commune d'un comité du CA. Chaque « module » aurait eu la charge d'une problématique particulière :

MODULE 1 : JUSTESSE. Avons nous cherché à aider les personnes les plus atteintes ? Sur quelles lectures de la crise et de notre responsabilité a reposé notre stratégie ? Avec le recul, quel est son bien fondé ?

MODULE 2 : EFFICACITE. Sommes-nous réellement parvenus à aider les personnes et les groupes visés ? De quelle manière (par quelles activités) et dans quelles proportions (données quantitatives) ?

MODULE 3 : EFFICIENCE. Cette opération a-t-elle bénéficié d'un soutien opérationnel adéquat (mobilisation des ressources appropriées, compréhension siège terrain, etc.) ?

Si ce découpage soulignait les questions fondamentales auxquelles l'exercice devait apporter des réponses, il paraissait difficile en pratique d'en confier la réalisation à trois groupes de travail indépendants dont les conclusions seraient mises en commun *in fine*. Intimement liées les unes aux autres, « justesse, efficacité et efficience » semblaient ne pouvoir être appréhendées que dans un même mouvement. C'est pourquoi il fut proposé de confier la revue à une seule et même équipe au fonctionnement inspiré de celui d'une équipe de coordination classique. Chef de mission, coordinateur médical, administrateur, responsable

logistique, épidémiologistes... définissent ensemble les objectifs de la mission, les activités et les moyens à mettre en œuvre. De même, les responsables des trois modules se consacraient ensemble aux trois aspects de la revue et trouveraient des modes *ad hoc* de répartition des tâches en fonction de leurs domaines de compétence respectifs.

La spécificité des profils recherchés ne permit pas de constituer un groupe de travail complet avant fin avril¹. D'où le retard dans la réalisation de ce document qui aurait dû être achevé fin mai 2005. Au total, il aura nécessité dix mois de travail (contre six envisagés initialement)². La revue a été coordonnée par Sophie Delaunay et Fabrice Weissman sous la supervision de Marie-Pierre Allié et de Virginie Raison pour le conseil d'administration³. Elle s'est focalisée sur les opérations uniquement conduites au Darfour (à l'exclusion donc de l'assistance aux réfugiés soudanais du Tchad) entre octobre 2003 (date des premières missions exploratoires) et octobre 2004 (un an plus tard).

Comment avons-nous procédé ? La première difficulté a été de traduire en questions concrètes les grandes problématiques qui devaient guider notre travail. Tâche d'autant plus ardue que l'intervention Darfour ne présentait pas de dysfonctionnements majeurs par lesquels nous aurions pu entamer nos investigations. Aucun « raté » retentissant ne nous indiquait *a priori* quels aspects de la mission mettaient en cause sa pertinence, son efficacité ou son efficience, ni à quel degré de détails nous devons rechercher d'éventuels dérapages. Armés de nos grandes problématiques, nous étions quelque peu désemparés face à cette vaste opération dont tout le monde s'accordait à dire qu'elle était plutôt réussie.

Nous avons donc cherché à reconstituer le déroulement de la mission en essayant de comprendre l'évolution de la crise, des activités MSF (opération et communication) et de leur impact (sanitaire et politique), tout en cernant les contraintes et l'éventail des choix qui s'offraient aux équipes à chaque étape. L'exercice a été conduit depuis Paris à partir des sources suivantes :

- Entretiens semi-directifs avec une quarantaine de personnes. Les interviews ont été conduites auprès des cadres de terrain MSF-F (équipes de coordination et responsables terrain) et des permanents du siège (desk des urgences, membres du comité de direction) impliqués dans l'opération. Quelques personnes clefs extérieures à MSF-F ont également été consultées (cf. liste des personnes interviewées en annexe). L'important *turn over* des volontaires, dont la durée moyenne de mission est inférieure à deux mois, a sensiblement compliqué le travail. Pas moins de neuf coordinateurs d'urgence se sont succédés en l'espace d'un an, chacun ayant une vision partielle de l'opération qu'il nous a fallu articuler à celle de ses prédécesseurs et successeurs pour reconstituer le cours des événements.

1. Si deux modules furent pourvus dès le mois de décembre grâce à la mobilisation de permanents du siège et d'Epicentre (Evelyn Depoortere d'Epicentre pour la partie épidémiologique du module 2 et Fabrice Weissman du CRASH pour le module 1) il fallu attendre les mois de mars et d'avril pour trouver les personnes chargées du module 3 (Sophie Delaunay) et du module 2 (Corinne Danet).

2. Dr Corinne Danet : 2 mois ; Sophie Delaunay : 3 mois ; Dr Evelyn Depoortere (Epicentre) : 20 jours ; Fabrice Weissman (CRASH) : 4 mois.

3. Marie-Christine Férier, Philippe Houdard (pour le CA) et Vincent Brown (pour Epicentre) ont également participé au pilotage de la revue.

- Archives MSF-F : nous avons consulté les publications officielles, les rapports d'Epicentre, la correspondance entre le siège et le terrain archivée au desk des urgences (*sitreps*, rapports, etc.), les comptes-rendus de la réunion des opérations, du comité de direction et du conseil d'administration. Là encore, nous avons été confrontés à la dispersion des sources. Chaque mission de terrain produisant un *sitrep* par semaine, il nous a fallu parcourir jusqu'à 30 *sitreps* pour comprendre les événements écoulés en l'espace d'un mois (sans compter les autres documents). Soulignons à cet égard l'importance du travail d'Epicentre qui a rassemblé, synthétisé et commenté l'ensemble des données épidémiologiques, souvent lacunaires et au format non standardisé.
- Revue de la presse généraliste et spécialisée ainsi que de la littérature académique sur le Soudan et le Darfour.
- Littérature grise en provenance d'autres organisations (documents transmis par les sections américaine, belge, hollandaise et suisse, rapports des Nations unies, des organisations de défense des droits de l'homme et d'autres agences de secours).
- Une visite terrain avait été envisagée initialement, mais n'a pu être menée à bien faute de temps. Nul doute qu'elle aurait permis d'affiner l'analyse.

Soulignons que la profusion des sources – inégalement précises, souvent répétitives, parfois contradictoires et présentant les mêmes zones d'ombre – a rendu l'exercice particulièrement long et fastidieux. Une visite de terrain aurait certainement permis d'agrémenter le travail, ne serait-ce qu'en donnant une consistance sensible, vécue – un « ressenti » – à la réalité virtuelle que nous avons dû appréhender au travers de rapports, de graphes et d'entretiens.

La dernière étape a consisté à discuter les principales décisions opérationnelles au regard des résultats observés et des alternatives envisageables au moment des faits. Au final, le document souffre d'imprécisions, de longueurs, de détours et d'interrogations parfois incongrues, qui reflètent notre désarroi face à une opération aussi imposante dont il nous a fallu dresser le portrait à distance, sans savoir *a priori* ce qui était intéressant ou pas au regard des grandes problématiques que nous devons traiter (justesse, efficacité et efficience).

PARTIE 1

Revue sommaire

Cette première partie est destinée à fournir les éléments d'histoire nécessaires à l'analyse critique de notre intervention. Elle est organisée en deux chapitres, l'un consacré à un aperçu global de la crise, l'autre aux grandes étapes de notre déploiement opérationnel.

1 – APERCU DE LA CRISE DU DARFOUR

1.1 LES PRINCIPALES ÉTAPES DU CONFLIT

Au début des années 2000, une nouvelle rébellion armée se structure progressivement au Darfour. Elle est dirigée par de jeunes intellectuels Four, Zaghawa et Massalit qui dénoncent la marginalisation politique et sociale de leur région, théâtre de tensions croissantes entre populations sédentaires et nomades.

Dans un premier temps, Khartoum tente de gérer la crise localement, en mêlant pressions militaires et négociations. Mais alors que la guérilla sudiste du SPLA obtient des concessions majeures du gouvernement dans le cadre des négociations de paix engagées depuis 2002 au Kenya, la rébellion du Darfour lance à partir de février 2003 des offensives d'ampleur inédite contre d'importantes villes de l'Ouest et du Nord Darfour (Gulu, el-Fasher, Mellit). La montée en puissance de l'insurrection déclenche un vent de panique à Khartoum et un changement de stratégie : destitution des autorités régionales impliquées dans les négociations, envoi de renforts militaires et surtout armement de milices locales (*Jenjaweed*s) recrutées essentiellement parmi les groupes nomades. A partir de juin 2003, Khartoum entame une vaste contre-offensive reposant sur le bombardement et la destruction des villages Four, Massalit et Zaghawa, entraînant la mort de milliers de civils et de vastes déplacements de population.

Il est difficile de se faire une idée précise du déroulement chronologique de la contre-offensive gouvernementale. A titre d'hypothèse, on peut néanmoins avancer qu'elle progresse en trois temps, autour du triangle formé par les capitales régionales du Darfour : el-Fasher (Nord Darfour), el-Genina (Ouest Darfour) et Nyala (Sud Darfour).

- *Juin-septembre 2003* : les premières opérations se concentrent en zone de nomadisation Zaghawa, au nord de la route reliant el-Fasher à el-Genina (cf. carte 1). Les régions de Kabkabya, Kutum, Um Barro ainsi que les zones frontalières du Tchad (Kornoi, Tiné, Koulbous) sont ciblées par une politique de destruction mobilisant d'importants moyens

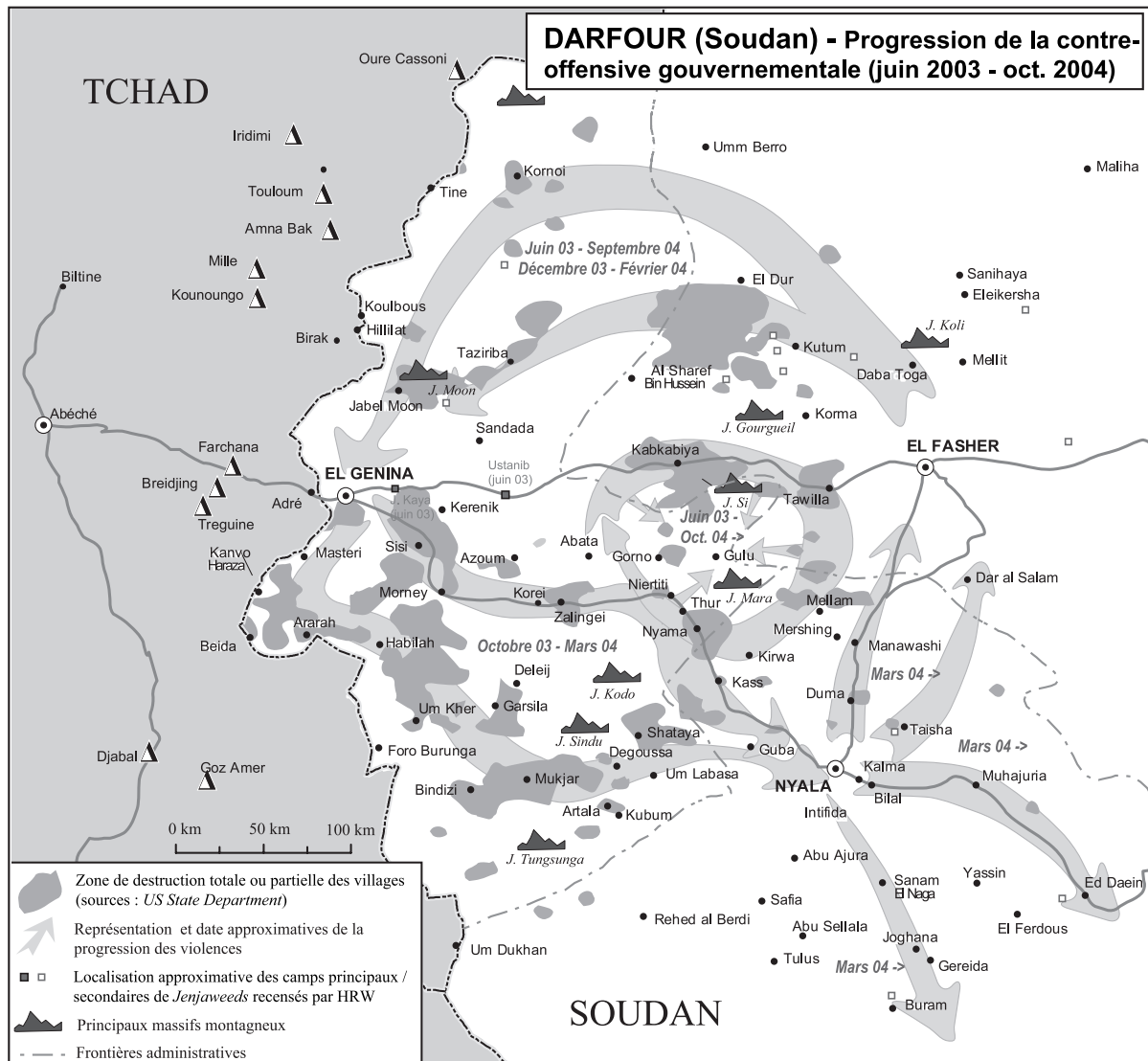
aériens aux côtés de l'infanterie et des milices. Parallèlement, les *Jenjaweeds* lancent, au mois d'août 2003, une campagne de harcèlement et de pillage en région Four et Massalit, au sud de la route el-Genina / Nyala. L'armée régulière est faiblement impliquée dans ces dernières opérations dont la létalité est à ce stade moins importante qu'au nord. Fin septembre, les Nations unies estiment à 250 000 le nombre total de personnes déplacées au Darfour (dont 110 000 dans la province Nord) et 65 000 le nombre de réfugiés au Tchad.

- *Octobre 2003 - mars 2004* : la retenue relative à l'égard des villages Four et Massalit disparaît rapidement. Dès la fin septembre 2003 et jusqu'à mars 2004 les violences s'intensifient et se propagent le long de la route el-Genina / Nyala (régions de Mornay, Zalingei), au sud de cet axe (Bindizi, Deleig, Garsilla, Mukjar...), ainsi que sur les pourtours du Jebel Mara (Niertiti, Tawila, Kabkabya). Les villages ne sont plus seulement pillés mais entièrement détruits par les *Jenjaweeds* fréquemment épaulés par l'aviation et l'infanterie. Quant aux régions situées au nord de la route el-Fasher / el-Genina, elles connaissent une période d'accalmie relative entre septembre et fin décembre 2003, date à laquelle le gouvernement déclenche une nouvelle campagne de destruction. Khartoum ayant repris le contrôle d'une grande partie des régions frontalières du Tchad, le président soudanais Omar el-Beshir déclare officiellement la fin des opérations militaires au Darfour le 9 février 2004. Fin mars, les Nations unies estiment à 1 million le nombre de personnes déplacées (dont plus de 500 000 à l'Ouest Darfour) et 110 000 le nombre de réfugiés.

- *Avril-octobre 2004* : à partir de mars-avril 2004, les violences gagnent l'Est et le Sud du Darfour où une partie de la rébellion s'est repliée. Les régions situées de part et d'autre de la route Nyala / el-Fasher s'embrasent de même que celles localisées au sud de Nyala et en direction d'Ed Daein. Dans les provinces du Nord et de l'Ouest Darfour, les opérations contre-insurrectionnelles se poursuivent de façon sporadique, plus particulièrement autour des massifs montagneux où les rebelles sont retranchés (Jebel Marra et Jebel Si à l'ouest, Jebel Moon au nord). Par ailleurs, cette période est marquée par la multiplication d'incidents armés sur les routes (attaques de convois, rançonnements, enlèvements, etc.) perpétrés par des bandes non identifiées. Selon les Nations unies, le nombre total de personnes déplacées est passé de 1 à 1,6 million entre avril et octobre 2004, essentiellement du fait du triplement du nombre de personnes déplacées au Sud Darfour (600 000 fin septembre). Le nombre de réfugiés se stabilise autour de 200 000.

Précisons que les deux accords de cessez-le-feu signés l'un le 3 septembre 2003, l'autre le 8 avril 2004, n'ont pas eu d'impact significatif sur les opérations militaires, pas plus que le déploiement à partir d'août 2004 d'observateurs de l'Union africaine chargé de surveiller l'application du dernier cessez-le-feu. En revanche, ils marquent des étapes importantes dans le déploiement des opérations de secours (cf. *infra*).

CARTE 1 - PROGRESSION DE LA CONTRE-OFFENSIVE GOUVERNEMENTALE AU DARFOUR (JUN 2003 - OCT. 2004)



1.2 LES ACTEURS ET LES FORMES DE LA VIOLENCE

De façon classique, la rébellion est surtout implantée en brousse et dans les montagnes, les forces régulières contrôlant les villes et les principaux axes routiers. Elle comprend deux mouvements principaux disposant chacun de réseaux de soutien agissant à partir du Tchad⁴ :

- *L'Armée de libération du Soudan (SLA)*, à dominante Four, Massalit et Zaghawa Twer affiche un programme laïc et démocratique assez proche de celui du SPLA. Elle est principalement implantée dans le Jebel Mara. Après mars 2004, une partie de ses troupes se

4. R. Marchal, *Le Soudan d'un conflit à l'autre*, Etudes du CERI, juin 2004.

replie dans l'Est et le Sud de la province, où elles prennent le contrôle de quelques villes (Dar-es-Salam, Muhajiria notamment).

- *Le Mouvement pour la justice et l'égalité (JEM)*, recrute essentiellement parmi les Zaghawa Kobé et affirme lutter contre « *la colonisation intérieure du Darfour*. » Son secrétaire exécutif est un ancien militant du Front national islamique (NIF), soupçonné par Khartoum d'entretenir des liens avec Hassan el-Tourabi (ancien leader du NIF entré en dissidence avec l'actuel président Omar el-Beshir en 1999). Bien qu'ayant perdu les villes de Kornoi, Tiné, Koulbous en janvier 2004, le JEM dispose toujours de zones d'implantations au nord d'el-Genina/el-Fasher. Des combattants JEM opèrent également dans le Jebel Mara avec la SLA (du moins jusqu'en octobre 2004).

Côté gouvernemental, les opérations contre-insurrectionnelles sont dirigées par la sécurité militaire. Celle-ci doit composer avec les divisions de l'armée et de l'appareil d'Etat dont une large part conteste la brutalité de la guerre totale au Darfour. En effet, les ressortissants de l'Ouest sont fortement représentés à Khartoum, comme dans les rangs de l'administration, de l'armée et de la police. De fait, les forces régulières ne manifestent pas une grande pugnacité dans la lutte contre leurs compatriotes nordistes et musulmans. Certains officiers de l'armée de l'air ont refusé d'exécuter des missions de bombardement contre des objectifs civils. A plusieurs reprises, des policiers locaux ont pris les armes contre les *Jenjaweeds* (qui n'hésitent pas non plus à les attaquer). En 2003, des parlementaires soudanais et des membres de l'administration se sont publiquement élevés contre les exactions commises au Darfour.

Ayant peu confiance dans l'armée et les forces de l'ordre régulières – par ailleurs fort occupées au Sud et à l'Est du pays – la sécurité militaire a donc misé sur les forces paramilitaires : les milices « légales », comme les *Popular defense forces* ou la *Border intelligence patrol*, mais aussi et surtout des groupes nomades en déclin, auxquels Khartoum fournit subsides, armement et moyens de communication. Désignées par leurs victimes sous le nom de *Jenjaweeds* (bandits à cheval), ces forces paramilitaires coordonnent leur action avec la sécurité militaire mais s'avèrent bien souvent des alliés indociles poursuivant leur propre agenda.

En pratique, les violences de guerre regroupent principalement :

- *Des opérations ponctuelles et ciblées de la rébellion contre des objectifs militaires* : villes de garnison, positions ou convois de l'armée. A noter que ni MSF, ni les organisations de défense des droits de l'homme ne font état de violences massives de la guérilla contre les populations civiles. Néanmoins, elle est à l'origine de plusieurs razzias (notamment par les troupes Zaghawa au Nord Darfour), assassinats et enlèvements (y compris de plusieurs travailleurs humanitaires).
- *La destruction de villages Fur, Zaghawa, Massalit et autres par les milices soutenues par Khartoum*. Les offensives *Jenjaweeds* sont fréquemment appuyées par l'infanterie et l'aviation militaire⁵. Conduites quasi-exclusivement contre des objectifs civils⁶, elles s'accompagnent de

5. L'aviation militaire a fait d'importants « progrès » en précision de tirs : exit les barils de poudre et de mitraille largués à l'aveuglette depuis un avion cargo. L'armée recourt désormais à des hélicoptères d'attaque au sol et des avions de soutien tactique à la précision beaucoup plus redoutable lorsqu'ils s'en prennent à des colonnes de déplacés.

6. Jusqu'en octobre 2004, il n'est fait état d'attaques directes de forces gouvernementales contre la guérilla qu'en de très rares occasions. En 2005, en revanche, l'armée et les forces paramilitaires multiplieront les offensives contre les positions rebelles.

nombreuses exactions : pillage du bétail, vol ou destruction des réserves alimentaires et des récoltes, pollution des points d'eau, incendie des habitations, assassinat, torture, viol, enlèvement de civils... Les survivants fuient en masse, principalement en direction des villes et villages où sont stationnées les forces gouvernementales régulières.

- Une insécurité généralisée sur les routes, à la périphérie des villes et villages ainsi qu'autour et à l'intérieur de nombreux camps de déplacés.

1.3 LES CONSÉQUENCES POUR LES POPULATIONS CIVILES

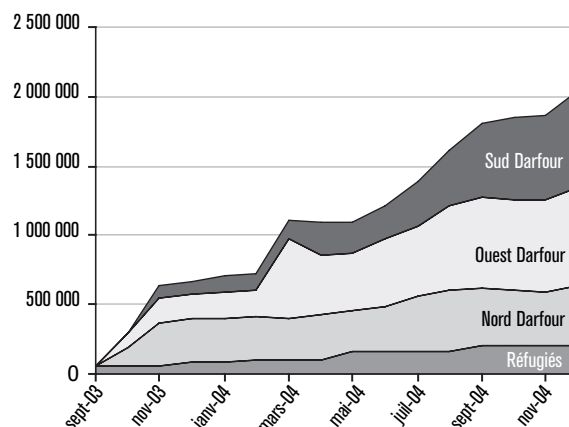
1.3.1 Les déplacements de population

La conséquence la plus visible du conflit est la fuite massive de centaines de milliers d'habitants à l'intérieur du pays et vers le Tchad. Il est difficile de retracer la progression et la mécanique des déplacements dans leur complexité. Les estimations du Bureau des coordinations des affaires humanitaires des Nations unies (OCHA) (cf. tableau 1) sont parcellaires et imprécises⁷. Néanmoins, il est possible d'avancer que le nombre de personnes victimes de déplacements forcés a vraisemblablement été multiplié par six entre septembre 2003 et décembre 2004, pour approcher les deux millions (soit près d'un habitant sur trois au Darfour).

7. Les statistiques d'OCHA ne commencent qu'en septembre 2003 alors que les déplacements ont débuté bien avant (dès 2002 pour l'intérieur du Darfour, dès avril 2003 pour les réfugiés au Tchad) ; par ailleurs, les fluctuations des données mensuelles reflètent autant les errements du processus de recensement que les mouvements réels de population (surtout entre septembre 2003 et mars 2004, période pendant la quelle les Nations unies avaient une présence extrêmement réduite sur le terrain). Seule une série d'études « micro » camps par camps (à l'image de ce qui a été fait par Epicentre à Mornay et Zalingei) permettrait de se faire une idée précise de l'historique des flux de population.

**TABEAU 1 - EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES DÉPLACÉES ET RÉFUGIÉES
DU DARFOUR ESTIMÉ PAR LE SYSTÈME DES NATIONS UNIES (SOURCES : UNHCR, OCHA)**

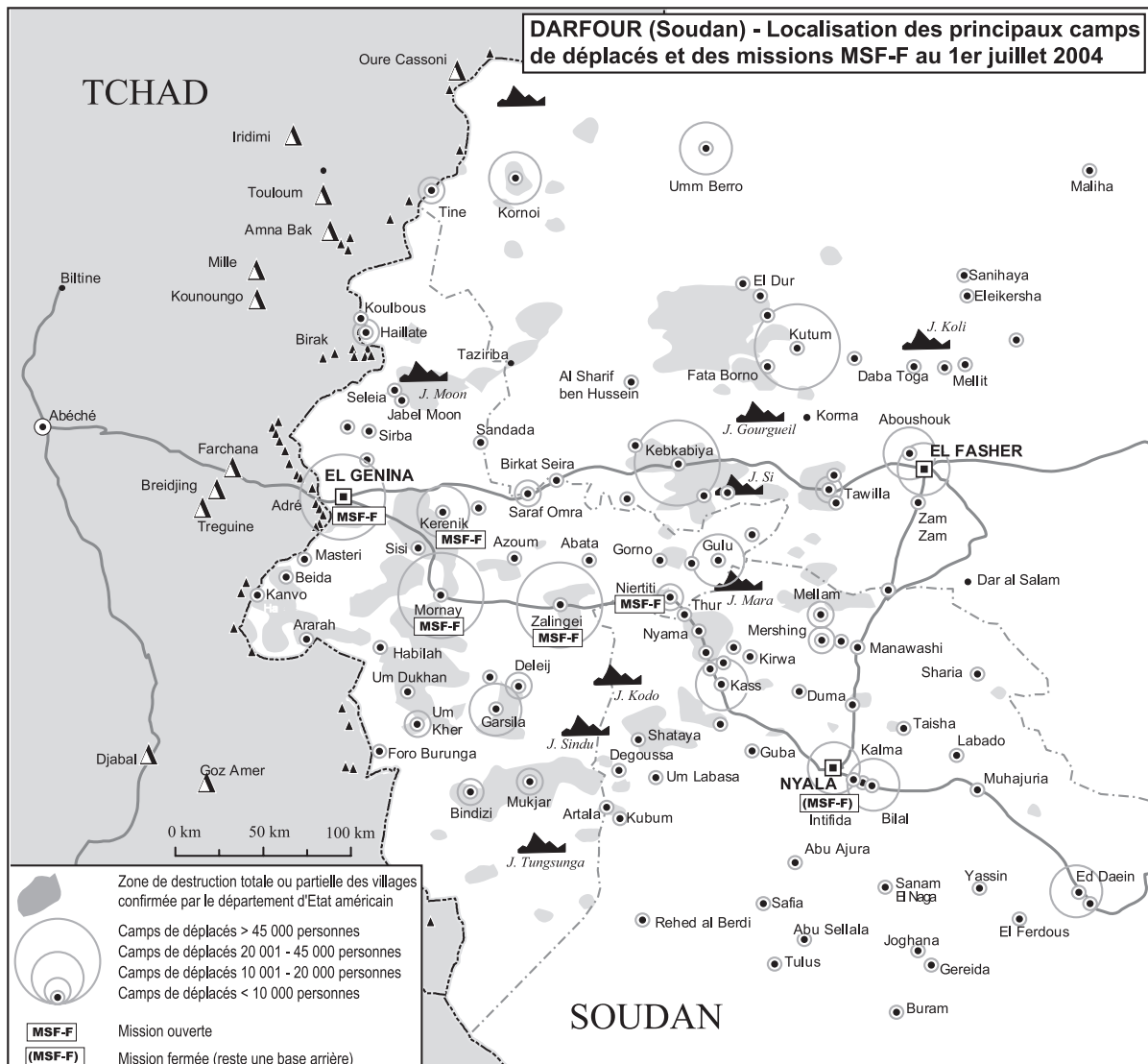
Mois	Déplacés internes			Total	Réfugiés
	Ouest Darfour	Nord Darfour	Sud Darfour		
Pop. initiale	1 600 000	1 600 000	3 100 000	6 300 000	NIL
sept-03	70 000	110 000	70 000	250 000	65 000
oct-03	100 000	130 000	70 000	300 000	65 000
nov-03	180 000	300 000	90 000	570 000	65 000
déc-03	180 000	300 000	90 000	570 000	95 000
janv-04	200 000	300 000	110 000	610 000	95 000
févr-04	200 000	300 000	110 000	610 000	110 000
mars-04	573 204	286 561	140 343	1 000 108	110 000
avr-04	432 329	320 906	233 138	986 373	110 000
mai-04	420 230	293 276	229 385	942 891	158 000
juin-04	500 748	324 215	225 543	1 050 506	158 000
juil-04	502 265	398 773	326 422	1 227 460	170 000
août-04	601 127	437 597	410 966	1 449 690	170 000
sept-04	653 218	418 338	529 350	1 600 906	200 000
oct-04	652 509	403 889	595 594	1 651 992	200 000
nov-04	662 302	393 755	603 719	1 659 776	200 000
déc-04	710 084	431 135	701 872	1 843 091	200 000



Les dates d'arrivées des déplacés et réfugiés coïncident avec le calendrier des campagnes contre-insurrectionnelles : les grandes vagues de déplacements ont eu lieu entre mi-2003 et début 2004 au Nord Darfour, octobre 2003 et mars 2004 dans l'Ouest Darfour, et à partir d'avril-mai et surtout juillet 2004 dans le Sud Darfour. En règle générale, les civils ont fui dans la précipitation la destruction de leur village et les tueries qui l'accompagnent. Pour autant, certains semblent avoir anticipé les attaques : des villageois ont été prévenus de l'imminence d'une offensive, d'autres s'y sont préparés de plus longue date. C'est notamment le cas dans l'Ouest Darfour, en partie victime d'une première campagne de pillage et d'intimidation à la mi-2003 ayant conduit les habitants à prendre quelques précautions (vente du bétail pour du cash plus facile à dissimuler, constitution de greniers souterrains à l'écart des villages, etc.)

Les réfugiés du Tchad sont majoritairement issus des groupes Massalit et Zaghawa vivant à proximité de la frontière. On enregistre deux arrivées massives en 2003 (65 000 personnes entre avril et juillet, 30 000 personnes en décembre et janvier), puis un afflux continu en 2004, conduisant au doublement de la population réfugiée (200 000 personnes à partir de septembre 2004). Plusieurs enquêtes indiquent que les forces gouvernementales ont rapidement cherché à empêcher les civils de franchir la frontière, probablement par crainte de voir se constituer des « sanctuaires humanitaires » rebelles sous forme de camps de réfugiés aux portes du Darfour (tout comme la SPLA a transformé les camps de réfugiés éthiopiens en base arrière). Mais il est difficile de savoir combien de personnes ont effectivement été refoulées alors qu'elles cherchaient à traverser la frontière.

CARTE 2 - LOCALISATION DES PRINCIPAUX SITES DE DÉPLACÉS RECENSÉS
PAR OCHA/WFP AU 1^{ER} JUILLET 2004



Quant aux déplacés de l'intérieur, une partie a fui vers les zones et massifs montagneux contrôlés par la rébellion, une autre a cherché à rejoindre Khartoum et les grandes villes du Nord. Mais la très grande majorité (1,8 million en décembre 2004) s'est dirigée vers les villes et villages du Darfour protégés par les forces régulières et/ou épargnés par les destructions. Il est même arrivé, comme à Sissi, que les déplacés s'installent à proximité d'un camp militaire, estimant que les forces régulières les protégeraient de la violence des paramilitaires. En août 2004, OCHA recensait 154 sites de regroupement de déplacés, allant de quelques centaines à plusieurs dizaines de milliers de personnes. Ces dernières sont hébergées par les résidents ou rassemblées dans des camps de fortune, fragiles sanctuaires à la périphérie desquels l'insécurité est omniprésente (assassinats, viols, bastonnades... perpétrés par les *Jenjaweds*). Dans ces conditions, les déplacés rencontrent les plus grandes difficultés à mobiliser les ressource-

ces locales nécessaires à leur survie (cueillette de nourriture sauvage, récolte de fourrage pour les bêtes, ramassage de bois de chauffe et de chaume, collecte d'eau, vente de leur force de travail dans des régions distantes, etc.) et sont de ce fait très dépendants d'une assistance extérieure.

Pourquoi les déplacés se sont-ils principalement dirigés vers les villes tenues par le gouvernement, responsable des destructions qui les affligent, et non vers les zones rebelles ? Il est difficile de croire que les autorités aient délibérément cherché à attirer les personnes en fuite vers les villes. Dès l'apparition des premiers camps de déplacés, le gouvernement a entrepris de les disperser en entretenant des conditions de vie déplorables ou en les évacuant par la force (comme à Nyala le 15 janvier 2004). A partir de 2004, les autorités redoublent leurs pressions en vue du retour des habitants, non sur leur lieu d'origine, mais vers un nombre limité de « villages de paix » au Darfour censés leur garantir un minimum de sécurité et de services de base (eau, nourriture, soins, écoles).

En fait, il est probable que les camps se soient constitués de manière improvisée là où les déplacés espéraient trouver un minimum de sécurité, des moyens de subvenir à leurs besoins ou une assistance – ce qui n'était pas forcément le cas en zones rebelles, perméables aux attaques gouvernementales et relativement coupées des marchés comme des circuits de l'aide gouvernementale et internationale. Quoi qu'il en soit, il est clair qu'une partie des villages et des champs rasés ont été réoccupés par des familles de *Jenjaweeds* et leurs troupeaux, surtout à l'Ouest Darfour où la terre est particulièrement fertile.

Enfin, il est important de souligner la sous-représentation des hommes en âge de combattre au sein des populations déplacées⁸. Certains ont été assassinés, d'autres ont rejoint la rébellion, d'autres encore ont migré vers les villes pour y trouver du travail ou sont restés cachés à proximité des villages pour tenter d'entretenir leurs cultures lorsqu'elles n'ont pas été détruites. L'amputation de cette force de travail a pesé sur la survie des familles.

1.3.2 Violences physiques contre les civils

De manière plus générale, le conflit se caractérise par des violences directes contre les non-combattants : assassinats, tortures, viols, enlèvements, pillages et racket. Une grande partie d'entre elles se produit à l'occasion de la destruction des villages. D'après les enquêtes menées par Epicentre, une personne sur vingt a été assassinée pendant l'attaque des localités d'où sont originaires les déplacés de Mornay et une sur cinquante pour les populations ayant cherché refuge à Zalingei. Par extrapolation, cela représente 3 700 et 700 exécutions en l'espace de 6 mois. Les trois quarts des victimes sont de sexe masculin. Les organisations de défense des droits de l'homme font également état de plusieurs massacres collectifs⁹.

Les blessures et tortures infligées aux civils pendant les attaques se caractérisent par leur cruauté. Parmi les blessés traités par MSF-F à Mornay figuraient des femmes au visage lacérées à coup de fouets, des enfants délibérément mutilés par arme à feu au niveau des articulations, etc. Les récits de viols sont nombreux. Certains témoignages soulignent la volonté manifeste d'humilier les victimes : marquage des femmes ou jeunes filles violées au fer rouge ou à l'arme

8. Selon les études Epicentre, le ratio hommes/femmes chez les plus de 15 ans était de 0,61 à Mornay et Zalingei et de 0,83 à Niertiti.

9. *Human rights watch* (HRW) recense 770 assassinats de civils en région Massalit entre septembre 2003 et février 2004, dont 111 lors de l'attaque de Bareh, à l'Est d'el-Genina, le 11 décembre 2003. 145 personnes arrêtées suite à une attaque SLA sur Mukjar auraient également été exécutés en mars 2004.

blanche, viols collectifs et publics en présence de la famille et des autres villageois, etc. A l'intérieur et surtout à la périphérie des camps, les violences perdurent, bien qu'avec une moindre intensité. Comme précisé plus haut, les personnes qui s'aventurent à l'extérieur des campements, pour aller chercher de l'eau, du fourrage, du chaume, du bois de chauffe etc., sont régulièrement agressées. A cette violence de guerre s'ajoute la brutalité des relations sociales à l'intérieur des camps : racket sexuel de la part des *big men* contrôlant l'accès aux ressources vitales, violences familiales, etc.

De nombreux enquêteurs se sont penchés sur les slogans, menaces et insultes proférés par les tortionnaires au moment de leurs crimes, pour savoir s'ils révélaient ou non une intention génocidaire. Il apparaît que les assaillants utilisent fréquemment des épithètes racistes – « esclaves » (avant tout synonyme de « vaincus »), « Noirs », « Noubas » (qui peut tout aussi bien signifier « Noir », « Nubien » de la basse vallée du Nil ou « Nubien » des monts Noubas), « Zurga » (esclaves) – mais qu'ils tiennent tout aussi fréquemment des propos dénués de connotation raciste ou ethniste : « *Take your cattle, go away and leave the village... You are the mother of the people who are killing our people... Do not cut the grass because the camels use it... You sons of Torabora¹⁰ we are going to kill you.* »

Il est difficile de se faire une idée de la prévalence de ces exactions – notamment des viols. Nous y reviendrons dans la deuxième partie. Pour l'heure, précisons que l'extrême cruauté de certaines pratiques renvoie visiblement à une politique de terreur qui n'a pas besoin d'être massive et systématique pour être efficace : les *Jenjaweeds* ont profondément traumatisé leurs victimes en leur infligeant des souffrances aussi spectaculaires que dégradantes au plan physique et moral. Le fait que le Darfour bruisse de récits d'horreurs en dit autant sur le traumatisme des déplacés que sur la prévalence des nombreux viols et autres atrocités.

1.3.3 Mortalité globale

TABEAU 2 - ESTIMATION DE LA MORTALITÉ GLOBALE LIÉE AU CONFLIT

Source	CRED	Département d'Etat américain	
		(estimation basse)	(estimation haute)
Période	septembre 2003	mars 2003	mars 2003
	janvier 2005	janvier 2005	janvier 2005
Nombre total de morts	134 000	98 000	181 000
Nombre total de morts dues au conflit	120 000	63 000	146 000
Nombre total de morts violentes seulement	35 000		

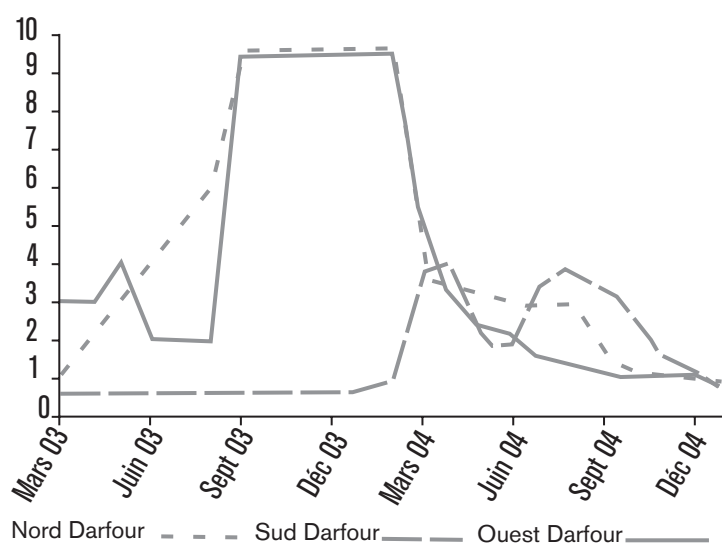
La mortalité globale du conflit a fait l'objet de plusieurs estimations. La plupart s'appuient sur deux sources uniquement : une enquête réalisée par l'organisation *Coalition for international justice* (CIJ) à la demande du gouvernement américain auprès de 1 132 réfugiés au Tchad en

10. Surnom donné aux combattants SLA par référence aux Talibans et à Ossama ben-Laden en Afghanistan, basés, comme eux, dans des massifs montagneux inexpugnables.

août 2004 et une étude de mortalité rétrospective conduite à la même époque par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les camps de déplacés du Nord et Ouest Darfour ainsi qu'au camp de Kalma au Sud Darfour. CIJ conclut que 140 000 Soudanais ont été assassinés au Darfour entre février 2003 et avril 2005 et que 260 000 sont morts de faim et de maladie durant la même période, soit un total de 400 000 morts. Pour sa part, OCHA avance le chiffre de 180 000 morts non violentes depuis septembre 2003 (10 000 morts par mois) sur base des enquêtes OMS et d'autres données non communiquées. Quant aux victimes directes des combats, les Nations unies ont évoqué les chiffres de 3 000 (janvier 2004), 10 000 (avril 2004) puis 50 000 morts (juillet 2004).

Ces estimations souffrent de graves déficiences méthodologiques. En particulier, elles procèdent par extrapolation uniforme à l'échelle du Darfour de données locales. Or, la létalité de la crise est très variable dans le temps et dans l'espace¹¹. Pour essayer de dépasser cette limite, le Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres (CRED) et le service de renseignement du département d'Etat américain¹² ont cherché à affiner les estimations en utilisant l'ensemble des enquêtes de mortalité rétrospective à leur disposition ainsi que d'autres données quantitatives (prévalences de malnutrition, mortalité normale) et qualitatives (pondération par des facteurs historiques et géographiques). Le CRED parvient au chiffre de 120 000 morts dues au conflit (dont 35 000 morts violentes) pour la période septembre 2003-janvier 2005. Cette estimation ne prend pas en compte les décès survenus avant septembre 2003 ni ceux liés à l'existence de poches de fortes violences au Sud Darfour après septembre 2004. Pour sa part, le département d'Etat donne une fourchette de 63 000-146 000 morts dues au conflit entre mars 2003 et janvier 2005 (mais il ne peut, par la méthodologie employée, estimer la part de morts violentes). Soulignons que parmi les 24 enquêtes de mortalité rétrospectives utilisées par le CRED, 14 proviennent d'Epicentre et de MSF.

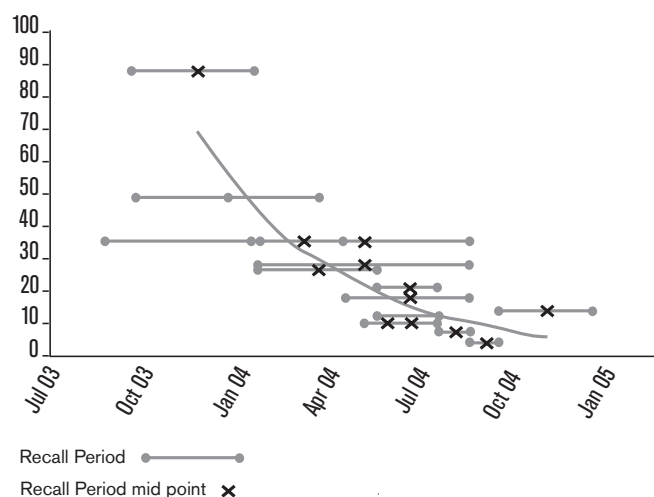
FIG. 1 ESTIMATION DU TAUX BRUT DE MORTALITÉ PAR PROVINCE AU DARFOUR (SOUDAN)
SELON LE DÉPARTEMENT D'ÉTAT AMÉRICAIN (MARS 2003-JANVIER 2005)



11. Pour une critique méthodologique plus fine, cf. D. Guha-Sapir & O. Degomme, *Darfur : Counting the Deaths. Mortality Estimates from Multiple Survey Data*, mai 26, 2005, CRED.

12. Les résultats de ces deux estimations sont présentées dans *Darfur : Counting the Deaths. Mortality Estimates from Multiple Survey Data*, op cit.

FIG. 2 PROPORTION DE MORTS VIOLENTES AU NORD ET OUEST DARFOUR SELON LES DIFFÉRENTES ÉTUDES DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVES RECENSÉES PAR LE CRED (DÉCEMBRE 2003 - SEPTEMBRE 2004)



La distribution géographique et temporelle de la mortalité paraît coïncider avec la chronologie du conflit et des déplacements de population dressée plus haut. La mortalité due à la violence (figure 2) a été la plus forte durant la période octobre 2003 - mars 2004. Néanmoins, le CRED souligne qu'il est possible qu'elle ait connue des pics durant la période entre juin et septembre 2003 au Nord Darfour ainsi qu'après septembre 2004 au Sud Darfour (ce qui est partiellement confirmée par les estimations du taux brut de mortalité globale faite par le département d'Etat américain, cf. figure 1). Quoi qu'il en soit, la part des morts dues à la violence diminue de façon significative à partir d'avril 2004 au Nord et Ouest Darfour selon le CRED. Quant à l'évolution de la mortalité au Sud Darfour, elle semble correspondre au déplacement des destructions dans cette région à partir de mars-avril et surtout juillet 2004.

Enfin, soulignons pour conclure que si les populations déplacées sont de toute évidence les principales victimes du conflit, on voit mal comment celui-ci pourrait être sans répercussion sur les autres habitants du Darfour : populations échappant pour une raison ou une autre à la politique de la terre brûlée mais pas toujours à l'insécurité ni aux diverses conséquences du conflit (comme certains groupes nomades qui ne peuvent plus compter sur les échanges avec les agriculteurs pour compléter leur alimentation), populations hôtes accueillant des déplacés, urbains encerclés par la guerre, villageois restés en zone rebelles, etc.

1.4 LES DYNAMIQUES DU CONFLIT

Les racines de la crise ont été décrites par de nombreux chercheurs :

- Apre compétition entre pasteurs et cultivateurs pour l'accès à l'eau et à l'espace, dans un contexte marqué par une forte pression démographique, la désertification de la bande sahélienne et l'incapacité des modes de production traditionnels à faire face à ces défis ;

- Erosion des mécanismes traditionnels de règlement des conflits et implication partielle du gouvernement et des Etats voisins (Tchad, Libye) dans les affrontements intercommunautaires ;
- Ethnicisation de la lutte politique à l'initiative d'intellectuels défendant une idéologie suprémaciste « arabe » à laquelle s'oppose en miroir un discours identitaire revendiquant au nom de l' « africanité » un meilleur accès au pouvoir, aux richesses, un autre statut... ;
- Remise en cause de la marginalisation politique et économique des périphéries soudanaises par des mouvements politiques aux inspirations idéologiques diverses (laïques, islamistes, nationalistes, régionalistes, ethnistes...) qui contestent tous la monopolisation du pouvoir étatique par les tribus riveraines de la moyenne vallée du Nil ;
- Autonomisation des milices recrutant parmi de jeunes ruraux déclassés ;
- Luttres de pouvoir au sein de la mouvance islamiste dont une partie est entrée en dissidence avec la dictature militaire en 1999 et exprime des sympathies pour la rébellion du JEM ;
- Vague projet gouvernemental d'arabisation du Darfour via la sédentarisation d'anciens nomades sur lesquels le régime, fortement discrédité, pourrait s'appuyer pour se reconstituer une clientèle ;
- Arrières-pensées économiques de la nomenklatura au pouvoir, qui pourrait confisquer les terres fertiles de la région du Jebel Mara afin d'investir dans de vastes projets d'agriculture irriguée et mécanisée (comme ce fut le cas dans les années 1980-1990 au détriment de Funj et des Kadalos dans la région de Menza, au sud de Damazine) ;
- Habitus d'un appareil sécuritaire qui se contente de répliquer au Darfour les techniques de répression utilisées dans les monts Noubas, les régions pétrolières du Haut-Nil et le Bahr el-Ghazal, etc.

L'intrication de ces différentes logiques ne forme pas un tout homogène et cohérent réductible à une explication globale résumant « le » sens du conflit. La façon dont les dynamiques de l'affrontement se combinent est variable dans le temps et dans l'espace. Cette volatilité se reflète notamment dans les formes concrètes de la guerre : ici, les milices vont fidèlement se conformer aux instructions de la sécurité militaire, là elles vont mener des offensives pour leur propre compte, ailleurs elles feront alliance avec des villages qu'on leur demande de détruire.

Que l'histoire – en général – soit complexe et ambiguë ne doit pas nous interdire de « *trancher dans le brouillard de la guerre* » et de nous appuyer sur une tentative d'appréhension générale de l'affrontement. A cet égard, deux interprétations globales s'affrontent sur la scène internationale comme au Soudan. Elles sont parfaitement résumées par un étudiant de l'université de Khartoum rapportant, dans un entretien au *Monde*, la teneur des débats entre étudiants soudanais sur la situation au Darfour :

« Il y a plusieurs choses que personne ne conteste. Par exemple, le fait que ces sont des Jenjaweeds qui ont semé la mort et la terreur dans le Darfour. Et aussi que le gouvernement les aide et leur donne des armes. Là où les points de vue divergent c'est sur le sens qu'il faut donner à ces violences : les uns pensent que le gouvernement utilise les Jenjaweeds pour éliminer les Africains du Darfour, les faire partir ; d'autres croient que c'est pour ramener l'ordre et pour faire taire la rébellion¹³. »

La première position est également celle de la rébellion, de plusieurs chancelleries occidentales, des organisations de défense des droits de l'homme, des cercles de réflexion libéraux, de la droite chrétienne américaine, etc. A leurs yeux, la situation au Darfour relève du « génocide » ou du « nettoyage ethnique ». Les autorités auraient planifié, si ce n'est d'exterminer, du moins de déplacer de forces des centaines de milliers d'habitants considérés comme « Africains » pour confisquer leurs terres au profit de groupes qualifiés d' « Arabes ». Cette lecture s'appuie sur le ciblage identitaire des violences gouvernementales et miliciennes – qui frappent essentiellement les groupes Four, Massalit et Zaghawa – et sur le développement au Darfour au cours des trente dernières années de dynamiques de mobilisation politique s'articulant autour des identités Arabe/Africain¹⁴.

Sans contester l'ethnisation des luttes politiques au Darfour, la seconde interprétation doute néanmoins de l'intentionnalité génocidaire ou « purificatrice » de Khartoum. Des chercheurs comme Roland Marchal¹⁵ ou Alex de Waal¹⁶ considèrent que l'intensité des violences est avant tout constitutive d'une politique contre-insurrectionnelle extrêmement brutale menée par un pouvoir fragilisé, confronté à une « mutinerie » de sa base sociale. Dépourvu de soutien populaire, ébranlé à l'intérieur par les scissions de la mouvance islamiste et les remous suscités par l'octroi de larges concessions au SPLA, le régime se serait senti singulièrement menacé par une rébellion susceptible d'avoir un large écho à Khartoum et parmi tous les peuples marginalisés du Nord Soudan. Dans l'espoir de maîtriser l'insurrection avant que la communauté internationale ne se mobilise, le pouvoir aurait eu recours aux méthodes de répression les plus dures et les plus efficaces déjà éprouvées dans les guerres civiles soudanaises : détruire la base sociale de la rébellion en recourant à des milices locales recrutées au sein des sociétés agropastorales en crise. Une stratégie effroyablement efficace, inaugurée par le régime démocratique de Sadiq al-Madhi au Bahr el-Ghazal dans les années 1980 puis reprise à son compte par la dictature islamiste arrivée au pouvoir en 1989. En armant les *Jenjaweeds*, Khartoum aurait créé un « monstre » dont l'ampleur des atrocités et des déplacements provoqués n'aurait pas forcément été recherchée ni même anticipée.

Soulignons qu'il existe également une troisième interprétation, celle des autorités de Khartoum, mais qui n'a guère d'écho ailleurs que dans certains milieux soudanais. Selon la

13. Propos recueillis par Catherine Simon, *Le Monde*, 24 août 2004.

14. Sur ce dernier aspect, cf. notamment HARIR (Sharif). *Arab Belt versus 'African Belt. Ethno-Political Conflict in Dar Fur and the Regional Cultural Factors*. in Sharif Harir and Terje Tvedt (eds.), *Short-cut to Decay: The Case of the Sudan*, Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet 1994, pp. 144-185.

15. R. Marchal, *Le Soudan d'un conflit à l'autre*, op cit. Lire aussi l'entretien donné au journal suisse *Le Courrier* dans son édition du 8 juillet 2004.

16. Cf. notamment, A. de Waal, *Counter insurgency on the cheap*. *London Review of Books*, 5, Août 2004 et *Darfur, Victims of Genocide, 2005*. – ZNet / Foreign Policy, 11 février 2005.

formule du ministre des Affaires étrangères du Soudan, Osmane Ismail, la guerre au Darfour serait « *un conflit tribal qui a dégénéré après de multiples interventions extérieures.* » Le gouvernement essaierait de ramener la paix entre tribus rivales en dépit des manœuvres déstabilisatrice de l'Erythrée et de « *certaines ONG, certains cercles aux Etats-Unis*¹⁷. »

1.5 LES RÉACTIONS INTERNATIONALES

1.5.1 Le silence initial (2002 - mars 2004)

Jusque fin mars 2004, la crise du Darfour fait l'objet d'une très faible médiatisation en Occident. Interdits d'accès à l'Ouest soudanais, journalistes étrangers et organisations de défense des droits de l'homme en sont réduits à glaner des informations auprès des réfugiés qui arrivent au Tchad et à solliciter leur réseau de correspondants à l'intérieur du pays. Outre une poignée d'articles parus dans la presse spécialisée¹⁸, quelques reportages sont diffusés sur les médias généraliste fin 2003 / début 2004¹⁹. Quant aux organisations de défense des droits de l'homme, aucune ne s'intéresse au conflit à l'exception d'*Amnesty international* qui demande le 21 février 2003 la constitution d'une commission d'enquête indépendante sur les violences au Darfour puis dénonce, un an plus tard (le 12 février 2004) les attaques indiscriminées contre les civils. En bref, personne ou presque n'alerte l'opinion internationale sur la gravité de la situation avant mars 2004. Pas même les organisations non gouvernementales (ONG) et les Nations unies.

Plusieurs raisons expliquent le silence de ces dernières. Dès 2002 le gouvernement soudanais a drastiquement restreint l'accès des organisations humanitaires au Darfour. Seuls le Programme alimentaire mondial (PAM) et quatre ONG (*Oxfam*, *SCF-UK*, *GOAL*, *MedAir*) sont autorisées à y mener des activités de routine²⁰. Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et MSF, qui ont demandé début 2003 l'autorisation de lancer des missions exploratoires, se sont heurtés à une fin de non-recevoir.

La signature d'un premier accord de cessez-le-feu à Abéché le 3 septembre 2003 entrouvre la porte du Darfour. L'espace de trois mois environ, les autorités octroient des laissez-passer à ceux qui en font la demande. Les agences de l'ONU et plusieurs délégations diplomatiques (ambassadeur de France, *USAID*) visitent la région sans trop s'éloigner des capitales provinciales. Le CICR, *MedAir*, *SCF-UK* et MSF (France et Hollande) effectuent des missions exploratoires plus en profondeur et démarrent des projets d'assistance en faveur des déplacés (dont le nombre total est alors estimé à 250 000 puis 570 000). D'autres ONG sont présentes à Khartoum, mais elles ne s'intéressent guère à l'Ouest du pays : elles se préparent à la réconciliation Nord-Sud et au lancement de projets de reconstruction.

L'accès au Darfour se referme brusquement au lendemain de la rupture des négociations d'Abéché. Le 17 décembre 2004, Khartoum décrète l'état d'urgence dans tout le Darfour

17. Entretien au *Figaro*, 24 août 2004.

18. *Africa Confidential* publie plusieurs articles alarmants en 2002 et 2003.

19. Reportage auprès des réfugiés ou clandestins en zone rebelle, cf. *Le Monde*.

20. Le PAM effectue des distributions alimentaires au travers du Croissant-Rouge soudanais dans quelques sites de déplacés et dans des régions victimes d'une insécurité alimentaire chronique. Les ONG sont essentiellement engagées dans des programmes long terme mis en œuvre par du personnel national.

et déclenche sa deuxième grande campagne de destruction. Les autorités suspendent la délivrance de laissez-passer pour l'Ouest du pays. Seul le personnel déjà sur place peut encore agir. Il est peu nombreux : les Nations unies et *MedAir* ont évacué l'essentiel de leur staff d'el-Genina le 10 décembre, les organisations basées à el-Fasher (Nord Darfour) sont cantonnées en ville par la sécurité militaire. Néanmoins, les équipes encore présentes à Nyala et el-Genina – une dizaine d'expatriés MSF-F/H et quelques représentants du PAM et d'OCHA – disposent d'une certaine liberté de mouvement leur permettant de démarrer des opérations de secours minimales dans des conditions apocalyptiques.

Le blocus humanitaire est partiellement levé deux mois plus tard, le 16 février 2004, après que le président el-Beshir ait déclaré la fin des opérations militaires au Darfour. Khartoum recommence à octroyer des autorisations d'accès au compte-gouttes : l'obtention des visas demande 3 à 4 semaines, celle des laissez-passer 5 à 10 jours. Fin février-début mars, les agences des Nations unies mènent plusieurs évaluations. Le CICR, MSF-F, *MedAir*, le PAM lancent, redémarrent ou renforcent leurs activités tout en multipliant les missions exploratoires.

Uniques témoins étrangers au Darfour, ONG et agences onusiennes restent relativement discrètes sur la gravité de la situation qu'elles découvrent. Pour MSF, la priorité est alors d'accroître ses activités de secours et d'éviter une expulsion déclenchée par des prises de position publiques sur l'intensité des violences orchestrées par Khartoum. Quant aux représentants des Nations unies – qui ont visité la région à deux reprises (en septembre et octobre 2003 puis en février et mars 2004) – ils glissent quelques cris d'alarme²¹, noyés dans du verbiage techno-humanitaire. A l'issue des premières évaluations de septembre 2003, les Nations unies ont arrêté une étrange stratégie : *la Greater Darfur special initiative*. Evoquant des « *disputes intertribales exacerbées par le manque de service de base [et] les faiblesses du système de gouvernance* », l'initiative prévoit de dépenser 22,8 millions de dollars dont un tiers seulement en secours d'urgence. L'essentiel est consacré au lancement de « *quick start - peace impact measures* » destinées à « *désamorcer les causes immédiates de violence* » ou à des projets censés « *s'attaquer aux facteurs sous-jacents qui génèrent le conflit sur le long terme* » (autrement dit : « *éradiquer la pauvreté* » et « *atteindre les objectifs du millénaire* »).

En fait, les Nations unies et les chancelleries occidentales ont d'autres préoccupations au Soudan. Le 22 juillet 2002, le gouvernement et la rébellion sudiste du SPLA ont signé au Kenya un protocole d'accord permettant d'envisager le règlement d'un conflit alors vieux de 18 ans ayant coûté la vie à plusieurs millions de Soudanais. Les négociations ont eu lieu sous forte pression internationale, notamment américaine. Mais le protocole ne marque qu'une première étape. Une longue série de négociations délicates – sur la répartition de la rente pétrolière, le statut des zones de transition, les institutions temporaires, etc. – doivent être menées avant la conclusion d'un accord final. Les 25 septembre 2003 et 7 janvier 2004, alors que le Nord et l'Ouest Darfour sont à feu et à sang, le gouvernement soudanais et le SPLA signent deux protocoles cruciaux sur le volet militaire et le partage des ressources naturelles. John Darforth, envoyé spécial du président américain pour le Soudan, est alors dépêché au Kenya pour encourager

21. Début décembre 2003, le directeur d'OCHA, Jan Egeland, parle du Darfour comme « *l'une des pires [crises] au monde* » et l'envoyé spécial du secrétaire général des Nations unies pour le Soudan, Tom Vraalsen, se dit « *choqué* » par ce qu'il a vu lors de ses récentes visites.

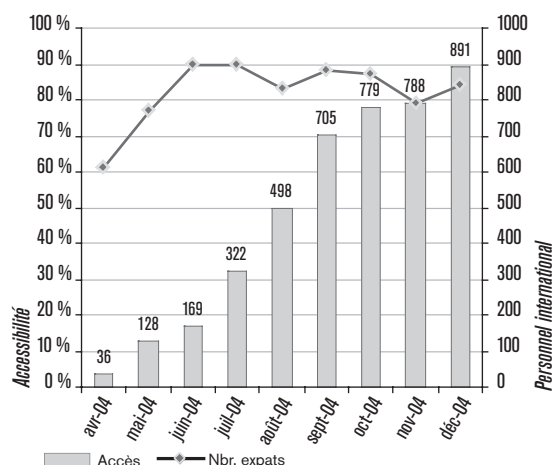
les parties à conclure une paix définitive avant le 20 janvier, date du prochain discours de Georges Bush sur l'état de l'Union. Il est même prévu d'inviter à la Maison Blanche les anciens ennemis, le leader du SPLA John Garang et le président soudanais Omar el-Beshir, enfin réconciliés.

Dans ces conditions, la crise du Darfour apparaît comme un événement inopportun. Non seulement elle met en question la nature même du processus engagé au Kenya, inspiré d'une lecture ethno-religieuse du conflit et qui laisse de côté l'ensemble des mouvements politiques luttant contre le régime²². Mais surtout, l'inscription du conflit à l'agenda diplomatique risquerait de compliquer sérieusement les pourparlers en cours et de retarder d'autant la conclusion d'un accord final entre Khartoum et la SPLA. Tant que les négociations avancent, le gouvernement américain et ses partenaires préfèrent contenir la crise du Darfour dans des limites acceptables pour l'opinion publique internationale, sans trop brusquer Khartoum. En l'absence d'images et de déclarations fracassantes des organisations humanitaires, l'envoyé spécial du secrétaire général des Nations unies et le département d'Etat américain peuvent se contenter du service minimum : demander la signature d'un cessez-le-feu humanitaire (en espérant que les « *quick start - peace impact measures* » et la réduction de la pauvreté permettront d'étouffer l'incendie ?)

1.5.2 La loi du tapage médiatique et l'ouverture du Darfour (mars-juin 2004)

Une fois n'est pas coutume, c'est un fonctionnaire des Nations unies qui brise le silence. S'exprimant devant la presse internationale à Nairobi le 19 mars 2004²³, Mukesh Kapila, coordinateur des affaires humanitaires pour les Nations unies au Soudan, compare la crise du Darfour à celle du Rwanda en 1994²⁴ suggérant qu'un génocide est en cours²⁵. Kapila, qui est en fin de mandat appelle l'Union africaine à examiner la situation du Darfour afin d'y déployer les éléments d'une force militaire internationale.

FIG.3 ACCESSIBILITÉ ET NOMBRE D'EXPATRIÉS AU DARFOUR SELON OCHA (SOURCES : UN DARFOUR PROFILE)



22. Les revendications des rebelles du Darfour, protestant contre la marginalisation politique de leur région et demandant à être associées aux négociations entre le SPLA et le gouvernement soulignent que le « conflit Nord/Sud » n'a pas tant à voir avec une « guerre de religion » qu'avec la construction d'un Etat soudanais susceptible d'intégrer sur un pied d'égalité l'ensemble des composantes ethniques et religieuses de l'ancien condominium anglo-égyptien, au Nord comme au Sud.

23. « West Sudan's Darfur conflict world's greatest humanitarian crisis : UN. » AFP, 19 mars 2004.

24. « The only difference is the number involved of dead, tortured and raped. »

25. « It's more than a conflict, it's an organized attempt to do away with one set of people. »

Ses propos sont abondamment repris par la presse internationale. Sans surprise, le ministère des Affaires étrangères soudanais les dénonce comme « irresponsables », manquant de l'« objectivité et de la neutralité » qui sied aux Nations unies et déviant « des normes et traditions en vigueur aux Nations unies qui enjoignent d'étayer tout jugement avec des faits, des chiffres et des statistiques²⁶. » Le 7 avril 2004, date anniversaire du déclenchement du génocide au Rwanda, Kofi Annan enfonce le clou. Devant la Commission des Nations unies pour les droits de l'homme, il décrit les « atrocités » et le « nettoyage ethnique » en cours au Darfour. Sans évoquer explicitement l'existence d'un génocide, il engage la communauté internationale à « ne pas répéter les erreurs du Rwanda » et demande au gouvernement soudanais d'autoriser le libre accès au Darfour des humanitaires et des enquêteurs des droits de l'homme. Il poursuit : « *If that is denied, the international community must be prepared to take swift and appropriate action. By action in such situations I mean a continuum of steps which may include military action* ».

Les déclarations des représentants des Nations unies entrent en résonance avec le lancement d'une campagne d'opinion internationale sur la crise au Darfour. Déclenchée par des activistes hostiles au régime soudanais²⁷, elle est rapidement rejointe par une alliance hétéroclite associant la gauche libérale et la droite chrétienne américaines, le *Black Caucus*, des *think-tanks* européens, des militants des droits de l'homme et des activistes néo-tiers-mondistes. Qualifiant la crise de « génocide » ou de « nettoyage ethnique », elles réclame au nom du « *plus jamais ça* » une intervention militaire internationale pour protéger les civils du Darfour²⁸.

Face à la montée des pressions internationales, Khartoum, qui a signé le 8 avril un accord de cessez-le-feu avec la SLA et le JEM lâche du lest et ouvre en grand les portes du Darfour, y compris aux journalistes. A partir du 24 mai, le gouvernement facilite l'octroi de laissez-passer pour le Darfour aux humanitaires et leur permet d'obtenir des visas auprès d'un consulat

26. « *Sudan slams UN for calling Darfur world's greatest humanitarian crisis* » AFP, 21 mars 2004.

27. Le 25 février 2004, déjà, Eric Reeves signe tribune dans le *Washington Post* intitulé : « *Darfur, un génocide inaperçu* ». S'appuyant sur les déclarations de Kapila, celles de MSF qui évoquent des « taux de mortalité catastrophiques » et sur les rapports d'*Amnesty international*, il affirme qu'un génocide visant les « Africains » est en cours au Darfour et qu'une intervention armée internationale est requise. Un mois plus tard, c'est au tour d'un éditorialiste du *New York Times*, Nicholas Kristof, de s'emparer du dossier. Le 27 mars 2004, dans un article intitulé « *Will we say never again, again ?* » il accuse le gouvernement soudanais de mener une politique génocidaire contre « les trois tribus noires » du Darfour alors que « *le monde baille* ». Kristof se rendra personnellement dans les camps de réfugiés soudanais au Tchad et multipliera les éditoriaux autour du même thème. En moyenne, il consacrera au moins 2 ou 3 papiers par mois au Darfour dans les colonnes du *New York Times*.

28. Le 2 avril 2004, *Human rights watch* (HRW) publie une première enquête qui dénonce une « *politique de la terre brûlée* » menée par le gouvernement dans le but de « *priver les rebelles de toute base de soutien politique*. » Un mois plus tard, le 7 mai, HRW sort un nouveau rapport qui, sans apporter d'éléments factuels nouveaux, réinterprète la crise comme le fruit d'une stratégie de « nettoyage ethnique » dirigée contre les « *populations africaines* » du Darfour. HRW appelle le Conseil de sécurité des Nations unies à « *prendre des mesures urgentes pour assurer la protection des civils, garantir la libre distribution de l'assistance humanitaire et renverser le nettoyage ethnique* », tout en enjoignant les organisations humanitaires à ne pas cautionner ce dernier. Dans son rapport du 23 mai 2004 intitulé « *Maintenant ou jamais au Darfour* », *International crisis group*, qui évoque également un « nettoyage ethnique », demande la mobilisation de moyens militaires sous l'égide de l'ONU pour créer des « zones de sécurité » où les déplacés seront protégés et ouvrir des corridors humanitaires. Pour ICG, le Darfour est l'occasion de traduire en acte la « responsabilité de protéger » (nouvelle appellation du « droit d'ingérence ») évoquée depuis le début 2000 par divers rapports commandités par le secrétaire général. Enfin, le 23 juin 2004, *Physician for human rights* (PHR) affirme détenir des preuves qu'un génocide est en cours au Darfour qui pourrait se solder par la mort d'un million de personnes en l'absence de réaction internationale. Entre-temps, *US Committee for refugees* appelle publiquement le Président Bush à « ne pas répéter l'erreur historique de Bill Clinton sur le Rwanda » puis le 7 juin, à « *faire cesser le génocide au Darfour* ». La presse donne un large écho à cette campagne.

en l'espace de 48 heures. Entre avril et juin, le nombre d'expatriés passe de 36 à 169 et le pourcentage de populations accessibles (selon les critères sécuritaires de l'ONU) de 61% à 90%. Pour autant, les secours se déploient très lentement. L'ONU manque de fonds et les nouvelles ONG arrivées au Darfour sont plus préoccupées par la question du « génocide », du « nettoyage ethnique » et du déploiement de forces internationales que par la fourniture d'une assistance vitale au 1,2 million de déplacés désormais accessibles mais toujours décimés par la malnutrition et les maladies diarrhéiques (qui sont alors la première cause de mortalité).

1.5.3 Le débat sur l'intervention occulte la sous-assistance des personnes déplacées (juin-octobre 2004)

Aux Etats-Unis, la mobilisation contre le régime soudanais prend de l'ampleur et fait son entrée dans la campagne électorale. Le 20 juin 2004, John Kerry, candidat démocrate à la présidence, met au défi le président Bush de réagir²⁹. Le Congrès n'est pas en reste. Après avoir envoyé une délégation au Darfour début juillet, il vote à l'unanimité une motion qualifiant la crise de « génocide » et demande au président d'agir d'urgence, de manière unilatérale si nécessaire. Le 1^{er} juillet, Colin Powell et Kofi Annan se rendent à Khartoum, mais à l'issue de sa visite le secrétaire d'Etat américain reste prudent : « *Sur la base de ce que nous voyons, il y a des indicateurs mais certainement pas tous les indicateurs d'une définition légale du génocide conforme aux traités sur ce sujet. C'est l'avis de mes juristes* » déclare-t-il à la presse.

Toujours est-il que les mois de juin et juillet sont marqués par une intense activité diplomatique. A Addis-Abeba, le conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine décide le 5 juillet l'envoi de 308 observateurs du cessez-le-feu, conformément aux accords signés entre Khartoum et les rébellions. L'Australie, la Grande-Bretagne, la Norvège, se disent également prêts à envoyer des troupes si le Conseil de sécurité en fait la demande. Ces déclarations sont chaleureusement accueillies par la SLA, qui le 25 juillet demande le « *déploiement urgent de troupes dans les jours à venir pour garantir la distribution de l'aide alimentaire à des millions de réfugiés.* » C'est dans ces conditions que MSF-F sort le rapport du 21 juin décrivant chiffres à l'appui l'ampleur des violences ainsi que les risques de famines liés au lent déploiement des secours, tout en récusant la qualification de génocide.

Face à la poursuite de la mobilisation internationale, Khartoum souffle le chaud et le froid. Au plan humanitaire, le gouvernement ne fait plus obstacle au déploiement des secours. Les principales difficultés sont d'ordre logistique avec l'arrivée de la saison des pluies et institutionnelles du fait des limites opérationnelles des ONG qui commencent à arriver au Darfour. Au plan politique, Khartoum s'engage le 3 juillet à « *entamer immédiatement le désarmement des Jenjaweeds et autres groupes armés hors la loi* » Elle annonce également l'envoi de 6 000 policiers au Darfour pour restaurer l'ordre, de même que la création de « *villages protégés* » où les déplacés pourront se réinstaller « *chez eux.* » Une nouvelle bataille s'engage, celle de la re-localisation. En réaction aux lobbies interventionnistes qui dénoncent

29. « *Now is not the time to debate whether to call this catastrophe a genocide. Now is the time for swift and strong action* » déclare-t-il à l'occasion d'un meeting électoral.

l'impunité dont jouissent les milices, les autorités condamnent à la peine de mort et à l'amputation croisée des dizaines de *Jenjaweeds*. Nul ne sait combien d'innocents, d'exécutants ou de donneurs d'ordre figurent parmi les suppliciés. Mais parallèlement, le gouvernement dénonce les pressions dont il est la cible comme autant d'attaques contre l'Islam³⁰. Le 27 juillet, les autorités décrètent la mobilisation générale et libère 49 opposants islamistes afin d'« *unir le front intérieur* » contre une intervention étrangère.

Le 30 juillet, le Conseil de sécurité des Nations unies finit par adopter la résolution 1556 qui impose un embargo sur les armes à destination des rebelles et des *Jenjaweeds* et exige du gouvernement soudanais qu'il désarme ces derniers dans un délai de 30 jours. La résolution est qualifiée de « *déclaration de guerre* » par un porte-parole de l'armée, mais l'ambassadeur soudanais en Ethiopie annonce que « *contrairement à Israël qui rejette les résolutions de l'ONU, nous allons appliquer la résolution [1556]* ». Quelques jours plus tard – alors que le Musée de l'Holocauste à Washington inaugure une présentation sur le « *génocide au Darfour* » – des centaines de manifestants défilent à Khartoum et se rassemblent devant les locaux des Nations unies aux cris de « *les croisés sont à nos portes* », « *non au complot impérialiste sioniste contre le Soudan*. »

Estimant que le gouvernement ne parviendrait pas à désarmer les *Jenjaweeds* en l'espace de 30 jours – même s'il le voulait – le nouveau représentant spécial du secrétaire général pour le Darfour, Jan Pronk signe le 5 août avec les autorités un plan d'action précisant la façon dont Khartoum pourra manifester sa bonne foi et échapper aux sanctions envisagées par le Conseil de sécurité³¹. Dix jours plus tard, le 14 août, les premiers observateurs rwandais de l'Union africaine entament leur déploiement. Les opérations de secours s'intensifient, en dépit de la poursuite des combats au Sud et à l'Est de la province qui réduisent temporairement l'accès des humanitaires à ces régions. Au 1^{er} septembre 2004, OCHA enregistre la présence de 705 expatriés et estime que 88% des déplacés sont accessibles.

S'appuyant sur ces avancées réelles au plan humanitaire et sur les quelques efforts entrepris par les autorités pour contrôler les *Jenjaweeds* dans les lieux les plus visibles, Jan Pronk remet un rapport plutôt positif au secrétaire général le 2 septembre 2004, qui permet au Soudan d'échapper aux sanctions. De son côté, l'administration américaine cherche à donner des gages aux lobbies anti-Khartoum tout en préservant la possibilité d'un engagement restreint au Darfour. Le 9 septembre 2004, Colin Powell déclare qu'un génocide a bel et bien été commis par le gouvernement et les *Jenjaweeds* mais que rien n'oblige les Etats-Unis à intervenir militairement pour y mettre un terme. Formellement, Washington s'est acquittée de ses obligations au regard de la Convention de 1948 sur le génocide puisque le Conseil de sécurité des Nations unies a été saisi.

De fait, le 18 septembre, le Conseil de sécurité décide d'étendre le mandat des observateurs de l'Union africaine et de créer une commission d'enquête indépendante sur les crimes

30. « *L'objectif véritable de la campagne internationale contre notre pays n'est pas de dénoncer la situation dans la région troublée du Darfour, mais de donner un coup d'arrêt à la progression de l'islam dans le pays.* » AFP, 23 juillet 2004.

31. Le gouvernement devra entamer le cantonnement, le désarmement et le jugement des miliciens, créer des « *zones de sécurité* » pour les déplacés, lever toute entrave à l'acheminement de l'aide, ordonner à ses forces de respecter le cessez-le-feu et reprendre les négociations politiques avec la rébellion.

commis au Darfour afin de déterminer s'ils sont constitutifs d'actes de génocide. Fin octobre, la force de l'Union africaine est portée à 3 320 hommes. Mais le débat sur l'intervention n'est pas clos. La campagne d'opinion continue, insistant cette fois sur les viols, qui feraient partie d'une campagne « *massive et systématique*. » A l'ouverture du débat annuel de l'Assemblée générale des Nations unies le 21 septembre 2004, Kofi Annan lance un appel à « *protéger les civils innocents des génocides, des crimes contre l'humanité et des crimes de guerre (...). L'Histoire nous jugera très sévèrement si nous nous laissons distraire de cette tâche ou si nous pensons que nous pouvons nous en dispenser en invoquant la souveraineté nationale*. » Les tensions entre le gouvernement soudanais, les ONG et la communauté internationale sont toujours très vives. En septembre, le président de l'assemblée nationale soudanaise menace « *d'ouvrir les portes de l'enfer* » en cas d'invasion étrangère du pays. Il annonce l'envoi d'une commission parlementaire « *pour enquêter sur le travail des organisations humanitaires [qui] veulent le contrôle des camps*. » Le président soudanais Omar el-Beshir déclare que les « *organisations humanitaires sont les vrais ennemis* » du Soudan.

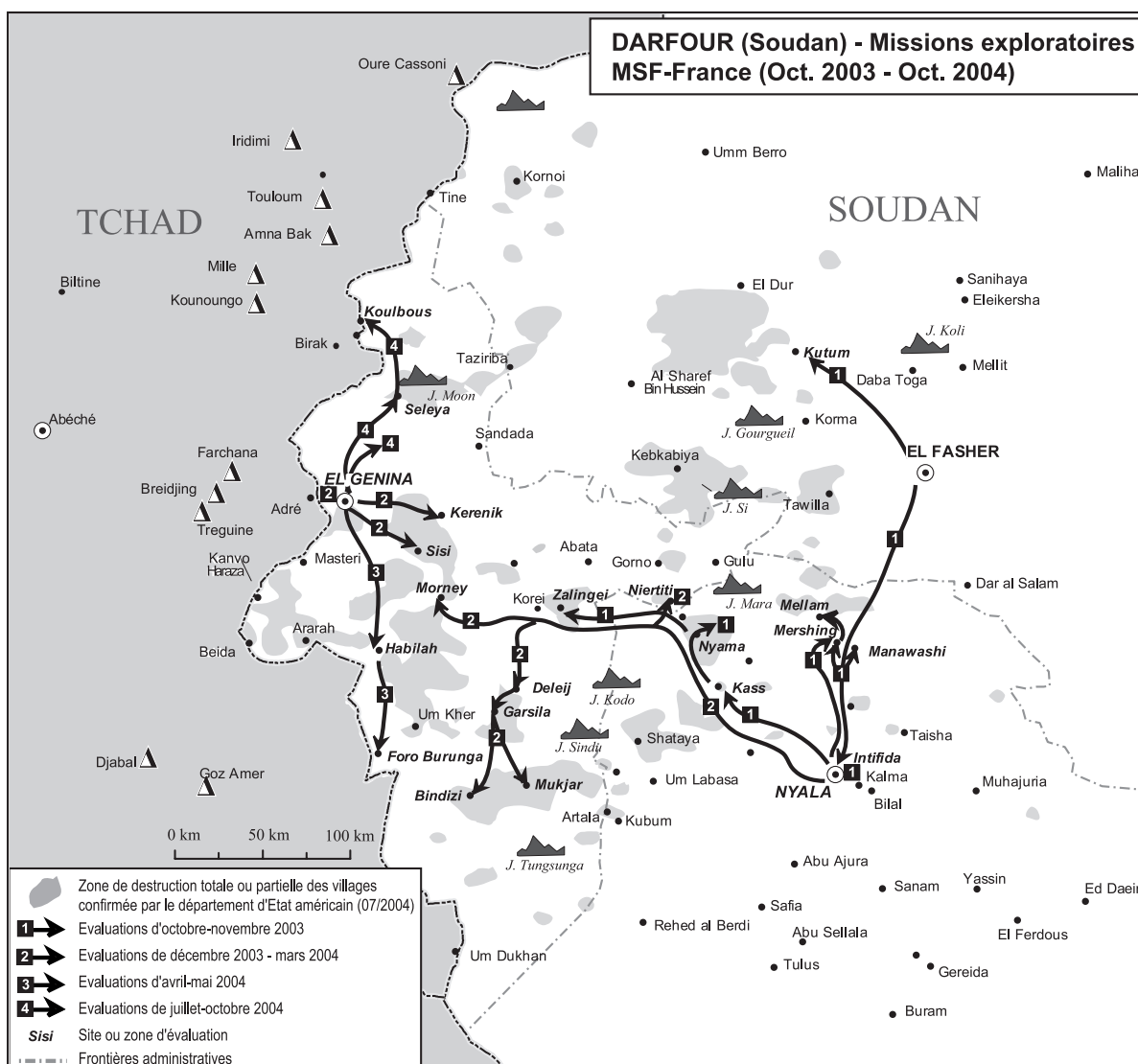
2 - GRANDES ETAPES DE L'OPERATION MSF-F AU DARFOUR

L'objet de cette partie est de retracer à grands traits les étapes du déploiement opérationnel MSF-F. Stratégie de secours, politique de communication, débats internes... seront brièvement évoqués avant d'être discutés plus en détail dans la seconde partie.

En prenant pour critère le nombre d'expatriés maximum présents sur le terrain, nous pouvons distinguer quatre phases dans l'opération MSF-F au Darfour : octobre à novembre 2003 (équipe de capitale puis 4 expatriés Darfour) ; décembre 2003 à mars 2004 (8-11, puis 18 expatriés fin mars) ; avril à juin 2004 (24-27 expatriés) ; juillet à décembre 2004 (48-30 expatriés).

2.1 OCTOBRE-NOVEMBRE 2003 : LES PREMIÈRES MISSIONS EXPLORATOIRES

CARTE 3 - MISSIONS EXPLORATOIRES MSF FRANCE AU DARFOUR (OCTOBRE 2003 - OCTOBRE 2004)



Bien que la radicalisation de la guerre au Darfour date du premier trimestre 2003, les premières missions exploratoires MSF France ne sont conduites que fin octobre 2003, soit six mois après l'intensification des violences. Selon le desk, les premières demandes de laissez-passer pour le Darfour ont été faites en juin 2003 mais se sont heurtées à une fin de non recevoir jusqu'à la signature du cessez-le-feu d'Abéché en septembre.

Les deux premières évaluations sont menées par l'équipe de Khartoum. Elles explorent une partie du Nord Darfour (Kutum), du Sud Darfour (Nyala et Manawashi) et de l'Ouest Darfour (Zalingei). Seule autre section MSF alors présente au Nord Soudan, MSF-H effectue une mission exploratoire plus en profondeur à l'Ouest Darfour, vers Deleig et Garsilla. A l'issue de ces évaluations, le desk urgence décide le 20 novembre d'ouvrir deux missions au Sud et à l'Ouest. La première à Nyala, capitale du Sud Darfour qui abrite un camp de déplacés illégal de 10 000 personnes récemment arrivées de l'Ouest Darfour qu'ils décrivent à feu et à sang. La seconde précisément en direction de l'ouest, à Zalingei, ville de 30 000 personnes où affluent chaque jour des habitants des villages alentours anéantis par les milices progouvernementales. Paris décide également d'installer une équipe de coordination à Nyala afin de poursuivre les évaluations. Un protocole d'accord est signé avec les autorités soudanaises fin novembre, nous donnant droit à huit postes expatriés sur le terrain (2 médecins, 3 infirmières, 2 logisticiens, 1 coordinateur) et quatre « visites de supervision ». Une équipe du desk d'urgence arrive début décembre. Un *full charter* comprenant 30 tonnes de matériel médical et logistique décolle de Bordeaux le 8 décembre et se pose le lendemain directement à Nyala.

2.2 DÉCEMBRE 2003 – MARS 2004 : DÉMARRAGE À L'ARRACHÉ

2.2.1 Ouverture et fermeture prématurée du camp d'Intifada à Nyala (9 décembre - 15 janvier)

La mission dans le camp de déplacés d'Intifada à Nyala ouvre le 9 décembre avec trois personnes. Elle se heurte d'emblée à l'opposition des autorités locales, désireuses de transférer les populations à une dizaine de kilomètres de la ville, dans une zone dépourvue d'infrastructures d'accueil et jugée dangereuse par les déplacés. Afin d'encourager le mouvement, les autorités entretiennent des conditions sanitaires déplorables : interdiction de construire des latrines, interdiction de distribuer des produits de première nécessité, interdiction d'installer des réseaux durables de distribution d'eau, etc. MSF parvient à assurer des consultations externes (environ 750 par semaines, dont un quart pour diarrhées) et un approvisionnement en eau minimal par *water trucking*. Un centre nutritionnel thérapeutique accueille 38 enfants. Quelques distributions ciblées de couvertures, savons et jerrycans aident les nouveaux arrivants. Mais les taux de mortalité restent très élevés, de l'ordre de 6 pour 10 000 et par jour chez les moins de cinq ans la première quinzaine de janvier (d'après le comptage de tombes).

La mission n'a pas le temps de se structurer. Les 14-15 janvier 2004, les autorités délogent *manu militari* les déplacés du camp d'Intifada avec l'approbation d'un représentant d'OCHA. Refusant de s'installer dans le camp inhospitalier et dangereux auquel le gouvernement les destine (Belel), les déplacés se dispersent en ville et aux alentours. MSF, dont les centres de santé et nutritionnels ont été brutalement fermés, diffuse un communiqué de presse protestant contre les conditions d'évacuation du camp. Cette prise de position publique déclenche une vive réaction du gouvernement qui convoque le chef de mission à Khartoum et lui remet un

« *dernier avertissement avant expulsion.* » Dans les jours qui suivent, des tentatives pour monter un centre de transit et poursuivre des activités nutritionnelles en faveur des déplacés de Nyala échouent. Quelques centaines d'entre eux finissent par s'installer à Belel.

2.2.2 Ouverture difficile de Zalingei et poursuite des missions exploratoires (24 décembre)

Entre temps, une équipe de trois personnes (médecin, infirmière, logisticien) ouvre la mission de Zalingei le 24 décembre. La ville d'environ 30 000 habitants accueille quelques 15 000 déplacés, répartis dans les quartiers en une dizaine de campements de fortune ou hébergés chez l'habitant. Cette configuration un peu complexe semble perturber les équipes qui décident de mettre en place un système de six cliniques mobiles. Il est abandonné en mars pour deux postes de santé permanents sur les sites de regroupement les plus peuplés. En moyenne, 900 consultations hebdomadaires sont réalisées au premier trimestre. Deux centres nutritionnels thérapeutiques sont ouverts, avec uniquement des phases externes, les cas sévères étant référés dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Zalingei avec lequel on cherche à collaborer. En février, le ministère de la Santé organise une campagne de vaccination contre la rougeole pour les 9-59 mois.

En revanche, rien de significatif n'est entrepris en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Les autorités s'y opposent tant que les déplacés n'auront pas été rassemblés en des lieux identifiés où ils seront plus faciles à contrôler d'un point de vue sanitaire autant que policier. En attendant, les déplacés s'approvisionnent en eau auprès de quelques points de distribution de la ville ou directement au *wadi* réputé dangereux. D'après le comptage de tombes, la mortalité reste sous les seuils d'urgence tout au long du premier trimestre. Quant aux dépistages MUAC, ils révèlent une prévalence de malnutrition aiguë globale (GAM) de 9,2% en janvier et 14,6% en mars. Le PAM n'a réalisé que deux distributions alimentaires incomplètes entre décembre et mars.

Pendant que la mission Zalingei bataille pour s'organiser, de nouvelles évaluations sont menées plus à l'Ouest sur la route d'el-Genina, en direction de Mornay (où la population déplacée passe de 7 000 à 25 000 entre deux visites en décembre et janvier), Niertiti (village situé aux pieds du Jebel Mara où sont retranchés les rebelles et qui accueille environ 3 000 déplacés), Deleig et Garsilla (où l'équipe constate les 13 et 14 janvier l'arrivée de milliers de déplacés dont les villages sont encore en train de brûler). Face à la vague de destruction qui se rapproche, il est décidé d'ouvrir une mission à Mornay. Mais cela doit se faire avec les moyens du bord. Fin décembre, le gouvernement a entamé sa deuxième grande contre-offensive et fermé l'accès au Darfour.

2.2.3 Ouverture de Mornay, dans l'œil du cyclone (31 janvier)

C'est l'ancienne équipe d'Intifada qui ouvre la mission Mornay le 31 janvier, après en avoir obtenu l'autorisation des autorités d'el-Genina quelques jours auparavant. Moins d'une semaine après les menaces d'expulsion de Khartoum, MSF-F obtient un feu vert gouvernemental pour ouvrir une mission en plein cœur (géographique et chronologique) d'une campagne de destruction.

Le premier réflexe de la mission Mornay est de lancer une campagne de vaccination contre

la rougeole pour les 6-59 mois. 10 000 enfants sont immunisés au cours des deux premières semaines. Au même moment, la population augmente massivement, passant à 45 000 puis 60 000 personnes. Les déplacés proviennent d'un rayon de 100 kilomètres. Ils fuient la terreur organisée par le gouvernement à l'aide de bombardements aériens nocturnes et d'attaques de *Jenjaweeds* au petit matin. Ils rapportent tortures et violences dont ils ont été victimes ou témoins.

Parmi les déplacés, on recense 480 blessés par balle. Une salle d'urgence et une hospitalisation sont montées à la hâte. Entre le 4 et le 15 février, 80 blessés graves et 380 blessés légers sont traités dont 12 seulement peuvent être transférés vers l'hôpital de el-Genina en raison de l'insécurité qui règne sur les routes³². Soignés par l'infirmière (contrainte de pratiquer des gestes chirurgicaux) aucun ne décède.

Le 16 février, Khartoum déclare la fin des opérations militaires au Darfour et recommence à octroyer des laissez-passer. L'arrivée d'un médecin au sein de l'équipe Mornay début mars permet l'ouverture d'une consultation externe. 3 000 consultations sont réalisées en l'espace de trois semaines, dont 52% pour des enfants de moins de cinq ans. Parallèlement, l'équipe ouvre un centre nutritionnel thérapeutique et un supplémentaire. Au cours du premier trimestre 2004, 320 cas sévères et 1 500 modérés sont pris en charge. Le recours à des distributions supplémentaires ciblées est envisagé, mais ni les moyens humains et matériels, ni les conditions de sécurité ne permettent de les mettre en place à ce stade. Le PAM parvient à distribuer une première demi-ration au mois de mars.

En revanche, l'accent est mis sur l'approvisionnement en eau, afin de limiter la propagation des maladies à transmission oro-fécale, mais également d'éviter aux femmes d'aller s'approvisionner à la rivière où elles sont régulièrement agressées par des miliciens. Fin mars, le pompage de bassins de captation creusés dans le lit du *wadi* permet de fournir 150 000 litres d'eau chlorée par jour (soit 3 litres par personne et par jour).

Il est difficile de savoir quel est l'impact réel de ces trois premiers mois d'intervention contingente. D'après le comptage de tombes, la mortalité brute reste au-dessus des seuils d'urgence jusqu'à la première semaine de mars (CMR de 1,1 et U5MR de 2,4 semaine 9) puis se stabilise à un niveau très raisonnable (CMR de 0,6 et U5MR de 0,9 fin mars). La campagne de vaccination contre la rougeole, l'approvisionnement en eau, même limité, ainsi que le traitement de la malnutrition et l'hospitalisation des blessés et des cas médicaux graves contribuent indubitablement à réduire la morbi-mortalité de façon significative. Même à deux personnes, l'équipe a abattu un travail colossal qui a très certainement permis de sauver des centaines de vies.

2.2.4 Négociations de nouvelles activités et de moyens d'actions plus conséquents

Dans la foulée de l'ouverture de Mornay, l'équipe de coordination Darfour mène début février une « explo-action » (*screening* nutritionnel, vaccination rougeole) plus au sud sur Garsila, Deleig,

32. Pour la première femme reçue avec son enfant, Jean-Sébastien refuse d'envoyer l'une de nos deux voitures ou de scinder l'équipe. Il finit par trouver un taxi avec lequel il négocie le prix, lui recommandant de ne prendre à bord ni militaires, ni policier. Mais le chauffeur embarque malgré tout 6 policiers locaux. La voiture est attaquée. Les 6 militaires et le conducteur sont exécutés et leur corps sauvagement brutalisés (on a roulé sur les corps avec des véhicules). Les 7 morts sont reçus à la morgue et à l'hôpital de Mornay. Grande émotion dans l'équipe et dans la ville. La femme et son enfant auraient été récupérés dans un village un peu plus loin du lieu de l'embuscade, par un détachement militaire. Ils arrivent finalement à Zalingei.

Mukjar, Bindisi en attendant le déploiement de MSF-H qui s'est engagé à y intervenir mais n'est toujours pas opérationnelle. Fin février, elle poursuit ses explorations à l'ouest de Mornay, vers Sissi et Kérénik où l'on découvre 17 000 déplacés de fraîche date. En mars, le responsable parisien des urgences effectue une visite à el-Genina depuis le Tchad, afin d'y rencontrer les autorités et évaluer les possibilités d'intervention au sein de l'hôpital provincial. Nos moyens humains sont toujours limités à 8 postes et quatre « visites de supervision ». Deux logisticiens supplémentaires sont bloqués à Khartoum en attente de laissez-passer et sept procédures d'obtention de visas sont en instance.

A la fin du premier trimestre 2004, MSF décide d'étendre ses activités dans les camps de Kerenik et dans l'hôpital d'el-Genina où l'on entend constituer un pôle de référence chirurgical. A cette fin, un nouveau protocole d'accord est négocié avec les autorités (10 mars). Il nous donne droit à 25 postes terrain en échange de la réhabilitation du bloc chirurgical de l'hôpital d'el-Genina. Il est d'autant bien venu qu'à la mi-mars l'équipe de Zalingei doit étendre son action vers Niertiti (environ 20 000 personnes, incluant plusieurs milliers de déplacés) où une épidémie de rougeole s'est déclarée. Des cliniques mobiles quotidiennes et un hôpital de jour sont installés pour soigner les cas cliniques.

Côté communication, il est décidé, durant toute cette période, de faire appel à plus de secours sans parler publiquement des violences, ni dénoncer les entraves gouvernementales à l'acheminement de l'aide. Refroidi par les menaces d'expulsion consécutives au communiqué de presse Intifada, MSF veut attirer l'attention internationale sur le Darfour sans brusquer les autorités ni compromettre son accès à la zone de conflit. A cette fin, une stratégie de « diplomatie silencieuse » est mise en œuvre, avec briefing *off* des journalistes et des diplomates, qui ne semblent guère s'intéresser à la crise jusqu'à début avril.

2.2.5 En résumé

En bref, durant toute cette période :

Nous découvrons progressivement l'ampleur de la crise : lors de leur déplacement et à Mornay, les équipes sont directement témoins de la politique de destruction des villages de l'Ouest Darfour : pillages, incendie des villages, assassinats et violences contre les civils et déplacements massifs de survivants. A chaque mission exploratoire nous trouvons de nouveaux regroupements de déplacés vivant dans des conditions matérielles et sécuritaires très précaires et dépourvus de toute assistance. Nous estimons qu'entre 500 000 et un million de déplacés sont dans une situation critique.

Nous parvenons à assister environ 65 000 d'entre eux avec des moyens d'intervention extrêmement limités. La situation est plus ou moins sous contrôle à Mornay et Zalingei, avec des taux de mortalité qui semblent rester sous la barre des seuils d'urgence, mais l'équilibre paraît très fragile. On craint une détérioration rapide de la situation sanitaire (épidémies, malnutrition, disette, famine). La plus grande inquiétude est de mise pour les sites où aucune assistance n'est disponible.

Khartoum bloque l'envoi de ressources humaines supplémentaires et l'acheminement de secours matériel (8 postes terrain seulement, un mois et demi pour le dédouanement du second *full charter*). Nous tentons de dénouer ces entraves localement et parvenons mi-mars à signer un nouveau protocole d'accord nous octroyant 25 postes terrain.

Nous sommes pour ainsi dire la seule organisation de secours opérationnelle (avec, dans une moindre mesure, le PAM, *SCF-UK* et *MedAir*), mais aussi les seuls témoins. La situation au Darfour est très faiblement médiatisée du fait de la fermeture de la région aux journalistes. La crise occupe une place marginale dans les cercles diplomatiques principalement préoccupés par le processus de réconciliation Nord-Sud. Nous décidons de ne communiquer publiquement que sur le manque de secours.

TABEAU 3 - RÉCAPITULATIF DES PROGRAMMES MSF FRANCE AU DARFOUR À FIN MARS 2004

Mission	Actions	Activité	Ressources humaines	Budget à fin mars 2004
el-Genina	Coordination			
Mornay	Salle d'urgence	78 admissions/semaine		
	OPD	970 consultations/semaine		
	Home visitors			
	Vaccination	10 000 enfants		
	TFC	40 admissions/semaine		
	SFC			
	Eau	150 000 litres/jour		
	NFI	2 600 couvertures		
Zalingei	2 OPDs	920 consultations/semaine		
	Home visitors			
	2 TFC			
	2 SFC			
	NFI	2 distributions pour 1 900 familles		
Niertiti	Equipe mobile	33 consultations/semaine		
Nyala	Base logistique			

2.3 AVRIL-JUIN 2004 : CONSOLIDATION DES ACTIVITÉS

2.3.1 Consolidation progressive de nos activités

La période d'avril à juin 2004 est marquée par la levée progressive des obstacles à l'envoi de ressources humaines et matérielles. Grâce à notre nouveau protocole d'accord, nous passons de 11 postes terrain en février à 24 en avril, 27 en juin. Surtout, Khartoum décide fin mai d'ouvrir largement le Darfour à l'aide humanitaire, facilitant à cette fin l'octroi des documents de voyage (visas, laissez-passer). Les ressources nouvellement disponibles sont consacrées prioritairement à la consolidation des activités existantes ou planifiées.

• Distributions alimentaires ciblées et consolidation des programmes à Mornay et Zalingei

En avril et en mai, des enquêtes nutritionnelles réalisées par Epicentre mettent en évidence des prévalences de malnutrition aiguë globale de 23,4% à Zalingei et 20,6% à Mornay (en Z-score). Le PAM tarde à augmenter ses capacités de distributions, toujours irrégulières et incomplètes. Fin juillet, 20% seulement des quantités requises ont été distribuées dans l'Ouest Darfour. Quant aux centres nutritionnels thérapeutiques (CTFC) et supplémentaires (SFC) de Zalingei et Mornay ils enregistrent un nombre croissant d'admissions. Fin juin, environ 2 000 enfants sont inscrits en HSFC et 400 en HTFC à Mornay.

MSF est alors en mesure de réaliser les premières distributions ciblées pour les enfants de moins de cinq ans. Une ration d'huile et d'*Unimix* assurant 2 700 Kcal quotidiennes pour dix jours est distribuée à 15 000 enfants à Mornay en avril et à 13 000 autres à Zalingei en juin. Les distributions se poursuivent de façon irrégulière à Mornay jusqu'en juin où elles s'en tiennent, comme à Zalingei, au rythme d'un round tous les dix jours.

Quant aux consultations externes, elles sont saturées à Mornay (1 400 consultations hebdomadaires en moyenne entre avril et juin) et plus fluides à Zalingei. Sur les deux sites, on observe une recrudescence des cas de diarrhées et une épidémie de rougeole touche Zalingei début avril. MSF organise une campagne de rattrapage pour les 6-59 mois. Côté hospitalisation, Mornay quadruple sa capacité d'accueil en prévision de la saison des pluies (de 27 à une centaine de lits) alors qu'à Zalingei MSF parvient à installer une unité de soins intensifs dans le service pédiatrique de l'hôpital.

Enfin, la production d'eau potable augmente à Mornay tout en restant en deçà de vingt litres par personne et par jour. A Zalingei, où finalement la population a été regroupée sans violence en deux sites principaux, MSF démarre des activités d'approvisionnement en eau chlorée. Profitant de l'ouverture du Darfour à l'aide internationale, les premières organisations promettant de s'investir dans des activités d'assainissement font leur apparition sur le terrain mais tardent à se mettre au travail.

- **Développement des activités à Niertiti (en mobile)**

A Niertiti, dont la population tend à augmenter, MSF assure à partir de début avril une présence quotidienne, même si les équipes ne passent pas la nuit sur place en raison de conditions de sécurité volatiles. Les activités médicales s'élargissent de la prise en charge des cas de rougeole en avril (400 cas traités à la mi-avril dont 10% de sévère et 24 décès) à l'ouverture de consultations généralistes en mai (environ 1 100 consultations par semaine). Entre-temps, le ministère de la Santé a organisé une campagne de vaccination pour les 9-59 mois. Des centres nutritionnels thérapeutiques et supplémentaires sont ouverts, assurant le traitement de 94 cas sévères au second trimestre 2004. Enfin, un dispositif d'approvisionnement en eau chlorée est mis en place assurant la fourniture quotidienne de 60 à 90 m³ fin juin.

- **Mise en place des activités à el-Genina**

Dans l'hôpital d'el-Genina, les travaux de réhabilitation du bloc chirurgical s'enlisent dans des débats techniques. En attendant, MSF assure la gratuité des soins pour les patients opérés en urgence par le personnel soudanais dans les structures existantes. Parmi les volontaires, certains doutent de l'opportunité de développer une activité chirurgicale MSF, estimant qu'il convient simplement d'honorer notre engagement à réhabiliter le bloc. Le personnel de l'hôpital serait tout à fait en mesure d'assurer les urgences chirurgicales - au demeurant peu nombreuses. En mai, MSF s'implique plus avant dans le service de pédiatrie et ouvre un centre nutritionnel thérapeutique dans l'enceinte de l'hôpital. Celui-ci est destiné aux enfants malnutris vivant dans les camps alentours.

En effet, la capitale de l'Ouest Darfour accueille alors 55 000 déplacés (pour une population résidente d'environ 110 000 personnes), répartis sur une douzaine de camps précaires.

Seule une petite organisation, *MedAir*, y offre des soins de santé primaires. Elle est à l'origine de la plupart des références pédiatriques. En juin, une enquête de mortalité rétrospective conduite par Epicentre découvre des taux de mortalité catastrophique pour le mois écoulé : 5,6 de CMR et 14,1 d'U5MR. Estimant qu'elle n'a pas les moyens de développer de nouvelles opérations dans les camps, MSF y envoie cependant des équipes de *home visitors* pour dépister les cas graves et les référer à l'hôpital. Ces dernières – tout comme *MedAir* – sont incapables de corroborer les chiffres d'Epicentre, pourtant confirmé par une deuxième enquête (cf. plus loin).

Enfin, un mini-programme mobile est ouvert depuis el-Genina sur Kérénik, à deux heures de route, où une nouvelle mission exploratoire a été conduite le 21 avril recensant environ 20 000 déplacés et résidents. MSF y effectue une campagne de vaccination contre la rougeole et met en place des cliniques mobiles hebdomadaires associées à des centres nutritionnels thérapeutiques ambulatoires et supplémentaires à partir de mi-mai (également en mobile). 112 enfants sévèrement malnutris y seront soignés jusqu'à début juillet.

2.3.2 Gel des ouvertures

Ainsi, alors que Khartoum assouplit progressivement le contingentement des secours au second trimestre 2004, le desk des urgences décide de geler les ouvertures et de consolider les activités. Pourtant, de nouvelles missions exploratoires ont été menées, conduisant à l'identification de plusieurs sites critiques. A Habila, camp de l'Ouest Darfour situé au sud d'el-Genina (en zone Massalit), une mission exploratoire réalisée les 28-29 mai recense 70 cas de rougeole parmi les 15 000 déplacés et 5 000 résidents. Un dépistage MUAC dégage une prévalence de malnutrition aiguë globale de 14,8% et sévère de 2,6%. A Foro-Burunga, plus au sud, où 7 000 déplacés vivent parmi 28 000 résidents, les prévalences de malnutrition aiguë estimés par MUAC donnent 36,8% de globale et 13,8% de sévère. Sur ces deux sites, les équipes réalisent des consultations mobiles, laissent quelques médicaments au personnel médical local et du *Plumpy Nut* aux malnutris dépistés. A l'instar des camps d'el-Genina, MSF-F estime ne pas pouvoir y ouvrir de nouveaux programmes.

La décision de geler l'extension géographique de nos opérations semble reposer sur trois séries de considérations. En premier lieu, elle renvoie au besoin de renforcer notre intervention à Mornay, Zalingei, Niertiti (et dans une moindre mesure Kérénik), où la situation sanitaire est jugée très fragile. Les équipes ont le sentiment d'être au bord d'une explosion épidémique ou nutritionnelle. La rougeole se déclare à Niertiti et Zalingei, les cas de diarrhées augmentent sur tous les camps (le choléra est endémique dans la région), les consultations externes sont saturées à Mornay, la saison des pluies approche et avec elle son lot de maladies diarrhéiques et de paludisme, les admissions en centre nutritionnel se maintiennent à un rythme soutenu, les enquêtes et les dépistages nutritionnels font apparaître une dégradation nutritionnelle (GAM au MUAC de 14,7% à Mornay en avril contre 8,8% en janvier)... et le PAM tarde à régulariser les distributions alimentaires générales alors que les pluies vont considérablement compliquer sa tâche. Certes, les violences de guerre et destructions se sont estompées à l'Ouest Darfour et les taux bruts de mortalité restent en deçà des seuils d'urgence sur les sites où nous sommes présents. Mais la crise sanitaire guette.

Ensuite, si les entraves gouvernementales à l'acheminement des secours sont désormais levées, Paris pense que nos limites internes sont en passe d'être franchies. Avec un hôpital de référence à el-Genina et quatre camps (Mornay, Zalingei, Niertiti, Kerenik) représentant alors une population de plus de 150 000 personnes pour qui nous mettons en place une large panoplie de secours (consultations, hospitalisation, renutrition, distributions alimentaires, eau), on estime impossible de consolider les programmes existants et d'en ouvrir de nouveaux sans dépasser une masse opérationnelle critique qui rendrait ingérable l'ensemble de l'opération.

Enfin, MSF-F espère qu'avec l'ouverture du Darfour à l'aide internationale décidée par Khartoum fin mai, les intervenants vont se multiplier. En mai, la section hollandaise est enfin opérationnelle, les sections suisse et belge viennent de recevoir leur autorisations de travail et la section espagnole est sur le point de l'obtenir. Fin mai MSF-CH s'implique à Habila et dans les camps d'el-Genina à partir de juillet alors que MSF-B privilégie le Darfour Nord, les pour-tours septentrionaux du Jebel Mara et les zones rebelles. Dans ces conditions, Paris considère que la meilleure option est de « *bien faire* » ce que nous avons entrepris, non de nous disperser.

2.3.3 Première prise de parole publique sur les violences

Si le gouvernement soudanais a finalement ouvert les portes du Darfour, c'est que la crise fait l'objet d'une médiatisation croissante depuis mi-mars et les commémorations du génocide au Rwanda. Sous la pression de campagnes d'opinion qualifiant la guerre au Darfour de génocide ou de « nettoyage ethnique » et réclamant une intervention internationale pour y mettre un terme, les Nations unies et les chancelleries occidentales finissent par se saisir du dossier et à contraindre Khartoum à lâcher du lest.

Le silence désormais brisé et les entraves à l'acheminement de l'aide levées, les questions de communication se posent sous un jour nouveau. Seul témoin étranger pendant la phase de destruction des villages de l'Ouest Darfour, MSF peut difficilement rester silencieuse, d'autant que la situation est toujours critique. En dépit de la levée des restrictions gouvernementales, l'aide reste minimaliste, nombre d'organisations de secours préférant dissenter sur l'opportunité de déployer des forces internationales plutôt que de construire des latrines alors que les maladies diarrhéiques sont devenues la première cause de mortalité. L'intensité de la campagne d'opinion menée par les organisations de défense des droits de l'homme, les Nations unies et la plupart des organisations humanitaires – qui toutes demandent des mesures coercitives contre Khartoum et ses milices – requiert une clarification de notre position.

En mars, MSF demande à Epicentre d'inclure une enquête de mortalité rétrospective dans ses activités de recueil de données épidémiologiques sur la crise du Darfour. Les résultats font l'objet d'un rapport public rédigé par le président de MSF-F Jean-Hervé Bradol à l'occasion d'une visite de terrain en juin. Il résume ce que les équipes ont vu et compris de la politique de destruction au travers des activités de secours. L'intensité des massacres et leur distribution démographique est décrite chiffres à l'appui mais la qualification de génocide est implicitement réfutée (explicitement dans les premières interviews). Intitulé « *Le pire est à venir* », le rapport insiste sur l'urgente nécessité d'acheminer des secours massifs afin de prévenir une famine.

Sa diffusion le 21 juin à l'occasion de la visite à Khartoum du secrétaire d'état aux Affaires étrangères français, Renaud Muselier, déclenche des protestations formelles du gouvernement soudanais mais aucune mesure de représailles.

TABLEAU 4 - RÉCAPITULATIF DES PROGRAMMES MSF FRANCE AU DARFOUR À FIN JUIN 2004

Mission	Actions fin juin	Activité entre avril et juin 2004	Ressources humaines présentes fin juin 2004	Budget à à fin 2004
El-Genina	Coordination			
	<i>TFC</i> intensif	29 admissions/semaine		
	Hôpital pédiatrique			
Mornay	<i>IPD</i>	30 admissions/semaine		
	<i>OPD</i>	1400 consultations/semaine		
	<i>Home visitors</i>			
	6 points ORS			
	Vaccination rougeole	4500 enfants		
	<i>TFC</i>	66 admissions/semaine		
	<i>SFC</i>			
	<i>Blanket feeding</i>	4 <i>blanket feeding</i> pour 15 000 personnes		
	Eau	10 litres/jour et par personne		
	<i>NFI</i>	Distribution de couvertures		
Zalingei	2 <i>OPDs</i>	2 700 consultations/semaine		
	Pédiatrie	47 admissions/semaine		
	<i>home visitors</i>			
	Vaccination	2 300 enfants		
	2 <i>TFC</i>	35 admissions/semaine	25 expatriés,	4 600 000 euros
	2 <i>SFC</i>		450 Soudanais	
	<i>Blanket feeding</i>	2 <i>blanket feeding</i> pour 16 000 pers		
	Eau	Moins de 10 litres par jour et par personne		
Niertiti	<i>OPD</i>	509 consultations/semaine		
	<i>TFC</i>	9 admissions/semaine		
	<i>SFC</i>			
	Vaccination	4 000 enfants		
	<i>home visitors</i>			
	Point ORS			
	Eau	Environ 800 000 litres d'eau/jour		
Kerenik	Vaccination rougeole			
	Clinique mobile comprenant : <i>TFC</i> , <i>SFC</i> , <i>home visitors</i>			
Nyala	Base logistique			

2.4 JUILLET-OCTOBRE 2004 : POURSUITE DE LA CONSOLIDATION ET DÉPLACEMENT DES VIOLENCES

La période de juillet à octobre 2004 se caractérise par la montée en puissance progressive des opérations de secours internationale dans l'ensemble du Darfour, incluant une distribution générale plus systématique du PAM à compter du mois d'août. En octobre, OCHA recense

près de 800 expatriés au Darfour contre 170 en juin (et 36 en mars). Depuis le 24 mai, le gouvernement délivre des visas humanitaires en 48 heures et facilite l'obtention de laissez-passer pour le Darfour.

La croissance des moyens d'intervention concerne également MSF France. L'équipe expatriée passe entre juillet et octobre à une moyenne de 40 expatriés et de 700 employés soudanais, dont une quarantaine de personnel qualifiés recrutés à Khartoum. Au dernier trimestre 2004, la mission Darfour représente la plus grosse opération MSF-F en nombre de postes terrain. En un an, la section française a consacré 10 800 000 euros à cette urgence.

Alors qu'on s'attendait plutôt à une épidémie de choléra, toutes les missions sont touchées à partir de juillet, par une épidémie d'hépatite E qui affecte 7 000 personnes à Mornay, Zalingei et Niertiti et est à l'origine d'une cinquantaine de décès sur Mornay. Cette période est également marquée par la mise en place progressive d'une offre de soins spécifique aux femmes (consultations anténatales, maternité, dépistage actif des victimes de violences sexuelles). Après de nombreux tâtonnements, des espaces thérapeutiques confidentiels sont mis à disposition des femmes à partir du mois d'octobre. Le nombre de cas de viols enregistrés par la section française reste cependant en deçà des estimations des autres sections. En matière de nutrition, les centres de soins thérapeutiques ambulatoires internes et externes se consolident alors que les distributions alimentaires ciblées pour les enfants de moins de cinq ans sont étendues à Niertiti en août. Les centres de nutrition supplémentaires ferment tous leur porte à la fin de ce mois. L'activité médicale (consultations externes et hospitalisation) est en forte augmentation partout (notamment à Zalingei où la population déplacée s'élargit à l'été) avant de diminuer à partir de septembre et octobre. Cette époque voit aussi le démarrage d'activités chirurgicales à l'hôpital d'el-Genina en octobre et le renforcement de l'implication en pédiatrie. Quelques « explo-actions » sont menées en direction de populations nomades, mais ne donnent pas lieu à ouverture. La stabilisation des programmes est entérinée au dernier trimestre par le transfert de la mission Darfour des urgences vers le desk Soudan.

Néanmoins, cette période est marquée par une double difficulté. Tout d'abord, MSF est amenée à prendre position sur la question du génocide au Darfour, dans un contexte marqué par la radicalisation des autorités soudanaises face aux menaces d'intervention internationale invoquant l'existence d'une politique génocidaire ou de nettoyage ethnique. Ensuite, alors que les violences semblent désormais s'intensifier au Sud Darfour, nous ne sommes pas en mesure de nous dégager des camps où nous intervenons (à l'exception de Kerenik, repris par MSF-CH) afin de nous investir dans cette nouvelle zone de crise. Malgré l'arrivée de nombreuses ONG, il est difficile de trouver des partenaires fiables capables d'assurer des services élémentaires auprès des 200 000 personnes dont nous nous occupons et dont la situation reste fragile – même si le risque de famine semble s'éloigner. La passation à d'autres ONG se concrétise néanmoins vers la fin de l'année avec la reprise des programmes nutritionnels d'el-Genina par *Concern*, celle de l'approvisionnement eau par *Oxfam* à Mornay, *IRC* à Zalingei et *Solidarités* à Niertiti. Fin octobre, on estime à 1,6 million le nombre total de déplacés au Darfour (1,8 en décembre), dont 600 000 au Sud Darfour où la population chassée des villages a triplé depuis le mois de juin.

TABLEAU 5 - RÉCAPITULATIF DES PROGRAMMES MSF FRANCE AU DARFOUR À FIN OCTOBRE 2004

Mission	Actions	Activité entre juillet et octobre 2004	Ressources humaines MSF présentes fin octobre	Budget MSF à fin octobre 2004
El-Genina	Coordination			
	Pédiatrie	16 admissions/semaine		
	Urgences			
	Chirurgie			
Mornay	TFC ambulatoire	28 admissions/semaine		
	IPD (soins intensifs, pédiatrie, urgences)	84 admissions/semaine		
	2 OPDs	2 075 consultations/semaine		
	ANC/PNC			
	Vaccination	Méningite		
	Home visitors			
	TFC ambulatoire	51 admissions/semaine		
	Blanket feeding	10 blanket feeding pour environ 16 000 enfants		
	Eau	20 litres par jour et par personne		
	NFI	52 500 savons sur 3 blanket feeding		
			41 expatriés	9 700 000 euros
			700 Soudanais	
Zalingei	2 OPDs	3 800 consultations/semaine		
	Pédiatrie	40 admissions/semaine		
	2 ANC/PNC			
	Home visitors			
	2 TFC ambulatoires	51 admissions/semaine		
	Blanket feeding	12 blanket feeding pour 17 000 personnes		
	Eau	20 litres par jour et par personne		
Niertiti	OPD	1 700 consultations/semaine		
	IPD	30 admissions/semaine		
	ANC			
	Home visitors			
	Point ORS			
	TFC ambulatoire	17 admissions/semaine		
	Blanket feeding	5 blanket feeding pour 5 000 enfants		
	Eau	Environ 90 000 litres par jour		
Nyala	Base logistique			

CARTE 4 - LOCALISATION DES MISSIONS MSF (TOUTES SECTIONS) AU 1^{ER} JUILLET 2004

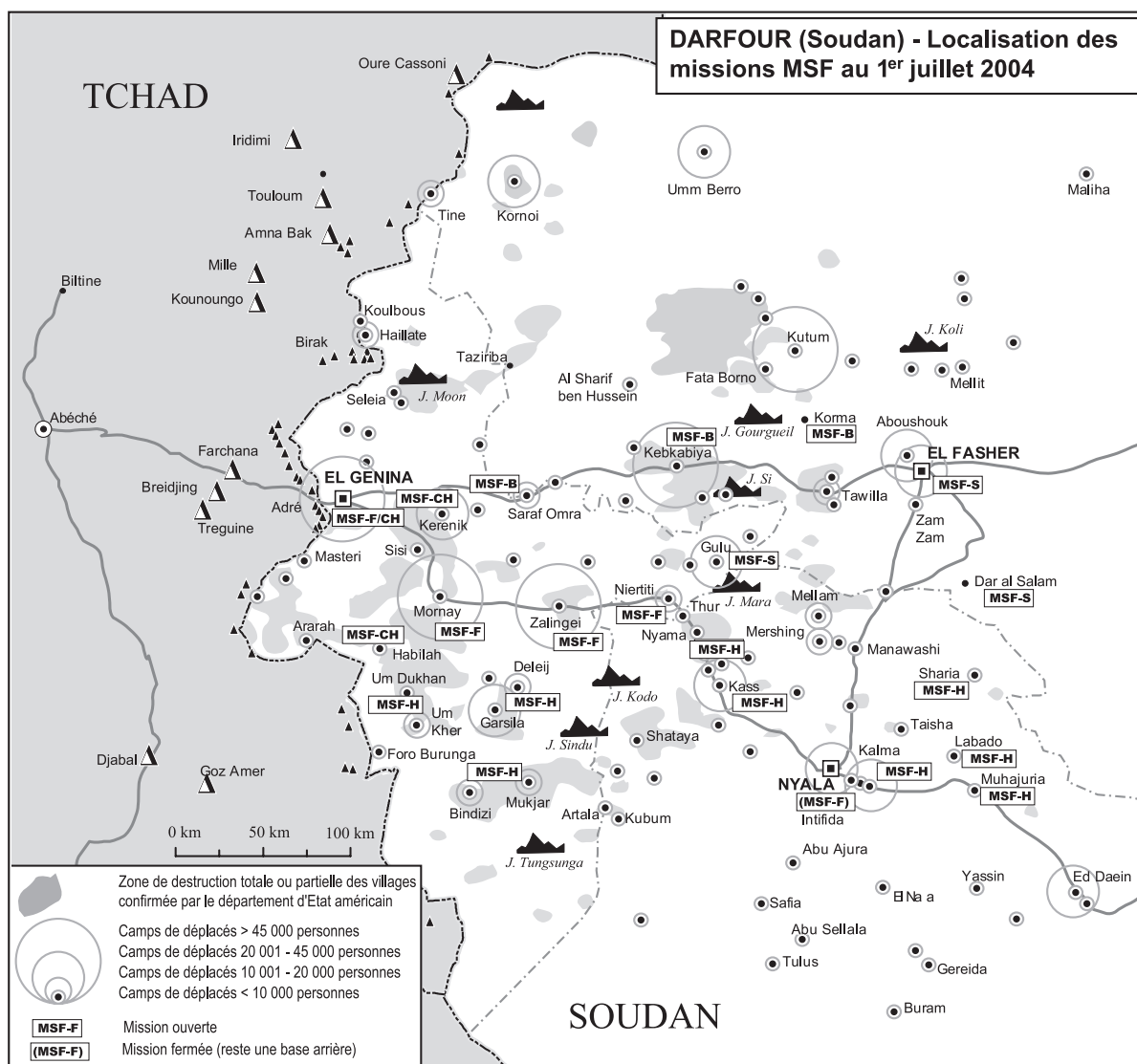


TABLEAU 6 - RÉPARTITION DE LA PRÉSENCE DES ÉQUIPES DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES
TOUTES SECTIONS À FIN 2004

Section	Province	Site	Population	Activités	Ressources humaines
MSF France	Ouest Darfour	Mornay	80 000	IPD, 2 OPDs, ANC, TFC, BF, Eau	41 expatriés 700 Soudanais
	Ouest Darfour	Zalingei	90 000	Service pédiatrique, 2 OPDs, ANC, TFC, BF, eau	
	Ouest Darfour	Niertiti	25 000	IPD, OPD, TFC, BF, eau	
	Ouest Darfour	el-Genina	90 000	Service pédiatrique de l'hôpital, chirurgie, TFC	
MSF Suisse	Ouest Darfour	el-Genina	90 000	Activités médicales, nutritionnelles, hygiène et sanitation dans trois camps de la ville (IPD & OPD)	23 expatriés, 279 Soudanais
	Ouest Darfour	Habilah	30 000	IPD, BF, TFC	
	Ouest Darfour	Kerenik	27 000	OPD, IPD, BF, TFC	
MSF Hollande	Ouest Darfour	Garsila, Um Kher, Mukjar, Bindisi, Um Dukhum		TFC, SFC, BF, cliniques mobiles, ANC, IPD, eau et sanitation, violences sexuelles et santé mentale	64 expatriés, 1207 Soudanais
	Sud Darfour	Kalma	100 000	Clinique santé primaire, éducation à l'hygiène, violences sexuelles, TFC, SFC, eau et sanitation	
	Sud Darfour	Kass	90 000	Nutrition, santé primaire, ANC, eau	
	Sud Darfour	Muhajiria		Chirurgie blessés de guerre, OPD, IPD, TFC, SFC, eau et sanitation	
	Sud Darfour	Shariya	30 000	TFC, SFC, clinique de santé primaire	
	Sud Darfour	Labado et el-Seref	10 000	Clinique de santé primaire, eau et sanitation	
MSF Espagne	Ouest Darfour	Gulu		OPD dans l'hôpital, ANC, vaccination rougeole réhabilitation	35 expatriés, 96 Soudanais
	Nord Darfour	El Fashir		TFC, SFC, OPD	
	Nord Darfour	Tunjur		SFC, clinique mobile OPD	
	Nord Darfour	Shangil Tobaya		TFC, SFC, OPD	
	Nord Darfour	Dar Es Salam		SFC, OPD	
MSF Belgique	Nord Darfour	Kebkabyia		3 OPD, vaccination rougeole, centre de santé avec IPD, TFC, vaccination rougeole	34 expatriés, 300 Soudanais
	Nord Darfour	Seraf Umra			
	Nord Darfour	Korma		Centre de santé, nutrition, NFI, vaccination rougeole	
	Nord Darfour	Jebel Si Region		Clinique mobile, vaccination rougeole, OPD, screening nutritionnel	

PARTIE 2

Enjeux critiques

Conformément aux instructions du conseil d'administration, nous avons passé l'opération Darfour au crible de trois interrogations :

- sa pertinence : avons-nous aidé les personnes les plus atteintes par la crise ?
- son efficacité : avons-nous sauvé des vies ?
- son efficience : l'ajustement des moyens a-t-il été optimal ?

Toutefois, nous avons décidé d'aborder les questions de communication dans une quatrième partie spécifique, bien qu'elle soit en rapport avec la pertinence et l'efficacité de l'intervention.

1. JUSTESSE DE L'INTERVENTION

1.1 AURIONS-NOUS PU INTERVENIR PLUS TÔT ?

La guerre au Darfour s'engage dès 2002 et se radicalise à partir de février (prise de Gulu) et surtout juin 2003 (déclenchement de la première grande campagne contre-insurrectionnelle après l'attaque d'el-Fasher). Pour autant, les premières missions exploratoires MSF-F ne sont conduites que fin octobre 2003, soit six mois après l'intensification des violences. Aurions nous pu intervenir plus tôt ?

1.1.1 Avant février 2003

Avant février 2003, il aurait peut-être été possible d'obtenir un laissez-passer pour le Darfour, à l'instar de *SCF-UK*, *GOAL* et *MedAir* engagés dans des programmes long terme. Mais à cette époque, les violences étaient encore circonscrites. Les actions militaires de la guérilla étaient de faible intensité et l'attitude du gouvernement oscillait entre négociations et répression localisée (ce n'est qu'avec le déclenchement des campagnes contre-insurrectionnelles en juin 2003 que le nombre de victimes commença à augmenter de façon exponentielle). Néanmoins, on peut estimer qu'avant février 2003 la crise avait d'ores et déjà provoqué le déplacement forcé de plusieurs milliers de civils et la mort de centaines d'autres. Peut-être aurions-nous pu chercher à leur porter assistance avant que la position du gouvernement ne se radicalise. Mais il n'est pas certain que Khartoum nous aurait autorisé l'accès aux zones les plus touchées, ni que nous aurions trouvé un mode opératoire adapté au caractère localisé et mouvant des violences.

Toujours est-il que nous n'avons rien tenté. Pourquoi ? Tout simplement parce que nous avons ignoré la crise en gestation. A vrai dire, nous ne disposions que de très peu d'informations sur le Darfour. *Africa Confidential* avait certes publié un article alarmiste en novembre 2002 dans lequel elle décrivait des affrontements d'ampleur plus importante que les traditionnels conflits de voisinage, ayant entraîné la destruction de dizaine de villages et la mort de 500 civils³³. Cet article était l'un des rares à faire état du Darfour, la région étant alors fermée aux observateurs extérieurs (cf. supra). Néanmoins, MSF connaissait l'existence d'un front rebelle dans l'Ouest du pays, dont l'un des représentants - Sharif Harir - avait été rencontré à Asmara en 1997-1998. Nous savions que des éléments armés de la *Sudan federal democratic alliance*, membre de la NDA, se rendaient clandestinement au Darfour à partir du Tchad où ils disposaient d'amitiés. Mais nous avons perdu la trace de ces contacts début 2000 et nous n'avions aucune relation avec le Front de libération de Darfour, ancêtre de la SLA apparu en août 2001, ni aucun réseau soudanais (ou autre) susceptible de nous informer de l'évolution de la situation politique et sanitaire. Dans ces conditions, les échos très lointains qui nous parvinrent de l'Ouest soudanais fin 2002 – début 2003 se noyèrent dans le flot d'informations quotidien sur les troubles récurrents dans les périphéries sensibles du Soudan (attaques du *Beja Congress* dans l'Est, combats interfactionnels dans le Haut-Nil, conflits de voisinage et banditisme dans le Darfour selon la version officielle...).

Si MSF a quelque peu tardé à se préoccuper de la situation au Darfour, elle n'est pas la seule. Le gouvernement soudanais lui-même a longtemps sous-estimé la vigueur de la rébellion. Les journalistes et organisations de défense des droits de l'homme (à l'exception d'*Amnesty international*) n'ont commencé à s'intéresser à l'Ouest soudanais que début 2004. Quant aux autres ONG présentes dans la zone, elles n'y ont vu qu'une aggravation des conflits de voisinage. Toujours est-il que la faiblesse de nos contacts avec la société soudanaise nous a empêché de détecter la détérioration de la situation au Darfour à ses débuts. Aurions nous été plus alerte, la crise n'avait pas atteint des proportions considérables en février 2003 et il n'est pas certain que nous aurions été en mesure de répondre aux pics de violence localisés qui présageaient du grand incendie.

1.1.2 Février-septembre 2003 : le choix de la persévérance depuis Karthoum

A partir d'avril 2003, nous avons commencé à percevoir le caractère inhabituel des violences armées au Darfour. Mais entre-temps, Khartoum avait déjà restreint l'accès à la région suite à l'attaque de Gulu par la SLA en février. En mars, le CICR s'était vu refuser des laissez-passer pour le Darfour. MSF a alors intériorisé le déni d'accès sans chercher réellement à en mesurer la solidité ni trouver des relais pour essayer de fléchir l'attitude des autorités. Une seule demande de laissez-passer a été faite, oralement, auprès du chef du HAC en juin 2003. Immédiatement rejetée, aucune autre démarche ne fut entreprise pour forcer la main de

33. « Reports from the [Darfur] region say attacks on villages appear increasingly coordinated, sometimes by simultaneous raids on communities many miles apart. No longer random grabs for land, they involve the wanton destruction, often by masked horsemen, of everything that makes life possible – homes, livestock, food stores, belongings, trees. In a few months, score of villages have been burned to the ground and some 500 unarmed civilians killed. » L'article faisait part ailleurs état de l'arrestation au grand jour de Four et de Massalit, dont nombre avaient été condamnés à mort ou à l'amputation.

Khartoum. Nous connaissions l'inflexibilité des autorités. Le « non » sans ambiguïté de HAC pouvait être interprété comme une fin de non recevoir ferme et définitive.

Les équipes internationales interdites d'accès depuis Khartoum, d'autres pistes auraient pu être explorées. Les Soudanais étant dispensés de laissez-passer, une première évaluation aurait pu être tentée avec des cadres nationaux. Bien entendu, rien ne permet d'affirmer qu'une fois sur place la sécurité militaire leur aurait octroyé la liberté de circulation nécessaire. Quoi qu'il en soit, l'option n'a pas été envisagée. Il semble qu'en dépit d'une présence de plus de vingt ans au Soudan, nous ne disposions pas de cadres soudanais suffisamment compétents et dignes de confiance pour mener à bien cette mission délicate.

En revanche, l'hypothèse d'une évaluation clandestine depuis le Tchad a été évoquée (cette voie d'accès sera utilisée plus tard par des journalistes). Pour être efficace, une opération *cross border* aurait nécessité la réunion préliminaire de deux conditions : l'existence de « zones libérées » suffisamment stables et sécurisées pour autoriser le déploiement d'activités de secours ; et la bienveillance des autorités voisines - tchadiennes en l'occurrence - qui au minimum devaient fermer les yeux sur le franchissement illégal de leur frontière. Dans le cas du Darfour, aucun de ces deux pré-requis ne semblait rempli. A la différence de l'Ethiopie (jusqu'en 2000) et de l'Erythrée, le Tchad n'affichait pas d'opposition ouverte au régime soudanais qui avait largement aidé l'actuel président Idriss Déby à conquérir le pouvoir. Les réseaux de soutien dont disposait la rébellion au Tchad semblaient ancrés à la périphérie du pouvoir, non au cœur comme en Erythrée ou en Ethiopie. De plus, MSF pensait qu'à l'exception du centre du Jebel Mara, l'opposition ne disposait pas de sanctuaire stabilisé.

En outre, le lancement d'une opération *cross border* était doublement risqué : pour les équipes bien sûr, qui auraient constituées des « cibles militaires légitimes » (Khartoum a toujours considéré ainsi les missions clandestines menées en zones rebelles) ; mais aussi pour les actuelles et futures opérations en zone gouvernementale, où l'on estimait que les victimes du conflit avaient autant sinon plus de probabilité de se trouver. Opération hasardeuse au bénéfice incertain, l'alternative d'une mission *cross border* n'a jamais été sérieusement considérée. Cette prudence s'est avérée payante avec l'ouverture du Darfour en septembre 2003. La région serait-elle restée fermée, l'option d'une mission clandestine aurait vraisemblablement dû être reconsidérée.

1.1.3 Petit retard à l'allumage (septembre 2003) et conclusion

Avec la signature des accords d'Abéché le 3 septembre 2003, Khartoum lève partiellement le blocus du Darfour. Lorsque les Nations unies se rendent dans la région dès le 13 septembre, MSF-F n'a pas encore entamé les démarches administratives pour obtenir des laissez-passer. Elles seront lancées le 24 septembre et nous obtiendrons les documents de voyage le 11 octobre. Nous prenons *grosso modo* un mois de retard. Rétrospectivement, ce délai peut paraître préjudiciable : une prise en compte plus précoce de la gravité de la situation aurait pu nous conduire à faire entrer plus de ressources humaines et matérielles avant la fermeture de la région entre le 17 décembre 2003 et le 16 février 2004.

En résumé, il était difficile d'intervenir plus tôt au Darfour. Avant février 2003, les violences étaient encore limitées, après février l'accès aux principales zones affectées était

impossible depuis Khartoum pour les équipes expatriées et nous ne disposions pas de cadres locaux susceptibles de conduire les premières évaluations. Quant au refus d'entreprendre une mission clandestine depuis le Tchad, il a reposé sur des hypothèses qui se révélèrent valides, notamment en ce qui concerne la concentration des victimes en zone gouvernementale. Reste que si nous avons eu de bonnes intuitions, celles-ci ont reposé sur des informations parcellaires essentiellement transmises par les autres ONG disposant d'une présence au long cours au Darfour. Tout comme l'absence de cadres soudanais solides à MSF, on peut regretter l'inexistence de réseaux d'informations plus développées, notamment à Khartoum où la diaspora du Darfour est fortement représentée (députés, associations, hommes d'affaires, etc.) et à l'étranger auprès des différentes rébellions en exil. Une remarque qui doit être gardée à l'esprit aux vues des risques de déstabilisation dans les autres périphéries sensibles du Soudan (Kordofan, Red Sea, etc.)

1.2 SOMMES NOUS INTERVENUS AUPRÈS DES PERSONNES LES PLUS ATTEINTES ?

Entre octobre 2003 et octobre 2004, MSF-F a exploré une trentaine de sites d'interventions potentiels, ouvert six missions et fermé deux d'entre-elles (cf. carte 3). Toutes les évaluations et les ouvertures ont concerné la province de l'Ouest Darfour à deux exceptions : l'évaluation fin 2003 de Kutum (Nord Darfour) et des contreforts orientaux du Jebel Mara (Mellam, Mershing, Menaswhawi au Sud Darfour); et l'intervention de courte durée auprès des déplacés du camp d'Intifada à Nyala, capitale du Sud Darfour. A l'intérieur de l'Ouest Darfour, MSF a focalisé son attention sur les concentrations de déplacés et leurs hôtes vivant dans les villes défendues par les forces régulières. Au sein de ce groupe, les équipes ont dû choisir entre de nombreux sites présentant des caractéristiques de gravité similaires. L'ensemble de ces choix fut-il judicieux ? Avons-nous aidé les personnes les plus atteintes par la crise ?

1.2.1 Pourquoi l'Ouest Darfour ?

A l'obtention des premiers laissez-passer en octobre 2003, MSF disposait de peu d'informations pour sélectionner les sites d'investigation prioritaires. Les seules données accessibles étaient celles récemment transmises par MSF-B (présente auprès des réfugiés soudanais au Tchad) qui signalaient de violents combats dans les régions frontalières situées au nord d'el-Genina ; les premiers chiffres de déplacement de population fournis par les Nations unies qui faisaient état de 110 000 déplacés au Nord Darfour et de 70 000 dans chacune des autres provinces ; et des informations parcellaires arrachées à *MedAir* et *SCF-UK*, dont les premières évaluations au Nord Darfour et au sud d'el-Genina soulignaient l'importance des destructions et des déplacements de population le long de la frontière.

Ces quelques éléments décrivaient une situation plus grave au Nord Darfour et dans la région d'el-Genina. De fait, c'est dans cette zone que les premiers intervenants concentrèrent leurs opérations³⁴. Pour sa première mission exploratoire (21-29 octobre), le chef de mission Soudan MSF-F décida donc d'aller « *là où les autres ne vont pas* » : sur les pourtours du Jebel Mara et aux alentours de Nyala (Sud Darfour) ainsi qu'à Kutum, seul point chaud du

Nord Darfour non encore exploré. Au cours de cette mission, l'équipe recensa environ 30 000 déplacés sur 6 sites. Selon les premières constatations, les déplacés semblaient provenir en majorité du Jebel Mara et de l'Ouest Darfour (Mukjar) où la situation paraissait catastrophique sur le plan sécuritaire et alimentaire. Pas plus de 2 000 personnes furent identifiées à Kutum, ville fantôme à la sécurité très précaire où GOAL prévoyait de redémarrer des activités (interrompues en avril 2003 après l'attaque d'el-Fasher). En conséquence, l'équipe préconisa de poursuivre les explorations au Sud Darfour, plus précisément sur les pourtours occidentaux et méridionaux du Jebel Mara et vers les zones SLA. Il fut convenu avec MSF-H que cette dernière explorerait la région d'el-Genina, de Mukjar, de Zalingei ainsi que le reste de l'Ouest Darfour.

La seconde mission exploratoire, conduite par le coordinateur médical, visita les régions de Kass, Nyama, Mellam, Mershing, Nyala (Sud Darfour) ainsi que Zalingei (Ouest Darfour)³⁵ où MSF-H n'avait finalement pas obtenu l'autorisation de se rendre. L'équipe d'évaluation recommanda l'ouverture de Zalingei et de Nyala, où les plus fortes concentrations de déplacés étaient observées : le premier site comptait 15 000 déplacés et l'on enregistrait des arrivées quotidiennes des villages alentours, le second 10 000 personnes parmi lesquelles plusieurs centaines parvenues tout récemment des confins occidentaux de l'Ouest Darfour. L'option fut validée par le desk des urgences le 20 novembre, Nyala et Zalingei ouvrirent les 9 et le 24 décembre. Très rapidement, les équipes réalisèrent au travers des récits des déplacés et d'observations directes qu'une campagne de destruction progressait dans l'Ouest Darfour depuis la frontière tchadienne. Il devint alors évident de poursuivre les missions exploratoires dans cette région, ce qui créa quelques tensions avec le chef de mission MSF-H nous reprochant de délaisser le Sud Darfour pour une province où la section hollandaise envisageait d'intervenir. Le différend s'estompa rapidement étant donné l'ampleur de la catastrophe et l'incapacité des Hollandais à y faire face seuls.

Refuser de suivre les autres intervenants dans leur exploration du Nord Darfour peut apparaître comme un pari risqué étant donné les informations dont nous disposions fin octobre 2003. Mais cette prise de risque a été doublement payante. En premier lieu, elle a permis de détecter une zone de turbulence alors insoupçonnée, qui s'est rapidement transformée en zone de destructions massives. A partir de fin 2003, l'Ouest Darfour est la

34. Le CICR explore les régions de Tawilah, Kabkabya, Korma, où il constate d'importantes concentrations de population et démarre quelques activités de secours. Pour sa part, SCF-UK visite le Nord Darfour, le long de la frontière tchadienne : Tiné, Kornoi, Um Barro. L'ONG britannique ne laisse pas filtrer beaucoup d'informations si c'est que la situation est calme et qu'il y a du monde le long de la frontière. Quant à *MedAir*, ils commencent à sortir d'el-Genina pour aller sur Koulbus.

35. La ville de Kass, peuplée de 90 000 habitants, ne fait pas apparaître de besoins vitaux. Les villages alentours ont certes été attaqués, mais la population s'est enfuie plus loin. L'insécurité est latente. Mellam et Mershing rassemblent un peu moins de 10 000 déplacés qui ont pour la plupart bénéficié de rations du PAM et de secours matériels élémentaires (NFI). Seul est préconisé un suivi régulier du statut nutritionnel. Zalingei accueille depuis peu entre 7 000 et 15 000 déplacés pour une population de 35 000 habitants. La ville semble mal préparée à un tel afflux, la sanitation est inexistante. Une distribution de nourriture est prévue par le PAM dans les prochains jours, mais les déplacés n'ont pas l'accès gratuit aux structures de santé. MSF-F fait don de 2 kits de base et propose une intervention rapide afin de contenir les risques d'épidémie. Le camp Intifada, à proximité de Nyala, et regroupant 10 000 personnes fait l'objet d'une seconde visite. La présence du Croissant-Rouge soudanais s'avère insuffisante pour faire face à l'arrivée constante de nouveaux déplacés. Le risque d'épidémie et la précarité des conditions de vie conduit MSF à y solliciter une intervention.

province qui abrite la population déplacée la plus importante, tant en valeur absolue que relative (un habitant sur trois en juillet 2004, un sur deux en décembre). Les destructions y ont été particulièrement étendues et meurtrières (cf. carte). D'autre part, c'est la seule zone dans laquelle les autorités ont laissé des agences opérer après le déclenchement de la seconde campagne contre-insurrectionnelle en décembre 2003. Alors que nous avons été en mesure d'apporter une assistance précoce aux personnes récemment déplacées par les destructions, les acteurs de secours présents au Nord Darfour ont été confinés par la sécurité militaire dans la ville d'el-Fasher jusqu'en février.

Cette dernière remarque invite à relativiser notre liberté de choix. C'est avant tout Khartoum qui a décidé de nous laisser opérer à l'ouest. Pourquoi nous dans cette région et pas les autres ailleurs ? Plusieurs raisons peuvent être évoquées. Tout d'abord, la campagne de répression a vraisemblablement été plus radicale encore au Nord Darfour, zone d'implantation du JEM perçu par Khartoum comme une menace plus grande que la SLA en raison de ses connexions avec Tourabi et de son pouvoir d'attraction à l'échelle de tout le Nord Soudan. L'aviation militaire a été plus fortement mobilisée, hélicoptères et bombardiers tactiques participant de façon quasi-systématique à l'anéantissement des villages et à la poursuite des survivants. Cet acharnement et l'implication ouverte des militaires dans les violences expliquent peut-être une plus grande réticence du régime à autoriser l'accès au Nord Darfour qu'à l'Ouest Darfour où les destructions furent plus largement conduites par les *Jenjaweeds*. Ensuite, il semble que les autorités aient eu besoin d'afficher publiquement une présence humanitaire internationale au Darfour pour contrer les accusations de déni d'accès proférées à voix basse par les Nations unies et les diplomaties occidentales réclamant la conclusion rapide d'un « *cessez-le-feu humanitaire* » afin d'acheminer des secours. Cet usage propagandiste de notre présence a également permis de calmer une partie de l'opinion publique nord soudanaise, moins tolérante à l'égard des violences du pouvoir contre les ressortissants du Darfour – bien représentés à Khartoum comme dans les rangs de l'administration et de l'armée – que contre les Sudistes. Les entraves multiples imposées au déploiement de nos activités n'ont pas empêché les autorités de donner un large écho national au lancement de nos opérations. L'arrivée du premier *full charter* à Nyala comme la conclusion du protocole d'accord avec les autorités ont été accompagnés de cérémonies officielles retransmises par les médias soudanais (télévisuels notamment). Enfin, il semble que MSF-F bénéficiait d'un certain crédit auprès des autorités en raison de l'efficacité de certaines de ses grosses interventions (campagne de vaccination et de traitement pendant l'épidémie de méningite en 1999) mais aussi – et surtout ? – du fait de la localisation de notre siège social. La France est l'un des rares pays occidentaux à ménager le régime soudanais dans ses relations bilatérales et dans les enceintes diplomatiques.

En résumé, le choix initial de l'Ouest Darfour résulte d'un mélange d'intuition, de perspicacité, de hasard et de manipulation. Au premier semestre 2004, il n'en reste pas moins un choix judicieux même si d'autres sites auraient pu être sélectionnés au Nord Darfour à partir de février (Kabkabya, Tawilla, Kutum par exemple).

1.2.2 Pourquoi les déplacés et les personnes qui les accueillent ?

Cette question peut paraître absurde. Les déplacés résidant dans les villes tenues par le gouvernement font clairement partie de nos « clients » comme dirait le CICR. Ils ont fui en masse la destruction de leurs villages et les tueries avant de s'agglutiner dans des camps précaires dépourvus de toute assistance et cernés par les miliciens. Ils ont donc constitué notre cible d'intervention prioritaire aux côtés des résidents qui les accueillaient. Mais nous aurions pu également assister d'autres catégories de victimes : les civils et les blessés vivant en zone rebelle ou certains groupes nomades ayant subi des pillages et quelques violences de la part de la guérilla – ou tout simplement déstabilisés par la guerre à laquelle tous n'ont pas pris part.

S'agissant des zones SLA ou JEM, les équipes ont rapidement estimé qu'elles comptaient moins de populations civiles, que les conditions de vie y étaient sensiblement meilleures qu'en zone gouvernementale – en tout cas, dans le Jebel Mara considéré comme le « verger » du Darfour – et qu'il serait difficile d'y monter des opérations efficaces compte tenu de la dispersion de la population. Sans compter que négocier un accès en *cross line* aurait compliqué nos tractations avec les autorités auxquelles nous demandions plus d'espace pour déployer les secours en zone gouvernementale. Ces choix ont été faits en connaissance de cause dès la seconde mission exploratoire. Leur bien fondé s'est avéré à l'ouverture de missions hors zone gouvernementale par MSF-B, MSF-S et MSF-H à partir de juillet 2004. Chiffres de population et état sanitaire laissent apparaître une crise sensiblement moins grave que dans les camps défendus par les forces régulières.

Quant aux groupes nomades étrangers à la rébellion, la question de leur venir en aide ne s'est pas posée avant septembre 2004. Non en raison de leur participation réelle ou supposée aux exactions (en tant que base sociale des *Jenjaweeds*), mais plutôt du fait de leur moindre détresse comparée à celle des centaines de milliers de déplacés. Certes, plusieurs groupes nomades ont fui le pillage de leur bétail et le harcèlement du JEM et de la SLA au Nord Darfour – plus particulièrement des troupes Zaghawa opérant avec le JEM. Plus généralement, les populations nomades appartiennent aux catégories sociales les plus menacées par l'essoufflement de l'économie agro-pastorale et sont généralement moins riches que les paysans Four et Massalit. Ajoutons, si besoin, que les groupes nomades ne profitent pas tous des pillages et qu'ils sont au contraire nombreux à souffrir des conséquences de la guerre : entraves aux migrations pastorales, déstabilisation des marchés, détérioration de leurs relations avec les paysans sur lesquels ils comptent pour s'approvisionner en céréales, etc. Il n'en demeure pas moins que leur situation apparaît plus enviable que celle des centaines de milliers de déplacés victimes de l'anéantissement de leur village et de leurs moyens de survie. Dans les six premiers mois de notre intervention, l'urgence était indubitablement du côté des déplacés concentrés dans les villes de garnison.

1.2.3 Pourquoi Nyala, Zalingei, Mornay, Niertiti, Kerenik ?

Jusqu'à juillet 2004, nous étions l'une des rares agences à pouvoir agir au Darfour malgré le contingentement drastique de nos moyens d'intervention qui ne fut effectivement levé qu'en mai. Ne pouvant compter sur le renfort d'autres organisations d'assistance, ni sur une augmentation rapide des effectifs MSF, les équipes en furent réduites à des choix cornéliens :

intervenir dans les premiers sites identifiés, tout en connaissant l'existence de nombreux camps aux conditions sanitaires tout aussi catastrophiques. Compte tenu des moyens dont nous disposions et de la configuration locale, nous avons estimé qu'il était impossible d'assister correctement plus de 65 000 déplacés sur trois sites avec huit expatriés jusqu'en mars et plus de 150 000 déplacés sur cinq sites (dont un hôpital de référence provincial el-Genina) avec une vingtaine d'expatriés en avril et mai.

D'un point de vue de santé publique, il était difficile d'établir des priorités entre les camps étant donné leur égale exposition aux menaces d'épidémie et de malnutrition. C'est essentiellement la chronologie des missions exploratoires et la taille des regroupements de population qui ont décidé de notre implantation. En termes d'exposition politique au risque de violence et de déni d'assistance, le choix de Nyala ; Zalingei, Mornay, Niertiti, Kérénik ne soulève aucune objection. A Nyala, les déplacés étaient en butte à l'hostilité ouverte du gouvernement cherchant à les déloger, entretenant à cette fin des conditions d'accueil déplorable avant d'utiliser la force. Si à Zalingei l'attitude des autorités était un peu moins hostile, ces dernières demeuraient obsédées par la nécessité de contrôler (à défaut de chasser) cette « cinquième colonne » de 15 000 puis 30 000 déplacés, installée dans un centre administratif dont les 30 000 résidents avaient des relations conflictuelles avec leurs hôtes. Quant à Mornay, il s'agissait d'une petite bourgade délaissée des autorités, submergée par un nombre de déplacés treize fois supérieur à celui de ses résidents, et qui aurait peut-être connu le terrible sort des villages alentours en l'absence d'observateurs étrangers. Enfin, Niertiti situé aux pieds du Jebel Mara dans une zone de contact entre la rébellion et les forces gouvernementales était un centre commercial fréquenté par une population très diverse : nomades, déplacés temporaires ou permanents (parmi lesquelles des familles de maquisards), personnes vivant en zone rebelle et effectuant des allers et venues entre la ville et la montagne, etc. Une assistance dans cette localité au climat politique tendu permettait de toucher non seulement les déplacés mais également une petite partie des nomades, des rebelles et de leurs familles.

1.2.4 Juillet 2004 et après : consolider encore ou étendre ?

La priorité donnée à l'Ouest Darfour au premier semestre 2004 est donc justifiée. En revanche, elle est plus discutable dans la période qui suit. En effet, à partir de juin-juillet 2004 la guerre se déplace : la situation se calme dans l'Ouest Darfour où le nombre de déplacés se stabilise avec la fin de la campagne d'anéantissement. Mais les destructions s'intensifient au Sud Darfour, entraînant le triplement de la population déplacée entre juin et décembre (de 225 000 à 700 000). Par ailleurs, la région du Darfour s'ouvre largement à l'aide internationale. Mornay, Zalingei, el-Genina deviennent des lieux facilement accessibles. Toutefois, l'imposant déploiement du système de l'aide ne se traduit pas immédiatement par une augmentation des secours, la plupart des agences semblant manquer de capacité opérationnelle, de fonds ou même de volonté de lancer des programmes d'assistance – leur priorité étant de faire cesser les violences et de « *renverser le nettoyage ethnique* ».

Face à cette nouvelle donne, nous choisissons de poursuivre la consolidation des programmes existants à l'Ouest Darfour. Nous sommes réticents à passer certaines activités à d'autres intervenants dont la capacité à assurer les services de bases aux 200 000 personnes

que nous assistons est sujette à caution. Seul le programme Kérénik est repris par MSF-CH que nous encourageons à intervenir à el-Genina et Habila. Nous restons donc figés dans trois camps de l'Ouest Darfour désormais facilement accessibles et à l'hôpital d'el-Genina alors que la guerre s'est déplacée et qu'il existe encore de nombreux camps où les activités prioritaires (vaccination rougeole, approvisionnement en eau, nutrition, hospitalisation) n'ont pas été entamées. Une autre stratégie aurait pu consister à limiter la consolidation de nos programmes, à transférer certaines de nos activités – quitte à assumer une baisse de qualité – afin de retrouver une marge de manœuvre et d'entreprendre des activités prioritaires là où les autres n'étaient pas, essentiellement au Sud Darfour.

1.3. AVONS-NOUS EXPOSÉ LES POPULATIONS À DES VIOLENCES SUPPLÉMENTAIRES ?

1.3.1 Effets d'exposition, effets de protection

Au tout début de l'intervention, les équipes de Mornay se demandèrent si elles n'étaient pas en train d'attirer la population dans un piège en leur donnant une fausse impression de sécurité du simple fait de leur présence. Rien ne permettait de garantir en effet que le village ne serait pas à son tour victime de destructions et de massacres. Tel ne fut pas le cas. La présence de témoins étrangers explique-t-elle que Mornay ait été épargné ? Peut-être, mais pas à elle seule en tout cas.

S'il serait dangereux de croire que deux volontaires en tee-shirt ont dissuadé l'armée et ses supplétifs de raser les camps, les équipes ont néanmoins aidé les déplacés à se soustraire à certaines formes de violence. En fournissant de l'eau, évitant ainsi aux femmes et aux enfants de s'éloigner des sites pour s'approvisionner à la rivière où des hommes en armes avaient coutume de les agresser, MSF-F a en un sens « protégé » une partie des déplacés³⁶. Par ailleurs, la médiatisation de la crise, les pressions internationales exercées contre le régime et le déploiement ultérieur d'observateurs de l'Union africaine ont contribué à tempérer les exactions contre les civils dans les lieux accessibles aux témoins étrangers. Les démarches entreprises par les représentants MSF France auprès des autorités pour leur demander de mettre un terme aux violences commises par leurs hommes ont vraisemblablement joué un rôle dans ce contexte, tout comme notre participation (tardive) au dévoilement public des violences.

En bref, il semble que nos opérations n'aient pas contribué à exposer les civils à des violences supplémentaires, mais qu'elles aient de façon marginale participé à leur endiguement très limité sur les lieux de notre déploiement.

1.3.2 La question de la participation de MSF à la politique de « nettoyage ethnique »

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, un grand nombre d'observateurs pense que les violences au Darfour relèvent sinon d'un plan d'extermination des populations « africaines » du moins d'une politique de « nettoyage ethnique ». Les partisans de cette thèse, comme *Human rights watch*, mettent en garde les organisations de secours contre les risques

36. A cet égard, on peut regretter que MSF n'ait pas disposé de plus de ressources pour distribuer du fourrage, du chaume et du bois de chauffe – dont la collecte en brousse exposait aux mêmes violences.

d'enrôlement dans cette stratégie. Lors d'une réunion entre ONG humanitaires à New York en juin 2004 (IASC), HRW lance un appel pressant aux organismes d'aide :

« *We would urge that humanitarian agencies decentralize aid distribution to the greatest extent possible within security limits and logistical constraints rather than concentrate it in displaced camps and settlements what reinforce the ethnic cleansing.* »

Ce ne fut pas notre stratégie. Nous avons limité les activités périphériques et concentré les secours dans les camps les plus importants où nous avons débloqué de gros moyens. Est-ce à dire que nous avons été l'instrument d'une politique de « nettoyage ethnique » ?

• Une politique de « nettoyage ethnique » ?

En premier lieu, rappelons que le rassemblement des populations Four, Massalit et Zaghawas dans les centres urbains n'est vraisemblablement pas l'objectif recherché par Khartoum, comme l'attestent les efforts constants des autorités pour déloger cette population indésirable (cf. supra). Ironie du sort, les recommandations d'HRW (« *Make efforts to prevent the creation of permanent displaced persons camps* ») coïncident parfaitement avec les vœux des autorités soudanaises cherchant à empêcher la création de gros camps en les privant d'assistance.

En fait, s'il existe un plan gouvernemental, c'est probablement de punir la base sociale de la rébellion tout en empêchant celle-ci d'y puiser des ressources. Le but est de sanctionner et contrôler – « *surveiller et punir* » – une population suspectée (à juste titre) de sympathie pour la rébellion. C'est pourquoi les autorités entendent chasser les déplacés des villes de garnison afin de les réinstaller dans un certain nombre de « villages de paix » quadrillés par la sécurité militaire et civile. Selon ce plan, certains villageois pourront se réinstaller sur leur lieu d'origine, d'autres seront contraints d'abandonner définitivement leurs terres. Sommés de regagner leurs propres villages ou un autre, la grande majorité des déplacés résiste craignant, malgré les promesses de sécurité de Khartoum, d'être à nouveau la cible des *Jenjaweed*s.

En effet, la stratégie contre-insurrectionnelle du gouvernement – déjà utilisée dans les monts Noubas – s'appuie sur une autre logique : celle des conflits de territoire entre pasteurs et agriculteurs. Le doublement de la population du Darfour en l'espace de trente ans et la désertification de la bande sahéenne constituent un défi majeur pour les peuples du Darfour engagés dans une économie agropastorale. Depuis les sécheresses des années 1980, cette dernière a connu d'importantes mutations. Selon Marc Lavergne³⁷ et Roland Marchad³⁸, un processus de sédentarisation sélective est à l'œuvre chez certains groupes nomades dont une partie des lignages se met à l'agriculture pour ajouter aux ressources de l'élevage ou s'installe durablement à proximité d'écoles coraniques afin de donner une éducation à leurs enfants qui pourront plus facilement s'insérer dans l'économie urbaine. Parmi les agriculteurs, la tendance à l'extension des surfaces cultivées et à l'enclosure des champs se renforce, pénalisant les nomades dont les zones de pâturage se réduisent d'autant. Ces dynamiques génèrent une compétition féroce pour l'accès à l'espace et à l'eau, aggravée par la partialité et l'impéritie des autorités centrales dans la recherche de compromis et d'issues novatrices à l'essoufflement de

37. M. Lavergne, Darfour : « *Éléments pour l'analyse géographique d'une guerre civile en milieu sahéen* », à paraître dans *Afrique contemporaine*, 2005.

38. R. Marchal, *Le Soudan d'une guerre à l'autre*, op. cit.

l'économie du Darfour. De fait, loin de jouer les médiateurs, Khartoum a instrumentalisé la crise pour lutter contre la rébellion. Les autorités ont puisé leurs supplétifs au sein des groupes nomades les plus touchés par le déclin de l'économie pastorale et qui avaient tout intérêt à s'emparer des terres Four et Massalit – particulièrement fertiles dans l'Ouest Darfour – après en avoir détruit les villages. Pour autant, les *Jenjaweeds* ne se sont jamais entièrement conformés aux instructions de Khartoum, conscients qu'un jour ou l'autre il leur faudrait renouer des liens avec leurs voisins sans nécessairement avoir l'appui du gouvernement.

Les déplacements forcés obéissent donc à une double logique : celle du contrôle policier par Khartoum d'une population jugée séditeuse et celle des conflits territoriaux entre peuples du Darfour. De toute évidence, la région ne retrouvera jamais sa physionomie d'avant guerre. Le conflit a créé un nouveau rapport de force à l'origine d'une redistribution des terres au détriment des agriculteurs Four et Massalit.

S'agit-il d'un « nettoyage ethnique » ? Difficile de répondre étant donné la signification incertaine de cette expression. Si on entend par « nettoyage ethnique » une logique proche de celle observée en ex-Yougoslavie, à savoir, selon les termes d'A. Brossat³⁹, la réalisation d'un « *fantasme de purification intégrale, jusqu'au dernier* », le dessein « *de rendre [un territoire] pur de toute présence et contamination ethnique adverse (...) comme il fallait aux nazis une Allemagne judenrein* », la réponse semble négative, quoi qu'en disent de nombreux observateurs. Preuve en est le projet de réinstallation des populations déplacées dans une partie de leurs villages et l'absence d'idéologie prônant l'extermination (au sens étymologique : *ex-terminare*, chasser hors des frontières, *bannir*) de l'autre-en-trop, assimilé à « *une épidémie à combattre, un bacille à détruite, une maladie à éradiquer* », « *jusqu'au dernier* ».

A vrai dire, la catégorie « nettoyage ethnique » n'est pas d'une grande utilité pour comprendre la dynamique d'un déplacement de population. Sa fonction est avant tout morale et politique : susciter l'indignation plutôt que la réflexion, créer un consensus moral autour d'une condamnation de principe rendant superfétatoire tout travail d'enquête et de compréhension. L'usage de cette expression par le lobby interventionniste a moins pour but de décrire la mécanique des déplacements que de mobiliser la communauté internationale contre le régime qui les orchestre.

Il n'appartient pas à MSF de juger la légitimité des transferts en cours. Nous serions bien en peine de dire qui des nomades ou des agriculteurs sont plus en droit d'avoir accès à la terre ou si le gouvernement arbitre de façon équitable entre les deux parties en proposant de réinstaller les déplacés dans des « villages de paix ». La seule chose dont nous soyons sûrs, c'est que le réaménagement de la carte démographique s'est effectué avec une violence inouïe au profit de certains nomades et du régime.

• MSF complice ?

Dans quelle mesure MSF est-elle complice de cette politique ? A ce jour, il est clair que l'aide que nous avons fournie n'a joué qu'un rôle marginal dans les transferts initiaux. Elle est intervenue *a posteriori* pour en adoucir les conséquences, mais elle n'a été ni à leur origine, ni un élément clef de leur mise en œuvre. Avant d'être attirés dans les camps (par le fameux

39. Les citations suivantes sont tirées de A. Brossat, *La modernité ré-ensauvagée, Transeuropéenne*, 1999.

« pulling factor » mis en avant par les organisations de secours qui justifient la médiocrité de leur assistance par la nécessité de ne pas cautionner le « nettoyage ethnique », les déplacés ont été chassés de leurs villages (« pushing factor »). Certes, il est probable que les distributions de nourriture, la mise à disposition de services de soins gratuits et d'une eau abondante et facilement accessible encouragera une partie des déplacés à s'urbaniser. Mais pour le reste, force est de constater que le gouvernement et les milices n'ont pas eu besoin des humanitaires pour chasser deux millions de personnes de chez elles.

La question est plus épineuse en ce qui concerne l'avenir des populations déracinées, notamment leur réinstallation vers d'autres camps, des « villages de paix » ou leur zone d'origine : MSF doit-elle participer à l'aménagement préalable des sites ou attendre le transfert brutal et forcé des déplacés en des lieux inhospitaliers avant d'intervenir en urgence pour améliorer *in extremis* leurs conditions de vie ? La question s'est déjà posée à deux reprises. A Nyala en janvier 2004, MSF-F a refusé de préparer le site de Belel où les déplacés refusaient de se rendre par crainte des attaques *Jenjaweeds*. C'est aujourd'hui (août 2005) l'un des plus gros camps de déplacés et MSF-H y travaille. A Zalingei en mars 2004, les équipes ont participé au projet gouvernemental de réunion des onze sites en deux camps principaux malgré les réticences des principaux intéressés. De fait, le dilemme doit être tranché au cas par cas, en gardant à l'esprit la question suivante : à qui profite le plus une éventuelle intervention ? Aux déplacés, auxquels on épargne des souffrances supplémentaires ou au gouvernement dont on facilite la tâche ?

En résumé, la question de savoir si les déplacements forcés relèvent ou non d'une stratégie de « nettoyage ethnique » (quel que soit le sens qu'on donne à cette formule) ne nous concerne pas. Face à l'entreprise sanglante de redistribution des terres opérée par les *Jenjaweeds* sous les ordres du gouvernement cherchant à sanctionner et contrôler la base sociale de la rébellion, notre seule préoccupation est de savoir à qui profitent les secours. Or il apparaît que l'action de MSF est venue *a posteriori* limiter les conséquences sanitaires de la déportation, mais qu'elle n'en est pas complice au sens où elle ne représente pas une composante déterminante de sa mise en œuvre. Quant aux avertissements d'organisations comme HRW craignant un enrôlement des humanitaires dans le « nettoyage ethnique », ils relèvent soit d'un contresens politique, soit d'une rhétorique destinée à créer un consensus moral contre le gouvernement soudanais. D'un point de vue humanitaire, ces injonctions moralisatrices produisent deux effets pervers : elles encouragent une aide au rabais dans les camps (conformément aux intentions de Khartoum) et occultent les dilemmes cruels soulevés par le réaménagement sanglant de la carte démographique du Darfour et le futur des populations déracinées.

2 – EFFICACITE DES SECOURS

2.1 STRATÉGIE GLOBALE ET INDICATEURS DE MORTALITÉ

2.1.1 Estimation quantitative de la population cible

Le nombre de personnes auxquelles MSF a tenté de porter secours est très approximatif. En effet, nous nous sommes adressés à une population mouvante dont les fluctuations ont perduré tout au long de l'année – même si le nombre de déplacés a fini par se stabiliser sur un certain nombre de sites. Ensuite, nous avons délibérément refusé de faire une distinction nette entre déplacés et résidents, sans savoir exactement quelle est la part de ces derniers qui a bénéficié de nos services. Enfin nos diverses méthodes de comptage sont d'une précision toute relative. Pour cette ébauche d'analyse, nous avons retenu les chiffres de travail utilisés sur le terrain tels que compilés par Epicentre. Ils sont discutés ci-dessous. Avec toutes les précautions d'usage, ils permettent d'avancer que MSF a essayé d'apporter une aide à environ 65 000 personnes dès le mois de février, puis 150 000 en mai et à peu près 200 000 à partir d'octobre. Il s'agit là d'une estimation basse. Géographiquement, notre intervention s'est déployée sur six sites, dont deux furent l'objet d'une assistance réduite et temporaire (Intifada et Kérénik – ils ne seront pas abordés dans cette partie). Le gros de nos opérations s'est concentré sur les camps de déplacés de Zalingei, Mornay et Niertiti et sur l'hôpital d'el-Genina (structure de référence nutritionnelle, pédiatrique et chirurgicale).

TABEAU 7 - EVALUATION DU NOMBRE DE PERSONNES ASSISTÉES PAR MSF-F AU DARFOUR
(DÉCEMBRE 2003 - JANVIER 2004) (SOURCES : MSF/EPICENTRE)

Mois	Total (4)	Nyala	Zalingei (1)	Mornay (2)	Niertiti (3)	Kerenik
Décembre 2003	10 000	10 000				
Janvier 2004	25 000	10 000	15 000			
Février 2004	65 000		15 000	50 000		
Mars 2004	65 000		15 000	50 000		
Avril 2004	104 300		31 500	50 000	22 800	
Mai 2004	150 000		35 000	80 000	15 000	20 000
Juin 2004	163 500		48 500	80 000	15 000	20 000
Juillet 2004	163 500		48 500	80 000	15 000	20 000
Août 2004	143 500		48 500	80 000	15 000	
Septembre 2004	165 000		60 000	80 000	25 000	
Octobre 2004	195 000		90 000	80 000	25 000	

Commentaires

- (1) La population déplacée à Zalingei a fait l'objet d'estimations contradictoires, son évaluation étant particulièrement difficile étant donné sa dispersion en une dizaine de sites en milieu urbain et le nombre de déplacés hébergés « chez l'habitant ». S'il est certain que le nombre de déplacés a grandi tout au long de l'année, le passage à 90 000 en octobre résulte principalement de l'inclusion des résidents.
- (2) A Mornay, la population résidente (moins de 10 000 personnes) est incluse dans l'estimation globale. Le chiffre de 50 000 (février-avril) résulte de l'extrapolation du nombre d'enfants vaccinés contre la rougeole les premières semaines de février. Il ne tient

pas compte de l'évolution constante de la population jusqu'en mars-avril. Le réajustement opéré en mai s'appuie sur une estimation réalisée par cartographie (qui trouvait 82 000 déplacés et 10 000 résidents), pondérée par les chiffres de distribution du PAM (70 000 personnes) et diverses considérations de méthodologie ou de *feeling*.

- (3) Niertiti est un village de passage. Selon les estimations, les chiffres incluent ou non les résidents, sans que cela apparaisse clairement dans les *sitreps*.
- (4) Le total ne prend pas en compte les personnes bénéficiant des soins secondaires pratiqués à el-Genina et qui proviennent de camps où MSF-F n'est pas présent.

2.1.2 Priorités d'intervention

Etant donné l'importance de la population et la faiblesse des moyens disponibles jusqu'en mai, le choix des priorités d'intervention s'est avéré capital. Celles-ci ont porté sur :

- *Vaccination contre la rougeole* : Elle fut une priorité à Mornay mais pas sur les autres sites. A Zalingei, MSF a attendu la campagne de vaccination du ministère de la Santé en février (deux mois après l'ouverture) et réalisé un *catch up* mi-avril. A Niertiti, aucune campagne de vaccination ne fut entreprise après les deux missions exploratoires de janvier et février qui l'avait pourtant recommandée. Zalingei et Niertiti seront frappées par une épidémie de rougeole, quelques cas seront également enregistrés à Mornay. Parallèlement, MSF-F a également organisé des campagnes de vaccination ponctuelles (Kérénik, Deleij...) à l'occasion d'« explo-actions » (missions d'évaluation accompagnées d'action d'urgence).
- *Approvisionnement en eau* : les activités de pompage, traitement et distribution de l'eau démarrent dès l'ouverture des missions à Mornay et Niertiti et un peu plus tard à Zalingei. Les quantités disponibles dépassent les 5 litres vitaux par personne et par jour dès le mois de mars à Mornay mais n'atteindront l'objectif de 20 litres qu'en octobre.
- *Secours alimentaire et nutrition* : le traitement de la malnutrition sévère et modérée a démarré à l'ouverture de chaque mission à Mornay, Zalingei et Niertiti. Un centre intensif a également été ouvert dans l'hôpital d'el-Genina pour les enfants référés par d'autres organisations. Des distributions alimentaires pour les enfants de moins de 5 ans furent prévues dès l'origine, mais elles débutèrent deux mois après l'ouverture de la mission à Mornay (avril), quatre mois à Niertiti (août) et cinq à Zalingei (juin) pour des raisons à la fois logistiques et sécuritaires.
- *Consultations externes* : à l'exception de Mornay, les activités de soins primaires démarrent à l'ouverture des programmes sous forme de cliniques mobiles, progressivement transformées en centre de santé permanents (deux mois après à Zalingei, un mois après à Niertiti). A Mornay, l'équipe doit d'abord ouvrir une salle d'urgence puis une hospitalisation avant de démarrer un centre de santé à la capacité d'abord réduite en raison du manque de personnel.
- *Hospitalisation* : deux types de structures de référence secondaires ont été utilisés : des centres d'hospitalisation entièrement gérés par MSF (Mornay, Niertiti) et des hôpitaux

gouvernementaux (Zalingei, el-Genina) avec lesquels nous avons cherché à travailler dans les services de pédiatrie/nutrition et de chirurgie (el-Genina seulement). A Mornay et Niertiti, l'hospitalisation ouvre au tout début des programmes (sous forme d'hôpital de jour d'abord à Niertiti). A Zalingei, il est difficile de savoir quel a été notre mode de collaboration avec l'hôpital avant le mois de mai où nous prenons officiellement pied en pédiatrie. Quant à l'hôpital d'el-Genina, nous y démarrons des activités nutritionnelles et pédiatriques en juin et des activités chirurgicales en octobre (très tard donc).

Soulignons en revanche, que nos activités en matière d'abris, de distribution de produits de première nécessité (couvertures, jerrycans, savons) et d'assainissement ont été quasi-inexistantes.

2.1.3 Qualité du système de recueil de données

Evaluer à distance la qualité médicale d'opérations passées consiste essentiellement à interpréter les données épidémiologiques dont nous disposons. Bien qu'elles aient été abordées au cours de nos entretiens, les questions relatives au suivi des protocoles, à la gestion des pharmacies, à l'hygiène hospitalière, aux infections nosocomiales, aux erreurs de diagnostics, à la qualité de relations soignants / patients, etc., ne seront pas traitées en elles-mêmes. Par conséquent, ce que nous pouvons dire des opérations de secours au Darfour est intimement liée à la qualité des données épidémiologiques disponibles.

S'agissant du suivi de la mortalité, deux méthodes ont été utilisées : le comptage des tombes et la surveillance active via un réseau de *home visitors*. D'après Epicentre, le premier système présente un risque de sous-évaluation étant donné l'éparpillement des sépultures, qui ne sont pas toutes sises dans des cimetières identifiés – les déplacés enterrant parfois leurs morts à l'intérieur du camp, en milieu ouvert, voire dans leur village d'origine. Pour sa part, le relevé des décès par interviews présente des inconvénients liés aux risques de doublon (deux familles interrogées relatant la mort d'une même personne) et à toutes les incertitudes produites par l'interaction enquêteur-enquêté. Une pierre tombale est moins équivoque qu'un récit (encore que...). Le comptage de tombes a été utilisé à Mornay dès le début et jusqu'à fin avril avant d'être remplacé par un système de surveillance active, également mis en place à Niertiti et Zalingei à la même époque. La façon dont les données de mortalité ont été recueillies auparavant à Zalingei est floue. Quelle que soit la méthode employée, nous disposons donc d'une idée approximative du nombre de morts par semaine dans les camps où nous travaillons (avec beaucoup de doutes pour Zalingei jusqu'à la mi-avril). En revanche, le calcul des taux bruts de mortalité (réalisé à partir des données disponibles sur le terrain pour chaque période) est plus délicat étant donné l'incertitude entourant le dénominateur de population globale. A cet égard, les enquêtes de mortalité rétrospective d'Epicentre ont permis de préciser ponctuellement (et rétrospectivement !) les données du système de surveillance.

TABEAU 8 - SYSTÈMES DE RECUEIL DE DONNÉES SANITAIRES UTILISÉS PAR MSF-F
AU DARFOUR (JANVIER - OCTOBRE 2004)

	Mornay	Zalingei	Niertiti
Décès	Comptage de tombes de début février à fin avril Surveillance active HV à partir de mi-mai	Méthode de recueil inconnue en janvier Surveillance active HV à partir de mi-avril	Surveillance active HV à partir de mi-mai
Population	Estimation HAC/MSF de janvier à avril Mapping MSF & census Pam mi-avril Surveillance active à partir de mai	Surveillance active par les HV à partir de mi-mai Comptage des maisons MSF juin Surveillance active par les HV de juin à octobre	Recensement HAC & Pam avril Comptage des maisons MSF fin mai Surveillance active à partir de juin
Morbidité	Recueil inadapté	Recueil non standard	Recueil non standard
Consultations	de février à fin avril* Recueil standard à partir de mai	en janvier et février Pas de données de mars à mi-avril Recueil non standard à partir de mi-avril Recueil standard de mai à octobre	à partir d'avril Recueil standard à partir de mai
Morbidité	Recueil non standard	Pas de données avant mai	Recueil standard
Hospitalisations	à partir de février Recueil standard à partir de mai	Recueil standard à partir de mai	à partir de mai
Morbidité CNT	Recueil non standard en février Recueil standard à partir de mars	Pas de données avant mi-avril Recueil standard à partir de mi-avril	Recueil standard à partir de mai

* rend compte de 17 pathologies, inadapté aux situations d'urgence.

En ce qui concerne l'état nutritionnel des personnes déplacées, des prévalences de malnutrition globale et sévère sont disponibles sur certaines périodes grâce aux dépistages MUAC réalisés à l'occasion des distributions alimentaires. Plusieurs enquêtes d'Epicentre permettent également de préciser ces prévalences. En revanche, les données d'activité et de morbidité des centres nutritionnels, centres de santé et hôpitaux n'ont pas fait l'objet d'un recueil standardisé avant le mois de mai.

En résumé, un système de recueil de données et de surveillance épidémiologiques a bien été mis en place sur tous les terrains à l'ouverture des programmes. Jusqu'au mois de mars-avril, le recueil non standardisé permet à la coordination et au desk parisien d'assurer le pilotage de l'opération en gardant les yeux sur quelques grands indicateurs de tendance (difficilement exploitables *a posteriori*). A cet égard, on peut regretter que MSF ne soit toujours pas en mesure d'assurer systématiquement et dès le début de ses opérations un recueil de données standardisé et harmonisé à toutes les missions, même en situation d'urgence. A partir de mi-mars et avec la venue d'Epicentre, le système de surveillance se renforce et se précise alors que des enquêtes permettent de jeter un éclairage sur la période écoulée et présente.

2.1.4 Évolution des taux de mortalité

**TABEAU 9 - TAUX DE MORTALITÉ DE RÉFÉRENCE AU DARFOUR ET
AU SOUDAN AVANT 2003** (SOURCES : UNICEF)

Localité	< 5 ans (USMR) (1)		Global (CMR) (2)	
	pour 1000 par an	par 10 000 par jour	pour 1000 par an	par 10 000 par jour
Nord Darfour	101	2,8	-	-
Sud Darfour	98	2,7	-	-
Ouest Darfour	104	2,8	-	-
Soudan global	104	2,8	11	0,3

(1) Résultats du *Multiple indicator cluster survey* de l'UNICEF réalisé en 2000.

(2) UNICEF, *The State of the world's children* 2003, 2003.

**TABEAU 10 - RÉSULTATS DES ENQUÊTES DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVE CONDUITES AU DARFOUR
ENTRE AVRIL 2004 ET JANVIER 2005** (SOURCES : EPICENTRE & CRED)

Camps / Région	Période de rappel	CMR	U5MR	% morts violentes	Enquête réalisée par
Camps où intervient MSF-F					
Mornay	Oct. 2003–mai 2004	3,40 (3,10 – 3,80)	1,60 (1,10 – 2,20)	74%	Epicentre
Zalingei	Oct. 2003–avr. 2004	2,20 (1,80 – 2,70)	1,80 (1,10 – 3,00)	49%	Epicentre
Niertiti	Fév.–juin 2004	1,50 (1,20 – 1,90)	2,10 (1,50 – 3,00)	27%	Epicentre
Autres camps					
El-Genina (ouest D)	Mai–juin 2004	5,60 (4,10 – 7,60)	14,10 (9,70 – 20,10)	10%	Epicentre
Habilah (ouest D)	Juin–août 2004	2,60 (1,80 – 3,60)	6,70 (1,20 – 11,00)	58%	Epicentre
Kabkabyia (nord D)	Juillet–août 2004	1,20 (0,70 – 1,80)	2,90 (1,50 – 5,30)	14%	Epicentre
Serif Umra (nord D)	Sept.–oct. 2004	0,80 (0,40 – 1,30)	1,80 (1,00 – 3,00)	4%	Epicentre
Kass (sud D)	Mai–sept. 2004	3,20 (2,20 – 4,10)	5,90 (3,80 – 8,00)	18%	Epicentre
Kalma (sud D)	Février–sept. 2004	1,60 (1,20 – 2,00)	2,90 (2,00 – 3,90)	28%	Epicentre
Kalma (sud D)	Août–sept. 2004	2,00 (1,30 – 2,70)	3,50 (1,50 – 5,70)	7%	Epicentre
Ensemble des provinces et du Darfour					
Darfour global	Février–sept. 2004	0,72 (0,44 – 0,99)	1,03 (0,38 – 1,69)	35%	CDC, PAM
Ouest Darfour	Juin–août 2004	2,90 (2,40 – 3,60)	3,10 (2,10 – 4,70)	12%	OMS, Epict
Nord Darfour	Juin–août 2004	1,50 (1,10 – 1,90)	2,50 (1,60 – 3,90)	21%	OMS, Epict

TABEAU 11 - TAUX BRUT DE MORTALITÉ AVANT ET APRÈS L'ARRIVÉE DANS LES CAMPS DE MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI D'APRÈS LES ENQUÊTES DE MORTALITÉ RÉTROSPECTIVE, DARFOUR, SOUDAN, 2004
(SOURCES : EPICENTRE)

Camps	Période de rappel	Avant l'arrivée dans le camp	Pendant la durée de résidence en camp
Mornay	Octobre 2003–mai 2004	1,0 (0,7 – 1,3)	0,6 (0,4 – 0,2)
Zalingei	Octobre 2003–avril 2004	1,2 (0,8 – 1,7)	1,0 (0,3 – 3,1)
Niertiti	Février–juin 2004	1,1 (0,9 – 1,3)	2,3 (1,1 – 4,9)

La période de rappel des enquêtes de mortalité rétrospective conduites à Mornay, Zalingei et Niertiti couvrent à la fois l'époque précédant les destructions, celle pendant laquelle les

villages ont été détruits et leurs habitants mis en fuite, les premiers mois d'installation dans les camp pendant lesquels MSF n'était pas présente puis la période où nous avons commencé à y travailler (quatre mois pour Zalingei et Mornay, trois pour Niertiti). Il est difficile d'en tirer des conclusions quant à la mortalité dans les camps durant notre présence. Néanmoins, les chiffres d'Epicentre montrent que la mortalité globale (hors morts violentes) est inférieure pendant la période de résidence dans les camps que durant les mois où les villageois étaient chez eux et pendant la fuite (qui n'a duré que quelques jours), sauf à Niertiti (tableau 9). Ce qui pourrait signifier qu'on meurt moins dans les camps qu'au village. De même, en retenant les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (relativement épargnés par les morts violentes), on relève qu'ils sont nettement inférieurs aux valeurs de référence de l'UNICEF calculés en 2000 (tableau 7) de même qu'à l'ensemble des taux enregistrés ultérieurement par Epicentre dans d'autres camps (tableau 8). En effet, si compte tenu de l'intervalle de confiance les taux à Mornay, Zalingei et Niertiti restent proche du seuil d'urgence au premier semestre 2004 (le 2,1 enregistré à Niertiti coïncide avec l'épidémie de rougeole), ils sont loin des 3,5 morts/10 000/jour calculés à Kalma entre août et septembre (période pendant laquelle MSF-H est présente dans ce camps), des 5,9 notés à Kass entre mai et septembre (idem), des 6,7 de Habilah (intervention MSF-CH pendant toute la période de rappel juin-août) et des 14,1 d'el-Genina (où MSF-CH démarre réellement des activités à la fin de la période de rappel mai-juin).

Les taux de mortalité recueillis par le système de surveillance MSF à Mornay (graphique 3) sont difficilement interprétables avant la deuxième semaine de mai (semaine 19) en raison des incertitudes concernant le dénominateur population (non prise en compte de l'augmentation constante du nombre de déplacés entre février et mars) et l'enregistrement des décès (comptage de tombes). Pour la seconde période, une nette tendance à la diminution est observable à compter de mi-juillet (semaine 28), juste après un doublement de la mortalité brute des moins de cinq ans la dernière semaine de juin (semaine 26) correspondant à une recrudescence des cas de diarrhées dans le camp conduisant l'équipe à ouvrir cinq points de réhydratation ORS ainsi qu'une consultation spéciale pour les diarrhéiques. Au global, les taux de mortalité brut hebdomadaires restent en deçà des seuils d'urgence durant quasiment toute la période à l'exception des quinze premiers jours d'intervention.

S'agissant de Zalingei (graphique 4), où les taux apparaissent de façon quasi-constante en dessous des seuils d'urgence, il est impossible de savoir si la diminution progressive de la mortalité brute est liée à une réelle amélioration de la situation ou aux changements réguliers de dénominateur. On notera néanmoins que la mortalité brute des enfants de moins de cinq ans excède le seuil d'urgence au cours de fin avril et mi-mai (semaines 17 et 19) – ce qui coïncide avec l'épidémie de rougeole et une augmentation de l'incidence des diarrhées et des infections respiratoires.

Enfin pour Niertiti (graphique 5), les données sont fragiles étant donné le changement continu de dénominateur (22 755 pendant les semaines 18 et 19, puis 13 565 entre les semaines 20 et 23, 14 184 à compter de la semaine 24 puis 12 924 à la semaine 19). Il est vrai que Niertiti est un village « élastique » dont la population fluctue constamment sans que nos chiffres en rendent compte fidèlement.

FIG 4. EVOLUTION DES TAUX DE MORTALITÉ À MORNAY (SOURCES : SYSTÈME DE SURVEILLANCE MSF/EPICENTRE)

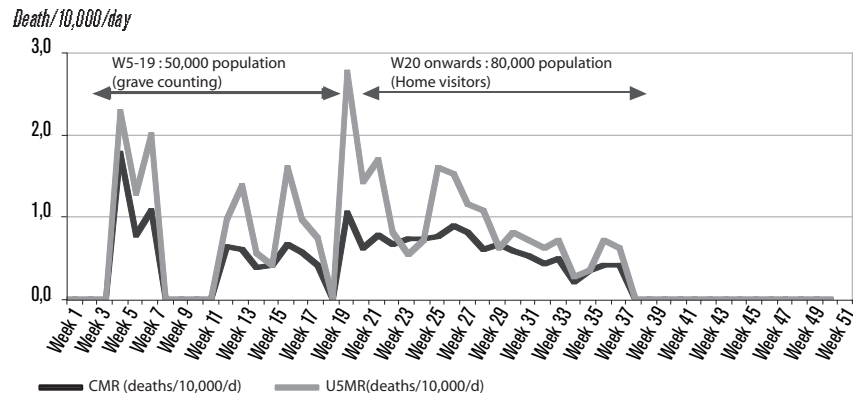


FIG 5. EVOLUTION DES TAUX DE MORTALITÉ À ZALINGEI (SOURCES : SYSTÈME DE SURVEILLANCE MSF/EPICENTRE)

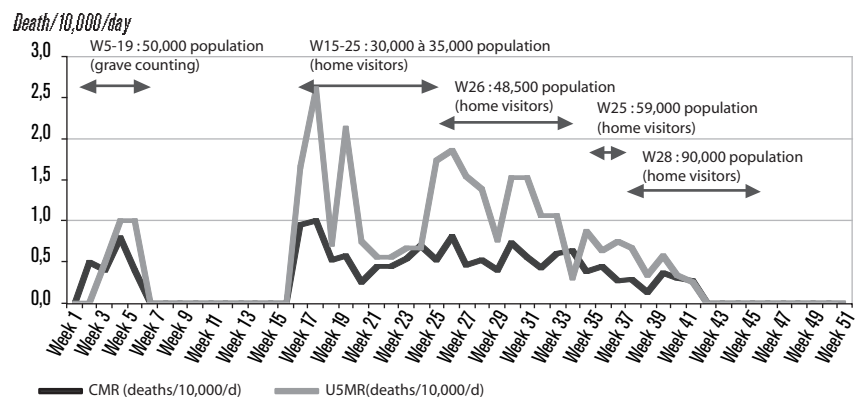
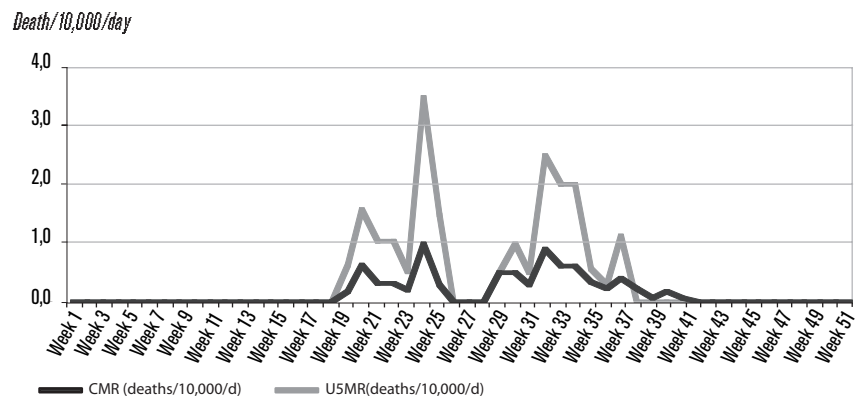


FIG 6. EVOLUTION DES TAUX DE MORTALITÉ À NIERTITI (SOURCES : SYSTÈME DE SURVEILLANCE MSF/EPICENTRE)



En résumé, il apparaît que la mortalité ait été globalement contenue sous la barre des seuils d'urgence à Mornay, Zalingei et Niertiti. Elle est même descendue en deçà des valeurs de référence en situation « normale » pour les enfants de moins de cinq ans et a diminué à l'arrivée dans les camps par rapport à ce qu'elle était dans les villages et pendant la fuite à Mornay et Zalingei. Globalement, l'état de santé des rescapés des massacres et des destructions n'était probablement pas catastrophique à l'arrivée dans les camps. Mais il le serait rapidement devenu en l'absence de toute assistance ou faute d'assistance adaptée (comme ce fut le cas à el-Genina, Habila, Kass, etc.).

2.1.5 Évolution des prévalences de malnutrition

L'état nutritionnel standard de la population est précaire au Soudan en général et au Darfour en particulier (tableau 10). Avec le pillage des villages et des récoltes, les importants mouvements de déplacés, leur encerclement dans les camps et l'absence de distributions générales de nourriture régulières au premier semestre 2004, on pouvait s'attendre à une crise nutritionnelle rapide (même si l'Ouest Darfour était plutôt mieux loti que les autres provinces de la région avec une prévalence de référence de 8,8% de malnutrition aiguë globale en 2000).

Les dépistages MUAC effectués à Mornay, Zalingei et Niertiti laissent d'ailleurs entrevoir une tendance à la détérioration de l'état nutritionnel au premier semestre 2004 (tableau 11). Les enquêtes Epicentre réalisées en avril et mai (tableau 12) mettent en évidence des prévalences de malnutrition aiguë globale importantes à Mornay et Zalingei (20,6% et 23,4% en Z-score), comparable à ceux d'el-Genina en juin (25,8%) et de Kalma en septembre (23,6%) et supérieurs à ceux d'Habila en août (17,2%) et Kass en septembre (14,1%). La situation s'améliore en juillet pour Zalingei et à partir de septembre et octobre pour les autres sites. Programmes nutritionnels thérapeutiques et distributions alimentaires ciblées ont vraisemblablement aidé à contenir la crise, de même (et surtout) que les distributions alimentaires générales du PAM qui deviennent régulières à partir de fin août.

TABLEAU 12 - PRÉVALENCES DE MALNUTRITION DE RÉFÉRENCE
AU DARFOUR ET AU SOUDAN EN 2000 (UNICEF⁴⁰)

	Chronique	Aiguë
Nord Darfour	44,3%	22,5%
Sud Darfour	46,7%	12,4%
Ouest Darfour	51,2%	8,8%
Soudan global	43,3%	15,7%

40. Survey de l'UNICEF réalisé en 2000.

**TABEAU 13 - RÉSULTATS DU DÉPISTAGE DE LA MALNUTRITION AIGÜE GLOBALE RÉALISÉ
PAR MUAC PAR MSF-F (JANVIER – OCTOBRE 2004) (SOURCES : MSF)**

	Janv.	Fev.	Mars.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.
Mornay	8,8%			14,7%					9,3%	6,1%
Zalingei	9,2%	10,8%	14,6%				10,6%	10,6%	7,5%	7,2%
Niertiti	16%								7,3%	

**TABEAU 14 - RÉSULTATS DES ENQUÊTES NUTRITIONNELLES
CONDUITES PAR EPICENTRE AU DARFOUR EN Z-SCORE
(MAI À SEPTEMBRE 2004) (SOURCES : EPICENTRE)**

Camps	Date des enquêtes	Malnutrition aiguë globale (GAM, %)
Camps où intervient MSF-F		
Mornay	Mai 2004	20,6%
Zalingei	Avril 2004	23,4%
Autres camps		
El-Genina	Juin 2004	25,8%
Habilah	Août 2004	17,2%
Kalma	Septembre 2004	23,6%
Kass	Septembre 2004	14,1%

2.1.6 Épidémies

MSF-F a été confrontée à une épidémie de rougeole et d'hépatite E. La première (1 075 cas de rougeole à Zalingei, 1 488 à Niertiti) a donné lieu à des campagnes de vaccination de rattrapage et à la prise en charge des cas cliniques. Quant à l'épidémie d'hépatite E – abondamment décrite dans un rapport d'Epicentre⁴¹ auquel nous renvoyons pour plus amples informations – elle a débuté en juillet et touché les trois provinces du Darfour. 2 391 cas ont été diagnostiqués à Mornay entre juillet et novembre, parmi lesquels 240 ont été hospitalisés et 31 patients sont décédés. A Zalingei, 3 229 cas sont enregistrés pendant cette période (31% des consultations de septembre) et 589 à Niertiti (6% des consultations). En l'absence de vaccins et de traitement spécifique contre le virus, les équipes se sont retrouvées relativement démunies, notamment face aux cas sévères dont la létalité est élevée (18,3% sur toute la période) surtout chez les femmes enceintes. A noter que le virus - à transmission oro-fécale - n'est pas inactivable par chloration de l'eau et que notre système de distribution en eau n'a pu enrayer sa diffusion.

2.1.7 Autres indicateurs de santé

Les indicateurs de morbidité *OPD/IPD* exprimés en taux d'incidence ou en valeur absolue sont difficiles à interpréter. Les taux d'incidence sont biaisés en raison des incertitudes concernant le dénominateur et de la fréquentation variable du système de santé. Les valeurs absolues par pathologie reflètent autant l'activité des structures sanitaires – intimement liée à l'offre de soins (nombre de consultants notamment) et aux variations de population – que

41. D. Delia, K. Hilde, J-P. Guthmann, *Outbreak of Hepatitis E in Mornay IDP camp, Western Darfur, Sudan, Final Report, December 2004*, Paris, Epicentre.

la prévalence des principales pathologies. Incidence et nombre de cas laissent néanmoins transparaître plusieurs pics puis une baisse significative des diarrhées sur tous les terrains à partir de septembre ainsi que l'évolution des pics saisonniers de malaria.

FIG 7. EVOLUTION DU NOMBRE MOYEN DE CONSULTATIONS HEBDOMADAIRES PAR PATHOLOGIES
DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F DE MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI (SOURCES : MSF)

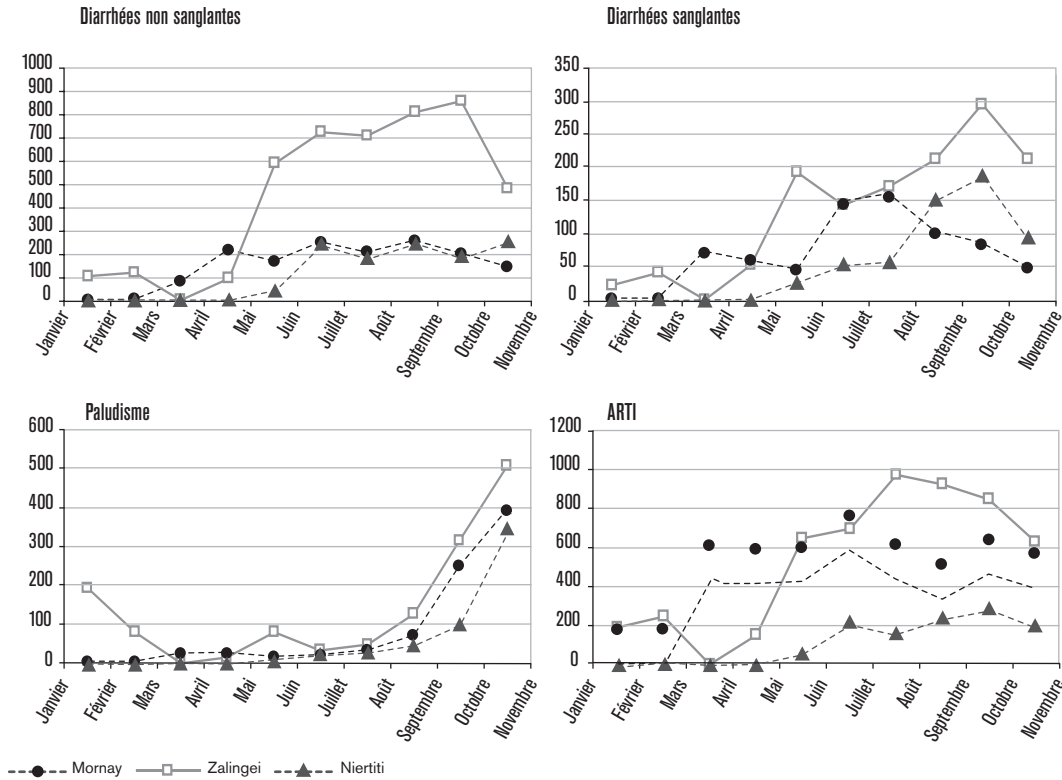
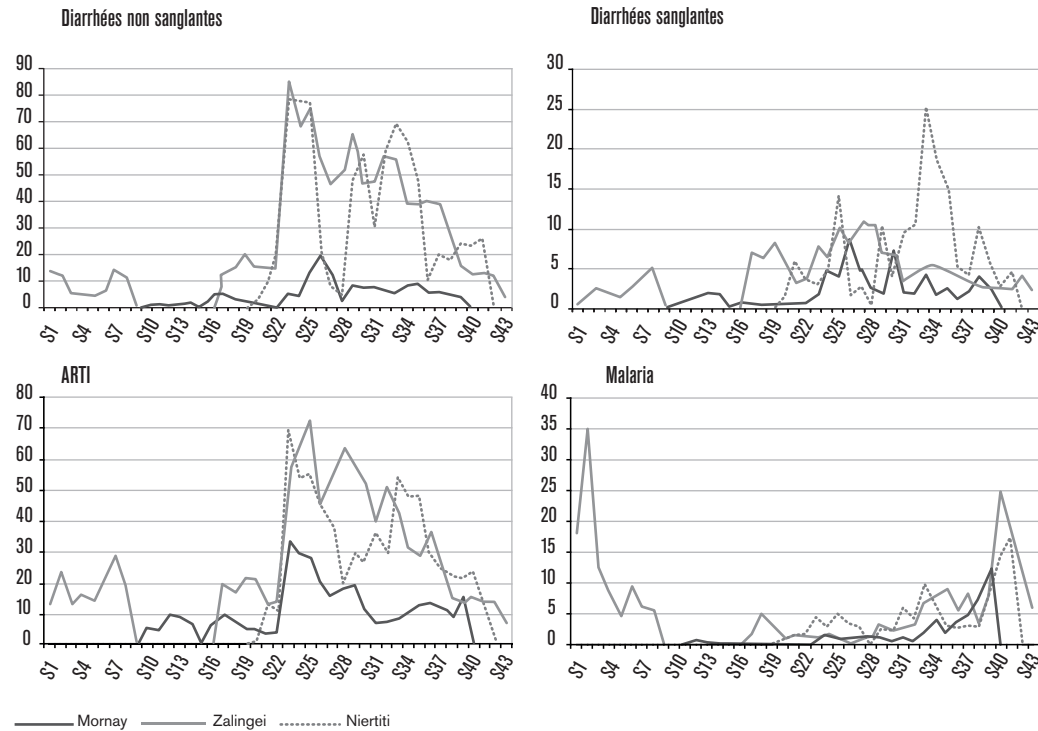


FIG 8. EVOLUTION DES TAUX D'ATTAQUE HEBDOMADAIRE (NOMBRE DE CAS POUR 1 000) PAR PATHOLOGIES DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F DE MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI (SOURCES : MSF)



2.2 VACCINATION

2.2.1 Campagnes de vaccination contre la rougeole

Les campagnes de vaccination contre la rougeole se sont heurtées à un problème majeur : l'interdiction pour MSF d'importer des vaccins. Au Soudan, les campagnes de vaccination contre la rougeole doivent impérativement utiliser les vaccins du ministère de la Santé généralement fournis par l'UNICEF. Cette contrainte est doublement délétère. Tout d'abord, la qualité des produits n'est pas toujours garantie, en raison notamment de la fragilité des chaînes de froid. Ensuite, nous dépendons entièrement de la politique décidée par le ministère. A plusieurs reprises celui-ci a refusé de nous livrer des doses, soit parce qu'il entendait lancer sa propre campagne d'immunisation plus tard, soit parce qu'il s'opposait à nos critères d'inclusion. En effet, les vaccinations du ministère ne couvrent que les 9-59 mois. En sont exclus les bébés entre 6 et 9 mois et les enfants de 5 à 15 ans. Néanmoins, MSF-F a pu parfois échapper à ces contraintes en utilisant ses propres stocks.

TABLEAU 15 - CAMPAGNES DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE RÉALISÉES
À MORNAY, ZALINGEI, NIERTITI
(JANVIER-OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF-F)

Lieu	Date	Opérateur	Population cible		Nombre d'enfants vaccinés	Couverture estimé par l'opérateur
			Age	Origine		
Mornay	7-20 février	MSF	6-59 mois	Camps et ville	9 701	97%
	10-16 avril	MSF	6-59 mois	Nouveaux arrivants	4 413	88%
	12-18 juin	UNICEF	?	?	?	?
Zalingei	Février	MOH	9-59 mois	Camps et ville	12 000	> 100%
	17-23 avril	MSF	6-59 mois	?	2 300	?
Niertiti	3-9 avril	MOH	9-59 mois	Camps et ville	3 947	87%
	28 août	UNICEF	?	?	?	?

Concrètement, MSF n'est intervenu indépendamment du programme élargi de vaccination qu'à Mornay, où la campagne d'immunisation des 6-59 mois contre la rougeole a pu être menée dès les premières semaines d'intervention (couverture estimé à 97%). Un rattrapage pour les nouveaux arrivants est également effectué début avril après la détection de six cas de rougeole. Mi-juin, il semble que le ministère de la Santé ait organisé une vaccination pour les 5-15 ans avec une couverture annoncée de 100%.

A Zalingei en revanche, MSF a attendu l'intervention du ministère de la Santé qui a vacciné courant février les 9-59 mois et estimé sa couverture à plus de 100%. Mi-avril, 128 cas de rougeole furent diagnostiqués conduisant MSF à lancer une campagne de rattrapage (9-59 mois) en partenariat avec le ministère (couverture estimée à 90% par Epicentre).

Enfin, à Niertiti, visitée dès le mois de janvier par les premières missions exploratoires qui y recommandèrent le lancement rapide d'une campagne d'immunisation, c'est le déclenchement d'une épidémie de rougeole fin mars qui poussa MSF à s'y rendre quotidiennement. La première semaine d'avril, nous avons mis en place un système de recherche active associé au traitement systématique des cas diagnostiqués et à l'hospitalisation des cas graves (hôpital

de jour, l'équipe ne passant pas la nuit sur place). Une campagne d'immunisation fut organisée par le ministère de la Santé deux semaines plus tard, dont la couverture est estimée à 87%.

D'après les enquêtes réalisées par Epicentre entre fin avril et début juillet, la couverture vaccinale sur Niertiti, Mornay et Zalingei est correcte pour les enfants de moins cinq ans. La couverture vaccinale des 5-15 ans n'est pas connue, mais étant donné l'absence quasi-totale de campagne d'immunisation à leur égard il est de toute évidence très faible.

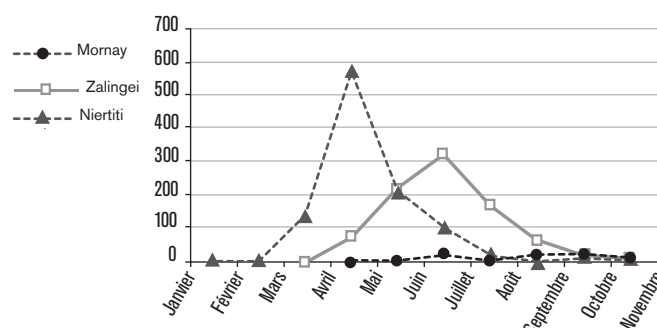
**TABEAU 16 - ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS
DE MOINS CINQ ANS CONTRE LA ROUGEOLE
PAR EPICENTRE À MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI (JANVIER-OCTOBRE 2004)** (SOURCES : EPICENTRE)

Site	Date	Carte de vaccination	ITV de la mère	Total
Mornay	1-7 mai	73,8%	11,8%	85,6%
Zalingei	24-30 avril	62,9%	27,4%	90,3%
Niertiti	26 juin-2 juillet	42,2%	48,1%	90,3%

2.2.2 Épidémies de rougeole

Etant donné les difficultés rencontrées pour mener des campagnes de vaccination contre la rougeole, il n'est pas surprenant que plusieurs épidémies se soient déclenchées. A Niertiti, les premiers cas sont diagnostiqués entre le 13 et le 19 mars (18 cas). Le plus grand nombre de cas est atteint entre le 3 et le 14 avril (182 semaine 14 et 186 semaine 15). La campagne de vaccination organisée par le ministère de la Santé pour les 9-59 mois a lieu au même moment (3-9 avril). Au total, 1 069 cas sont diagnostiqués entre mars et octobre 2004 (1 488 sur l'année, dont 153 sévères parmi lesquels quatre décès). Les enfants de moins de cinq ans représentent 59% des personnes touchées.

**FIG 9. EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE ROUGEOLE DIAGNOSTIQUÉS
DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F
À MORNAY, ZALINGEI, NIERTITI (JANVIER-OCTOBRE 2004)** (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)



A Zalingei, l'épidémie se déclenche un peu plus tard. 75 cas sont détectés la dernière semaine d'avril (semaine 17) soit deux mois après la campagne de vaccination du ministère de la Santé censée avoir touché plus de 100% des 9-59 mois. Une campagne de rattrapage est organisée par MSF à la mi-avril. Le plus grand nombre de cas est atteint la dernière semaine de

juin (85 semaine 26). Entre mars et octobre, 875 cas sont enregistrés (1 075 sur l'année dont 47 sévères et 10 décès). 51% des personnes touchées ont moins de cinq ans. Contrairement à Niertiti, l'épidémie de rougeole à Zalingei fait peu de cas sévères.

A Mornay, une première campagne de vaccination a été menée par MSF début février pour les 6-59 mois, puis une seconde de rattrapage pour les nouveaux arrivants à la mi-avril (après le déclenchement des épidémies de Niertiti et Zalingei). Quatre cas sont néanmoins détectés entre le 8 et le 14 mai (semaine 19). Entre mars et octobre 2004, 90 cas sont enregistrés (95 sur l'année). Aucun cas sévère, ni décès n'a été recensé.

2.2.3 Vaccination contre la méningite

En août 2004 à Mornay, MSF a également vacciné 40 455 personnes de 2 à 30 ans contre la méningite. Cette campagne a été décidée de façon préventive après que 37 cas confirmés aient été diagnostiqués sur toute la période (février-septembre), dont 32% chez des enfants de moins de cinq ans, ayant entraîné 12 décès.

2.3 APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT (EHA)

2.3.1 Performance du système d'approvisionnement en eau

MSF-F a lancé des programmes d'approvisionnement en eau dès l'ouverture des programmes sauf à Zalingei. Cette priorité renvoie à des considérations classiques de santé publique face à un regroupement soudain de populations dans une région dépourvue de réseau d'eau et d'assainissement et exposée à des risques d'épidémies à transmission oro-fécale (choléra, shigellose...). Ceci étant, le souci d'approvisionner l'intérieur des camps renvoie également à des questions de sécurité, nombre de femmes, d'hommes et d'enfants étant victimes d'exactions ou d'assassinats de la part des *Jenjaweeds* lorsqu'ils s'aventuraient à l'extérieur pour aller chercher de l'eau. Si la fourniture d'eau a tardé à se mettre en place à Zalingei, c'est en raison de l'éparpillement initial des déplacés sur onze sites, de la présence en ville de points d'eau protégés (forages équipés de pompe) et peut-être du manque d'expérience de la première équipe. Ce n'est qu'avec le regroupement des déplacés sur quatre sites (dont deux de plus de 20 000 personnes) que MSF-F a lancé d'importants programmes d'approvisionnement en eau à Zalingei.

De nombreuses techniques ont été utilisées. Dans un premier temps, les équipes ont eu recours à du *water trucking* à Nyala-Intifada et ont fait creuser des bassins de captation dans un lit de rivière à Mornay. En anticipation de la saison des pluies (et du remplissage des *wadis*), d'autres moyens ont été mobilisés dès que possible : bassins de captation en terrain ouvert, puits jetés, puits piqués, etc. L'eau généralement peu turbide (NTU < 5) a pu être traitée par simple chloration parfois précédée de floculation. Soulignons que MSF a également traité les quelques points d'eau existants utilisant à cet effet des dosatrons (injection automatique d'une dose de chlore dans les canalisations après pompage) ou en chlorant directement l'eau au seau lorsqu'il n'était pas possible de faire autrement. L'option du forage n'a pas été retenue, bien qu'elle ait été recommandée à Niertiti (en raison notamment du manque d'eau de surface et de la faible profondeur de la roche) et que des compagnies de forage contactées à Khartoum aient donné leur accord pour en réaliser au Darfour. Certes, les forages

ne sont pas toujours la meilleure solution en urgence. Ils demandent le déploiement de moyens logistiques un peu plus importants sans évidemment garantir des taux de réussite de 100%. Mais lorsqu'ils s'avèrent positifs, ils ont l'avantage d'extraire une eau de meilleure qualité, tant par sa turbidité que son niveau de contamination.

TABEAU 17 - EVOLUTION DES QUANTITÉS D'EAU POTABLE DISPONIBLES PAR PERSONNE ET PAR JOUR SUR LES SITES D'INTERVENTION MSF-F (SOURCES : MSF/E. GIGNOUX/J.S. MATTE) ^{(1) (2)}

	Fev.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.
Zalingei (al-Amedia)	-	-	?	?	?	8	8	13	22
Zalingei (Hassa Issa)	-	-	?	?	?	7	9	12	17
Mornay	3	6	6	6	6	11	11	13	15
Niertiti (ville et camps)	-	-	-	?	?	8	8	9	10

(1) Inclut l'approvisionnement MSF et les autres sources protégés à l'exception de Mornay (février-mars) qui ne recense que l'approvisionnement MSF

(2) Ces données sont indicatives étant donné l'incertitude du dénominateur.

TABEAU 18 - QUANTITÉ D'EAU ET POINTS DE DISTRIBUTION DISPONIBLES PAR HABITANT SUR LES SITES D'INTERVENTION MSF-F À LA MI-OCTOBRE 2004 (SOURCES : MSF/E. GIGNOUX)

		Population estimée	Approv. MSF-F et par jour	Autres sources	Litres par personne	Nbr. de points d'eau	Nbr. de pers. par points d'eau	Nbr. pers par robinet
Zalingei	Hassa Issa	23 000	420 m ³	52,5 m ³	20,5	18	1 278	213
	Halimedia	21 000	420 m ³	37,5 m ³	21,8	18	1 167	213
	Al Nagel	7 000	65 m ³	-	9,3	-	-	-
	Kamsa Dagai	3 000	45 m ³	-	15,0	-	-	-
Niertiti camp and town		20 000	60 m ³	172,5 m ³	11,6	4	5 000	241
Mornay		80 000	1 300 m ³	300 m ³	20,0	64	1 250	183
Total		144 000	2 060 m3	662,5 m3	18,9			

Toujours est-il que l'eau a été disponible dès le début, bien qu'en quantité insuffisante (tableau 16). Le minimum vital de 5 litres par personne et par jour a été atteint dès le mois de mars à Mornay mais il faut attendre octobre pour dépasser l'objectif de 20 litres par personne et par jour pour 124 000 des 144 000 déplacés assistés. A Niertiti, seul un forage aurait pu permettre dépasser les 12 litres quotidiens fournis en octobre. En revanche, la mise en place d'un réseau de distribution impressionnant (plus de 30 km de canalisation et de 700 robinets) a permis de respecter le standard de 250 personnes par robinet. Associées aux autres sources (662 500 litres par jour), les deux millions de litres d'eau fournie quotidiennement par MSF-F sur les trois sites représentent la consommation d'une ville française de 10 000 habitants.

2.3.2 Limites de notre politique

Malgré tous ces efforts, MSF-F a été confrontée à de nombreux cas de pathologies à transmission oro-fécale. A deux reprises - fin avril, début mai et deuxième moitié de juin - les équipes de Mornay ont du faire face à une recrudescence des diarrhées non sanglantes (et sanglantes). Une recrudescence similaire a été observée à Zalingei début juin. Ces épisodes, qui coïncident en partie avec le début de la saison des pluies, soulignent les limites de notre stratégie. Tout d'abord, malgré le développement précoce de puits aux jets ou piqués, la quantité et la qualité de l'eau distribuée a été affectée par les premières pluies qui ont provoqué l'inondation des bassins de captation creusés dans le lit des *wadis*. Ensuite, hormis la collecte de cadavres d'animaux à Mornay et Zalingei dès le début de l'intervention et celle d'excréments par *donkey cart* à Mornay pendant la flambée diarrhéique, très peu a été entrepris en matière d'hygiène et d'assainissement (latrines, ramassage des ordures et des cadavres d'animaux, distribution de savons...). Ces faiblesses sont en partie responsables des flambées de diarrhées comme de l'importance de l'épidémie d'hépatite E.

Jusqu'en mai 2004, l'absence de programme d'assainissement résulte de l'arbitrage entre priorités concurrentes dans un contexte de fort contingentement des moyens. A Zalingei, les équipes se sont également heurtées au refus des autorités d'implanter des latrines dans les zones urbaines où les déplacés étaient rassemblés. Reste qu'un faible input – comme la mise à disposition d'une pompe à membrane pour vidanger les latrines publiques de Zalingei – aurait permis d'améliorer sensiblement les conditions sanitaires. Après l'ouverture du Darfour à l'aide internationale en mai, MSF-F a compté sur l'intervention d'autres partenaires pour creuser des latrines, organiser le ramassage des ordures et distribuer des produits de première nécessité (savon et jerrycans notamment). Fin juillet, les activités de ce type avaient à peine commencé alors que se déclenchait une épidémie d'hépatite E.

Cette dernière a touché environ 15 000 personnes et provoqué la mort de cinquante d'entre elles rien qu'à Mornay. Selon une étude réalisée par Epicentre à Mornay⁴², le risque de contracter le virus était 26 fois plus important pour les personnes s'approvisionnant au moins occasionnellement au *wadi*. Néanmoins, l'eau chlorée distribuée par MSF présentait également un risque de contamination deux fois supérieur à l'eau des forages préexistants. De fait, si les quantités de chlore résiduel présentes dans nos lignes de distribution étaient conformes aux normes internationales, elles étaient inefficaces contre le virus de l'hépatite E. Et il n'est pas certain qu'une dose plus importante aurait suffi à l'inactiver – alors qu'elle aurait rendu l'eau détestable au goût de l'utilisateur. Seul un traitement par ultraviolet sur une eau extrêmement peu turbide (NTU < 1) serait susceptible d'inactiver le virus. L'étude soulignait également le rôle important dans la transmission de l'épidémie du stockage de l'eau dans des récipients difficiles à nettoyer (quatre fois plus de risque épidémique dans les foyers disposant de deux réservoirs d'eau ou plus). L'épidémie d'hépatite E relance le débat sur l'opportunité de faire des forages (au moins dans les zones d'endémie, comme le recommande fortement le rapport d'Epicentre) et souligne l'importance des activités en matière d'hygiène et d'assainissement.

42. D. Delia, K. Hilde, J-P. Guthmann, *Outbreak of Hepatitis E in Mornay IDP camp, Western Darfur, Sudan, Final Report, December 2004*, Paris, Epicentre.

En résumé, l'opération constitue indubitablement une performance technique pour MSF-F, comparable au défi sanitaire de Goma en 1994⁴³. Adaptation à l'environnement et aux contraintes de moyens, innovation (puits piqués, puits jetés), anticipation de la saison des pluies, ont joué un rôle clef dans cette réussite. Restent l'ampleur des besoins et l'absence de partenaires fiables en urgence, les limites d'une politique EHA dépourvue de volet hygiène et assainissement, nos réticences à faire des forages et de nouveaux défis soulevés par l'inactivation du virus de l'hépatite E.

2.4 NUTRITION ET SECOURS ALIMENTAIRES

Trois types d'intervention nutritionnelles et alimentaires ont été conduits au Darfour : des programmes thérapeutiques avec volet ambulatoire, des programmes supplémentaires puis des distributions alimentaires pour l'ensemble des enfants de moins de cinq ans (*blanket feeding*).

2.4.1 Programmes nutritionnels thérapeutiques

Conformément aux nouveaux protocoles nutritionnels et en adéquation avec les contraintes de ressources humaines et matérielles initiales, MSF-F a mis en place des programmes nutritionnels thérapeutiques avec phase ambulatoire. Au total, plus de 4 000 enfants sévèrement malnutris ont été admis, avec un nombre moyen d'entrées par semaine à peu près constant sur toute la période (hors fermeture des centres supplémentaires et changement consécutif des critères d'inclusion en *TFC*). Deux enfants sur trois sont ressortis guéris, un sur quatre a abandonné, un sur dix est décédé.

A Zalingei, cette stratégie ambulatoire associée aux cliniques mobiles puis aux consultations externes a été hésitante à ses débuts, les abandons étant nombreux. En avril, les structures sont réorganisées (séparation géographique des programmes nutritionnels et des consultations, revue des critères, ajustement des protocoles). Une structure interne fonctionnant 24 heures sur 24 est ouverte fin mai permettant l'accueil des cas sévères auparavant transférés à l'hôpital local. Les indicateurs s'améliorent sensiblement à partir de cette période : la proportion de guérison passe de 69% en mai à 72% en juin et surtout la proportion de décès baisse de 11,5% à 9% alors que les abandons passent de 19,5 à 22,4%.

43. Ce fut la plus grosse opération d'approvisionnement en eau jamais réalisée par MSF-F, correspondant au *water trucking* de 1 500 m³ d'eau par jour pour une population de 400 000 réfugiés.

44. Pour rappel, les guides nutritionnels MSF fixent pour objectif un taux de guérison supérieur à 75%, de décès inférieur à 10%, et d'abandons inférieur à 15%.

FIG 10. EVOLUTION DES ADMISSIONS DANS LES CNT MSF-F DU DARFOUR
(JANVIER À OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

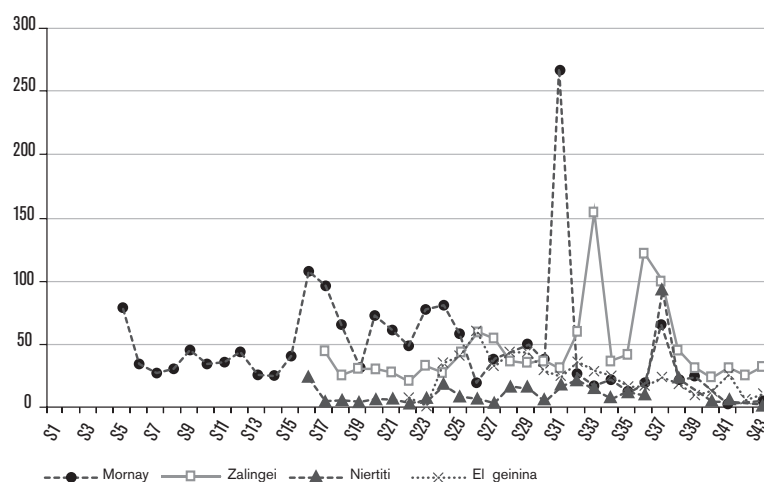


Tableau 19 - PRINCIPAUX INDICATEURS D'ACTIVITÉ DES CENTRES NUTRITIONNELS THÉRAPEUTIQUES MSF-F
AU DARFOUR ET DANS LE RESTE DU SOUDAN (FÉVRIER À OCTOBRE 2004) (SOURCES : EPICENTRE)

	Zalingei W16-39	Mornay W7-W39	Niertiti W19-W35	Kerenik W19-W27	el-Genina W22-W39	Total	Akuem W1-W26	Bentiu W1-W26
Admissions	1 253	1 900	342	112	508	4 115	679	262
Exits	656	1 617	203	63	446	2 985	639	462
Cured	454	1 182	102	26	255	2 019	340	224
Death	41	85	23	8	48	205	29	48
Defaulters	157	349	60	26	60	652	56	6
Transfers	4	1	18	3	83	109	202	184
Proportion of cured (%)	69%	73%	50%	41%	57%	68%	61%	47%
CFR (%)	6%	5%	11%	13%	11%	7%	5%	10%
Proportion of defaulters (%)	24%	22%	30%	41%	13%	22%	8%	1%
Proportion of transfers (%)	1%	0%	9%	5%	19%	4%	25%	41%
Proportion of readmissions (%)	1,7%	5,2%	2,9%	1,8%	1,8%	-	-	-
Mean length of stay (days)*	47,8	37,3	45,0	-	19,1	-	28,2	-
Average gain of weight (gr/kg/day)*	7,1	6,1	6,7	-	13,5	-	12,5	-

*Données partielles compte-tenu d'un recueil non systématique sur les TFC

A Mornay, le programme *TFC* ambulatoire est d'emblée associé à une structure interne MSF (au départ couplée avec l'hospitalisation pédiatrique puis indépendante). En avril, les indicateurs sont un peu moins bons qu'à Zalingei (guérison : 59%, décès : 13,3%, abandons : 27% en avril)⁴⁴. Ils s'améliorent sensiblement concomitamment à l'augmentation du nombre de lits en phase interne en mai (taux de guérison : 76%, décès : 5,8 %, abandons : 17 % en juin).

A Niertiti, une stratégie ambulatoire stricte (pas de structure interne sur place, transfert des cas sévères à l'hôpital de Zalingei) est installée au mois d'avril. Si cette stratégie permet de

suivre un petit nombre d'enfants malnutris (54 fin juin), les indicateurs sont médiocres : en juin, les décès représentent 25% des sorties et les abandons 31%. Par ailleurs 20% des admissions sont des kwashiorkor qui doivent être transférés à l'hôpital de Zalingei. La qualité des soins s'améliore à l'ouverture d'une structure interne permanente associée à un meilleur suivi médical et à une recherche des abandons par les équipes de *home visitors* (fin juillet la proportion de guérison atteint 71% alors que les décès représentent 7,4% des sorties).

En août et septembre, l'uniformisation des protocoles médicaux et nutritionnels, l'amélioration du suivi médical, la recherche active des abandons à partir d'août et septembre entraîne une amélioration des indicateurs sur les trois sites : en moyenne, taux de guérison 80%, abandons 10% et décès 5%.

Au Darfour, le programme nutritionnel ambulatoire a montré une efficacité comparable à celle d'un *TFC* standard à partir du moment où il a été associé à une structure interne de capacité suffisante. Cependant le gain de poids reste faible (entre 6 et 7g/ kg/j sauf à el-Genina où il atteint le double) et la durée moyenne de séjour élevée : entre 47 et 57 jours sur l'ensemble de la période, sauf à el-Genina (19). Au Niger, sur des programmes *TFC* ambulatoires mixtes, le gain de poids est de 10g/kg/j et la durée de 25 à 30 jours.

D'après les enquêtes nutritionnelles d'Epicentre :

- A Mornay, 52,5% des enfants identifiés comme malnutris sévères lors de l'étude en mai sont déjà pris en charge dans une structure de nutrition (44% pour les modérés).
- A Zalingei, fin avril, 27% des enfants malnutris sont pris en charge. En juin, une seconde enquête Epicentre menée sur 490 enfants montre après un *screening* MUAC que 50% des enfants sévèrement malnutris sont pris en charge mais seulement 33% en *TFC*.
- A Niertiti, 44% des enfants malnutris sévères sont pris en charge fin juin (mais seulement 17,6% en *TFC*) et 22% des modérés.

D'après ces estimations de couverture, il semble donc qu'au moment de l'enquête, plus de 50% des cas de malnutrition ne sont pas inclus dans un programme par absence de détection (*screening*, *OPD*).

2.4.2 Programmes nutritionnels supplémentaires et distributions alimentaires ciblées

Les centres nutritionnels supplémentaires ouvrent en parallèle des centres thérapeutiques. S'ils permettent au départ d'avoir accès à un grand nombre d'enfants (près de 2 000 enfants inclus dans le programme de mai à juillet à Mornay et près de 1 000 à Zalingei) et de référer les cas sévères vers le *TFC*, leur efficacité est sujette à caution : 35% d'abandons et 27,3% de transfert au CNT à Mornay, 30% et 29% à Zalingei. Le passage à des distributions alimentaires ciblées pour les enfants de moins de cinq ans s'impose. Envisagées dès le début de l'intervention, leur lancement effectif est retardé pour des raisons sécuritaires (l'équipe craignant des pillages et des exactions contre les déplacés en cas de distribution), puis logistiques étant donné les contraintes de moyens imposés par Khartoum jusqu'en avril et mai.

Finalement, les distributions ciblées pour les enfants de moins de cinq ans débutent en avril à Mornay, juin à Zalingei et août à Niertiti. Elles comprennent une ration quotidienne de 500 grammes d'*Unimix* et de 90 grammes d'huile pour 10 jours (soit 2 700 Kcal par jour sur la période, 540 Kcal à supposer que la ration soit distribuée entre les cinq membres de la famille). A Mornay, les distributions ciblent entre 15 000 et 17 000 personnes. Les trois premiers rounds sont espacés de trois à quatre semaines puis deviennent réguliers à partir du 24 juin. A Zalingei (entre 15 000 et 18 000 bénéficiaires), les négociations avec les autorités retardent la mise en place régulière des distributions jusqu'en juillet. A Niertiti (environ 4 500 bénéficiaires), elles ne commenceront que fin août. Les distributions générales du PAM deviennent régulières à partir d'août, mais les distributions ciblées perdurent jusque fin 2004.

La fermeture des *SFC* va cependant être retardée par la nécessité d'avoir un accès à l'*OPD* (ouverture du deuxième *OPD* à Mornay), de la possibilité de faire un *screening* nutritionnel et médical de tous les enfants des programmes *SFC* avant leur sortie ou transfert et la capacité des *TFC* à recevoir les enfants transférés. Finalement le *SFC* de Mornay ferme la première semaine d'août (semaine 31), celui de Zalingei semaine 33 (14-20 août) et celui de Niertiti semaine 36 (4-10 septembre). La fermeture de ces centres supplémentaires permet d'utiliser les ressources pour améliorer le fonctionnement des *TFC* (personnel, bâtiments).

2.4.3 A-t-on surestimé le risque de pénurie alimentaire ?

La stratégie nutritionnelle et alimentaire de MSF-F a reposé sur l'idée que la population déplacée était confrontée à un risque de famine élevé. Outre l'existence de prévalences de malnutrition importantes ayant tendance à se dégrader au premier semestre 2004, cette perception reposait sur deux hypothèses : la dépendance des populations déplacées vis-à-vis de secours alimentaires et l'absence d'un pipeline de nourriture fonctionnel, qu'il s'agisse d'un dispositif du PAM, d'une prise en charge gouvernementale ou d'une réponse humanitaire par d'autres agences d'aide. Au final, disette et famine ont été évité. Est-ce à dire que l'on a « crié au loup » ?

Il est possible que les ressources, notamment monétaires, dont disposaient les déplacés, aient été sous-estimées, mais l'inflation observée au cours du premier semestre était de nature à épuiser les réserves à brève échéance. S'agissant de la faible capacité de réponse, les difficultés du PAM à assurer une distribution générale régulière dans les camps sont apparues dès le début de l'année, et plaident en faveur d'une distribution alimentaire ciblée. Ainsi pour assurer un approvisionnement sécurisé aux populations, le PAM aurait dû délivrer presque 300 000 tonnes de nourriture aux trois régions du Darfour. Cette quantité, conjuguée à l'étendue de la province donne une idée de la complexité du dispositif. Selon les équipes MSF, le pipeline n'était certes pas complètement fonctionnel, mais il était pratiquement impossible de couvrir tous les sites tant les regroupements de déplacés étaient nombreux, mouvants et difficilement accessibles... et tant les autorités soudanaises s'employaient à y mettre un frein. Les chiffres concernant la distribution générale totale réalisée par le PAM entre janvier et décembre ne sont pas disponibles mais on sait qu'à la fin du mois de mai, 32 700 tonnes de nourriture avaient été distribuées, soit un peu plus du tiers des besoins, estimés pour les 5 premiers mois à 83 000 tonnes. Cette quantité n'équivaut qu'à 20% des besoins de l'Ouest Darfour pour la

période. S'agissant des lieux sur lesquels MSF-F intervient, à Mornay, le PAM a distribué une demi-ration en mars, et une ration complète fin avril et mi-juin. A Zalingei, deux distributions ont eu lieu entre décembre et mars. Une troisième a lieu en avril, et une quatrième en juin. Par la suite, et notamment au mois d'août, la distribution a pris un tour plus régulier. Ces informations sont parcellaires et ne rendent vraisemblablement pas entièrement compte de toutes les distributions générales. Néanmoins, elles témoignent de la faible visibilité du pipeline et du calendrier d'exécution.

Dans un tel contexte, il semble évident que la stratégie de MSF visant à faire profiter plus largement la famille à travers le *blanket feeding* et la ration familiale⁴⁵ a permis de contenir le risque de malnutrition. Compte tenu de la précarité des déplacés et de la prévalence de la malnutrition, malgré tout préoccupante, dans le contexte du Darfour en 2004, le risque d'une épidémie d'envergure et d'une famine associée n'était pas à écarter. La vigilance à cet égard était de mise.

2.5 CONSULTATIONS EXTERNES

2.5.1 Activité

Les consultations externes ont démarré à Zalingei sous forme de cliniques mobiles quotidiennes le 31 décembre qui cèdent la place à deux centres de santé la première semaine de mars (semaine 9). Aucune donnée n'est disponible pour les mois de février et mars (le chiffre de 91 158 consultations entre janvier et octobre élude donc 8 semaines d'activité). A Mornay, les services de consultations externes démarrent le 6 mars (semaine 10). Un deuxième service de soins externes est ouvert début août (semaine 32). Quant à Niertiti, des cliniques mobiles quotidiennes sont organisées à partir du 13 mars (semaine 11) pour traiter les patients frappés par l'épidémie de rougeole. Elles se transforment en centres de santé à partir du 15 mai (semaine 20), mais les équipes ne restent toujours pas sur place avant le mois d'août. Au total, MSF-F aura effectué plus de 185 000 consultations au Darfour en un an (octobre 2003 - octobre 2004), sans compter Nyala. Les enfants de moins de 5 ans représentent deux patients sur cinq (tableau 18). Le nombre d'actes pratiqués augmente de façon très significative à partir du mois de juin, ce qui correspond à l'ouverture du Darfour à l'aide internationale (21 mai) et au renforcement des équipes (graphique 10).

45. Couplée à la ration bi-hebdomadaire en CNT.

FIG 11. NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS EXTERNES PAR SEMAINE
DANS LES MISSIONS MSF-F DU DARFOUR (JANVIER-OCTOBRE 2004)

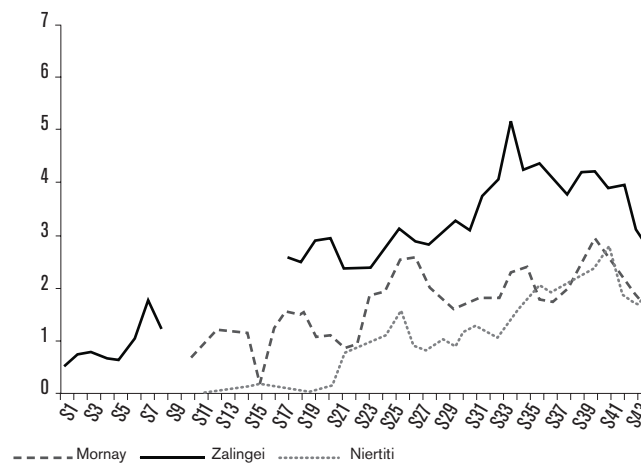


TABLEAU 20 - NOMBRE DE CONSULTATIONS RÉALISÉES DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F DE MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI (JANVIER – OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

	Mornay	Zalingei	Niertiti	Total
Nombre total de consultations	58 131	91 158	35 806	185 095
Nombre moyen de consultations hebdomadaires	1 352	2 210	1 492	-
Nombre moyen de consultations quotidiennes	225	353	249	-
% de consultations < 5 ans	39%	43%	37%	41%

2.5.2 Fréquentation

En situation d'urgence, le nombre de consultations attendues par personne et par an est de quatre (une consultation par personne tous les trimestres). Le graphique ci-dessous fait apparaître entre 3 et 5 consultations par personne et par an à Zalingei. Une nette tendance à la baisse est observable à partir de début septembre (semaine 35). A supposer que les données de population soient à peu près correctes, ces chiffres signaleraient que nos centres de santé ont été accessibles à la population cible dont l'état général se serait sensiblement amélioré à partir de septembre.

A Niertiti, les chiffres de fréquentation correspondent aux attentes dès les premières semaines d'ouverture. Le nombre de consultations par personne et par an s'élève à plusieurs reprises au-dessus de 5, ce qui pourrait signifier que les services de soins sont utilisés par d'autres personnes que la population résidente et déplacée (villages environnants, populations de passage, nomades, etc.) – hypothèse en accord avec les observations réalisées à Niertiti, village commerçant situé aux portes des zones rebelles.

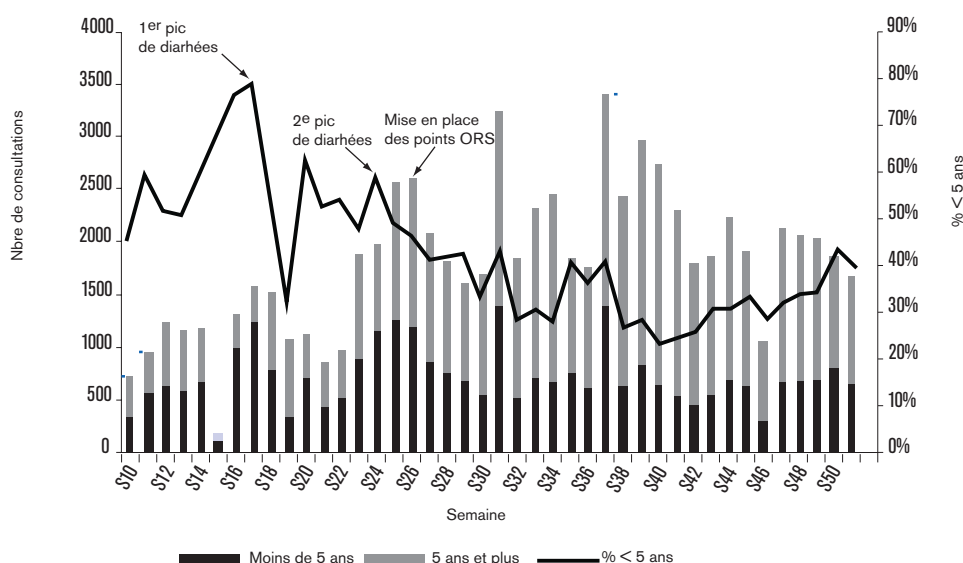
FIG 12. NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNES PAR HABITANT ET PAR AN
DANS LES MISSIONS MSF-F DU DARFOUR (JANVIER - OCTOBRE 2004)



A Mornay en revanche, le nombre de consultations reste très inférieur à ce qui est attendu pendant toute la période. De fait, les centres de santé sont saturés dès le démarrage du programme. Jusqu'en avril-mai, il est impossible de renforcer les équipes. MSF-F choisit donc de donner la priorité aux enfants de moins de cinq ans auxquels plus de 70% des consultations seront consacrés jusque fin avril (graphique). Afin de diminuer l'afflux aux consultations pendant le pic de diarrhée de juin-juillet, des points ORS ont été installés dans le camps, permettant à la fois la réhydratation immédiate et la détection des cas graves à référer vers l'hospitalisation (un système d'ambulance âne et charrette est mis en place à cet effet). L'introduction des points ORS est suivie d'une baisse importante du nombre de consultations et de la proportion des moins de cinq ans (cf. graphique 12)⁴⁶. Un deuxième service de consultations externes est ouvert en août, mais n'entraîne aucune augmentation de la fréquentation. Un troisième OPD a d'ailleurs été envisagé mais il ne sera pas installé – bien qu'avec deux centres de santé pour 80 000 personnes, nous restions loin du standard d'un centre pour 10-15 000 personnes qui aurait réclamé l'ouverture d'au minimum cinq structures. Soulignons qu'en valeur absolue, Zalingei réalise plus de consultations que Mornay durant toute la période, bien qu'étant confrontée aux mêmes contraintes de ressources. Pourquoi y a-t-il eu engorgement et sous fréquentation à Mornay et pas à Zalingei ?

46. Une augmentation des admissions hospitalières pour diarrhées non sanglantes est également notée après la mise en place des points ORS.

FIG 13. PART DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES CONSULTATIONS EXTERNES RÉALISÉES
PAR MSF-F À MORNAY AU DARFOUR (JANVIER - OCTOBRE 2004)



2.5.3 Consultants

Sur la plupart des terrains, les consultations sont effectuées par des *medical assistant*. La revue n'a pas eu le temps de recueillir des informations précises sur la qualité des formations dispensées dans les facultés de médecine soudanaises ni sur le niveau de compétence des *medical assistant*, généralement considéré comme « bon ». En revanche, il est clair que leur charge de travail a été très lourde tout au long du premier semestre.

On estime que pour faire correctement son travail, un consultant ne peut recevoir plus de 50 patients par jour. Nous n'avons que des données très parcellaires sur le nombre de cliniciens par site durant toute la période. Néanmoins, il apparaît qu'à Zalingei, où entre trois et six *medical assistant* ont été postés de janvier à mai, 65 consultations quotidiennes par consultant en moyenne étaient réalisées en février. A cette époque, les soins étaient prodigués au travers d'un dispositif complexe de trois cliniques mobiles. Avec l'ouverture de deux centres permanents, le rythme augmente puisqu'on enregistre 74 consultations par clinicien en moyenne au mois de mai, soit 50% de plus que les standards recommandés.

A Mornay, où le nombre de cliniciens a oscillé entre deux et quatre selon les informations disponibles, la charge de travail a varié entre 60 et 100 consultations par jour en moyenne. Le plus surprenant est qu'elle n'a pas baissé avec le temps malgré le rôle des points ORS et de l'augmentation de l'approvisionnement en eau dans l'allègement du surcroît de travail lié aux consultations pour diarrhées non sanglantes⁴⁷. En septembre, on enregistrait toujours 96 consultations par jour en moyenne (soit un temps de consultation d'exactly cinq minutes par patient⁴⁸). Il est clair que la qualité des soins n'a pu que pâtir d'un tel rythme.

47. Par rapport au pic de la semaine 26, plus de 200 consultations en moins pour diarrhées sont enregistrées dès la semaine 28 puis une diminution stable apparaît à partir de la semaine 38 qui coïncide avec l'augmentation de la production d'eau chlorée (cf. annexes).

48. 382 consultations quotidiennes pour quatre cliniciens à raison de 8 heures de travail par jour.

Longues files d'attentes et consultations expéditives expliquent peut-être la sous fréquentation de Mornay par rapport à Zalingei. Dans l'hypothèse où les 80 000 déplacés de Mornay auraient eu autant de contacts médicaux qu'on l'attendait, il aurait fallu déployer 20 cliniciens pour respecter le standard de 50 consultations par jour et par consultant.

La surcharge de travail semble principalement due aux difficultés rencontrées par MSF-F pour recruter des médecins ou des assistants médicaux soudanais. Ce problème renvoie aux questions de gestion du personnel national, de politique salariale notamment (elles seront revues pendant l'été), et reflète plus généralement le faible ancrage de MSF-F dans la société soudanaise en dépit d'une présence vieille de presque 30 ans.

2.5.4 Morbidité

TABEAU 21 - RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES PATHOLOGIES TRAITÉES
DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F DE MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI
(JANVIER-OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

Diagnosis	Mornay	Zalingei	Niertiti	Total
<i>Non bloody diarrhoea</i>	11,0%	18,5%	14,3%	15,4%
<i>Bloody diarrhoea</i>	4,7%	5,8%	6,9%	5,6%
<i>Malaria</i>	6,4%	6,9%	6,4%	6,7%
<i>ARTI</i>	24,7%	23,0%	14,1%	22,1%
Sous-total	46,8%	54,2%	41,70%	49,8%
<i>Violence</i>	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%
<i>STI</i>	0,0%	1,4%	0,0%	0,7%
<i>Skin/Eye infection</i>	1,4%	0,0%	0,0%	0,5%
<i>Measles</i>	0,1%	0,8%	3,0%	0,9%
<i>Meningitis</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Hepatitis/Jaundice</i>	3,6%	0,5%	1,1%	1,6%
<i>Malnutrition</i>	0,3%	0,2%	0,0%	0,2%
<i>FUO</i>	2,1%	6,4%	0,0%	3,9%
<i>Other</i>	45,4%	36,4%	54,1%	42,2%

On peut estimer que les centres de santé remplissent leur fonction si la majeure partie des consultations sont consacrées aux pathologies à risques les plus fréquentes dans le contexte, à savoir les infections respiratoires aiguës (ARTI), les diarrhées sanglantes et non sanglantes, le paludisme, ainsi que la rougeole et l'hépatite E en situation épidémique. Sur l'ensemble de la période (tableau 19), les quatre premières pathologies représentent la moitié des consultations (un peu moins à Niertiti et Mornay, un peu plus à Zalingei). Jusqu'à fin juin, plus de la moitié des consultations – jusqu'aux trois quarts – est consacrée à Mornay aux pathologies à risque (graphique 13), ce qui peut laisser penser qu'un bon triage est en place. En revanche, la part de ces pathologies chute en juin et juillet. Si dans le même temps on note une augmentation du nombre de consultations c'est probablement un peu au détriment de leur pertinence. A partir du mois d'août, cette tendance se corrige et on a des chiffres supérieurs à 50% (notamment si on tient compte des cas d'hépatite E qui prennent une part non négligeable des consultations pour les plus de 5 ans : 19% des consultations semaine 36).

2.6 HOSPITALISATION

L'analyse des données n'a pas pu être réalisée en temps et en heure. Ci-joint les tableaux récapitulatifs réalisés à partir des synthèses de *sitreps* faites par Epicentre.

Une information recueillie lors des entretiens mérite néanmoins d'être soulignée : à Mornay, entre mi-mai et mi-juin (semaine 20 à 23), les *home visitors* enregistrent plus de décès dans le camp que d'admissions à l'hôpital. Les décès sont principalement dus à des maladies diarrhéiques et frappent en priorité les personnes âgées (60% des morts de plus de 5 ans ont 60 ans ou plus). Au même moment, seulement 11% des consultations externes et 6% des admissions hospitalières le sont pour diarrhées. MSF-F semble confrontée à un problème de dépistage des patients les plus à risque, notamment âgés, qui meurent chez eux à quelques mètres de l'hôpital. La mise en place de points ORS et d'un système d'ambulance permettra d'y remédier partiellement. Fin juillet, les diarrhées restent la première cause de mortalité (même si le nombre de décès diminue) mais sont aussi la première cause d'admissions à l'hôpital.

TABLEAU 22 - ADMISSIONS ET SORTIES DANS LES HÔPITAUX MSF-F DU DARFOUR
(FÉVRIER-OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

		Mornay W6-W39	Zalingei W18-W44	El Genina W28-W39	Niertiti W33-W43	Total
<i>Admissions</i>	Total	1 678	1 129	189	374	3 370
	< 5	710	931	151	202	1 994
	%< 5	42%	82%	80%	54%	59%
<i>Exits</i>	Cured	1 330	840	142	292	2 604
	Died	163	102	17	26	308
	Defaulter	20	1	6	1	28
	Transfer	63	163	4	49	279
	Total	1 576	1 106	169	368	3 219
<i>Inpatient fatality ratio</i>	Global	10,3%	9,2%	10,1%	7,1%	9,6%
	< 5	10,6%	9,8%	10,0%	8,0%	9,9%
	5 +	10,2%	6,3%	10,3%	5,9%	9,0%

TABLEAU 23 - CHIFFRE DE MORBIDITÉS DES IPD MSF DE MORNAY, ZALINGEI,
EL-GENINA ET NIERTITI (FÉVRIER-OCTOBRE 2004) (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

	Mornay W6-W39	Zalingei W18-W44	El Genina W28-W39	Niertiti W33-W43	Total
<i>Bloody diarrhoea</i>	4,4%	1,8%	6,0%	1,2%	3,2%
<i>Non bloody diarrhoea</i>	9,8%	19,6%	12,5%	9,3%	13,1%
<i>Respiratory infection</i>	18,9%	21,3%	19,6%	7,4%	18,2%
<i>Severe malaria</i>	9,1%	15,4%	10,7%	15,0%	12,0%
<i>Non-severe malaria</i>	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
<i>Violence/Trauma</i>	3,8%	0,2%	0,0%	3,6%	2,4%
<i>Measles</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Jaundice with fever</i>	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	0,7%
<i>Meningitis (confirmed)</i>	2,5%	1,1%	3,0%	0,7%	1,8%
<i>Malnutrition</i>	18,3%	16,8%	0,6%	29,0%	18,3%
<i>Others</i>	33,0%	23,8%	47,6%	28,6%	30,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.7 Activités spécifiques

2.7.1 Violences et soins de santé aux femmes

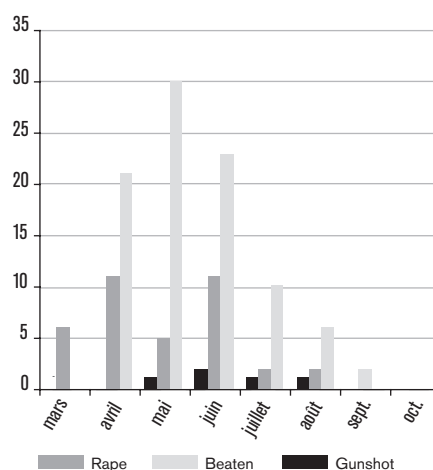
**TABEAU 24 - NOMBRE DE VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES TRAITÉES
PAR MSF-F À MORNAY (MARS-OCTOBRE 2004)** (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Total (1)	
Gunshot	0	0	1	2	1	1	0	0	5	4%
Rape (2)	6	11	5	11	2	2	2	0	39	29%
Beaten	0	21	30	23	10	6	0	0	90	67%
Total	6	32	36	36	13	9	2	0	134	100%

- (1) 480 blessés (80 cas graves, 12 références) ont également été soignés à Mornay en février (n'apparaissent pas dans les relevés), ce qui porte le nombre total de victimes traitées à 524.
 (2) La catégorie « Beaten » inclut également les catégories « torture », « couteau » et « autres » figurant dans le recueil.
 (3) Pas de données disponibles pour le mois d'août (semaines 31-35).

Nous ne disposons de données quantitatives sur les victimes de violences traitées par MSF-F que pour Mornay. En février, pendant l'attaque des villages alentours, MSF-F soigne 480 blessés dont 80 graves. Il s'agit pour la plupart de civils victimes de tortures ou d'exactions perpétrées par les *Jenjaweeds* et les militaires. Par la suite, entre mars et octobre, MSF traite 134 personnes violentées dans le camp ou à sa périphérie par des militaires, des miliciens mais aussi d'autres déplacés (dans une faible proportion). Les viols représentent 29% des consultations pour violences (39 cas), les blessures par armes à feu 4% (5 cas) et les bastonnades ou blessures à l'arme blanche 67% (90 cas). A noter que le recueil de données distingue entre « bastonnades », « tortures » et « autres ». Nous avons consolidé l'ensemble de ces chiffres en une seule catégorie étant donné les difficultés à distinguer entre ces différentes formes d'atteintes à l'intégrité physique.

**FIG 14. NOMBRE DE VICTIMES DE VIOLENCES PHYSIQUES TRAITÉES PAR MSF-F À MORNAY
(MARS-OCTOBRE 2004)** (SOURCES : SITREPS MSF / EPICENTRE)



Entre avril et juin, MSF traite une trentaine de victimes de violences par mois – parmi lesquelles une moyenne mensuelle de 5 à 10 femmes violées. Après juin, les chiffres chutent (deux victimes de viols par mois entre juillet et septembre) pour atteindre zéro en octobre. Les équipes de terrain déclarent que la diffusion du rapport MSF-F du 21 juin mentionnant viols et violences contre les déplacés a provoqué une vive réaction de la sécurité civile et militaire à Mornay. Cette dernière aurait multiplié les mesures d'intimidations visant à dissuader les personnes de venir consulter en leur imposant de porter plainte au préalable auprès de la police – qui réserve un accueil hostile voire brutal aux plaignants et qui est pour le moins tolérante à l'égard des agresseurs dont elle fait souvent partie. A noter que cette déclaration obligatoire, conforme à la législation soudanaise, a été levée par le gouvernement en ce qui concerne les viols au courant du mois d'août. Les victimes ont théoriquement le droit de se faire soigner avant de porter plainte. Mais les craintes des déplacés demeurent.

Bien que MSF ait soigné d'autres victimes de violences à Zalingei et Niertiti (qui n'apparaissent pas dans les statistiques), le nombre total de personnes reçues en consultations est inférieur aux attentes. C'est surtout le cas pour les viols. En juillet, un rapport d'*Amnesty international* réalisé à base de 250 interviews suggère une forte prévalence de cette forme de violence. Un autre document de PHR, beaucoup plus douteux d'un point de vue idéologique et méthodologique (entretiens réalisés par téléphone satellite dans les camps, extrapolation hasardeuse d'une enquête commanditée par USAID auprès des réfugiés au Tchad dont 16% des personnes interrogées déclarent avoir été victime ou connaître quelqu'un qui a été victime de viols) parle de « *campagne de viols massive et systématique* ». Nous avons également coutume de dire que les autres sections MSF enregistrent beaucoup plus de viols sur leurs sites d'intervention. A vrai dire, nos collègues n'ont pas d'informations quantitatives pour la période qui nous intéresse (janvier-octobre 2004), leur recueil de données sur les violences sexuelles n'ayant débuté qu'à partir d'octobre. En revanche, ils enregistrent effectivement des chiffres supérieurs fin 2004 - début 2005. Dans les camps d'el-Genina, MSF-CH dit recevoir en moyenne 30 à 40 victimes de viols par mois, parmi lesquelles une part significative relève de la prostitution forcée de jeunes filles voire d'enfants contraintes de vendre leur corps pour avoir accès aux ressources vitales. De plus, il semblerait (à confirmer) que MSF-CH enregistre comme viol les femmes battues dont le praticien soupçonne qu'elles ont également été violées même si les patientes n'en font pas état. Quant aux données du rapport MSF-H de mars 2005, elles doivent être étudiées en détail. Sur les 500 femmes que la section hollandaise dit avoir soignées en l'espace de six mois (octobre 2004 – mars 2005), un grand nombre ont été victimes de viols avant le mois d'octobre pendant l'attaque des villages. Sur les 150 femmes interviewées au cours des six premières semaines d'enquête à l'Ouest Darfour (région de Mukjar, Garsilla, Deleig, Bindizi), 27 disent avoir été victimes de viols récents (dans les 72 heures précédant la consultation), soit une moyenne de vingt par mois – ce qui reste dix fois supérieurs au nombre de consultations MSF-F pour viols entre juillet et septembre.

La prévalence réelle des viols est difficile à estimer. Tout d'abord, le sujet est extrêmement politisé puisque la dénonciation d'une « *campagne de viols massive et systématique* » fait partie des arguments des activistes réclamant des mesures coercitives à l'encontre du régime. La

rébellion cherche à mettre en relief ces formes de violences, consciente de l'indignation qu'elles suscitent en Occident et des avantages politiques qu'elle peut en tirer. Inversement, les autorités soudanaises multiplient les manœuvres et mesures d'intimidation pour dissuader les victimes de témoigner et même de se faire soigner. Ensuite, comme ailleurs dans le monde, les femmes ont des réticences à se déclarer victimes de violences sexuelles, de peur d'être stigmatisées au sein de leur société, répudiées par leur mari ou condamnées pour grossesse illégale. Pour autant, la stigmatisation n'est pas automatique au Darfour, et de nombreux récits font état de la sollicitude des proches et des villageois à l'égard d'une des victimes des *Jenjaweeds*. Rappelons qu'en France, selon une enquête réalisée par l'INED, 50 000 femmes de 20 à 59 sont victimes de viols par an, mais que seules 5% portent plainte⁴⁹. On ne connaît pas la proportion de celles qui cherchent le soutien de personnel de santé.

Quelle que soit la prévalence réelle des viols, il est clair que les attaques et destructions de village s'accompagnent de nombreuses violences sexuelles, qui ne relèvent pas seulement de pratiques de guerres « ordinaires » mais d'une stratégie de terreur (comme l'attestent plusieurs récits de viols collectifs et publics destinés à salir symboliquement autant que physiquement les femmes et leur entourage). De même, il est indubitable que les femmes soient fréquemment violées par des hommes en armes, dans et à la périphérie des camps, et que des formes d'exploitations sexuelles assimilables au viol se sont développées dans le contexte d'extrême précarité et de désarticulation sociale de l'exode. Peut-être Mornay est-il un peu plus épargné à partir de juillet 2004, en raison de la fin des campagnes de destruction à l'Ouest Darfour, mais aussi de la médiatisation des viols et du camp de Mornay – lieu de passage obligé des diplomates et de la presse internationale – qui a vraisemblablement poussé les autorités à tempérer les exactions les plus visibles des miliciens et des forces régulières.

Quoi qu'il en soit, les viols commis à Mornay sont certainement plus nombreux que les six ayant donné lieu à consultation dans les centres MSF entre juillet et octobre. Dès le début de l'intervention, les violences sexuelles ont pourtant été identifiées comme une composante importante du conflit (il en est clairement fait état lors du conseil d'administration MSF-F de février 2004 où la question du Darfour est abordée). Mais dans le contexte de contingentement drastique de nos moyens jusqu'en avril, la détection des femmes violées ne fait pas partie de nos priorités opérationnelles même si celles qui se déclarent spontanément victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge médicale complète. Avec le relâchement des entraves à l'acheminement de ressources en juin, MSF-F commence à s'y intéresser de plus près à partir de juillet. Nous nous heurtons alors aux obstacles mentionnés plus haut : stigmatisation sociale, pression des autorités (qui ont recruté des informateurs au sein de notre personnel national) et usages politiques de la question des viols par les sympathisants de la rébellion rendent difficile l'identification des victimes de violences sexuelles, dont le premier réflexe n'est pas toujours d'aller consulter. En effet, le bénéfice des soins médicaux (prévention des MST, avortement) est généralement peu connu ou déclassé au regards des risques sociaux et sécuritaires liés à un dévoilement public des violences dont elles ont été victimes.

49. M. Janspart & ENVEFF, « Nommer et compter les violences envers les femmes », *Populations et Sociétés*, n°364, INED, janvier 2001.

Plusieurs dispositifs opérationnels ont été mis en place pour informer les femmes de l'offre de soins disponible pour les victimes de violences sexuelles et garantir un espace thérapeutique confidentiel : création d'une consultation généraliste réservée aux femmes au sein de l'hospitalisation (Mornay), consultations à domicile (Zalingei), ouverture d'une consultation réservée aux femmes après la fermeture de l'OPD à Niertiti. D'après les entretiens conduits par la revue, ces initiatives se sont surtout développées à partir de juillet bien qu'elles n'apparaissent dans les recueils de données médicales qu'à partir septembre. Il en va de même de l'ensemble des activités spécifiques à la santé des femmes (consultations prénatales, maternité, avortement, etc.) pour lesquels nous n'avons de chiffres que pour le mois de septembre. Sur l'ensemble du mois, on recense environ 700 consultations anténatales, 26 accouchements et 20 avortements à Mornay. Rien avant et rien après sur les autres terrains à part trois accouchements à Niertiti la semaine 31 (31 juillet - 6 août).

Encore une fois, il ne semble pas que la question des violences faites aux femmes ait été ignorée. Ce retard est probablement imputable aux réelles difficultés opérationnelles et au manque de cadres compétents. L'exploitation idéologique des viols, dont la prévalence reste difficile à mesurer, a peut-être également contribué à en minimiser l'importance. Enfin, il ne faut pas non plus sous-estimer un certain conservatisme chez une partie du personnel expatrié, qui les rend peu réceptif aux questions de viols, planning familial ou avortement.

Précisons pour conclure que toutes les femmes affirmant avoir été violées dans les 72 heures ont bénéficié d'un traitement prophylactique contre une infection VIH. Les autres ont eu accès au protocole standard. Les avortements ont été introduits dans l'offre de soins à partir de septembre. Il s'agit d'une question extrêmement sensible étant donné l'interdiction de pratiquer les avortements non thérapeutiques au Soudan. Si légalement les femmes violées peuvent y avoir droit, la procédure à suivre est si complexe qu'il est *de facto* réduit à néant.

En résumé, quelles que soient les exagérations propagandistes, les viols sont une réalité au Darfour dont on peine à mesurer l'ampleur (à cet égard, nous sommes assez éloignés de l'expérience de la guerre de 1998-1999 au Congo-Brazzaville où l'existence d'une politique de viol systématique était manifeste). Si MSF-F a su dès l'origine offrir des soins spécifiques aux femmes qui s'en déclaraient spontanément victimes, nous avons rencontré des difficultés pour élargir notre recrutement aux victimes qui hésitent à consulter. Les obstacles pratiques sont réels. De toute évidence, les efforts entrepris pour les surmonter n'ont pas été à la hauteur.

2.7.2 Chirurgie et activités sur el-Genina

Le bilan de l'activité chirurgicale MSF-F entre octobre 2003 et octobre 2004 est simple : nous n'avons opéré personne. La décision de s'investir dans un programme chirurgical a été prise en mars 2004, dans le cadre de la négociation d'un nouveau protocole d'accord avec les autorités soudanaises destiné à élargir nos activités et notre quota d'expatriés. L'engagement de réhabiliter la partie chirurgicale (inexploitable en l'état) de l'hôpital de el-Genina était assumé

par MSF-F comme une « carotte » destinée à obtenir l'accroissement du nombre de postes expatriés. Il s'inscrivait aussi dans la nécessité de disposer d'une structure fonctionnelle de référence médicochirurgicale tant pour les projets de MSF que pour cette zone frontalière au Tchad, située alors dans une zone de conflit active. Cet hôpital de 90 lits, référence pour l'Ouest Darfour, apparaissait comme le lieu le plus adéquat, étant donné l'éloignement de Zalingei, la difficulté de s'implanter dans son hôpital et son inaccessibilité en saison des pluies. Écrit dans les jours qui suivirent la négociation, le MOU (*memorandum of understanding*) a été présenté aux autorités de Khartoum avant d'être renvoyé pour accord final à el-Genina. Le processus prit environ un mois.

Ce qui aurait pu permettre de faire « d'une pierre deux coups » (accord pour un élargissement de l'équipe et ouverture d'une structure de référence) se révéla par la suite un véritable casse tête pour la mission MSF-F. L'engagement de réhabiliter l'hôpital d'el-Genina permit certes la signature du second MOU autorisant l'accès à 25 expatriés. En ce sens, le premier objectif était atteint dès le mois de mars. MSF aurait alors pu se contenter d'honorer sa promesse de réhabiliter le bloc. Mais la nécessité de disposer d'une structure de référence médicochirurgicale se heurta dès le printemps au scepticisme des équipes de terrain. En effet, le nombre de blessés baissa rapidement, et les références d'urgence à el-Genina s'avéraient peu élevées. L'activité chirurgicale de l'hôpital, assez importante, relevait essentiellement de la chirurgie programmée. Par ailleurs, le gouvernement avait construit non loin de là une structure de référence pour ses blessés de guerre, et il s'apprêtait à y ajouter un bloc. Enfin les équipes MSF se heurtaient à de réels blocages de la part du personnel de l'hôpital, annihilant toute perspective de coopération. LOMS, enfin, se proposait de soutenir cet hôpital, ce qui aurait permis de garantir l'accès gratuit aux interventions chirurgicales d'urgence. Tout cela plaidait en faveur de l'abandon de l'implication MSF dans l'hôpital d'el-Genina. Jusqu'en septembre, la question du bloc d'el-Genina fit débat, conduisant à un retard des travaux, et les équipes envoyées pour travailler dans la structure eurent toutes les peines du monde à s'y faire une place.

Le projet de réhabilitation de deux salles du bloc chirurgical de l'hôpital d'el-Genina pouvait légitimement constituer une monnaie d'échange pour l'élargissement du quota expatrié de MSF. L'évaluation du chirurgien MSF réalisée en mars atteste du bien fondé de la demande soudanaise. A l'époque où MSF s'engage dans le processus, l'intensité des violences et le nombre de blessés référés (100 par semaine ?) justifient aussi pleinement une telle orientation. On peut cependant regretter qu'au vu des réserves manifestées par le personnel de l'hôpital et de la baisse des urgences chirurgicales, MSF ne se soit pas contentée d'honorer son engagement de réhabiliter le bloc et de s'assurer de la gratuité de la prise en charge des urgences par un paiement direct de ces prestations à l'hôpital. Un réajustement de l'implication de MSF aurait sans doute permis d'achever la réhabilitation dans des délais plus brefs et d'assurer une allocation plus rationnelle des ressources humaines. Alors que les camps d'el-Genina étaient laissés sans assistance jusqu'au mois de mai, on peut se demander si les efforts déployés à l'hôpital d'el-Genina n'auraient pas été plus judicieusement alloués à des secours dans les camps adjacents de la ville. Les taux de mortalité issus de l'enquête de mortalité rétrospective d'Epicentre semblent en témoigner.

Cette enquête de mortalité rétrospective appelle d'ailleurs quelques commentaires sur la perception et l'interprétation qui en a été faite par MSF. L'étude a été menée par Epicentre entre le 26 et le 29 juin, et porte sur une période de 39 jours entre le 20 mai (marquant le démarrage des premières pluies de la saison) et le 30 juin 2004.

La population des camps est à cette époque estimée à 80 000 personnes, et répartie sur 12 sites. Les interviews ont porté sur un échantillon de 900 familles correspondant à 5 191 personnes. Le nombre de décès déclarés au cours des interrogatoires (115) a permis d'extrapoler rétrospectivement un taux de mortalité global de 5,6/10 000/jour et un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de 14,1/10 000 jour. Pour toutes les classes d'âge, les diarrhées et les fièvres sont responsables de plus de la moitié des décès. Ces taux apparaissent alors tellement élevés qu'ils font l'objet d'une nouvelle enquête de la part d'Epicentre confirmant les résultats de la précédente.

Les équipes MSF-F présentes à el-Genina ont été manifestement surprises par les résultats de cette enquête qui ne semblaient pas correspondre à la réalité sanitaire visible dans les camps. Des équipes de *home visitors* ont été envoyées dans différents sites afin de repérer les cas sévères et promouvoir les références à l'hôpital, sans être en mesure de corroborer les données d'Epicentre. Cette situation a donné lieu à un débat sur la représentativité de ces taux.

Pour le département des opérations de MSF et les équipes de terrain, ces chiffres ne sauraient refléter la mortalité d'el-Genina pour les raisons suivantes :

- Si une épidémie s'était déclarée, la clinique de *MedAir* ouverte dans le camp s'en serait aperçue et aurait référé les cas graves à l'hôpital.
- Les équipes de *home visitors* envoyées dans les camps d'el-Genina ne sont pas parvenues à confirmer une telle gravité.
- Les équipes MSF d'el-Genina n'ont pas réussi à identifier les lieux de sépulture correspondant au nombre de décès recensés.
- Cette enquête de mortalité rétrospective est basée sur une méthodologie qualitative d'interviews qui serait moins fiable qu'une méthode quantitative reposant sur le comptage de tombes. Les taux de mortalité issus de ce type d'enquête doivent davantage être perçus comme une tendance. Cette perception est aussi celle des opérations de MSF-CH, confrontée à un débat similaire à Habila.

Pour les épidémiologistes d'Epicentre, l'absence des équipes MSF au sein même des camps d'el-Genina, et la précarité évidente des déplacés explique fort bien que la mission soit passée à côté d'une épidémie. Même si l'enquête repose sur des interviews, et peut générer des biais, le comptage des tombes au Darfour présente encore plus de risques dans la mesure où il était très difficile d'identifier tous les lieux de sépulture, éparpillés dans et hors des camps. Pour Epicentre, ces chiffres reflètent très certainement la réalité. Comme le faisait remarquer un des

épidémiologistes, « *même si on les divise par deux, ils restent extrêmement préoccupants.* » Il n'appartient pas à la revue critique de trancher sur la véracité des taux. Il semble que malgré les dissensions, la conclusion sur la gravité de la situation ait été partagée par tout le monde. C'est ainsi que MSF-F, considérant n'avoir pas la capacité de réponse opérationnelle a sollicité immédiatement l'intervention de MSF-CH sur les camps d'el-Genina. L'action consécutive aux conclusions de cette étude apparaît donc tout à fait pertinente. Pour autant, les doutes exprimés par les opérations MSF sur la crédibilité des données épidémiologiques soulèvent deux problèmes :

- les enquêtes de mortalité rétrospective ont précisément pour but de mettre en exergue une réalité difficile à appréhender de visu par les équipes de terrain. Si les résultats de ce type d'étude n'entrent pas en corrélation avec la réalité visible, faut-il pour autant en déduire qu'ils sont sujets à caution ?
- Au cours des dernières années, les résultats des enquêtes épidémiologiques ont été utilisés non seulement pour éclairer la situation sanitaire, mais à des fins de communication publique. Ce fut notamment le cas au Darfour. Dans quelle mesure MSF peut-il s'appuyer sur des résultats d'enquête pour soutenir une prise de parole publique et contester la fiabilité de tels outils lorsqu'ils le mettent en défaut d'assistance ? Ce dilemme marque bien la limite de l'usage parfois abusif qui peut être fait des données épidémiologiques et devrait rappeler qu'elles constituent avant toute chose un outil d'analyse à manier avec modération.

2.7.3 Réponse à l'épidémie d'hépatite E

En juillet 2004, alors que la saison des pluies est installée depuis un mois et que les conditions de vie des déplacés restent précaires sur les trois sites où intervient MSF-F au Darfour, les premiers cas d'ictères fébriles surviennent à Mornay. Des rumeurs de fièvre jaune circulent alors au Tchad. Les équipes sont dès lors en alerte. La semaine suivante, 2 femmes enceintes hospitalisées pour ictère fébrile et troubles neurologiques décèdent moins de 24 heures après leur arrivée. L'hépatite E est alors évoquée, des prélèvements sont envoyés en laboratoire. Le diagnostic est confirmé dès la première semaine d'août par le *Naval american research unit* du Caire. Les camps de Niertiti et Zalingei sont à ce moment eux aussi confrontés à des cas similaires.

Il s'agit d'une première pour MSF encore jamais confrontée à ce type d'épidémie depuis la fin des années 1980 en Guinée. Dès lors des mesures sanitaires de bases sont prises : recherche active des cas par les *home visitors*, hospitalisation des cas sévères pour traitement symptomatique et incitation à l'hygiène (distribution de savon, « sprayage », priorité donnée à l'augmentation des quantités d'eau disponible (le seuil des 20 litres d'eau par jour et par personne n'est pas encore atteint), « surchloration » générale de l'eau distribuée et chloration des points d'eau qui ne l'étaient pas et demande d'une étude Epicentre pour mieux cerner cette épidémie et en définir les sources d'infection. Ces mesures, si elles ont probablement un effet bénéfique sur le niveau sanitaire général n'empêchent pas l'épidémie de progresser jusqu'à la fin de l'année 2004.

A Mornay entre juillet et novembre 2004, 2 391 cas vont être recensés (avec un pic semaine 34 : 640 cas diagnostiqués) parmi lesquels 240 nécessiteront une hospitalisation. En août l'hépatite E est responsable de 27% des admissions à l'IPD. Les équipes médicales sont un peu démunies face à ces cas sévères et la létalité reste élevée (18,3% sur toute la période) surtout chez les femmes enceintes. Le taux d'attaque est de 3,4%.

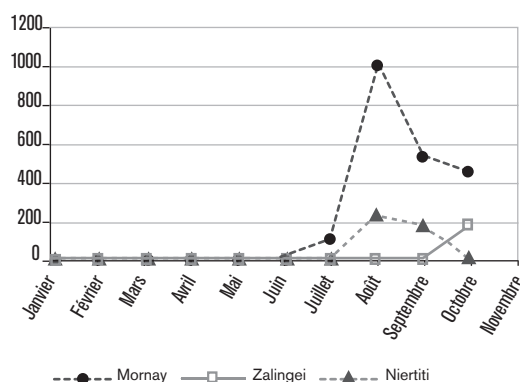
A Zalingei, 3 229 cas sont notés pendant cette période avec un pic semaine 40 (645 cas dans la semaine), les cas d'ictère représentent 31% des consultations au mois de septembre. Les cas sévères référés à l'hôpital sont cependant moins fréquents qu'à Mornay. Le taux d'attaque est de 5,8%.

A Niertiti, 589 cas sont répertoriés, les cas d'ictère n'ont jamais représenté plus de 6% des consultations à l'OPD. 25 patients sont référés à l'IPD ce qui correspond à 7% de l'activité de cette structure qui ouvre tout juste au début de l'épidémie. Le taux d'attaque est de 2,3 %, c'est le plus faible des 3 sites.

A la même période les équipes MSF-CH à Habila et Kerenik sont confrontées à une épidémie de même ampleur (6 à 9 % des consultations de l'OPD).

FIG 15. NOMBRE DE CAS DE JAUNISSE ET D'HÉPATITE E REÇUS EN CONSULTATION DANS LES CENTRES DE SANTÉ MSF-F À MORNAY, ZALINGEI ET NIERTITI (JANVIER-OCTOBRE 2004)

(SOURCES : MSF-F SITREPS / EPICENTRE)



L'étude Epicentre réalisée à Mornay confirme l'impact de cette épidémie sur la population du camp et la particulière vulnérabilité des femmes enceintes face à cette pathologie. Elle montre que le principal facteur de contamination est l'eau de boisson et en premier lieu celle puisée directement dans le *wadi*. L'investigation révèle que les taux de chlore résiduel dans l'eau distribuée par les équipes MSF ne sont pas efficaces pour inactiver le virus de l'hépatite E (bien qu'ils correspondent aux recommandations internationales).

A la lumière de ces éléments, le choix des équipes de privilégier les mesures d'hygiène, d'engager une recherche active des cas et de demander une enquête Epicentre était judicieux. Il faut cependant noter qu'en l'absence de vaccin et de traitement spécifique contre l'hépatite E, le seul moyen de lutte reste l'arrêt de la contamination des sources d'eau par le virus et les mesures d'assainissement. Or il faut bien admettre que les moyens utilisés n'ont pas été efficaces. Depuis, le secteur logistique a examiné les options stratégiques en matière de lutte contre cette épidémie (cf. supra, politique EHA). A l'issue de cette épidémie, on retiendra :

- la pertinence de la priorité opérationnelle donnée à l'eau et à l'hygiène dans ce type d'urgences.
- Le bien fondé de la recherche active qui, si elle n'a peut être pas montré toute son efficacité dans la baisse de la létalité, a permis un bon suivi de l'épidémie (nombre de cas, sévérité, origine).
- La nécessité d'une information préalable des équipes tant médicales que logistiques sur le risque d'hépatite E dans les régions où elle est endémique : il est permis de penser qu'une sensibilisation des médicaux au problème de l'hépatite E est susceptible de permettre la détection précoce d'une épidémie, une prise en charge préventive plus adaptée des patients et plus particulièrement des femmes enceintes. Ceci étant, si une épidémie d'hépatite E est bien survenue à Khartoum lors des inondations de 1988⁵⁰ et s'il est vrai que l'hépatite E est endémique au Soudan, elle n'est pas considérée comme un risque majeur par le secteur médical tant les épidémies sont rares.
- La connaissance d'un risque d'épidémie d'hépatite E et de moyens de réduire le risque de contamination pourra influencer la stratégie d'approvisionnement en eau et de toute façon contribuer à une meilleure réactivité en cas d'épidémie.

2.7.4 Distributions de produits de première nécessité

Les données comptables permettent de reconstituer les distributions de produits de première nécessité à la population déplacée. Au total, MSF-F a distribué 12 500 jerricans et 21 500 couvertures, ce qui est très peu compte tenu des 200 000 déplacés que la section assistait. Environ 200 rouleaux de *plastic sheeting* ont été achetés mais employés essentiellement à la construction des centres de soin. De fait, les conditions d'hébergement des personnes déplacées sont restées extrêmement précaires durant toute la période de l'intervention. Une distribution de *plastic sheeting* et de combustibles pour la cuisson des aliments se serait avérée judicieuse tant pour pallier au manque d'abris qu'aux dangers pour les déplacés à collecter des matériaux hors des camps.

50. Mac Carthy, *Acute hepatitis E infection during the 1988 floods in Khartoum, Sud* », Tr of the royal society of trop med and hygiene (1994) 88, 177.

3. ADÉQUATION DES MOYENS

Cette partie a pu être réalisée grâce à l'important travail préparatoire de Chantal Mir, administratrice d'urgence au Darfour. Qu'elle en soit ici chaleureusement remerciée.

3.1 LES LIMITES DE L'EXERCICE

Estimer l'adéquation des moyens aux activités poursuivies consiste à évaluer dans quelle mesure les ressources qui ont été déployées en soutien aux opérations ont été quantitativement adaptées et qualitativement performantes. Cet exercice, qui paraît indispensable pour tendre à l'amélioration constante des interventions et assurer la crédibilité de l'organisation face au donateur, n'est que partiellement possible du fait du manque d'instruments de mesure adaptés et de critères communément admis pour évaluer un programme médical d'urgence de qualité.

Les outils de suivis dont MSF-F dispose pour conduire ce genre d'évaluation permettent de connaître la quantité des ressources achetées, et non pas consommées. Il existe un suivi terrain des donations, mais celui-ci n'est pas systématiquement rempli. On devrait, grâce aux affectations en « code projet », connaître l'allocation géographique des dépenses, mais il est fréquent (et ce fut le cas maintes fois au Darfour), qu'une commande initialement affectée sur une mission, soit dans les faits, attribuée à un autre site, sans que cette réaffectation soit retracée dans les comptes. On peut enfin savoir avec précision les dépenses par catégorie (personnel expatrié et national, frais administratifs, transport, EHA, médical et nourriture) ainsi que la contribution des donateurs institutionnels et privés à l'intervention. De manière strictement comptable, la transparence est ainsi assurée. En revanche, l'architecture budgétaire n'autorise qu'une corrélation partielle entre l'activité et la mobilisation des ressources. Si sur une activité simple et ponctuelle comme le *blanket feeding*, il est possible de mettre en (ad)équation la quantité de nourriture achetée avec la ration et le nombre de bénéficiaires ciblés, (encore faut-il pouvoir tenir compte de donations éventuelles et des stocks restants), il est moins aisé de calculer le coût des dispensaires, de l'hospitalisation ou des centres nutritionnels thérapeutiques. D'une part, toutes les ressources ne sont pas spécifiquement affectées à une structure médicale donnée (seul le personnel peut éventuellement être identifié comme faisant partie d'un service), d'autre part, la consommation et le suivi des stocks ne sont pas associés au travail budgétaire et comptable, ni en amont, ni en aval. Un arrêté des stocks a été réalisé en septembre par l'équipe de gestion. C'est sur cette base qu'il est ici tenté, pour certains produits comme l'*Unimix* ou l'huile, de mettre en exergue le volume théoriquement consommé. De même, un état de l'effectif Darfour à cette date permet de connaître le volume et la répartition du personnel national.

L'incapacité de définir le coût d'une activité médicale spécifique en situation d'urgence nous prive depuis longtemps d'une fourchette d'appréciation sur les moyens qu'il convient d'affecter à une structure et sur un retour critique. Il faut donc rappeler que toute communication publique visant à lever des fonds du type « *un euro donné = un enfant vacciné* » relèvera de la campagne mensongère tant qu'on ne sera pas en mesure d'estimer le coût par patient et par soin dispensé. Celui-ci est sans doute beaucoup plus élevé qu'il n'y paraît car il nécessite d'intégrer un grand nombre de variables qui ne sont pas liées exclusivement à l'activité directe

(par exemple, l'encadrement). Il ne doit cependant pas faire peur, dans la mesure où la valeur d'une vie sauvée reste inestimable, et où les décisions opérationnelles de MSF en situation d'urgence humanitaire ne sont jamais dictées en premier lieu par des considérations financières.

Il convient cependant de moduler ce constat de faiblesse par trois remarques :

D'une part, la vigilance quant à l'allocation des ressources n'est pas absente des programmes, et ne le fut pas au Darfour. Une supervision et un encadrement des opérations sur le terrain et au siège au cours de l'urgence Darfour ont été menés, et donné lieu à des ajustements constants qui laissent une place marginale aux dérives et à l'affectation irrationnelle des moyens. Bien qu'elle ait mis du temps à se structurer, l'équipe de coordination du Darfour a été composée pour l'essentiel de personnel très expérimenté et le projet a connu un nombre de visites de superviseurs et de consultants sans doute inédit dans l'histoire de MSF (environ 30 cadres du siège et une dizaine d'épidémiologistes se sont succédés).

D'autre part, il faut garder à l'esprit que même si l'on était en mesure de produire un étalon coût-patient, il ne s'agirait que d'une fourchette qui devrait être modulée par les circonstances de l'intervention, à savoir l'environnement politique et social, la prévalence locale de certaines pathologies et les protocoles en vigueur, les infrastructures disponibles, etc. Autant de contraintes qui varient d'une opération à l'autre et peuvent influencer sur l'allocation des ressources. Dans le cas du Darfour par exemple, l'interdiction d'importer des vaccins et certains médicaments et la complexité administrative et logistique d'acheminement des secours ont joué un rôle décisif sur le déploiement des ressources.

Enfin, une allocation apparemment adéquate des moyens ne constitue qu'un indicateur partiel et ne saurait fournir une garantie de qualité des soins comme peuvent y tendre les prévalences de malnutrition ou de mortalité.

Rien n'interdit cependant de faire le bilan chiffré des ressources mobilisées par l'opération Darfour et des bénéficiaires et d'en évaluer partiellement la pertinence. On pourra par exemple, sans trop de risque, apprécier l'adéquation des ressources humaines et celle des rations octroyées dans le *blanket feeding*. Comme pour les soins médicaux, il paraît délicat d'estimer la pertinence du dispositif d'approvisionnement en eau indépendamment de son objectif quantitatif et qualitatif (20 litres d'eau potable par jour et par personne). Le débit, on le sait, a été atteint en octobre. Quant à la qualité, elle a contribué à éviter la flambée de pathologies dont la transmission peut être stoppée par chloration, mais s'est montrée insuffisante pour prévenir l'épidémie d'hépatite E.

3.2 BUDGET ET RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget de MSF France au Darfour jusqu'à la fin de l'année 2004, s'élève à environ 10 millions d'euros, soit l'équivalent de 10% du budget 2004 de la section. On le voit, l'allocation des ressources pendant le premier semestre 2004 a été limitée par les restrictions à l'accès du personnel et du matériel. En ce sens, il y a absence d'adéquation de moyens dans les premiers mois au Darfour, qui n'est pas liée à une gestion interne mais à l'environnement soudanais. Parallèlement à la montée en puissance opérationnelle du mois de juillet, les dépenses mensuelles passent de un à deux millions d'euros entre juin et juillet 2004 pour

décliner jusqu'au dernier trimestre avec la stabilisation du programme. Bien que la pénurie de ressources ait été ressentie, au cours des premiers mois, comme un frein à la prise en charge des populations déplacées, l'afflux massif de moyens humains et matériels de l'été 2004, a occasionné d'après les équipes, de nouvelles difficultés, liées à la gestion de personnel, au stockage des produits et à la coordination des actions. Comme le fait remarquer avec humour un des membres de l'équipe « *on est passé en l'espace de quelques semaines de l'AMI au PNUD !* » Une re-diminition progressive est observée au cours des mois de septembre et octobre 2004.

FIG 16. BUDGET MSF FRANCE DARFOUR (OCTOBRE 2003-OCTOBRE 2005)

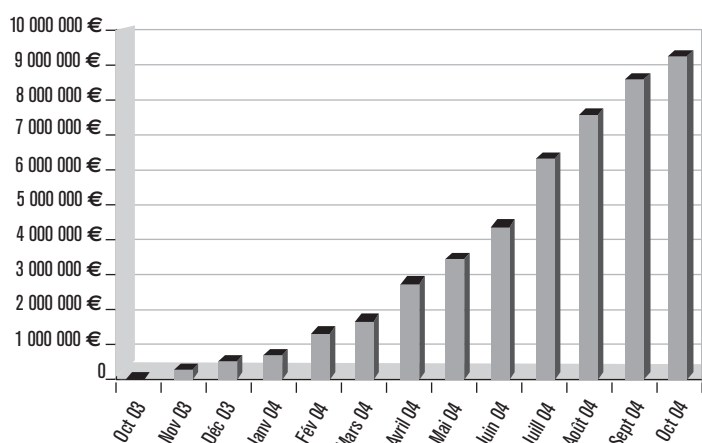


FIG 17. DÉPENSES MSF-F AU DARFOUR (OCTOBRE 2003-OCTOBRE 2004)

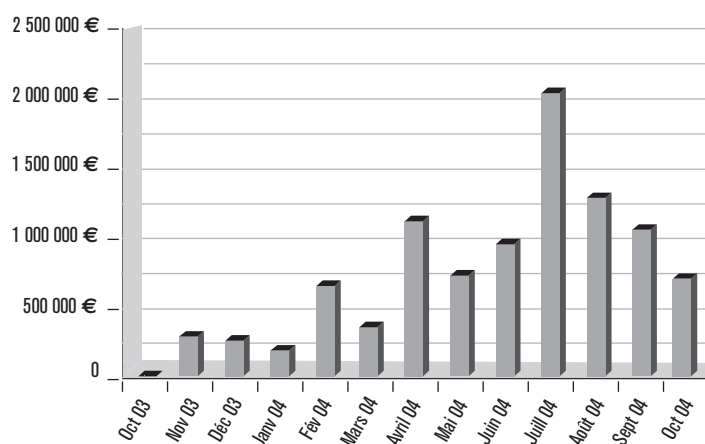
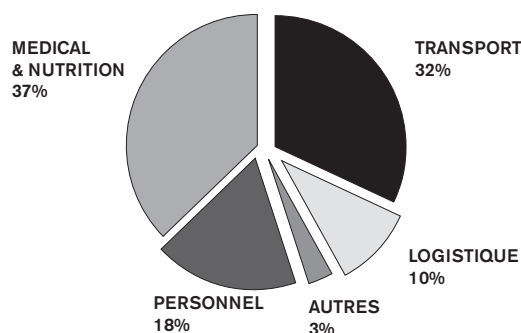
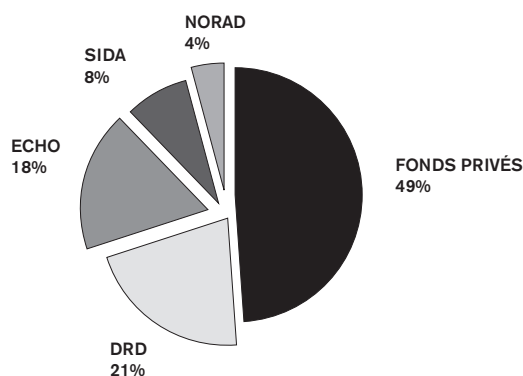


FIG 18. RÉPARTITION BUDGÉTAIRE MSF-F AU DARFOUR (OCTOBRE 2003-OCTOBRE 2004)



Le personnel expatrié et national représente moins d'un cinquième de cette opération. Les dépenses liées aux soins et à la sanitation avoisinent les 50% du budget. A noter une part significative de frais de transport, occasionnés pour un tiers par les 71 frets en provenance de Bordeaux (dont 34 par voie maritime, 21 envois aériens et 5 *full charters*). Sur place, le transport a également donné lieu à un vaste dispositif (locations de camions, pont aérien entre Khartoum et el-Genina à partir du mois d'août).

FIG 19. FINANCEMENTS MSF-F AU DARFOUR (OCTOBRE 2003-OCTOBRE 2004)



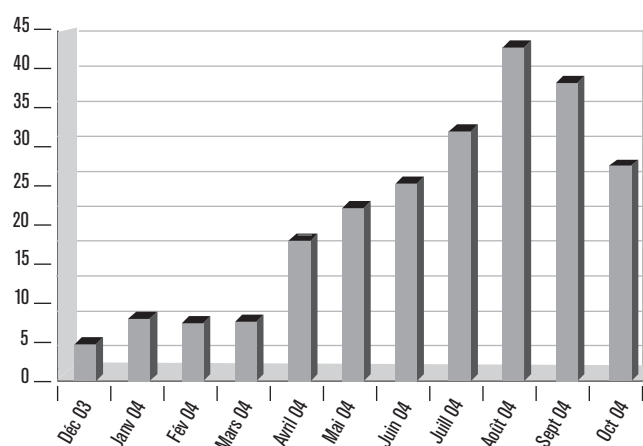
Le taux de financement institutionnel est de 51%, moins de la moitié de l'opération Darfour étant financée sur fonds propres. La rétroactivité des financements institutionnels a permis de rationaliser leur allocation sur la période. DFID a été le financeur principal et a contribué à l'opération à hauteur de 2 millions d'euros. La question du financement britannique a été posée, du fait de l'implication de la Grande-Bretagne dans la crise soudanaise. L'envergure de l'opération exigea très tôt la recherche de soutien financier institutionnel. DFID et ECHO furent les premiers donateurs à consentir un appui financier à MSF et la flexibilité manifestée par DFID constituait un attrait non négligeable pour la gestion de cette urgence. Le contrat de financement avec DFID fut signé le 18 février 2004. Lorsqu'en juillet, Tony Blair évoqua la possibilité d'une intervention armée au Soudan, il fut décidé à Paris que le financement DFID serait restitué intégralement en cas d'une intervention britannique. Celle-ci n'eut pas lieu et

MSF-F fut ensuite en mesure de diversifier ses sources de financement pour la mission Darfour, ramenant à un cinquième la part anglaise. Compte tenu de ces différents aspects, le risque pour MSF de se voir assimilé à la politique britannique sur le Darfour du fait du financement DFID apparaît *a posteriori* très réduit.

3.3 RESSOURCES HUMAINES

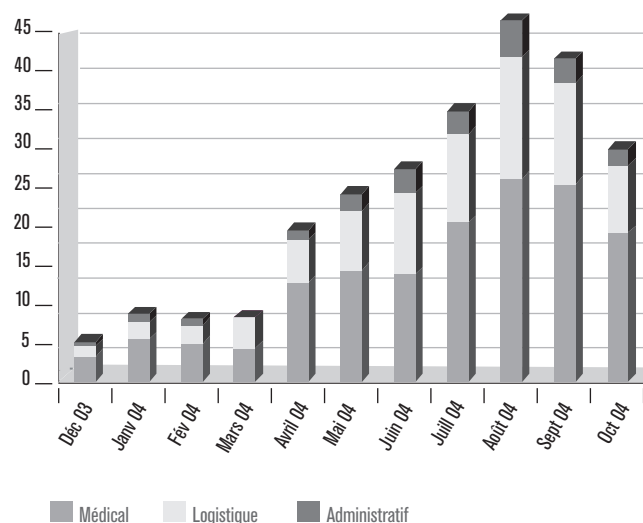
3.3.1 Personnel expatrié

FIG 20. PRÉSENCE EXPATRIÉE MSF-F AU DARFOUR (DÉCEMBRE 2003-OCTOBRE 2004)



Un total de 130 expatriés se sont succédés sur la mission Darfour. Etant donné le caractère éprouvant de ces missions, la priorité du département des ressources humaines n'a jamais porté sur un rallongement de la durée de mission, mais plutôt sur une rotation fréquente. La durée de mission moyenne au cours de la période examinée est légèrement inférieure à deux mois. 64% de l'effectif global avait effectué au moins deux missions avec MSF (87% en ce qui concerne l'équipe de coordination). Jusqu'en avril, la quasi-totalité des expatriés était expérimentée, ce qui apparaissait souhaitable du fait des limitations de personnel. Au vu des données chiffrées, la mobilisation apparaît donc rationnelle. Pourtant nombreuses sont les remarques portant sur « *le manque de personnel expérimenté* », notamment à Zalingei. La dynamique d'équipe semble avoir joué en défaveur de la mission Zalingei malgré une affectation de ressources équivalente au projet Mornay. Zalingei s'avérait également plus complexe d'un point de vue opérationnel (les déplacés y étaient dispersés, et donc moins accessibles) et la relation avec les autorités tendue. Sans doute la gravité de la situation à Mornay a-t-elle attiré davantage l'attention et le soutien de la coordination que ne le fit Zalingei. De par sa situation géographique, Zalingei a manifestement souffert d'un plus grand isolement que Mornay qui n'était qu'à une heure d'el-Genina.

FIG 21. RÉPARTITION DES PROFILS MSF-F AU DARFOUR (DÉCEMBRE 2003-OCTOBRE 2004)



S'agissant du profil du personnel expatrié, on observe que l'augmentation des quotas à partir du mois d'avril a concerné essentiellement le personnel médical. Les fonctions médicales et paramédicales ont d'ailleurs constitué 60% des profils durant la période de décembre à octobre. L'input supplémentaire de personnel logistique/EHA se fait également à partir d'avril mais de manière plus progressive et se prolonge jusqu'en août. Au total, un tiers du personnel envoyé au Darfour a été affecté à des fonctions de logistique et EHA. Le plus frappant dans la répartition des profils concerne la faible représentativité de personnel administratif. La faible présence de personnel qualifié en la matière prête à interrogation lorsqu'on connaît les contraintes que l'administration soudanaise fait peser sur les agences humanitaires étrangères. Le support administratif équivaut à une moyenne de 10% du personnel expatrié. Ce pourcentage témoigne d'une équipe conséquente en août où le Darfour compte plus de 40 personnes, en revanche, l'appui administratif paraît très insuffisant au cours du premier semestre. Cela étant, on comprend que dans une période de contingentement du personnel, priorité soit accordée aux postes directement à même de mettre en place les opérations de secours et d'organiser les soins. Face à la restriction légitime des postes administratifs, l'expérience de la personne affectée sur la fonction apparaît donc fondamentale, c'est sans doute sur ce point là que l'allocation des expatriés a montré une faiblesse (voir partie suivante sur la coordination).

3.3.2 Personnel soudanais

TABEAU 25 - EFFECTIF SOUDANAIS EMPLOYÉ PAR MSF-F AU DARFOUR EN SEPTEMBRE 2004

Domaine d'activité	Coordination el Genina	Hôpital el Genina	Mornay	Niertiti	Nyala	Zalingei	Total
Administration	5	6	8	2	1	8	30
Logistique	46	42	119	59	13	116	395
Médical et paramédical	1	37	147	58		127	370
Total	52	85	274	119	14	251	795

Il n'existe pas de suivi précis du personnel soudanais affecté au Darfour. La remontée des informations sur le personnel national n'offre pas un suivi mois à mois de la composition des équipes, ni de leur affectation. On connaît cependant son évolution dans les grandes masses. 325 personnes en avril, 800 en septembre. Le relevé des feuilles de paye en septembre permet de faire un arrêté à cette période. MSF-F emploie alors presque 800 Soudanais au Darfour. On constate que la répartition des profils au sein du personnel national est assez similaire à celle du staff expatrié. 47% de l'effectif est engagé en qualité de personnel médical et paramédical. La moitié du staff occupe une fonction logistique et 3% assure un travail administratif (les traducteurs sont inclus dans cette catégorie). La place accordée au personnel logistique s'explique assez bien par le faible niveau de qualification requis (facilitant l'embauche), le nombre de journaliers nécessaire, ainsi que les ouvriers affectés à la réhabilitation de l'hôpital.

D'une manière générale, la gestion inappropriée des ressources humaines soudanaises a lourdement pesé sur l'urgence Darfour. Un rapide examen de la situation au cours des premiers mois a permis de constater un manque aigu de personnel qualifié, lié pour partie à un bas niveau de salaires et à une gestion négligée du personnel. Cette faiblesse a été progressivement corrigée au cours de l'urgence, la grille des salaires a été revue au mois de mai et a permis de procéder à une bonne quantité d'embauches à partir du mois de juillet. Il faut le rappeler, la longévité de la présence MSF dans le pays rend difficilement compréhensible l'absence de personnel soudanais qualifié auprès de la coordination. Dans le contexte de restrictions de personnel expatrié qui était celui du Darfour jusqu'en juin 2004, la mission aurait largement gagné à pouvoir s'appuyer sur des collaborateurs locaux de confiance pour les missions exploratoires et la mise en place des programmes.

3.3.3 Coordination

Le pilotage du Darfour depuis Paris a été mené par le desk urgence dès le début de l'opération jusqu'à la fin de l'année 2004. Pendant toute la période d'octobre 2003 à octobre 2004, la mission a été suivie et dirigée par la même équipe au siège, ce qui constitue un gage de continuité et limite la perte d'informations. Par ailleurs, la passation entre le desk Soudan et celui des urgences, ainsi que sa rétrocession à la fin de l'année, s'est manifestement déroulée en bonne intelligence, la proximité des interlocuteurs étant de nature à faciliter la fluidité d'information ainsi que le débat. Bien que le desk urgences ait assumé très tôt la responsabilité du Darfour, il semble que le desk Soudan ait été maintenu associé aux débats et aux orientations. Au début de l'année 2004, la peur exprimée par le responsable de programme de subir une expulsion définitive du Darfour a d'ailleurs largement pesé sur le choix d'une stratégie de diplomatie silencieuse. Au niveau du terrain, en revanche, l'équipe de coordination a tardé à se structurer et a subi, comme le reste du pool expatrié, un fréquent *turn over*. De surcroît, même avec une équipe fortement expérimentée, l'affectation d'une première mission à un poste et un moment clefs est de nature à complexifier le déroulement opérationnel. C'est par exemple le cas de l'envoi à la mi-avril d'un administrateur première mission, partiellement compensé par l'affectation à Khartoum d'un administrateur d'urgence.

L'expérience du Darfour est emblématique de la difficulté d'articulation entre le desk d'urgence, la mission elle-même et la coordination de capitale. Comme dans la plupart des urgences, le rôle purement fonctionnel de l'équipe de capitale en appui à l'urgence, n'est pas aisé à assurer. Dans le cas de Khartoum, il s'agissait de :

- organiser la réception, le dédouanement et l'acheminement des frets vers le Darfour,
- assurer un approvisionnement local à la mission,
- organiser l'accueil, l'enregistrement et la circulation des expatriés,
- recruter du personnel national d'appoint,
- assurer la représentation de MSF auprès des autorités et des bailleurs de fonds.

Ces responsabilités nécessitent une bonne connaissance de l'état de la mission (et donc une communication fluide entre la mission d'urgence et la capitale), ainsi qu'une maîtrise de l'environnement local que seule une présence préalable dans le pays peut garantir. Elles exigent également une mobilisation de ressources pour répondre à la charge de travail supplémentaire. La faiblesse manifestée par Khartoum dans les premiers mois semble tout autant relever d'un manque de moyens disponibles que d'une méconnaissance de l'environnement administratif soudanais⁵¹. Alors même que le premier MOU prévoyait un contingentement réduit des équipes, MSF n'a pas été en mesure de remplir tous les postes autorisés au début de l'année. Il fallut à Paris plusieurs mois pour appréhender les procédures d'enregistrement et de laissez-passer au Darfour. On aurait très certainement gagné à une meilleure maîtrise des circuits administratifs et décisionnels soudanais par l'équipe de capitale.

Pendant les six premiers mois de l'année 2004, l'essentiel des contacts s'est opéré directement entre le Darfour et Paris, ce qui a vraisemblablement altéré la coordination des opérations avec Khartoum. Dès le mois d'avril, la présence d'un administrateur d'urgence-assistant de coordination, en lien permanent avec le Darfour a permis de renouer le lien entre el-Genina et Khartoum et de rationaliser les efforts de part et d'autre. En juillet, une personne chargée du recrutement a été envoyée à Khartoum afin de procéder au recrutement de personnel soudanais, cette mission a donné lieu à une quarantaine d'embauches et permis d'allouer du personnel qualifié sur le terrain.

Une mission d'urgence de l'envergure de l'opération menée au Darfour nécessite une coordination autonome de celle du pays où MSF est présent. La base de la mission capitale doit être mise à disposition de l'urgence, en évitant que cette mobilisation s'effectue au détriment des autres terrains. Pour ce faire, un certain nombre de dispositions peuvent être envisagées :

- Toutes les équipes de capitale, et notamment celles qui justifient d'une présence MSF de longue date (rappelons que MSF est au Soudan depuis 25 ans) devraient être préparées à répondre à une urgence massive. Il ne s'agit pas de positionner des kits ou des équipes, mais de connaître parfaitement les mécanismes d'intervention possibles (veille politique sur les événements du pays, obtention de visas et laissez-passer d'urgence, dédouanement de marchandises, moyens de transport disponibles, liste de médicaments et vaccins autorisés à l'importation, approvisionnement rapide de nourriture d'urgence, voire de médicaments au niveau national ou régional). Sans mettre en place un *contingency plan* comme on afficherait un plan d'évacuation d'immeuble, se tenir régulièrement informé sur des aspects essentiels aux opérations de MSF apparaît un minimum souhaitable. De cette capacité à informer et à réagir vite, découle la crédibilité de la capitale et son implication dans l'urgence.

51. En l'absence de la personne chargée des visas et des laissez-passer, aucun membre de l'équipe de Khartoum n'était en mesure d'assurer un suivi des procédures en cours.

- L'organisation de la conduite de l'urgence devrait être parfaitement claire pour les trois pôles concernés : pilotage du desk urgence en lien décisionnel avec la mission d'urgence. Appui administratif, logistique et politique de la capitale associée à la mission d'urgence par un lien fonctionnel. Un effort permanent devrait être engagé par le desk urgence et la mission pour tenir la capitale informée de l'évolution du programme.
- La mission capitale devrait être en mesure d'allouer des ressources humaines et matérielles à la mission d'urgence (comme ce fut fait par l'envoi des véhicules de Khartoum au Darfour, en revanche le manque de personnel soudanais qualifié à Khartoum a été ressenti comme une faiblesse de la capitale).
- La mission de capitale devrait pouvoir bénéficier de renforts en ressources humaines qualifiées dès le démarrage de l'opérations, lui permettant de se positionner en soutien de l'urgence.

3.4 TENTATIVE D'ADÉQUATION, LE CAS DU PERSONNEL MÉDICAL

Même s'il est impossible de connaître l'affectation du personnel dans les différents centres de soins, on peut relever le volume du personnel médical dans chaque mission par rapport au nombre de consultations et d'admissions réalisées et observer la correspondance globale de l'effectif MSF avec des standards communément admis. On aurait ainsi :

Personnel standard* pour 80 000 personnes
350 consultations par jour à l'OPD
100 lits à l'IPD
50 admissions/sem au TFC

		Effectif médical et paramédical Mornay, septembre 2004	
		Activité/ fonction	Effectif
OPD			
7 health workers qualifiés			
1 docteur pour la supervision			
7 personnes à l'enregistrement			
7 personnes au dressing et la stérilisation			
7 personnes au point ORS			
7 personnes à la pharmacie			
Sous-total	36		
IPD			
5 docteurs		Supervision	5
15 health workers qualifiés		Docteur	3
2 infirmières surveillantes		Sage-femme	2
5 personnes à la pharmacie		Assistant médical	6
1 personne au recueil de données		Aide-soignant	8
Sous-total	28	EPI/Vaccination	3
		Assistant aux pansements	1
		Point ORS	9
		Pharmacie	1
Home visitors		Enregistrement/triage	9
80 home visitors		Assistant nutritionnel	36
8 superviseurs d'équipe		Poids/taille	5
1 superviseur de programme		Promotion à l'hygiène	1
Sous-total	89	Home visitor	45
TFC			
1 docteur			
1 infirmière			
5 assistants nutritionnels			
1 home visitor pour le suivi des abandons			
Sous-total	8		
Total		Total	134
Total			
			161

Personnel standard* pour 80,000 personnes
650 consultations par jour à l'OPD
100 lits à l'IPD
50 admissions/ semaine au TFC

OPD		Effectif médical et paramédical	
13 health workers qualifiés		Zalingei, septembre 2004	
1 docteur pour la supervision			
13 personnes à l'enregistrement			
13 personnes au dressing et la stérilisation			
13 personnes au point ORS			
13 personnes à la pharmacie			
Sous-total	66	Activité/ fonction	Effectif
IPD			
5 docteurs		Supervision	4
15 health workers qualifiés		Docteur	4
2 infirmières surveillantes		Sage-femme	3
5 personnes à la pharmacie		Assistant médical	8
1 personne au recueil de données		Infirmier	20
Sous-total	28	Aide-soignant	8
		Pharmacie	4
Home visitors		Enregistrement/triage	7
80 home visitors		Assistant nutritionnel	17
8 superviseurs d'équipe		Superviseur TFC	1
1 superviseur de programme		Promotion à l'hygiène	20
Sous-total	89	Home visitor	38
TFC			
1 docteur		Total	134
1 infirmière			
5 assistants nutritionnels			
1 home visitor pour le suivi des abandons			
Sous-total	8		
Total	191		

*Refugee Health

Alors que les services de soins à Mornay ont une activité trois fois inférieure aux standards d'une consultation par personne et par trimestre (ce qui, rapporté à la population du camp, devrait correspondre à 1 100 consultations par semaine), la mission Zalingei se situe dans l'échelle de fréquentation. Pour autant, le volume de personnel médical et paramédical de Mornay correspond davantage à son niveau d'activité. En effet, l'effectif global de Mornay correspond à 83% aux standards. A Zalingei, il ne représente que 70% du volume requis dans des structures de soins comparables. Cette observation doit bien évidemment être nuancée dans la mesure où :

- Les standards du *refugee health* constituent une estimation sujette à des ajustements, et ne prétendent pas imposer une clef de répartition intangible.

- Les TFCs fonctionnaient principalement en mode ambulatoire, exigeant un volume de ressources humaines moins conséquent qu'un centre interne.
- Pour Mornay comme pour Zalingei, l'essentiel du sous-effectif porte sur le nombre de *home visitors* ; il en aurait fallu 44 de plus à Mornay et 51 supplémentaires à Zalingei, ce qui excède l'écart général entre les standards et l'effectif de chaque mission. A l'exception des *home visitors*, le volume de personnel médical et paramédical des structures de soins semble donc rejoindre les standards, d'autant plus que l'IPD de Zalingei employait du personnel du ministère de la Santé qui ne figure pas dans ces données. Au niveau qualitatif, la mission semble aussi dans les normes (en septembre !), le personnel expatrié étant représenté dans la catégorie docteur et supervision. Cette corrélation masque les difficultés à s'appuyer sur du personnel qualifié, qui ont fait la réalité de cette mission.

3.5 TENTATIVE D'ADÉQUATION, LE CAS DE L'UNIMIX ET DE L'HUILE

3.5.1 Comparaison entre l'écoulement des stocks et la consommation théorique induite par l'activité

La ligne alimentaire a représenté 29% du budget, constituée principalement d'*Unimix* (4 500 tonnes), d'huile (994 tonnes) et de nourriture thérapeutique (*Plumpy Nut*, BP5) à hauteur de 135 tonnes. Sans connaître l'affectation réelle de ces produits, il est possible pour l'*Unimix* et l'huile, à l'emploi systématique et relativement simple, de reconstituer l'écoulement des stocks, en recoupant, d'un côté, le volume des achats et le stock à fin octobre, et de l'autre, la distribution théoriquement réalisée en vertu des protocoles et du nombre de bénéficiaires enregistrés.

Dans le cadre du *blanket feeding*, une ration de 5 kg d'*Unimix* et un litre d'huile a théoriquement été distribuée à chaque enfant. Sur la période considérée, MSF-F a réalisé 32 distributions et touché une moyenne de 37 500 enfants par distribution. De l'*Unimix* a également été délivré dans les centres nutritionnels thérapeutiques et supplémentaires sous forme d'une ration familiale complémentaire de 5 kg, ainsi qu'aux patients de l'hôpital (50 grammes par jour). Au total, environ 3 000 tonnes d'*Unimix* ont été distribuées par MSF-F au Darfour. Le *blanket feeding* se taille la part du lion, avec l'équivalent de 2 300 tonnes pour 458 000 rations. Les structures de soins nutritionnelles auraient quant à elles assuré la distribution d'environ 600 tonnes.

TABLEAU 26 - CONSOMMATION SUPPOSÉE D'UNIMIX MSF-F, DARFOUR (OCTOBRE 2003-2004)

ACHATS ET ETAT DU STOCK À FIN OCT. 2004		FRÉQUENTATION DES SERVICES ET PROTOCOLES	
Envoyé de Bordeaux	4 132 tonnes	Blanket Feeding	2 288
Acheté localement	-	TFC	260
Reçu en donation locale	408 tonnes	SFC	372
Stock à fin octobre	1 213 tonnes	IPD	1
Sortie de stock	3 328 tonnes	Consommation théorique	2 921

Ecart : 407 tonnes (14% du volume consommée)

TABLEAU 27 - CONSOMMATION SUPPOSÉE D'HUILE DE SOJA MSF-F, DARFOUR (OCTOBRE 2003-2004)

ACHATS ET ETAT DU STOCK À FIN OCT. 2004		FRÉQUENTATION DES SERVICES ET PROTOCOLES	
Envoyé de Bordeaux	850 tonnes	<i>Blanket Feeding</i>	458
Acheté localement	102 tonnes	<i>TFC</i>	47
Reçu en donation locale	48 tonnes	<i>SFC</i>	67
Stock à fin octobre	385 tonnes	<i>IPD</i>	1
Sortie de stock	615 tonnes	Consommation théorique	573

Ecart : 42 tonnes (7 % du volume consommé)

Un écart de 400 tonnes apparaît en négatif entre l'état du stock et l'hypothèse de consommation par activité, correspondant à un peu moins de 14% du volume consommé. Un écart de 10% constitue en général un pourcentage acceptable pour un petit volume de nourriture. S'agissant des 3 000 tonnes d'*Unimix*, l'écart observé s'élève à 400 tonnes ; on est donc loin d'un taux de perte négligeable. Cette différence n'est pourtant pas surprenante dans la mesure où :

- Le recueil de données des centres de santé n'a pas été immédiatement fonctionnel. Les admissions sont donc sans doute sous-estimées au démarrage.
- Les protocoles nutritionnels ont été modifiés à plusieurs reprises.
- Il existe une tendance naturelle du personnel des centres nutritionnels à « arrondir » à la hausse la ration des enfants malnutris.
- L'emballage de la nourriture n'est pas précis au gramme prêt. Il suffit que les 500 000 rations aient pesé 5 100 g au lieu de 5 kg pour expliquer un écart de 50 tonnes.
- Devant le constat d'un fort excédent de stock, des rations doubles auraient été délivrées au dernier trimestre dans le cadre du *blanket feeding*. Ce doublement des rations n'a pas été enregistré. Le doublement de ration au cours des trois dernières distributions correspond à une quantité de 418 tonnes et suffirait à expliquer le différentiel.

Il est vraisemblable que la consommation réelle ait été sous estimée et que ces facteurs cumulés aient contribué à l'écoulement d'une partie de l'*Unimix*. Cet exercice montre néanmoins l'importance qu'il faut accorder au suivi de gestion par activité. Il en va de la crédibilité et de l'image de MSF de pouvoir à tout moment et pour tout type d'opération, justifier de l'allocation appropriée de ses ressources.

S'agissant de l'huile, l'exercice montre un écart relativement réduit (7%) ce qui laisse supposer une affectation pertinente. L'huile étant délivrée dans des bouteilles calibrées, l'écart de mesure est moins probable et explique sans doute le différentiel moins élevé.

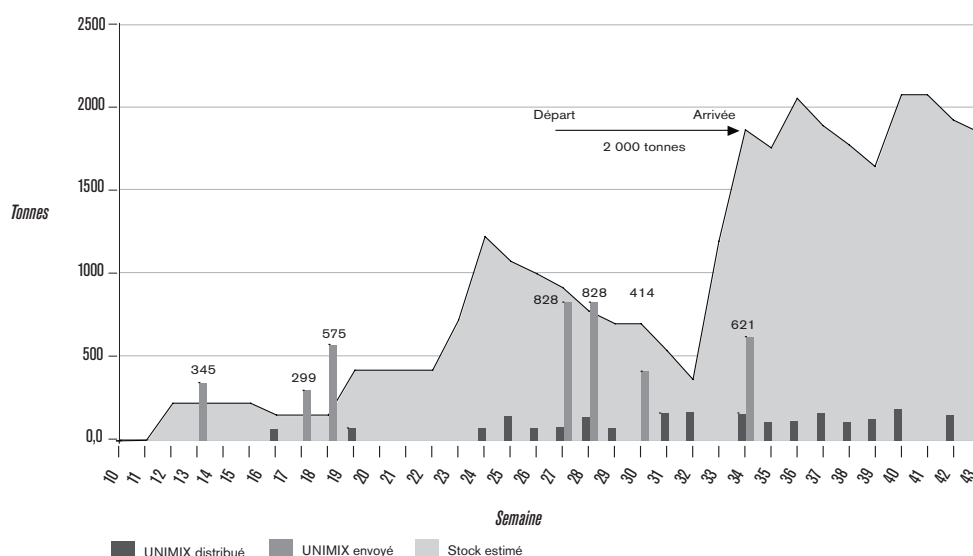
3.5.2 Les questions posées par l'excédent de stock et le volume de nourriture engagé dans l'opération

Pour ces deux produits, les stocks en fin d'exercice apparaissent relativement élevés puisqu'ils représentent respectivement 40% du volume global pour l'huile et 27% pour le CSB. Au-delà de l'exercice chiffré tendant à reconstituer la consommation des produits alimentaires, deux questions se posent sur cet approvisionnement massif :

- Aurait-on pu éviter les excédents de nourriture importants observés en fin d'année ?
- Quelles garanties et quelle maîtrise avons-nous des circuits d'approvisionnement et de la qualité des produits avec lesquels nous alimentons la population déplacée ?

- Aurait-on pu éviter les excédents de nourriture importants observés en fin d'année ?

FIG 22 EVOLUTION DES COMMANDES, DISTRIBUTIONS ET STOCK D'UNIMIX AU DARFOUR
(MARS-OCTOBRE 2004)



Fin octobre 2004, MSF s'est retrouvé avec un stock de 1 200 tonnes d'Unimix arrivant à expiration en juillet 2005. Ce surplus soulève à juste titre la question de la maîtrise et de la visibilité de ce type d'approvisionnement. L'examen de l'excédent doit cependant être mené au regard du contexte de l'opération. Rappelons que 1 200 tonnes de nourriture correspondent à six *blanket feedings*⁵², soit l'équivalent de deux mois d'activité. Les délais d'acheminement des produits alimentaires depuis l'Europe nécessitant environ deux mois⁵³, l'excédent est donc équivalent à un stock tampon minimum et a d'ailleurs pu être écoulé au cours du premier semestre 2005. Cet excédent n'est donc pas choquant *a priori*, mais le volume qu'il représente invite néanmoins à un examen plus poussé.

L'explication couramment avancée à l'excédent d'Unimix de fin d'année est la reprise inattendue des distributions générales du PAM à partir du mois d'août. Une régularisation d'autant plus inattendue que les investigations du responsable MSF sur la sécurité alimentaire mettaient sérieusement en doute la capacité du PAM (ou de tout autre organisme) à assurer la

52. Un *blanket feeding* pour 40 000 enfants (Mornay, Zalingei, Niertiti) nécessite 200 tonnes d'Unimix.

53. Évalué à un mois pour la commande et le fret maritime, doublé d'un mois pour le déchargement, le dédouanement et l'acheminement dans le Darfour.

fluidité d'un pipeline de cette envergure sur tout le Darfour. Pourtant, force est de constater qu'avec le retour de la distribution générale, le rythme des *blanket feeding* de MSF n'a pas baissé de manière significative, on peut même dire que la distribution est devenue plus systématique à partir de septembre. La reprise des distributions du PAM ne permet donc pas d'expliquer l'excédent. Une estimation globale de la quantité d'*Unimix* et d'huile nécessaire jusqu'en octobre a été préparée au printemps par Paris sur la base d'un calendrier de distribution trimensuelle. Cette prévision en amont a permis à la centrale d'achat de Bordeaux d'anticiper les besoins du terrain et de se voir garantir par son fournisseur, un approvisionnement sur la période. Chaque mois, une partie de la commande d'*Unimix* était ainsi confirmée par Paris. Cette prévision « long terme » a permis d'éviter le risque d'une rupture ou d'un délai d'approvisionnement. En revanche, elle aurait sans doute pu être revue à la baisse au vu des distributions effectivement réalisées. *A posteriori*, on remarque que l'envoi des 600 tonnes de la semaine 34 aurait pu être reporté avec l'arrivée des 1 600 tonnes d'*Unimix* parties les semaines 27 et 28. Cet ajustement paraissait toutefois difficile à anticiper et risqué pour la mission. La perspective d'une fermeture du Darfour n'étant pas à exclure une nouvelle fois, une réserve de deux mois d'*Unimix* aurait constitué un pari gagnant et une ressource précieuse. Les moyens financiers dont disposaient MSF-F ont sans doute contribué à promouvoir ce choix. La section suisse reconnaît par exemple, que les restrictions budgétaires l'ont contrainte à limiter ses ambitions opérationnelles et à éviter ainsi des surplus alimentaires. L'affaire « *du stock de 1 000 tonnes* » apparaît davantage comme une prise de risque au profit d'une sécurisation de l'approvisionnement des populations, justifiée par un contexte politique incertain.

• **Quelles garanties et quelle maîtrise avons-nous des circuits d'approvisionnement et de la qualité des produits avec lesquels nous alimentons la population déplacée ?**

Face à l'ampleur des enjeux (150 000-200 000 personnes en situation de pénurie extrême) et des moyens déployés (3 millions d'euros consacrés à la nourriture soit l'équivalent de 29% du budget opérationnel de la mission Darfour, auxquels il faut ajouter l'équivalent de 1 000 000 euros de frais d'acheminement) il est légitime de s'interroger sur la maîtrise d'une telle opération. L'essentiel des approvisionnements a été assuré par la centrale d'achats MSF Logistique basée à Mérignac.

L'utilisation de l'*Unimix* est récente à MSF. La première commande a été passée à Bordeaux en 2000⁵⁴. MSF Logistique ne disposant pas en interne, d'experts capables d'évaluer la qualité des produits alimentaires, a décidé dès 2000, de confier à la firme *Nutriset* l'identification d'un fabricant fiable. Une seule entreprise a été à ce jour validé par *Nutriset*, il s'agit de l'entreprise belge *Michiels*. Celle-ci a également été auditée par un expert (Thierry Goli) mandaté par MSF en 2002, qui a recommandé que la partie contrôle-qualité soit sous-traitée à *Nutriset*. Tout au long de l'opération Darfour, MSF-logistique s'est donc approvisionné en *Unimix* auprès de

54. L'*Unimix* a été utilisé pour la première fois par MSF dans le cadre de donations du PAM.

Michiels, à travers un contrat avec *Nutriset* qui se porte garant de la qualité du produit. Les 6 000 tonnes d'*Unimix* déployées au Darfour par les sections française et suisse proviennent de ce fournisseur qui facturait en 2004, 360 euros la tonne. La section hollandaise a jusqu'à présent bénéficié des services de la firme CODRICO, dont les tarifs apparaissaient à première vue plus avantageux que ceux de *Michiels* (250 euros la tonne). A la demande de MSF Logistique, *Nutriset* a audité *Codrigo*, mais n'a jamais fait de proposition de produit en provenance de cette firme. Au début de l'année 2005, une quotation a été demandée par MSF Logistique directement à *Codrigo*, pour de l'*Unimix* aux spécifications MSF. Les tarifs proposés se sont révélés 100 euros supérieurs à ceux dont bénéficiaient MSF Hollande, ce qui laisse penser que le tarif de 250 euros la tonne n'était peut-être pas celui de l'*Unimix* correspondant aux normes pratiquées par MSF. En juin 2005, Amsterdam s'est d'ailleurs tournée vers *Michiels* pour la livraison de 500 tonnes d'*Unimix* pour le Darfour. A noter, que pour une qualité similaire, le prix de l'*Unimix* a significativement diminué puisque pour l'opération Niger, MSF-F a bénéficié auprès de *Nutriset* du tarif de 261 euros la tonne.

Contrairement à l'*Unimix*, l'huile est fabriquée dans des milliers d'entreprises de part le monde, et nécessite de passer par des traders. Là aussi, l'absence d'expertise spécifique a poussé MSF Logistique à adopter la stratégie du moins « risqué ». Le fournisseur sélectionné pour l'achat en huile de soja est européen est aussi le fournisseur utilisé par le CICR.

L'examen de la gestion actuelle des produits alimentaires appelle deux observations :

D'une part, l'approvisionnement alimentaire occupe une place importante dans les opérations d'urgence de MSF. Pourtant, force est de constater qu'il ne fait pas l'objet d'une stratégie proactive visant à capitaliser l'expérience acquise et à anticiper des crises futures.

L'absence de visibilité sur les circuits fournisseurs ou sur la qualité des produits donnés sur le terrain, pourrait s'avérer grave en cas de rupture de stock ou de mauvaise qualité. Le succès de l'opération au Darfour ne doit pas occulter de tels risques. L'enjeu alimentaire dans les urgences de ces dernières années (Angola, Darfour, Niger) justifie qu'un travail en amont soit mené. Il est clair que MSF Logistique doit développer une expertise dans ce domaine (produits et sites de production), comme elle l'a fait pour les médicaments et le matériel médical. La perspective de création d'un poste de technicien produit agro-alimentaire à valider prochainement, semble aller dans ce sens. Ce travail s'avérera d'autant plus utile qu'il sera en lien avec les départements médicaux, opérationnels et les autres sections.

D'autre part, si la visibilité et la fiabilité des produits alimentaires achetés par MSF Logistique présente encore des incertitudes, celles des donations dont MSF dispose sur le terrain sont, elles, véritablement sujettes à caution. Sur l'*Unimix*, par exemple, les spécifications produit du PAM ne sont pas du tout les mêmes que celles de MSF. De surcroît, on en ignore le plus souvent l'origine et lorsqu'on l'a connaît, ce n'est guère plus rassurant... Un travail devrait donc être mené pour sécuriser l'approvisionnement alimentaire, et s'assurer de la qualité des produits utilisés sur le terrain.

3.6 CONCLUSION

Comme on peut le constater, seules quelques mesures quantitatives permettent de mesurer la pertinence des ressources déployées dans cette urgence. Les instruments de comptabilité et de gestion d'activité sont aujourd'hui encore déconnectés l'un de l'autre, et une évaluation de l'affectation des ressources nécessiterait un gigantesque travail d'investigation sur le terrain. Encore faudrait-il que les suivis de consommation, de déstockages, de donations, et les feuilles de présence, fassent l'objet d'un enregistrement systématique et unifié. Ceci n'est pas le cas, comme l'a montré la tentative avortée de procéder à un recensement de ces données. A la fin du mois de juillet, un contrôleur de gestion a en effet, été envoyé au Darfour afin de reprendre le budget de la mission en y intégrant les données extracomptables. Cette mission a été un échec, du fait de l'absence d'un circuit d'information permettant un rendu cohérent d'activité. Cette expérience montre bien que les mécanismes de suivi doivent être pensés en amont de l'opération, et rationalisés dans les outils existants de façon à ne pas constituer une surcharge de gestion. Dans cette optique, une réflexion conjointe, entre les opérations et les département finances et logistiques, accompagnée d'engagements mutuels apparaît indispensable, si l'on souhaite que le budget reflète davantage l'activité de la mission, et que l'activité soit quantifiable. Cette attente émane aujourd'hui des services financiers de MSF. Elle constituera demain l'exigence des bailleurs de fonds. MSF serait inspirée d'anticiper ces contraintes afin de ne pas se voir imposer une modélisation budgétaire inadaptée à son fonctionnement.

En résumé, il est difficile d'affirmer ou de nier qu'il y ait eu adéquation des moyens à l'intervention au Darfour. Le fait que le ratio expatrié/bénéficiaire double entre février-mars et août-septembre (passant de 1/8 pour 1000 à 1/4 pour 1000) laisse penser que l'adéquation n'a pas été assurée à un moment donné, mais ne nous dit pas à quelle période le déploiement des ressources aurait été le plus rationnel.

4 – PERTINENCE DU MESSAGE

4.1 SECOURISTE OU PUBLICISTE, IL FAUT CHOISIR (DÉCEMBRE 2003 – JUIN 2004)

4.1.1 Discretion sur les violences

Comme nous l'avons vu dans la première partie, jusqu'à fin mars 2004 la crise du Darfour fait l'objet d'une très faible médiatisation en Occident et d'un désintérêt calculé de la communauté internationale. Ce n'est qu'avec les déclarations du coordinateur humanitaire des Nations unies au Soudan le 19 mars 2004, qui compare la catastrophe du Darfour à celle du Rwanda en 1994, que la guerre ouest-soudanaise fait son entrée dans l'arène politique internationale. MSF est devancée par le système des Nations unies dans le dévoilement d'une guerre totale délibérément occultée par le régime soudanais et la communauté internationale.

En effet, tout au long du premier semestre 2004, MSF est très discrète sur les violences. En décembre 2003, Paris s'oppose même à la diffusion d'un rapport de la section belge, réalisé à partir d'une étude de mortalité rétrospective et d'entretiens auprès des réfugiés soudanais au Tchad. Il s'agit pourtant du tout premier rapport au monde décrivant la guerre du Darfour, chiffres et récits à l'appui.

Le 15 janvier, MSF France diffuse néanmoins un communiqué de presse dénonçant les conditions de fermeture du camp d'Intifada à Nyala et mentionnant au passage l'histoire des déplacés qui « *arrivent les mains vides, après avoir subi des violences et vu leur village et leurs récoltes pillés et brûlés.* » Les entraves gouvernementales à l'acheminement de l'aide et l'inaccessibilité de la grande majorité des victimes sont également soulignées. Au sortir du communiqué, le chef de mission MSF-F Khartoum est convoqué par HAC qui lui remet un « *dernier avertissement avant expulsion.* » Le gouverneur de Nyala exige le retour de Jean-Clément Cabrol, rentré en France à l'issue des premières missions exploratoires, afin de l'expulser lui-même.

Par la suite, les violences ne sont quasiment plus évoquées dans notre communication officielle qui se résume à cinq communiqués de presse appelant au renforcement des secours, sans dénoncer les entraves gouvernementales. Ce discours suscite les sarcasmes de nos collègues bruxellois : à lire vos déclarations, on croirait que le Darfour est victime d'immenses inondations, soulignent-ils à juste titre.

Parallèlement, une stratégie de « diplomatie silencieuse » est lancée. On briefe officieusement des journalistes de confiance auxquels est remis un rapport « confidentiel » décrivant l'ampleur des dévastations, l'absence de secours adéquats, la responsabilité des autorités gouvernementales et celle de la « communauté internationale » qui se détourne de la crise. Ce document ainsi que les quelques communiqués de presse (surtout celui de Nyala) ont un petit écho dans la presse française et internationale. Entre le 9 et le 11 février, Jean-Clément Cabrol effectue une tournée diplomatique au siège des Nations unies à New York⁵⁵. Le but n'est pas seulement d'obtenir un soutien diplomatique en vue d'un renforcement des opérations de secours, mais également d'encourager les Etats et les Nations unies à s'impliquer politiquement dans le règlement de la crise ou tout du moins dans la protection physique des déplacés⁵⁶.

Suite aux déclarations fracassantes de Mukesh Kapila fin mars, MSF intensifie sa campagne de diplomatie silencieuse. Trois numéros de *Messages* (mars, avril et mai) consacrent plusieurs pages au Darfour et le logisticien de Mornay, Jean-Sébastien Matt, effectue une tournée des officiels américains à Washington (Conseil national de sécurité, département d'Etat, USAID, Chambre des représentants). Plusieurs organes de presse interviewent l'équipe de Mornay et relatent les dévastations dont les volontaires ont été témoin – sans toujours respecter la confidentialité de leurs sources (certains citent directement MSF). Enfin, MSF demande à Epicentre de réaliser des enquêtes de mortalité rétrospective à Mornay et Zalingei alors qu'une chargée de communication est dépêchée pour recueillir des récits de déplacés. L'objectif est de préparer une communication publique plus étayée.

55. Il rencontre les délégations norvégienne, allemande, américaine, française, britannique, ainsi que de Jan Egeland d'OCHA, Vladimir Zaghora du Département des affaires politiques et un responsable de l'UNICEF. Cf. MSF-USA, *Meetings on Darfur with Dr Jean-Clément Cabrol in New York*, Feb. 9-11, 2004.

56. Le briefing insiste sur « *the necessity for the international community to immediately assume strong political leadership to address the Darfur situation with the government of Sudan beyond the 'humanitarian problematic' and the specific issue of access/humanitarian corridors (violence against the civilians, etc.)* »

4.1.2 Discussion : se taire pour rentrer (novembre 2004 - janvier 2005)

A Paris, l'embargo sur le rapport MSF-B de décembre est justifié de deux manières. Tout d'abord, on considère qu'il n'est pas « bon ». Certains mettent en doute la solidité méthodologique de l'enquête de mortalité rétrospective (il s'agit pourtant d'une enquête exhaustive dont les chiffres de mortalité s'avèreront comparables à ceux trouvés par Epicentre à Mornay – 4,7% de morts violentes). D'autres critiquent le narratif : MSF-B livre une lecture racialisante du conflit tout à fait fidèle, du reste, aux récits des rescapés décrivant les atrocités commises par « les Arabes » à l'encontre des « Africains ». Mais les véritables raisons sont ailleurs. Paris craint que la diffusion d'un document MSF accablant Khartoum entraîne un raidissement des autorités soudanaises compromettant toute tentative d'apporter des secours à l'intérieur du Darfour. Nous ne sommes pas encore opérationnels et la priorité est d'accéder aux victimes. A vrai dire, MSF-B partage également cette préoccupation. Quatorze ans après son départ du Nord Soudan⁵⁷, Bruxelles a décidé en décembre 2003 d'envoyer une équipe à Khartoum pour négocier la réouverture d'une mission. MSF-B ne déploiera pas beaucoup d'efforts pour surmonter le « veto » français et le rapport restera dans les tiroirs.

A posteriori, la position de MSF-F apparaît critiquable. Quelles que soient ses imperfections – réelles –, il s'agissait du premier document décrivant la guerre totale au Darfour alors objet d'une double dénégation de la part des autorités soudanaises et de la communauté internationale (Nations unies, Europe, Etats-Unis). En outre, un rapport sorti depuis le Tchad par la section belge n'aurait pas nécessairement compromis nos possibilités d'intervention au Darfour. La diffusion du communiqué de presse Intifada le 15 janvier 2004 ne nous a pas empêché d'obtenir une semaine plus tard l'autorisation d'ouvrir une mission à Mornay, au cœur de la spirale de destruction alimentée par Khartoum. Rétrospectivement, il apparaît qu'une attitude plus constructive incitant MSF-B à mettre en perspective la parole des déplacés – précisant notamment qui sont les « Arabes » à l'origine des destructions et des massacres (à savoir l'armée gouvernementale, des milices à sa solde, certains groupes nomades et non l'ensemble des « Arabes » englobés dans une vindicte collective) – aurait été la bienvenue. Si la décision de diffuser le rapport appartenait en dernier ressort à Bruxelles, on peut regretter que Paris s'y soit opposé.

4.1.3 Discussion : se taire pour rester (janvier-mars 2004)

Après le 15 janvier, la décision de ne pas communiquer publiquement sur les violences et le contingentement drastique des secours est le fruit d'un arbitrage clairement assumé. Comme l'atteste le compte-rendu du comité de direction MSF-F du 20 janvier 2004, Paris prend très au sérieux les menaces d'expulsions déclenchées par le communiqué de presse Intifada⁵⁸.

57. MSF-B avait quitté le Nord Soudan en 1989 après l'assassinat quatre secouristes internationaux dont deux MSF abattu dans l'avion d'Aviation Sans Frontières à Aweil à la veille de Noël en 1989.

58. « Le ministère des Affaires humanitaires du Soudan (...) a donné à MSF un avertissement pour manque de collaboration avec le gouvernement. Une expulsion totale du Soudan est peu probable. Mais les possibilités de travailler dans le Darfour risquent d'être compromises. Cette situation questionne notre stratégie de communication qu'il nous faut coordonner avec les autres sections [vraisemblablement une référence au rapport des Belges]. Il est préférable de se concentrer sur des contacts directs avec des journalistes. »

La crainte d'une fermeture de l'accès au Darfour conduit à privilégier le lancement d'une campagne de diplomatie silencieuse et à limiter les prises de parole à une « *une alerte sur l'insuffisance des secours (...) [dont] le but est d'appeler au déploiement de l'aide (et non de dénoncer les obstacles mis par Khartoum)* » (sic)⁵⁹.

Les craintes de rétorsion n'étaient pas fantasmatiques. De l'attentat contre l'avion d'Aviation Sans Frontières (ACF) en décembre 1989 (au cours duquel quatre volontaires perdirent la vie) au bombardement des hôpitaux MSF Suisse au Sud Soudan à la fin des années 1990, MSF connaissait la propension du gouvernement soudanais à recourir aux moyens les plus radicaux pour expulser ou faire taire les organisations qui l'accablent publiquement. Toutefois, la section française savait également que son silence servirait la propagande du régime selon lequel le Darfour, censé être en proie à des « conflits interethniques », était ouvert à qui voulait s'y rendre. De même, elle était consciente de faire le jeu des Nations unies et des Etats occidentaux qui se désintéressaient délibérément de la guerre ouest-soudanaise dont l'éruption venait compromettre la réussite de leur médiation dans le conflit Nord-Sud. Quant à la campagne de « diplomatie silencieuse », nécessaire, personne ne croyait sérieusement qu'elle puisse déclencher une mobilisation significative tant que les journalistes ou les organisations des droits de l'homme n'auraient pas accès au Darfour ou que les diplomates n'auraient aucune raison de mettre la crise sur la table. Enfin, la balance entre le risque d'expulsion et les bénéfices des activités de secours ne penchait pas de manière nette et tranchée en faveur d'une préservation des opérations. A l'époque, MSF-F offrait une assistance réduite à environ 65 000 personnes (50 000 à Mornay et 15 000 à Zalingei), avec huit expatriés seulement, tout en estimant entre 500 000 et un million le nombre total de déplacés. Bétail et réserves alimentaires pillés, récoltes saccagées, puits pollués, villages incendiés, combien d'entre eux se retrouvaient livrés à la brousse ou encerclés dans des camps insalubres sans moyen de subsistance ni personne pour leur venir en aide ? Une part significative de la population ne risquait-elle pas d'être anéantie sans que personne ne s'en aperçoive ?

Toujours est-il que c'est la préservation de nos activités et l'espoir de les étendre qui ont prévalu. Le calcul coût / bénéfice d'une prise de parole publique a été tranché au profit du silence, tout en sachant que celui-ci participait de la propagande de Khartoum et confortait la communauté internationale dans son choix de sacrifier le Darfour sur l'autel de la réconciliation Nord-Sud. Ce qu'on pouvait attendre d'une publicisation par MSF de la crise ne semblait pas compenser le risque d'une suspension de programmes vitaux en faveur de 65 000 personnes.

Cette décision semble avoir été soutenue par le terrain, même si les équipes de Mornay paraissaient tiraillées entre le désir de faire plus pour les déplacés et celui d'alerter le monde sur la gravité d'une crise susceptible d'engloutir des dizaines de milliers de vie. A Paris, l'arbitrage paraît avoir suscité quelques remous internes entre les départements de la

59. Compte-rendu du comité de direction MSF-F du 10 février 2004.

communication et des opérations (et au sein même de chaque département), sans pour autant déclencher de crise. En revanche, il est surprenant que le conseil d'administration ne se soit pas saisi de la question. Lors du conseil d'administration du 27 février 2004, l'équipe des urgences présente clairement le dilemme, allant jusqu'à mettre en cause la pertinence de notre présence : « *nous sommes huit expatriés mais franchement, nous serions cinquante je ne suis pas sûr que cela ferait une forte différence* » déclare Mercedes Tatay, responsable adjointe du desk des urgences. Mais le débat élude pour l'essentiel les questions de communication⁶⁰.

Seul secouriste au Darfour mais aussi seul témoin étranger au premier trimestre 2004, MSF a privilégié son rôle d'assistance au détriment de son rôle de publiciste. Reste une interrogation. Combien de temps aurions nous gardé le silence si personne ne l'avait brisé au mois de mars ?

4.2. « DARFOUR : GÉNOCIDE OU SIMPLE

CATASTROPHE HUMANITAIRE ? »⁶¹ (JUIN-OCTOBRE 2004)

4.2.1 La montée en puissance du discours sur le génocide

A partir de mars-avril, la campagne d'opinion dénonçant un « génocide » ou un « nettoyage ethnique » au Darfour prend son essor. Organisations de défense des droits de l'homme, *think-tank* libéraux, droite chrétienne et Congrès américain, activistes anti-Khartoum, pourfendeurs de la France-Afrique s'associent dans un concert de protestations réclamant une action musclée de la communauté internationale au nom de la « responsabilité de protéger » et de la lutte contre le crime de génocide (« *Will we say 'Never again' again ?* ») Le secrétaire général des Nations unies menace le gouvernement d'une intervention armée s'il persiste à refuser l'accès de l'Ouest soudanais aux organisations humanitaire et aux enquêteurs des droits de l'homme. Courant juillet, plusieurs Etats occidentaux (Grande-Bretagne, Australie, Norvège) se disent prêts à envoyer des troupes à la demande du Conseil de sécurité. Si la rébellion applaudit et demande de passer aux actes, Khartoum réagit violemment à ce qu'il considère comme une « déclaration de guerre ». En juillet, le régime décrète la mobilisation générale pour défendre l'intégrité territoriale du Soudan face aux visées « *anti-islamiques* » des nouveaux « *croisés* », promettant d'« *ouvrir les portes de l'enfer* » aux troupes étrangères qui débarqueraient sur son sol. En août, un débat s'installe sur le mandat de la force d'observation de l'Union africaine dont Khartoum a finalement accepté le déploiement pour surveiller l'application du cessez-le-feu du 8 avril, et que les activistes anti-Khartoum enjoignent d'étendre son mandat à la protection physique des déplacés.

Cette campagne a tout d'abord un effet très positif. Elle oblige le gouvernement à ouvrir

60. D'après le procès-verbal du CA, Jean-Hervé Bradol précise que nous avons sorti trois communiqués de presse et entamé une tournée des diplomates à New York. Michel Janssens demande s'il ne faudrait pas également « *fournir des images* » mais ne réagit pas à la réponse de Jean-Hervé Bradol qui fait état de « *quelques journalistes* » qui commencent à visiter la région depuis le Tchad. Sylvie Lemet déclare que « *la campagne de presse et de médias [lui] semble stratégique* » et qu'« *il faut témoigner très concrètement sur les difficultés que nous avons à intervenir pour porter secours* ». La réponse de Mercedes faisant état de menaces d'expulsion à l'issue de notre communiqué de presse sur la fermeture d'Intifada clôt le débat.

61. Titre d'un article de *Valeurs Actuelles*, 16 juillet 2004, dans lequel on peut également lire : « *Tous craignaient une détérioration « à la rwandaise » : en 1994, des heurts interethniques incontrôlés avaient conduit à un génocide, dans l'indifférence quasi générale.* »

largement l'accès au Darfour à compter du 21 mai et à tempérer quelque peu les exactions des forces régulières et irrégulières dans les lieux les plus visibles (comme Mornay). Néanmoins, MSF se trouve progressivement aspirée par la propagande interventionniste. Les partisans de la thèse du génocide – l'éditorialiste du *New York Times* N. Kristof, les députés américains à l'origine de la motion du Congrès dénonçant un génocide au Darfour, l'activiste anti-Khartoum Eric Reeves – emploient nos rares données pour étayer leur thèse. A plusieurs reprises, le témoignage des équipes de terrain est utilisé dans le cadre d'émissions télévisées (sur CNN notamment) clairement orientées en faveur d'une intervention internationale. Enfin, il est impossible de nous entretenir avec les journalistes sans qu'ils nous demandent si oui ou non un génocide ou une politique de « *nettoyage ethnique* » sont en cours.

4.2.2 Les raisons invoquées en faveur d'une clarification de la position MSF-F

Un certain malaise s'empare de MSF-F. Si personne ne pense qu'un génocide comparable à l'extermination des Rwandais tutsis se produit au Darfour, les avis sont partagés quant à l'opportunité de réfuter publiquement la qualification. Comme souvent dans l'histoire de MSF, c'est de manière quasi-unilatérale, à l'occasion d'interviews à la presse, que des représentants de MSF France (tout d'abord la responsable adjointe du desk des urgences, Mercedes Tatay, puis le président Jean-Hervé Bradol) tranchent et expriment ouvertement leur opposition à la qualification. Cinq raisons principales sont ultérieurement évoquées en interne pour justifier cette clarification⁶².

- Tout d'abord, l'impossibilité d'éluder la question sans cesse posée par les journalistes. L'option du *no comment* n'apparaît pas tenable face aux enjeux associés à la controverse. D'autant que la plupart de nos interlocuteurs ont en mémoire le slogan lancé par MSF en 1994 au Rwanda : « *on n'arrête pas un génocide avec des médecins.* » MSF ayant longtemps fait du génocide une situation limite remettant en cause le bien fondé d'une intervention humanitaire, on lui demande logiquement si oui ou non cette limite est atteinte. Notre discours sur la singularité du génocide dans les pratiques humanitaires nous piège et nous contraint à prendre position.
- Ensuite, la nécessité de se démarquer du camp appelant à la guerre contre le régime et ses milices. En vertu de l'adage « *qui ne dit mot consent* », le silence face à l'utilisation des données MSF par la campagne interventionniste pourrait être interprété comme un soutien à celle-ci. Il importe au contraire de réfuter l'utilisation propagandiste de notre communication afin de marquer notre indépendance et protéger les équipes⁶³. La question est d'autant plus sensible qu'un mois auparavant cinq volontaires de MSF Hollande ont été assassinés en Afghanistan et que le crime a été revendiqué par les Talibans accusant MSF de « *travailler dans l'intérêt des américains.* »

62. Nous puisons nos sources dans les compte-rendu de réunions (opération, direction, CA) et dans les entretiens réalisés par la revue.

63. Selon Jean-Hervé Bradol : « *la qualification de génocide est avant tout utilisée pour faire pression contre le gouvernement soudanais d'un point de vue politique. Ne pas se démarquer signifie que l'on est d'accord avec la position américaine notamment. Cela risque aussi d'avoir des implications en termes de sécurité pour les équipes sur le terrain.* » Compte-rendu du comité de direction du 13 juillet 2004.

- De plus, à Paris comme sur le terrain, on a le sentiment que le débat sur l'intervention et le génocide occulte la véritable urgence du moment : le risque d'une catastrophe sanitaire de grande ampleur en l'absence de mobilisation massive des secours. En dépit de la levée des restrictions gouvernementales, l'aide reste minimaliste et on craint une famine à brève échéance. Il est important d'en faire état.
- Par ailleurs, certains doutent de l'efficacité d'une intervention internationale : « *qui peut croire que le traitement militarisé de la crise par l'Union africaine soit réaliste ?* » demande Jean-Hervé Bradol en comité de direction⁶⁴.
- Enfin, des considérations un peu plus confuses sont évoquées quant au risque de « banalisation » du terme génocide.

De toutes les raisons invoquées, la première et la troisième paraissent les plus solides. Compte tenu de la charge symbolique et politique de la qualification de génocide et de ce qu'elle implique en matière d'action humanitaire - selon notre propre discours -, il était impossible de rester à l'écart de la controverse. Quant au souci de recentrer le débat sur les risques actuels encourus par les populations soudanaises (la mort de faim et de maladie et non l'anéantissement par des milices exterminatrices), elle relève de la responsabilité d'une organisation humanitaire.

4.2.3 Les prises de position MSF

En pratique, les interventions MSF-F dans le débat public ont emprunté quatre canaux : le rapport du 21 juin, plusieurs interviews dans la presse écrite et audio-visuelle, une tribune dans *Le Monde* du 11 septembre ainsi que plusieurs articles et entretiens publiés dans *Messages* et sur le site internet MSF France. Le cœur du message tient en deux phrases : il y a bien eu des massacres au Darfour, mais pas de génocide. A l'heure où nous parlons, diarrhées et malnutrition tuent plus que les *Jenjaweeds*, l'urgence est d'apporter une aide massive si l'on veut éviter une catastrophe sanitaire.

L'argumentation récusant la qualification de génocide est tâtonnante, comme on peut s'y attendre face à un sujet aussi miné. Mercedes Tatay est la première à s'y risquer le 16 avril 2004. Interviewée par la chaîne de télévision câblée américaine MSNBC⁶⁵, elle ne peut échapper aux questions du journaliste qui lui demande s'il est justifié de parler de génocide. « *Pas du tout* », répond Mercedes niant la dimension identitaire des massacres et des destructions : « *Il n'y pas de ciblage particulier d'un groupe ethnique ou d'un autre.* »⁶⁶ L'argument est fragile, puisque les victimes de l'Ouest Darfour sont presque toutes des Massalit et des Four. Il sera néanmoins repris sous une autre forme par Jean-Hervé Bradol dans sa tribune du 11 septembre.

64. *Ibid.*

65. MSNBC est une joint venture entre Microsoft et de NBC qui affirme toucher plus de 85 millions de foyers américains.

66. A la question, « *peut-on parler de nettoyage ethnique* », Mercedes répond : « *That is not necessarily accurate. There are several different tribes and clans and families and not all of them are persecuted or executed just for the sake of their tribe. It, in fact, looks to me like a very effective military strategy, but I wouldn't translate that into ethic cleansing. But, I am a doctor; I am not very good at analyzing military strategy.* »

En effet, Jean-Hervé reproche à ceux qui crient au génocide de « *réhabiliter la notion de race pour soutenir [leur] thèse.* » De fait, la lecture raciale du conflit prédomine dans les médias et dans le camp interventionniste (cf. encadré). Les tenants du « génocide » bâtissent leur argumentation sur la distinction Africain/Arabe présentée comme une sorte de donnée socio-biologique – non comme un discours politique éventuellement opératoire. En ce sens, leur point de vue est des plus critiquable. Pour autant, la réfutation de ce discours ne dit rien de l'existence ou non d'un génocide au Darfour. La notion de race n'a pas besoin d'être un concept scientifique pertinent pour être un critère de mise à mort. Il suffit que les bourreaux y croient. A force de vouloir déconstruire les discours identitaires, MSF en vient presque à nier leur réalité sociologique et leur puissance de mobilisation. Il n'y a pas de génocide au Soudan parce qu'aucun groupe ethnique n'est particulièrement ciblé – ce qui est faux – ou parce que les races n'existent pas – ce qui est faux également si on s'attache aux représentations mentales des tortionnaires. Parti d'une bonne intention, cet aspect de l'argumentation se révèle extrêmement fragile voir dangereux⁶⁷. A la limite, il aurait été beaucoup plus percutant d'accuser le camp

QUELQUES ÉCHANTILLONS
DE LA LECTURE RACIALISANTE
DU CONFLIT GLANÉS AU COURS
DE LA REVUE DE PRESSE

« Les affrontements ne concernent plus les chrétiens et animistes du Sud et les musulmans du Nord, mais les 'négro-africains' de peau noire, généralement cultivateurs, et les tribus d'origine arabe à la 'peau rouge', surtout des éleveurs. » (Paris Match, 12-18 février 2004 : « Dans le vent, le sable, le froid, la guerre des 'peaux rouges' contre les 'peaux noires' »)

"The most vicious ethnic cleansing you have never heard of is unfolding here in the south-eastern fringes of the Sahara desert. It's a campaign of murder, rape, and pillage by Sudan's Arab rulers that has forced 700 000 black Africans Sudanese to flee their villages" (The New York Times, 24 mars 2004, N. Kristof, "Ethnic cleansing again".)

"The Jenjaweds a few thousand uniformed militia men (...) have worked with government soldiers and aerial bombardments to purge villages of their darker-skinned black African inhabitants", The New York Times, 2 mai 2004
« ... les populations civiles composées de Noirs musulmans des

tribus Four, Massalit et Zaghawa subissent massacres, viols, pillages et déplacements forcés. Ces attaques sont le fait des milices arabes, les Jenjaweds, soutenues par l'armée soudanaise, qui pratiquent une véritable politique de purification ethnique. » (Le Figaro, 3 juin 2004, Appel « Soudan : une insupportable indifférence. » Par : François Bayrou, Emma Bonino, Bernard Kouchner, Jack Lang, Alain Madelin, Jacky Mamou, Philippe Morillon et Michel Rocard.)
« Le Darfour pleure ses tribus. Depuis un an et demi, le régime de Khartoum y sème la terreur, chassant et tuant ses habitants au seul motif qu'ils sont sédentaires et noirs. Un nettoyage ethnique opéré par des éleveurs nomades d'origine arabe, au teint clair, à l'encontre d'agriculteurs installés depuis des décennies sur des terres plus fertiles (...). Un conflit racial attisé par la progression du désert et la raréfaction de l'eau. » « Les hordes sauvages poursuivent toujours leurs razzias. » (Le Point, 1^{er} juillet 2004. « Les maudits du Darfour »).

« On est loin des luttes traditionnelles entre ethnies et tribus. Là, il s'agit d'une guerre raciste, ou les 'Arabes' chassent les 'noirs'. » La Nouvelle République des Pyrénées, 6 Juillet 2004, interview de J-F Deniau

interventionniste de « *complicité intellectuelle de génocide* » pour avoir authentifié une lecture raciale du conflit susceptible d'alimenter à terme des pratiques génocidaires.

Fort heureusement, l'ossature de l'argumentation repose sur des éléments beaucoup plus solides. La sortie du rapport du 21 juin est accompagnée de deux interviews de Jean-Hervé Bradol qui étayent le propos. Le président de la section française invoque tout d'abord la distribution démographique des massacres telle qu'elle apparaît dans les enquêtes de mortalité rétrospectives conduites par Epicentre (tout en précisant que celles-ci ne sont pas représentatives de l'ensemble du Darfour mais qu'elles constituent les seules données épidémiologiques disponibles) : « *La mortalité et sa répartition au sein des différents groupes de population ne plaident pas en faveur d'une tentative d'extermination de l'ensemble d'un groupe humain.* » Parmi les déplacés de Mornay, une personne sur vingt a été assassinée. Pour les trois-quarts, il s'agit d'hommes adultes. Viennent ensuite des éléments de comparaison

67. Appliqué au judéocide, cette argumentation conduirait à nier l'existence d'un génocide contre les Juifs, soit parce que la « race juive » n'existe pas, soit parce que les Juifs n'ont pas été anéantis en tant que « *groupe ethnique particulier* » mais comme ennemi du III^e Reich.

historiques : « nous n'enregistrons pas dans les discours publics du régime, d'appels à l'extermination d'un groupe particulier. Et nous n'assistons pas sur le terrain à la mise en place de l'appareil logistique nécessaire à un tel projet. » Le président de MSF précise que son argumentation repose sur une comparaison avec des « situations historiques précises, le génocide des Rwandais tutsis en 1994, par exemple. » C'est donc sur le terrain de l'histoire et des mémoires collectives du génocide – non sur celui du droit – que la qualification est récusée. Thierry Allafort utilisera un raisonnement comparable dans une interview au *Figaro* du 27 juillet 2004 : « Les gens sont forcés de fuir, mais pas systématiquement assassinés⁶⁸. »

Pourquoi certains, comme le Congrès américain, parlent-ils de génocide ? Pour des raisons de politique intérieure répond Thierry Allafort, renvoyant implicitement à l'entrée du Darfour dans la campagne électorale américaine⁶⁹. Jean-Hervé Bradol est plus offensif. Il dénonce les « distorsions propagandistes⁷⁰ » opérées par « certaines organisations de défense des droits de l'homme » cherchant à imposer « un nouvel ordre politique international où les violations graves des droits de l'homme feraient l'objet d'une ingérence internationale systématique et armée si nécessaire. » A cette fin les lobbyistes utiliseraient les ressources légales et symboliques du mot génocide, quitte à en travestir le sens.

Par moment, l'argumentation déborde du champ humanitaire. Sous la pression du journaliste qui lui demande si MSF s'oppose au déploiement de forces étrangères, Thierry Allafort en vient à contester l'efficacité d'une telle opération et à réaffirmer la souveraineté de Khartoum⁷¹. Pour sa part, Rony Brauman - dont on ne sait plus très bien s'il s'exprime comme membre de MSF ou comme commentateur de l'actualité politique internationale – souligne que « la qualification de génocide (...) a eu un effet négatif sur les négociations de paix⁷² » puisqu'elle a conduit à une radicalisation de l'opposition : on ne négocie pas avec son « génocideur », on le combat. Il poursuit : « En dénonçant un génocide, la Maison Blanche veut montrer le bien-fondé de sa campagne internationale contre le terrorisme islamiste, car les Jenjaweeds sont présentés comme des cavaliers arabes qui s'en prennent aux paysans noirs. »

Mais si ce n'est pas un génocide, qu'est-ce donc ? Une « guerre » associée à une « répression brutale » débouchant sur une « catastrophe sanitaire » peut-on comprendre à la lecture des déclarations de MSF France. La dichotomie arabe / africain est bannie du vocabulaire au profit du triptyque armée et milices progouvernementales / rebelles / populations civiles. La cruauté de la répression gouvernementale est décrite avec une précision de médecin légiste mais elle n'est pas qualifiée. Si on rappelle que les gens ont fui la guerre, on souligne surtout que « le pire est à venir », selon le titre du rapport du 21 juin. Une « catastrophe sanitaire majeure se

68. « Pour nous, en regardant les analyses et les faits, il n'y a pas de génocide en cours au Darfour. On a tendance de nos jours à galvauder ce terme et on assiste à une distorsion propagandiste qui ne peut que nuire aux secours. Il ne s'agit pas de nier les morts, les tueries, les centaines de villages brûlés et les millions de réfugiés. Nous essayons simplement de dire la vérité. »

69. « Les motifs qui ont poussé les élus américains sont délicats et il y a sans doute des raisons de politique intérieure. »

70. *Le Quotidien du Médecin*, 19 juillet 2004.

71. « Il semble un peu illusoire d'imaginer pouvoir protéger plus d'un million de personnes sur un territoire grand comme la France avec 5 000 hommes [effectif proposé au Conseil de sécurité par l'Australie]. La responsabilité de la protection des populations revient en premier lieu au gouvernement de Khartoum. »

72. « Les accusations de génocide au Darfour ont des effets négatifs sur le terrain », Rony Brauman, AFP, 22 septembre 2004.

profile » si les secours ne sont pas déployés massivement. Ces derniers devront prendre garde à ne pas être enrôlées dans la politique de relocalisation gouvernementale qui entend démanteler les camps et transférer les gens dans des « villages protégés » où leur sécurité n'est pas garantie et où il sera très difficile de les assister, surtout avec le début de la saison des pluies.

4.2.4 Les réactions à MSF

Cette prise de position ne fait pas l'unanimité au siège et dans le mouvement, même si personne ne conteste l'absence de comparaison possible entre le Darfour et le Rwanda de 1994. MSF Hollande défend une position ambiguë. En substance : les violences de guerre au Darfour relèvent bien de la définition légale du génocide (au sens de la Convention de 1948) et une intervention armée internationale serait souhaitable. Bien entendu, MSF ne peut pas le dire – appeler aux armes serait entrer dans l'arène politique – mais elle est en mesure de le faire comprendre. Tel est le sens de cette citation de Kenny Gluck utilisée par l'éditorialiste N. Kristof⁷³ farouche partisan d'une intervention armée :

« *We're proud of what we do, said Kenny Gluck, the operations director based in the Netherlands for Doctors Without Borders. "But people's villages have been burned, their crops have been destroyed, their wells spiked, their family members raped, tortured and killed - and they come to us, and we give them 2,100 kilocalories a day." In effect, Mr. Gluck said, the aid effort is sustaining victims so they can be killed with a full belly.* »

Les arguments solides de MSF-H sur la place de la catégorie « génocide » dans notre discours et nos pratiques mériteraient d'être discutés plus en détail, malheureusement nous n'avons pas le temps de le faire ici. Soulignons seulement le poids de l'argument légal. Oui, les violences sont dirigées contre des groupes ethniques particuliers, oui la destruction des récoltes, des villages, des puits, le pillage du bétail, les viols, les assassinats et les privations de secours peuvent être assimilés à « *la soumission intentionnelle du groupe à des conditions d'existence devant entraîner sa destruction physique totale ou partielle* », oui on peut éventuellement déduire de ces actes et de certains discours suprémacistes arabes (en cherchant bien) une intention génocidaire. Même si la crise du Darfour n'a rien de comparable avec la Shoah ou l'anéantissement des Rwandais tutsis (soulignons en revanche, qu'elle présente des similitudes avec le « génocide » arménien), force est de constater qu'elle est susceptible légalement d'entrer dans le champ d'application de la convention de 1948 sur la prévention et la répression du crime de génocide.

La position de MSF Belgique est également stimulante. Pour Gorik, directeur général de la section belge, il est tout à fait possible comme l'affirme MSF-H et PHR, qu'un génocide soit en cours au sens de la Convention de 1948. En affirmant de manière catégorique et définitive « *non, ce n'est pas un génocide* » MSF France commet peut-être une erreur légale – mais à la limite peu importe, nous ne sommes pas juristes. Mais elle commet surtout une erreur politique puisque *de facto* elle prend position contre une intervention internationale, en

73. « The Pope and Hypocrisy », Nicholas D. Kristof, *The New York Times*, 6 avril 2005.

contestant une importante source de sa légitimation. Rien ne nous permet de dire si les violences de guerre commises au Darfour entrent oui ou non dans la catégorie légale du génocide, ni qu'une intervention armée n'est pas souhaitable – ce qu'on pourrait comprendre d'une récusation du terme génocide. En conséquence, MSF doit s'abstenir de prendre position.

4.2.5 Les réactions à l'extérieur

Les déclarations de MSF France sont très chaleureusement accueillies par les autorités soudanaises. L'ambassadeur du Soudan aux Nations unies rencontré par Jean-Sébastien Matte lui demande de féliciter Mercedes pour ses prises de position courageuses. La presse officielle cite allègrement les textes de Jean-Hervé Bradol, affirmant que certes le gouvernement et les milices ont commis des massacres, mais pas de génocide. La preuve vient d'une « *source absolument neutre, peut-être même la seule* », d'un « *observateur d'une crédibilité exceptionnelle* » puisqu'il a assisté « *250 000 personnes* » dans toute la région au plus fort des combats et que « *sa réputation est tout simplement au-dessus de tout reproche* » comme l'atteste « *l'octroi du prix Nobel de la paix en 1999* » et « *les innombrables autres prix reconnaissant son travail humanitaire remarquable à travers le monde.*⁷⁴ »

Ailleurs, le message se brouille et se dilue dans la novlangue humanitaire. Quelques titres de la presse française en donnent la mesure : « *La catastrophe humanitaire au Darfour. Et maintenant, les menaces épidémiques.* » (*Le Quotidien du Médecin*, 19 juillet 2004) ; « *Un drame humanitaire mais pas un génocide. Entretien avec Thierry Allafort-Duverger* » (*Le Figaro*, 27 juillet 2004) ; « *Crise au Darfour : génocide ou simple catastrophe humanitaire ?* » (*Valeurs Actuelles*, 16 juillet 2004) ; « *Darfour : crise humanitaire ou génocide ?* » (*Ouest France*, 11 septembre 2004). De fait, nos appels au renforcement des secours sont compris comme « *alors c'est donc une simple crise humanitaire !* » et la contre-qualification de génocide comme une condamnation de toute intervention armée au Darfour. Deux extraits en rendent compte de façon explicite :

« *Le Pakistan, l'Algérie et la Chine se sont opposés au projet américain de résolution [évoquant le recours à la force]. (...) MSF défend une position similaire. L'ONG française estime « illusoire » la proposition déjà émise par Tony Blair de déployer un contingent international.* » (*Ouest France*, 11 septembre 2004)

« *Le risque serait, comme d'aucuns l'avancent, que le terme génocide serve à justifier une intervention militaire étrangère qui ne serait pas indispensable du strict point de vue humanitaire. C'est une des craintes avouées notamment par MSF, qui précise que les observations de ses membres dans les zones où ils interviennent démontrent l'existence de massacres et d'exactions terribles, mais qu'elles n'ont pas permis de dire qu'il y a eu génocide. MSF, comme d'autres observateurs, craint que la qualification de génocide ne brouille le message des humanitaires et ne détourne l'attention sur la véritable urgence : le maintien d'une aide humanitaire indépendante plutôt que l'envoi de militaires.* » (*Elle*, 18 octobre 2004)

Les propos les plus durs viennent de François-Xavier Verschave. Postés sur le site de Survie, ils expriment assez bien le sentiment d'un certain nombre de nos interlocuteurs. S'appuyant

74. « *Médecins Sans Frontières Challenges US Darfur Genocide Claim* », *Sudan Vision* (journal pro-gouvernemental soudanais), 6 octobre 2004.

essentiellement sur l'entretien au *Figaro* de Thierry Allafort, le pourfendeur de la France-Afrique exprime sa « nausée » face au « traitement idéologico-médiatique des populations massacrées au Darfour » imposé par MSF. Extraits :

« Il n'y aurait pas génocide, dit MSF, parce que ce gouvernement nous octroie (tardivement) des visas. (...) Les gens sont forcés à fuir, mais pas systématiquement assassinés [affirme MSF] : ils n'ont simplement plus rien pour survivre. Et MSF de lancer une énorme campagne médiatique d'appel de fonds, à la mesure du crime commis. Sans bien sûr dénoncer le coupable. Nous ne sous-estimons pas le cas de conscience : il faut bien aller nourrir et soigner ceux qui ont faim et sont exposés aux épidémies, ce qui peut supposer parfois de faire profil bas. Mais il y a des limites aux accommodements, ce dont MSF a su jadis tenir compte (en Éthiopie ou à Goma). Et si on ne peut dénoncer, du moins peut on se taire, sans tenir un discours qui conforte l'État criminel. »

4.2.6 En guise de commentaires

Quel bilan tirer de notre participation à la controverse sur le génocide ? Au regard des raisons qui ont poussé Paris à prendre la parole : mission accomplie. MSF a répondu aux journalistes et son discours dissonant a été très remarqué des autorités soudanaises. Nul doute que l'association a pris quelques distances avec le camp interventionniste et marqué son indépendance. De même, les problématiques sanitaires ont été réinscrites en bonne place à l'ordre du jour. Pour autant, il n'est pas certain que notre message ait été bien compris, comme l'attestent les titres de la presse quotidienne ou les commentaires sur notre opposition supposée au recours à la force.

Mais avons nous été si mal compris ? N'avons-nous pas implicitement pris position contre une intervention internationale ? Certes, l'objection de Gorik n'est pas entièrement recevable. En récusant la qualification de génocide, nous ne nous opposons pas à l'usage de la force. Nous obligeons ses partisans à le motiver par autre chose qu'un slogan, à clarifier leurs intentions et à réfléchir aux conséquences de leurs actes – au lieu de s'en tenir au cliché moraliste « *Will we say never again again ?* » écrasant toute réflexion critique sur les enjeux soulevés par le déclenchement d'une intervention armée. D'ailleurs, à l'exception d'ICG, aucun interventionniste n'a précisé ce qu'il entendait faire militairement au Darfour – soustraire des parties du territoire à la souveraineté de Khartoum, imposer une zone d'exclusion aérienne, soutenir la SLA, renverser le régime ? – et *a fortiori* qui pourrait s'en charger dans le contexte de la guerre au terrorisme. En revanche, il est évident qu'un certain scepticisme transparaît dans nos propos quant aux bienfaits des interventions armées internationales – scepticisme qui dérape parfois dans une opposition plus ou moins franche. En ce sens, MSF France s'expose à la critique adressée à la section hollandaise : nous ne disons pas que nous sommes contre l'appel aux forces de l'ordre internationales, mais nous le faisons comprendre.

S'agissant du surgissement de la « crise humanitaire » derrière le génocide, il apparaît quasi inévitable. De « *drame humanitaire* » en « *catastrophe sanitaire* » en passant par « *les diarrhées qui tuent plus que les Jenjaweeds* », comment s'étonner que nos propos aient été réinterprétés dans la langue de bois humanitaire ? Surtout lorsque parallèlement on décline la crise, sur l'échelle d'indignation collective, de la position sommitale de « génocide » à celles imprécises

de guerre, rébellion, répression, déplacements forcés de population, etc. A vrai dire, la requalification (in)volontaire du « génocide » en « crise humanitaire » était incontournable pour quiconque entendait faire du sauvetage immédiat des déplacés sa seule et unique priorité⁷⁵.

Pour conclure, avons-nous eu raison de réfuter la qualification de génocide ? D'un point de vue juridique, peut-être pas, même si la commission d'enquête mandatée par le Conseil de sécurité des Nations unies a finalement conclu à l'existence de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité mais pas de génocide, arguant de l'absence d'élément d'intentionnalité. Pour autant, comme le soulignent MSF Hollande et MSF Belgique, il y avait discussion. Légalement parlant, il était exagéré d'accuser de « *distorsions propagandistes* » les partisans de la thèse génocidaire.

D'un point de vue historique, le débat est également ouvert. Certes, aucun chercheur ne conteste l'hétérogénéité entre les massacres et destructions perpétrés au Darfour et l'extermination des Rwandais tutsis. Pour autant, sans entrer dans une discussion aussi complexe que passionnante, les recherches historiques sur le judéocide et les massacres coloniaux (comme la « pacification » de l'Algérie, qui présente de nombreux parallèles avec les formes de la guerre dans l'Ouest soudanais) soulignent les nombreuses passerelles entre les massacres de masse « traditionnels » et la forme moderne du génocide. A vrai dire, comme le soulignait Alain Brossat après le massacre de Srebrenica en 1995 :

« Ce n'est certainement pas en tentant d'imposer un règlement taxinomique à l'emploi du mot génocide que l'on viendra à bout de l'imbrication de l'histoire des massacres et du temps du génocide. Toutes les tentatives pour imposer à coup de décrets terminologiques l'esprit de rigueur là où vaut le flou des définitions et des emplois sont voués à rencontrer d'insurmontables apories.

A l'opposé d'une telle approche, il nous faut mettre à l'épreuve des faits et des événements passés et présents la double exigence : maintenir pour penser l'actualité de la catastrophe au cœur de notre temps, la distinction vectrice entre massacre (traditionnel) et génocide (moderne ou contemporain) et prendre en compte ce qui, constamment, tend à brouiller une telle distinction. Plutôt que d'être éludée par la magie des oukases classificateurs et dénominateurs, la tension inscrite au cœur de cette double exigence doit devenir notre souci et l'objet de notre élaboration. Aucun coup de force énonciatif ne pourra empêcher, au moment même où j'écris ces lignes, la presse de se demander si les massacres successifs au Burundi ne sont pas sur le point de se transformer en génocide. Que la question se pose de savoir au-delà de quel seuil une série (une quantité) de massacres en cours d'accomplissement se transforme en génocide (un saut qualitatif) – voilà qui suffit à désigner l'inanité d'un partage rigide entre une entité simplement massacrante et une essence génocidaire⁷⁶. »

C'est d'un point de vue politique (et non juridique ou historique), que la décision de MSF doit être défendue ou critiquée. A cet égard, on pourrait objecter que le rappel au règlement

75. A cet égard, il y a une incohérence dans le raisonnement des interventionnistes comme François-Xavier Verschave qui nous accusent d'avoir travesti un génocide en catastrophe sanitaire *postbellum*. De leur point de vue, nous avons affaire au Darfour à un génocide « par attrition » (usure, effacement), à savoir, un génocide qui ne procède ni par camp d'extermination, ni par massacres de masse, mais par famine et épidémies. Or, si les acteurs de secours sont plutôt désarmés vis-à-vis des *Interhamwe* et des *Einsatzgruppen*, ils le sont un peu moins face à la faim et aux maladies. Si la véritable ambition des interventionnistes est de sauver d'une mort certaine des centaines de milliers d'Africains menacés d'extermination par « attrition », leur priorité serait d'envoyer une assistance alimentaire et sanitaire massive et non des soldats – sauf si Khartoum s'oppose au passage de l'aide, or ce n'est plus le cas depuis le 21 mai.

76. « A propos de Srebrenica », Alain Brossat, Dialog, 1997.

dans l'usage du mot génocide a eu pour effet pratique de minimiser les exactions commises, de « rassurer le public » au moment même où il fallait alerter, mobiliser. C'est en substance l'une des critiques adressées en interne et à l'international à MSF France. L'objection est partiellement fondée, comme l'atteste l'interprétation dominante de notre message sur le mode : « *puisque ce n'est pas un génocide, c'est donc une simple catastrophe humanitaire.* » Ceci étant, au moment même où nous avons pris position, la crise était à la une de la presse internationale et d'autres intervenants menaient une campagne de mobilisation on ne peut plus offensive contre le régime soudanais. Loin d'occulter la crise en la renvoyant à la rubrique de la barbarie ordinaire des ex-colonisés, la controverse sur le génocide a donné une visibilité plus grande encore à la catastrophe et permis dans une certaine mesure d'alerter et de mobiliser sur ce qui nous semblait la véritable urgence du moment : déployer des secours. Par ailleurs, il était capital pour MSF de prendre ses distances avec le camp interventionniste, quitte à se faire récupérer au passage par Khartoum. Dans le contexte particulier du Soudan, où la plupart des organisations humanitaires ont activement soutenu la rébellion sudiste et manifestent ouvertement leur hostilité politique au régime soudanais, MSF se devait de manifester son indépendance. Surtout dans le contexte de la « guerre à la terreur », la thèse génocidaire ayant un pouvoir descriptif redoutable, confortant le récit d'un Occident salvateur parti en guerre contre des « Arabes » assimilés à des nazis, au Mal absolu.

Reste que la controverse nous a fait prendre conscience du brouillard entourant la notion de génocide et mis en question son utilité pour penser les limites de notre action. L'affirmation, plusieurs fois répétée, que « *s'il y avait un génocide au Darfour, nous appellerions à une intervention armée* », mérite très certainement d'être discutée. Affaire à suivre.

CONCLUSION

En guise de conclusions, voici une brève synthèse des principales remarques contenues dans le document. La réflexion sur « *nos faiblesses et les pistes pour leurs corrections* » révélées par l'intervention Darfour devra être poursuivie ultérieurement avec les membres du CA et de l'exécutif afin de préciser les domaines où MSF devra concentrer ses efforts.

1. « LECTURE DU CONTEXTE D'INTERVENTION ET DÉTERMINATION DES OBJECTIFS HUMANITAIRES DANS CE CONTEXTE »

De manière générale, la lecture du contexte et de nos responsabilités s'est révélée pertinente, ce qui était loin d'être acquis étant donné la confusion entourant la situation politico-militaire et son hyper-politisation nationale et internationale. MSF a su s'affranchir des discours dominants et fonder son intervention sur ses propres analyses. On soulignera néanmoins plusieurs faiblesses.

- **REACTIVITE.** La crise du Darfour a été détectée avec un certain retard. Si ce délai n'a pas pénalisé outre mesure l'opération, il souligne le faible ancrage de MSF dans la société soudanaise, la nécessité d'y développer des réseaux et d'investir dans une politique de formation et fidélisation des cadres soudanais.

- **CHOIX DES SITES D'INTERVENTION**

- La décision d'intervenir dans les camps de déplacés de l'Ouest Darfour s'est avérée pertinente au premier semestre 2004 étant donné l'intensité des destructions dans cette région. En revanche, MSF-F n'a pas su s'adapter au déplacement des violences vers le sud et l'est du Darfour à partir d'avril et surtout juillet 2004.

- Quelques soient nos limites de moyens, l'attention tardive portée aux 80 000 déplacés d'el-Genina (où était basée la coordination) souligne un travers récurrent : « *on ne s'occupe pas assez de ses voisins* » selon l'expression des responsables du desk urgence. Comme l'a également illustré le déploiement des secours post-Tsunami à Aceh, la présence de nombreuses organisations dans une ville facilement accessible et en proie à un activisme humanitaire débridé n'est pas synonyme de satisfaction des besoins élémentaires des personnes les plus affectées.

- Les équipes ont fait preuve d'une grande vigilance vis-à-vis des risques d'instrumentalisation des secours au service de politiques de déplacements forcés de population. Restent les dilemmes soulevés par notre éventuelle participation à la réinstallation des personnes déplacées, qu'il faudra continuer à trancher au cas par cas.
- COMMUNICATION. L'opération Darfour fait ressortir :
 - *Notre propension naturelle à garder le silence par crainte de mettre en péril la sécurité des équipes et l'accès au terrain.* Si la prudence est légitime, MSF-F s'est montrée excessivement frileuse, comme l'illustre son opposition à la diffusion du rapport de MSF-B à la fin 2003.
 - *Les limites et les imprécisions de notre discours sur le génocide qu'il convient de questionner en profondeur.* Il importe de déconstruire l'équation largement admise « génocide = appel aux armes » et de poursuivre la réflexion sur l'utilité de la notion de « génocide » pour penser notre action.
 - *Les excès de la critique des discours identitaires.* A force de rappeler que les « ethnies » et les « races » n'ont pas de réalité en dehors des représentations subjectives et des pratiques qui y sont associées, MSF en vient parfois à nier la prégnance des logiques identitaires dans le conflit.
 - *Une certaine incohérence.* Alors que nous reprochons à la section hollandaise d'outrepasser son rôle en prenant implicitement position pour une intervention internationale, nous nous exprimons publiquement de façon moins voilée encore contre une telle intervention – alors qu'au cours de notre « campagne de diplomatie silencieuse », nous avons appelé les représentations diplomatiques aux Nations unies à intervenir politiquement pour « protéger » les déplacés... La défense de l'indépendance en ces temps de « guerre à la terreur » nous entraîne parfois dans une critique de l'impérialisme libéral qui dépasse la sphère de légitimité que nous revendiquons.
 - *Les potentiels effets pervers des prises de parole publiques de MSF sur les violences sexuelles.* A Mornay pour MSF-F de même qu'à Garsilla pour MSF-H, nos dénonciations publiques des violences faites aux femmes ont été suivies d'une chute des consultations pour viols en raison des mesures d'intimidations prises par les autorités pour dissuader les patientes de venir consulter.

2. « CHOIX DES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS »

Au regard des chiffres de mortalité et des prévalences de malnutrition, l'opération Darfour a fait montre d'une efficacité incontestable. Celle-ci tient aux priorités d'intervention retenues et notamment à l'importance accordée à l'approvisionnement en eau, aux soins de santé secondaires et aux distributions alimentaires pour les enfants de moins de cinq ans. Quelques déficiences méritent toutefois d'être relevées :

- SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE ET RECUEIL DE DONNEES. Si un système de recueil de données et de surveillance épidémiologiques a été mis en place sur tous les terrains à l'ouverture des programmes, celui-ci a d'abord pris une forme non standardisée permettant d'assurer le pilotage de l'opération en gardant les yeux sur quelques grands indicateurs de tendance. On peut regretter que MSF ne soit toujours pas en mesure d'assurer systématiquement et dès le début de ses opérations un recueil de données standardisé et harmonisé à toutes les missions.

- VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE. Les principaux pics de mortalité observés sur nos terrains sont principalement liés à des épidémies de rougeole ayant éclaté là où nous n'avions pas entrepris de campagne de vaccination en raison des contraintes imposées par le ministère de la Santé soudanais. Cette surmortalité rappelle si besoin le risque de s'en remettre aux autorités sanitaires locales en matière de vaccination contre la rougeole (délais d'intervention, qualité des produits, critères d'inclusion) et la nécessité de batailler fermement, lorsque c'est possible, pour assurer nous même ces campagnes.

- EAU, HYGIENE, ET ASSAINISSEMENT. Au global, l'opération Darfour souligne :

- *La nécessité de préserver et renforcer nos capacités d'intervention en matière de programmes EHA.* L'urgence Darfour illustre une fois de plus la disparition des terrains de crise des acteurs autrefois spécialisés en la matière (Oxfam notamment).

- *Les limites des programmes EHA dépourvus de volet hygiène et assainissement* (latrines, ramassage des ordures, distribution de savons) et l'importance de ne pas délaisser ce volet dans nos futures opérations.

- *La trop grande frilosité de MSF à lancer des forages en urgences*, dont la réalisation aurait notamment permis d'être plus efficace dans le contrôle de l'épidémie d'hépatite E.

- *L'épidémie d'hépatite E interroge également nos objectifs de qualité.* MSF-F doit-elle se donner les moyens de mettre en œuvre des techniques de traitement sensiblement plus complexes et onéreuses (tel que le traitement par UV) ?

- NUTRITION ET SECOURS ALIMENTAIRES. Trois types d'intervention nutritionnelles et alimentaires ont été conduits au Darfour : des programmes thérapeutiques avec volet ambulatoire (4 000 admissions) et des programmes supplémentaires progressivement remplacés par des *blanket feeding* (3 000 tonnes d'huile et d'Unimix distribuées à 35-40 000 enfants). Cette approche combinée a grandement contribué à endiguer les risques de famine jusqu'à la régularisation des distributions alimentaires générales du PAM au second semestre 2004.

- **SOINS DE SANTE PRIMAIRE** : Au total, 185 000 consultations ont été réalisées (hors Nyala) entre octobre 2003 et octobre 2004.
- Sur l'ensemble des sites, le nombre de consultations par jour et par consultant dépasse allègrement le seuil des 50. Il atteignait encore 96 consultations à Mornay en septembre 2004, soit 5 minutes par patient en moyenne. Il est clair que la qualité des soins n'a pu que pâtir d'un tel rythme. Celui-ci résulte des difficultés rencontrées pour recruter des médecins ou des assistants médicaux soudanais (en raison notamment d'une politique salariale inadaptée qui fut progressivement corrigée) de même qu'à un triage pas toujours adéquat.
- 41% des consultations ont été consacrées à des enfants de moins de cinq (plus de 70% à Mornay jusqu'à fin avril). Face à la saturation des consultations externes, priorité a été donnée aux enfants. Si ces derniers sont physiologiquement plus vulnérables, un tel triage a néanmoins exclu un certain nombre de cas graves, notamment parmi les personnes âgées.
- **HOSPITALISATION** : Au total, 3 370 admissions ont été réalisées sur la période étudiées, dont 60% pour des enfants de moins de cinq ans. Deux types de structures de référence secondaires ont été utilisés : des centres d'hospitalisation entièrement gérés par MSF (Mornay, Niertiti) et des hôpitaux gouvernementaux (Zalingei, el-Genina) avec lesquels nous avons collaboré.
- L'accessibilité à l'hospitalisation a posé problème à Mornay entre mi-mai et mi-juin où l'on enregistre plus de décès dans le camp que d'admission à l'hôpital. Ce dysfonctionnement rappelle si besoin l'importance de disposer d'un système de recrutement et dépistage performant pour que les activités de soins secondaires aient un impact.
- Le démarrage tardif des activités chirurgicales, plus d'un an après les premières missions exploratoires, et le faible nombre de patients référés questionne la pertinence de l'ouverture d'une mission chirurgicale à el-Genina.
- **VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES** : Quelles que soient les exagérations propagandistes, les viols sont une réalité au Darfour dont on peine à mesurer l'ampleur. Si MSF-F a su dès l'origine offrir des soins spécifiques aux femmes qui s'en déclaraient spontanément victimes, nous avons rencontré des difficultés pour élargir notre recrutement aux femmes qui hésitent à consulter. Les obstacles pratiques sont réels. Mais de toute évidence, les efforts entrepris pour les surmonter n'ont pas été à la hauteur. On retiendra :
 - Seule une action extrêmement volontariste menée par des équipes motivées et compétentes est susceptible d'aboutir à des résultats ;
 - Au-delà des contraintes légales, politiques, sociales en matière d'avortement, l'absence de protocole MSF clair en la matière n'a pas facilité la tâche des équipes qui ont essayé de l'inclure dans l'offre de soins.

- PASSATIONS D'ACTIVITES : au second semestre 2004, une passation plus précoce des activités nutritionnelles aurait peut-être permis de dégager la marge de manœuvre nécessaire pour réorienter une partie des programmes en direction du Sud Darfour où les violences s'étaient déplacées.

- UTILISATION DES ENQUETES DE MORTALITE RETROSPECTIVE. Les débats autour des résultats des études de mortalité rétrospectives conduites dans le camp d'el-Genina rappellent que comme toute enquête par questionnaire, elles sont sujettes à manipulation ou déformation. Ce biais potentiel questionne l'usage que nous en faisons (pour nos opérations comme pour notre communication) et la nécessité d'interpréter leurs résultats au regard d'autres données qualitatives.

3. « ADÉQUATION DES MOYENS ET DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE »

- Si l'on peut aisément calculer la masse monétaire des ressources déployées par MSF lors de l'urgence Darfour, il est en revanche moins aisé de valoriser l'ensemble des ressources allouées au projet et leur affectation respective. L'absence de lien systématique entre la comptabilité des missions et le suivi d'activité tient pour une grande part dans cette faiblesse et plaide en faveur d'un suivi plus régulier et plus intégré des données extra-comptables. Des tentatives de budgétisation par activité ont été menées en 2005 sur quelques urgences et paraissent aller dans ce sens. Ceci pourra permettre à terme de mieux anticiper les besoins à mobiliser en fonction de la nature de la crise et de son ampleur.

- Sur la base des données collectées *a posteriori*, on peut estimer qu'au cours des derniers mois de la période examinée - alors que l'accès au Darfour est facilité - la section française n'a pas manqué de ressources humaines et matérielles. On ignore cependant à partir de quel moment il y a eu ou non - adéquation des moyens. Le fait que le ratio expatrié/bénéficiaire doublât entre février-mars et août-septembre (passant de 1/8000 à 1/4000) montre bien que l'adéquation n'a pas été assurée pendant toute la durée de l'urgence. D'après les témoignages des équipes successives, le nombre d'expatriés était insuffisant par rapport aux besoins au début du programme. Par la suite, l'augmentation progressive de l'effectif a permis de tendre à une meilleure adéquation.

- S'agissant du personnel national, les obstacles au recrutement de personnel qualifié en début d'urgence ont été progressivement gommés. A la fin de l'été, les programmes étaient appuyés par des équipes en quantité et qualité suffisantes. L'urgence Darfour souligne une fois de plus le goulot d'étranglement représenté par une politique de gestion des ressources humaines locales déficiente et les avancées réelles réalisées au cours de l'année.

- La difficulté à corréler les données comptables et les consommations de médicaments au Darfour n'a pas permis d'effectuer un bilan d'efficacité en matière de prescription. Il faut espérer qu'au cours d'une prochaine urgence, il sera possible de procéder à un état chiffré de

quelques pathologies courantes. Pour l'heure, l'exercice a pu être mené sur la distribution de nourriture au Darfour dont le budget équivaut à presque un tiers de l'opération. Il en ressort un écart de 400 tonnes d'*Unimix* entre la sortie de stock et la consommation théorique (soit 14% du volume consommé). Ce différentiel trouve à s'expliquer, mais invite à un meilleur suivi des quantités de nourriture déversées dans ce type d'opération, et notamment des donations faites à MSF. De surcroît, la qualité des produits alimentaires émanant de ces donations devrait sans doute faire l'objet d'une vigilance accrue ; leur origine devant tout au moins être connue et agréé par MSF.

- Au vu des témoignages et de la montée en puissance occasionnée par l'ouverture du Darfour, il semble que le programme ait tendu à une plus grande efficience à l'occasion du deuxième semestre de l'année 2004, ce malgré la difficulté à gérer l'afflux de ressources (« passage de l'AMI au PNUD » selon un coordinateur d'urgence). Il faudra cependant réaliser plusieurs études de coût sur des interventions similaires pour affiner ce type d'analyse et disposer de « standards » de coût et de moyens comparables.

ANNEXES

ANNEXE 1. TERMES DE REFERENCE

PROJET DE REVUE CRITIQUE DES OPÉRATIONS CONDUITES AU DARFOUR,
EN 2003 ET 2004, PAR NOTRE SECTION

Ce travail est placé sous la responsabilité de Jean-Hervé Bradol, président, et d'un autre membre du Conseil d'administration (Virginie Raison ?). Ils associeront étroitement à sa réalisation Thierry Allafort, responsable de programme pour les urgences. Le rapport final devrait être rendu au plus tard fin avril 2005 et donc être disponible pour la semaine des chefs de mission et l'assemblée générale.

Suite aux discussions menées par le conseil d'administration et le comité de direction sur la nécessité d'améliorer le regard critique sur nos opérations, l'exemple du Darfour semble un cas intéressant pour initier une pratique nouvelle, sous la responsabilité du Ca, dans ce domaine le plus souvent présenté comme celui de l'évaluation.

Le terme évaluation n'est pas retenu car il implique, à notre avis, deux conditions :

- l'existence d'un étalon par rapport auquel on mesure un écart, ce qui permet d'attribuer une valeur à l'objet étudié ;
- une grande objectivité de l'outil de mesure, l'équipe d'évaluation et sa méthode de travail, grâce auquel cet écart est mesuré.

Notre ambition est à la fois plus modeste et plus réaliste : mener une revue critique permettant d'identifier nos faiblesses et les pistes pour leur correction. La distance nécessaire à la critique est assurée par la participation de membres du conseil d'administration et de personnalités extérieures.

L'objectif du travail est de permettre l'identification des points de faiblesse pour permettre leur correction par les équipes portant la responsabilité permanente de l'exécution de ce type d'action. Dans ce cas, il s'agit de la direction des opérations, des responsables des urgences et du desk en charge du Soudan. La revue critique a donc une vocation pédagogique pour les personnels de l'exécutif régulièrement en charge de ce type d'opération ce qui justifie leur participation à ce travail.

La réalisation d'une première monographie sur une « grosse urgence », même si elle ne permet pas de répondre à la question de l'appréciation de la globalité de notre activité opérationnelle annuelle, pourrait néanmoins permettre de tester une partie de la nouvelle méthode de travail proposée.

En résumé, la nouvelle méthode proposée, a pour but d'aborder conjointement et de manière articulée 3 aspects principaux :

- La lecture du contexte d'intervention et détermination d'objectifs humanitaires dans ce contexte ;
- La pertinence des activités choisies comme réponse aux questions ci-dessus et résultats de ses activités ;
- Adéquation des moyens et de la structure organisationnelle mis en place avec les besoins induits par la conduite des activités et la réalisation des objectifs ?

Les questions formulées ci-dessous par module, le sont à titre indicatif. Elles devront être précisées par les personnes responsables de chaque module en accord avec les coordinateurs du travail (Jean-Hervé Bradol et Virginie Raison?)

I^{ER} MODULE, COMPRÉHENSION DU CONTEXTE ET CHOIX DES OBJECTIFS HUMANITAIRES :

- Les éléments principaux de la dynamique de ce conflit ont-ils été saisis correctement par nos équipes et à quel rythme (histoire et logiques politiques à l'œuvre dans le Darfour, la dimension régionale du conflit, le cas du Tchad, les intérêts des puissances internationales ...) ?
- Comment ont été identifiés les enjeux et les objectifs humanitaires dans ce contexte ?
- Les sites et les groupes cibles de nos actions sont-ils cohérents avec notre analyse du contexte et les objectifs humanitaires identifiés ?
- Nos messages publics (relations presse et messages de collecte de fonds) ont-ils correctement rendus compte des besoins, des problèmes rencontrés et des résultats des secours ?

Équipe : Virginie Raison, Fabrice Weissman, Marc Lavergne
Moyens : 2 mois de CDD

2^{ÈME} MODULE, CHOIX DES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS :

- Les choix réalisés en matière d'activités étaient-ils cohérents avec l'analyse des enjeux humanitaires et les besoins des groupes cibles ?
- Le déploiement des activités a-t-il été effectué dans un rythme satisfaisant ?
- Quels en sont les principaux résultats (mortalité, malnutrition, eau potable etc.) ?

Equipe : Marie-Pierre Allié, Marie-Christine Férrir, Epicentre

Moyens : 2 mois de CDD

3^{ÈME} MODULE, ADÉQUATION DES MOYENS ET DE LA STRUCTURE

ORGANISATIONNELLE MIS EN PLACE AVEC LES BESOINS INDUITS PAR LA CONDUITE
DES ACTIVITÉS ET LA RÉALISATION DES OBJECTIFS :

- Le rythme de déploiement des équipes par rapport au rythme d'obtention des autorisations de travail ?
- Identification des principaux facteurs limitant la vitesse du déploiement et la qualité du pilotage de l'opération ?
- Estimation des coûts à l'unité (une consultation médicale, la réhabilitation nutritionnelle d'un enfant etc.) ?
- Identification des principales sources de « gaspillage » ?

Equipe : Philippe Houdart, ami de Bénédicte Jeannerod

Moyens : 2 mois de CDD

Rapport de synthèse

Le travail se terminera par la remise d'un rapport de synthèse reprenant les 3 modules auxquels s'ajoutera un court texte de synthèse (Jean-Hervé Bradol et Virginie Raison ?). Outre le résumé des conclusions du travail des 3 différents modules ce document de synthèse abordera le rôle joué par notre section vis à vis des autres sections du mouvement et des principaux organismes d'aide.

ANNEXE 2. LISTE DES PRINCIPALES PERSONNES INTERVIEWEES

1. Thierry Allafort-Duverger (MSF-F, responsable du desk urgence)
2. Christophe André (MSF-F, contrôle de gestion)
3. Dr Emmanuel Baron (MSF-F, directeur du département médical)
4. Eric Barte de Sainte Fare (MSF-F, responsable logistique, desk d'urgence)
5. Camille Bauer (journaliste Afrique à l'*Humanité*)
6. Dr. Jean-Hervé Bradol (MSF-F, président)
7. Dr. Jean-Clément Cabrol (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
8. Dr Anne-Sophie Coutin (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
9. Xavier Crombé (MSF-F, adjoint coordination d'urgence, Darfour)
10. Isabelle de Fourny (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
11. François Delfosse (MSF-F, chef de mission Khartoum)
12. Nicolas de Torrente (MSF-USA, directeur général)
13. Francisco Diaz (MSF-F, directeur de la logistique)
14. Thierry Durand (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
15. Françoise Duroc (MSF-CH, chercheur, violences faites aux femmes)
16. Dr Gregory Elder (MSF-F, chef de mission Khartoum)
17. Caroline Fauvel (MSF-F, responsable ressources humaines, desk d'urgence)
18. Christophe Fournier (MSF-F, responsable du desk Soudan)
19. Etienne Gignoux (MSF-F, coordination d'urgence, logistique, Paris)
20. Xavier Guinotte (MSF-F, responsable adjoint du desk Soudan)
21. Dr. Catherine Hewison (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
22. Dr Sinan Khaddaj (MSF-F, référent chirurgie)
23. Marc Lavergne (chercheur au CNRS, spécialiste du Soudan)
24. Coralie Lechelle (MSF-F, responsable terrain Intifada, Mornay)
25. Guillaume Legallais (MSF-F, directeur des opérations)
26. Dr Chiara Lepora (MSF-F, médecin volant santé des femmes, Darfour)
27. Laurent Ligozat (MSF-CH, desk d'urgence)
28. Jean-Sébastien Matte (MSF-F, logisticien, Intifada, Mornay)
29. Chantal Mir (MSF-F, administratrice d'urgence, Darfour)
30. Véronique Mulloni (MSF-F, responsable EHA)
31. Jérôme Oberreit (MSF-B, desk Soudan)
32. Stephan Oberreit (MSF-F, directeur de la communication)
33. Briff Relley (MSF-USA, UN *liaison officer*)
34. Stéphane Robin (MSF-F, directeur ressources humaines terrain)
35. Marie-Noëlle Rodrigues (MSF-F, responsable adjoint desk d'urgence)
36. Sabine Roquefort (MSF-F, coordination d'urgence, Darfour)
37. Pierre Salignon (MSF-F, directeur général)
38. Marc Sauvagnac (MSF-F, directeur financier)
39. Sebastiano Siringo (MSF-F, logisticien, Zalingei)
40. Dr Mercedes Tatay (MSF-F, responsable adjoint du desk urgence)
41. Dr Milton Tectonidis (MSF-F, médecin volant urgence Darfour)
42. Ibrahim Younis (MSF-B, coordinateur d'urgence, Darfour/Tchad)