

Déplacements de populations, enjeux et dilemmes.

par Rony Brauman*

La base juridique du Haut-Commissariat aux réfugiés des Nations unies (HCR) est la Convention de Genève de 1951. Elle prévoit, par exemple, un statut juridique et la fourniture d'assistance aux réfugiés. Rédigée à l'origine à l'intention des réfugiés d'Europe de l'Est, elle excluait de fait l'URSS et les pays communistes, mais aussi les pays d'Afrique, puisqu'elle s'appliquait uniquement aux faits liés à la Seconde Guerre mondiale et aux débuts de la guerre froide. Dans les années 1970, dans les pays du Sud, le nombre de réfugiés dû à la guerre et aux violences politiques s'est considérablement accru. Depuis, le droit en faveur des réfugiés s'est assoupli et la Convention de Genève a été élargie pour devenir universelle.

L'une des grandes innovations de la Convention est la possibilité de mettre en œuvre une procédure collective, permettant ainsi à des groupes entiers de se voir reconnaître le statut de réfugié. Ce changement facilite l'accueil de grandes populations de réfugiés du Sud, liés à la guerre plus qu'aux persécutions politiques, dans des pays qui disposent parfois de moyens limités. En pratique, cette procédure collective permet la formation de camps, à l'intérieur desquels chaque réfugié fait également l'objet d'un enregistrement individuel lui donnant accès aux dispositifs d'assistance mis en œuvre par les Nations unies et les organisations humanitaires privées. La recrudescence des conflits armés dans le tiers monde a provoqué l'accroissement exponentiel du nombre de réfugiés recensés dans le monde : en 1976, les réfugiés assistés par le HCR étaient 3 millions, en 1982, ce chiffre est passé à 11 millions et il n'a cessé de croître jusqu'aux années 1990.

Il existe une différence notable entre les réfugiés ayant quitté leur propre pays et franchi une frontière internationale, et ceux ayant fui leur résidence habituelle en raison de la guerre. Ces derniers sont en quelque sorte des réfugiés de l'intérieur. On les distingue par la formule « personnes déplacées » (Internally Displaced Persons ou IDP's dans le jargon de l'aide internationale). Du fait de l'état de guerre dans leur pays, ils sont protégés par la Convention de Genève de 1949 qui concerne les populations affectées par la guerre dans leur propre pays, tandis que la Convention de 1951 gère celles qui ont fui des violences ou des persécutions vers un pays d'accueil. Ces distinctions juridiques traduisent des différences sensibles sur les plans politique et pratique.

Les camps de personnes déplacées, situés à l'intérieur même de leur pays, sont placés sous l'autorité administrative du gouvernement et de l'armée, nécessairement impliqués dans le conflit qui est à l'origine du déplacement de population. Les camps de réfugiés sont, quant à eux, sous l'autorité légale du gouvernement du pays d'accueil qui délègue volontiers cette tutelle au HCR. Les ONG peuvent alors seconder, à sa demande, le HCR en réalisant les opérations d'assistance sur le terrain.

Les intervenants humanitaires ont donc *a priori* une marge d'action plus grande dans les camps de réfugiés sous mandat du HCR, que dans les camps de déplacés gérés par les autorités gouvernementales. *A priori*, car, de fait, tous les camps de réfugiés, qu'ils soient dans leur propre pays ou dans un pays d'accueil, restent, malgré leur vocation à être des sanctuaires humanitaires, des lieux politiques ; la guerre qui en est à l'origine ne s'arrêtant pas à leurs portes. Les acteurs humanitaires doivent en tenir compte, sous peine de devenir à leur insu les soutiens de certains belligérants. Les camps de réfugiés établis dans l'Est du Zaïre/Congo après le génocide des Rwandais tutsis en fournissent une illustration particulièrement démonstrative.

En quelques jours, dans la province du Kivu frontalière du Rwanda, une masse de plus d'un million de personnes a déferlé en juillet 1994. Cette population, encadrée par l'administration et l'armée

* Professeur à l'Institut d'Études politiques (Paris), Directeur de recherches à la Fondation Médecins sans Frontières

Version écrite avec la collaboration de Gwenaëlle Aznar.

de l'ancien régime, fuyait la guerre et la victoire de l'opposition armée conduite par le FPR (Front patriotique rwandais), redoutant les représailles du nouveau gouvernement. Crainte fondée, car la « loi des suspects » et les tueries de civils qui en sont la conséquence étaient devenues la règle dans ce pays. Le HCR, les ONG, de nombreux gouvernements se sont très vite mobilisés pour l'organisation des secours, d'autant plus urgents qu'une épidémie de choléra éclatait dans les jours suivant l'arrivée des réfugiés.

Dans une ambiance chaotique, marquée par la violence et la mort, comme par la présence des médias internationaux et de secouristes de toutes origines, un énorme dispositif d'assistance voyait le jour. Toute tentative de distinction entre réfugiés et assassins fut suspendue, les impératifs de soins aux malades et de protection de la santé publique l'emportant sur le reste. L'assistance, pour être efficace, devait s'adresser à l'ensemble de la population du Kivu. Une fois l'épidémie passée, les criminels en fuite n'étant pas supposés bénéficier de la protection des Nations unies ou des dispositifs humanitaires internationaux, les principales ONG présentes dans les camps protestèrent. Ils en appelèrent au Conseil de sécurité des Nations unies, demandant l'envoi d'une force de police internationale capable de séparer les génocidaires de la masse de la population réfugiée. Le déploiement de Casques bleus fut discuté à plusieurs reprises par le Conseil de sécurité, mais en vain. Entretemps, chacun s'était remis au travail dans les centres de nutrition, les dispensaires, les hôpitaux, les entrepôts de vivres et de matériel de secours, tandis que se réorganisait, à l'abri et avec les moyens du dispositif de l'aide, l'appareil politico-militaire du gouvernement en place pendant le génocide.

Des responsables et acteurs directs du génocide qui encadraient les réfugiés et quadrillaient les camps étaient dorénavant officiellement reconnus comme interlocuteurs opérationnels des organismes d'aide. Cela signifie qu'ils assuraient le recrutement des quelques milliers de « réfugiés » employés comme auxiliaires techniques et administratifs des ONG, la gestion des entrepôts, la constitution des listes de bénéficiaires de l'aide, l'organisation des distributions. En d'autres termes, le système de l'aide fournissait à un régime criminel les ressources symboliques et matérielles dont il avait besoin pour établir et étendre son contrôle sur une population de centaines de milliers de personnes. Très vite, outre les innombrables violences souvent meurtrières commises à l'intérieur des camps contre les récalcitrants, des attaques militaires furent lancées contre le Rwanda. Une nouvelle guerre se préparait, financée entre autres par l'aide internationale.

Une minorité d'ONG refusèrent de poursuivre leur travail dans de telles conditions, expliquant publiquement leur position. La majorité de leurs consœurs firent le choix de rester jusqu'au bout, « crise humanitaire » oblige. La guerre qui éclata dans l'Est du Zaïre en novembre 1997, lorsque l'armée rwandaise attaqua les camps, entraîna la dispersion générale. Près de 200 000 personnes, traquées par les soldats rwandais, périrent de faim, de maladie, de violences au cours des mois suivants. À nouveau, des organisations humanitaires acceptèrent de se laisser instrumentaliser, cette fois par les ennemis de ceux qu'elles assistaient jusqu'alors. Des milliers de personnes furent abattues sur place, du fait de la présence d' « officiers de liaison » qui accompagnaient les équipes humanitaires et localisaient ainsi les fuyards. Celles qui avaient été épargnées furent rapatriées de gré ou de force par le HCR au Rwanda où elles furent, soit emprisonnées, soit regroupées dans des camps de déplacés, soit renvoyées dans leurs villages.

Cette situation particulière reste exceptionnelle, mais les pratiques humanitaires utilisées sont celles que l'on retrouve ordinairement dans les camps de réfugiés. Moyens et techniques habituels furent appliqués avec méthode par des opérateurs expérimentés. Les évaluations épidémiologiques, du moins pendant les trois années de « stabilité » des camps, ne pouvaient que confirmer la pertinence technique de l'action menée, même si ce succès opérationnel n'a pas été sans zones d'ombre.

Les institutions humanitaires secrètent leurs besoins propres, qu'elles identifient trop souvent à ceux de leurs supposés « bénéficiaires ». Placés sous la double pression de leurs donateurs

institutionnels et de leur conviction que l'action est toujours préférable à l'abstention, les humanitaires peuvent ainsi devenir, malgré eux, les auxiliaires de politiques criminelles. Ce sont souvent les mêmes qui, dans des situations où la charge politique qui pèse sur eux est moindre, accomplissent un travail salutaire. Il est donc essentiel, si l'on veut préserver le sens de l'aide humanitaire, de savoir dans quel contexte le déploiement de moyens logistiques et de savoir-faire techniques nécessaires à l'aide sanitaire prend place.

A. L'aide comme levier politique

Les camps de réfugiés ne sont pas tous sous le contrôle de telles autorités criminelles, mais tous sont des lieux créateurs de rivalités de pouvoir pour le contrôle des populations et des ressources matérielles. Cette réalité s'est développée depuis que le phénomène des camps de réfugiés comme territoire humanitaire est apparu. Cela s'est passé à la fin des années 1970 dans les camps de Cambodgiens en Thaïlande. La nouveauté de cette situation, tant sur les plans politique que médical, justifie que l'on s'y arrête.

Suite au renversement du régime de Pol Pot en janvier 1979 par l'armée vietnamienne, plusieurs dizaines de milliers de Cambodgiens vinrent s'échouer dans le no man's land qui sépare la Thaïlande du Cambodge. Arrivés au terme d'une marche forcée de plusieurs mois en forêt sous la pression des forces vietnamiennes, pendant laquelle ils ne s'étaient nourris que de ce qu'ils pouvaient trouver sur leur chemin, les réfugiés se trouvaient majoritairement dans un état grave de dénutrition. Beaucoup moururent dans les jours suivant leur arrivée, tandis que le dispositif de l'aide peinait à se mettre en place. En effet, dans un premier temps, le gouvernement thaïlandais refusa l'accès à une zone militairement sensible, bloquant à Bangkok les équipes venues de l'étranger. Seules les quelques ONG déjà sur place purent commencer à dispenser quelques soins, très en deçà de ce qui était nécessaire. Pour accomplir correctement leur tâche dans ces conditions, il aurait fallu disposer d'emblée de matériel médical et de médicaments, de moyens de stockage et de transport, mais aucune d'entre elles n'était équipée pour répondre à une telle urgence.

Sous la pression des médias internationaux et des diplomaties occidentales, le gouvernement thaïlandais ouvrit la région aux secours étrangers. La situation s'améliora peu à peu, même si cette période d'attente fut fatale aux personnes les plus gravement atteintes. De nouveaux groupes de Cambodgiens continuèrent d'arriver au cours des semaines suivantes, portant à 300 000 le nombre de réfugiés. Ils furent installés dans différents camps établis le long de la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande.

Une configuration inédite résulta de cette invasion vietnamienne, soutenue par les gouvernements alliés de l'URSS et condamnée notamment par les voisins antisoviétiques du Cambodge : la Thaïlande et la Chine. Le nouveau pouvoir cambodgien installé à Phnom Penh par les Vietnamiens ne fut pas reconnu par l'ONU, ce qui impliquait le maintien de la reconnaissance internationale des Khmers rouges. Au regard du droit, les camps de frontière étaient ainsi sous l'autorité de Pol Pot. De ce fait, le dictateur s'imposait comme interlocuteur des Nations unies et des États occidentaux. Les troupes khmères rouges avaient entraîné dans leur retraite des dizaines de milliers de personnes, utilisées comme main-d'œuvre servile dans leurs bases et pendant leurs mouvements. Ce sont elles qui avaient formé le premier noyau de réfugiés, élargi peu après à des groupes de civils mobilisés et utilisés par le prince Sihanouk ou l'ancien Premier ministre Son San. Chacun de ces partis, rassemblés en un front nationaliste antivietnamien, administrait une portion de la zone frontière sous le contrôle de l'armée thaïlandaise. Cette dernière considérait ces forces comme un bouclier face à la redoutée armée vietnamienne.

Ce déplacement de populations entraîna la plus importante mobilisation humanitaire, organismes privés et onusiens confondus, depuis la guerre du Biafra. La très forte médiatisation de cette situation, survenue quatre ans seulement après la fin de la guerre du Vietnam, et la gravité de

l'état initial des réfugiés déclenchèrent un afflux de dons privés et de financements publics sans précédent. Le dispositif d'assistance, placé sous la coordination d'une agence des Nations unies spécifiquement créée pour cette situation (UNBRO : United Nations Border Relief Operation), allait durer douze ans, jusqu'au rapatriement des réfugiés au Cambodge en 1992. Disposant de moyens financiers considérables et d'une grande latitude d'action, les ONG pratiquant la médecine transformèrent leurs méthodes de travail. Hôpitaux mobiles de campagne, centres de nutrition thérapeutique, systèmes de surveillance des maladies transmissibles, techniques de potabilisation et de contrôle de l'eau, flotte de véhicules, ateliers, moyens de radiocommunication devinrent, au cours des années 1980, les instruments ordinaires des secours médicaux qui allaient désormais être utilisés en situation de crise majeure. Tant sur le plan des moyens matériels mis en œuvre que sur celui de l'organisation générale des secours, la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande fut, à partir de 1980, le lieu principal du renouvellement de la pratique médicale humanitaire.

Au Cambodge même, la plus grande partie du territoire se trouvait sous l'autorité d'un gouvernement non reconnu entravant l'assistance internationale : les agences onusiennes ne pouvaient pas s'y installer, les diplomaties occidentales ne le voulaient pas. Les images des dizaines de milliers de personnes parvenues en Thaïlande dans un état effroyable avaient fait les gros titres des médias, imposant l'idée qu'une famine ravageait le pays. De multiples appels avaient été très vite lancés par des associations de solidarité privées, des agences de l'ONU et des gouvernements, afin de répondre à l'urgence. Le gouvernement de Phnom Penh utilisa cette mobilisation pour une aide d'urgence comme un moyen de sortir de l'isolement et d'engager des relations d'État à État afin d'obtenir une reconnaissance de fait, sinon de droit. Il fut toutefois inflexible dans son exigence de contrôle de l'aide et refusa, à de très rares exceptions près, que les organismes travaillant au Cambodge soient également présents dans les camps de la zone frontalière en territoire thaïlandais. Dans ce contexte fortement polarisé, le mouvement humanitaire se divisa entre ceux qui estimaient prioritaire de travailler à l'intérieur du Cambodge et ceux qui refusaient de se placer sous le contrôle de ce régime, qu'ils accusaient de détourner l'aide à son profit et à celui de l'armée vietnamienne. Cette division persista tout au long des années 1980, jusqu'à l'accord politique qui mit fin au conflit et permit le retour des réfugiés, en 1992.

Les événements politiques à l'origine des déplacements de populations posent donc de difficiles problèmes aux intervenants humanitaires qui doivent s'efforcer de diriger leur aide en fonction des besoins, en évitant d'être happés par les logiques de pouvoir qui ne disparaissent pas à l'entrée des camps. S'il est impensable d'échapper totalement à l'instrumentalisation politique, il est le plus souvent possible de construire des marges de liberté permettant aux acteurs de l'aide de mener des opérations de secours efficaces, conformes au premier des principes humanitaires, l'impartialité. Pour cela, la médecine humanitaire de guerre exige un encadrement expérimenté sur le terrain – ainsi qu'au siège des organisations – capable de négocier avec les belligérants sur la base des droits et obligations qui leur sont reconnus par les conventions de Genève. En cas de blocage, la protestation, voire la dénonciation dans la presse locale et internationale, sont des instruments utiles, peu de forces politiques étant insensibles à leur image publique.

B. Organiser l'aide médicale

1. *Les conséquences sanitaires des conflits armés*

Outre les déplacements de populations, les conflits entraînent une désorganisation des services de santé existants. L'offre de soins diminue, tandis que la demande progresse : augmentation des pathologies infectieuses, de la malnutrition aiguë et apparition de foyers épidémiques. La très grande majorité des famines de ces cent cinquante dernières années sont étroitement liées à des conflits armés, parfois en raison de blocus ou de pillages de récolte et de bétail, souvent en raison du déracinement et de la difficulté extrême qui en résulte pour les populations déplacées de subvenir à leurs besoins. La corrélation n'est pas aussi nette pour les épidémies qui peuvent

survenir en dehors de tout conflit, mais nombre d'entre elles, favorisées par l'effondrement des infrastructures médicales, se développent dans ces conditions. Maladies infectieuses et parasitaires ont ainsi connu de fortes résurgences dans les pays africains frappés par la guerre.

La présence d'équipes médicales étrangères permet de répondre, en partie, à ces besoins nouveaux. Elle offre également l'avantage, du fait de leur neutralité au conflit, de soustraire partiellement les hôpitaux et dispensaires à l'emprise des belligérants. Il est fréquent que des équipes locales puissent rester à leur poste dès lors que des intervenants étrangers reconnus comme humanitaires s'installent à leurs côtés.

En dehors des conflits urbains, les problèmes prioritaires sont les maladies infectieuses et parasitaires, les plaies de guerre ne représentant qu'une faible partie des besoins médicaux. Seules les guerres urbaines produisent un grand nombre de blessés opérables.

La médecine humanitaire de guerre est donc le plus souvent une médecine de personnes déplacées par un conflit. Elle prend généralement place dans des régions rurales difficiles d'accès. Au fil de l'expérience acquise à partir des années 1970-1980, période d'accroissement intense des exodes de guerre et de multiplication des camps de réfugiés, des savoir-faire ont peu à peu été construits, organisés en techniques d'intervention dans lesquelles l'épidémiologie et la logistique tiennent une place importante.

Les camps de la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, mais aussi ceux de Somalie en 1977-1978, furent pour de nombreuses ONG et agences de l'ONU les terrains où elles élaborèrent leurs premiers dispositifs opérationnels. Au fil des années, des listes standardisées de médicaments et de matériel furent constituées, l'ensemble étant conditionné en kits et accompagné de manuels d'utilisation. Des guides cliniques et thérapeutiques furent édités ainsi que des manuels d'assainissement. Cette façon de faire permettait d'aider les équipes de terrain et de simplifier l'approvisionnement des moyens matériels et le suivi des opérations. Sur le plan médical, les pratiques des soignants furent ainsi homogénéisées. Pour autant, ces nouveaux dispositifs doivent être modulés en fonction des circonstances et être adaptés au cas par cas. Par ailleurs, le moment de l'arrivée et de l'installation des réfugiés diffère de la période suivante, celle de l'établissement, qui peut durer des années.

2. L'évaluation initiale

Pendant la phase d'urgence, parfois marquée par une mortalité élevée, l'intervention repose sur une première évaluation qui doit être conduite par une équipe expérimentée. Après avoir établi les contacts avec les autorités nationales et locales, l'équipe doit s'efforcer de répondre à quatre questions primordiales portant sur l'historique du déplacement, la structure de la population, les ressources disponibles et les principaux problèmes de santé publique.

L'historique porte sur l'état de santé général de la population, les moyens sanitaires existants et les raisons de l'exode.

La connaissance du nombre et de la distribution par âge de la population est nécessaire pour mettre en place la surveillance épidémiologique et calculer les besoins généraux en alimentation et fournitures générales (abris, couvertures, ustensiles de cuisine...). Lorsque l'enregistrement des réfugiés à leur arrivée n'est pas réalisable, comme c'est le cas lors d'exodes massifs, les épidémiologistes déterminent approximativement le nombre moyen de personnes par abri. Toutefois, il arrive qu'une telle évaluation soit impossible, les autorités politiques considérant le nombre des réfugiés comme relevant de leur seule compétence. Ces restrictions sont en général d'ordre économique. En effet, les subsides de l'aide internationale sont proportionnels au nombre de réfugiés. Dans tous les cas, l'assistance médicale finit par s'ajuster aux réalités après une période de tâtonnements. Reste que, dans de telles conditions, le calcul du taux initial de mortalité et le suivi de celle-ci, important pour la mise en place des secours, sont rendus difficiles

et sujets à de larges marges d'erreur.

L'évaluation des ressources matérielles comprend les conditions d'hébergement ainsi que l'approvisionnement en nourriture et en eau. Le choix du site d'installation des camps revient généralement aux autorités du pays, parfois avec l'appui du HCR. L'organisation de l'habitat doit être conçue pour éviter les concentrations susceptibles de favoriser les épidémies. De plus, pour des raisons humaines et matérielles, les « petits » camps (moins de 10 000 personnes) sont préférés. Mais le plus souvent, les raisons économiques et politiques des autorités gouvernementales conduisent à la formation de camps pouvant dépasser la centaine de milliers de personnes. L'eau et l'assainissement font partie des priorités immédiates, suivies par la construction de latrines et la collecte des déchets. L'eau peut être pompée dans un cours d'eau proche ou apportée par camion-citerne. Des logisticiens et des techniciens d'assainissement, indispensables, mènent à bien ces tâches pendant que les médecins veillent à l'administration de la ration alimentaire nécessaire au rétablissement de la population.

3. Phase aiguë : les principaux problèmes de santé

Dans les regroupements de populations réfugiées en milieu tropical, on rencontre généralement cinq pathologies majeures : rougeole, diarrhées, infections respiratoires aiguës, paludisme et malnutrition. La vaccination de masse, la mise en place de centres de réhydratation orale et de dispensaires curatifs permettent d'apporter une solution aux quatre premières. Au cours de ces dernières années, les organisations humanitaires ont intégré à leur offre de soins la prise en charge psychologique des souffrances et troubles mentaux consécutifs à des violences comme les viols.

Grâce à la surveillance épidémiologique, l'équipe médicale s'adapte à l'évolution des besoins et intervient dès l'apparition d'une épidémie. Le taux brut quotidien de mortalité est l'indicateur le plus utile, le seuil de gravité étant de 2 décès pour 10 000 personnes par jour. Il doit être mesuré régulièrement, ce que permettent les visites à domicile (home visiting dans le jargon humanitaire) et l'inspection des cimetières (lorsqu'ils existent). Le passage de la mortalité vers des taux comparables à ceux du pays d'origine ou d'accueil marque le début de la phase chronique.

4. La phase chronique

Une fois la période d'urgence passée, la surveillance épidémiologique doit éviter l'écueil de la routine et rester sensible aux signaux d'alerte. La présence médicale, indispensable, doit être allégée dans cette phase chronique pendant laquelle les problèmes et les réponses changent, non pas de nature, mais d'ampleur.

Ces tâches variées impliquent le recrutement de personnel local dans différents domaines (médical, paramédical, logistique et administratif). On compte, en moyenne, dix employés locaux pour un expatrié. Recrutement délicat : il faut éviter une concurrence malsaine de salaires avec les structures médicales locales et veiller à ne pas favoriser un groupe – ethnique, politique ou national – afin de ne pas provoquer de dangereuses tensions. La répartition du travail entre les différents intervenants (ONG, agences onusiennes, pouvoirs publics locaux) dans des instances de coordination ad hoc est également source de friction. D'une part, parce que l'évaluation des besoins et la réponse aux crises ne sont pas des sciences exactes, d'autre part, parce que les institutions d'aide fonctionnent selon des rythmes et des contraintes très différents.

5. Terminer une mission

Le retour des réfugiés dans leur pays est l'un des premiers signes de la fin des hostilités. La quasi-totalité des camps de réfugiés apparus dans les années 1970-1980 a disparu au cours des

années 1990, une partie d'entre eux s'étant fondue dans la population du pays d'accueil, l'autre étant rentrée chez elle.

Il est arrivé que le démantèlement des camps s'opère en l'espace de quelques mois, voire quelques semaines, une fois acquises les conditions propices au retour, c'est-à-dire un accord politique mettant fin au conflit dans le pays d'origine. Le HCR est fréquemment requis par les gouvernements concernés pour organiser un rapatriement ordonné et volontaire des réfugiés. L'enjeu symbolique est toujours de taille, puisqu'il s'agit idéalement pour les autorités politiques locales et les Nations unies de mettre en scène la preuve tangible de la normalisation, après une période généralement longue de violence et de chaos. Ainsi, en 1992-1993, au Cambodge, au Mozambique et au Salvador, furent organisés des convois chargés de familles rentrant au pays dans le cadre de rapatriements ordonnés. Ces opérations firent l'objet d'une couverture médiatique – locale – attestant pour le reste de la population l'avènement de temps supposés nouveaux. Des équipes médicales humanitaires furent mobilisées pour accompagner ces mouvements, prendre soin des malades et parer à toute éventualité sanitaire, bien que les risques fussent minimes. Leur présence faisait partie de la symbolique recherchée, à laquelle elles se prêtèrent volontiers.

En pratique toutefois, seule une partie, parfois même très minoritaire, de la population concernée emprunte les canaux soigneusement préparés pour elle, les réfugiés décidant le plus souvent eux-mêmes de leurs dates et modalités de retour et se déroband à la sollicitude du système de l'aide. On a vu ainsi, en marge du rapatriement organisé, les immenses camps de Mozambicains regroupant des centaines de milliers de personnes fondre en l'espace de quelques jours, tandis que les Nations unies et les ONG travaillaient encore à la préparation de leur transport à partir du Malawi.

Par ailleurs, entre la guerre ouverte et la paix, des situations de conflictualité persistante, d'insécurité locale se présentent parfois. La crainte fondée d'être soumis à des violences est, en principe, un motif suffisant pour obtenir et conserver le statut de réfugié. Mais il arrive que les contraintes politiques prennent le pas sur le droit et le HCR a été, à plusieurs reprises dans son histoire, engagé dans des opérations de rapatriement qui n'avaient de volontaires que le nom. Ce fut notamment le cas pour les Ougandais refoulés du Zaïre en 1986, les Rohyngas de Birmanie, expulsés du Bangladesh en 1992, ou encore les Rwandais rapatriés du Zaïre vers le Rwanda en 1997. Chaque fois, des ONG s'efforcèrent, généralement sans succès, de s'opposer à ces expulsions en alertant la presse et, parfois, en demandant à des diplomates localement influents d'intervenir en ce sens auprès des autorités.

6. Les missions clandestines

Au cours des années 1980, les ONG médicales françaises ont organisé des missions clandestines dans des pays en guerre dont les gouvernements leur interdisaient l'accès. Si elles étaient clandestines, ces activités n'étaient pas pour autant secrètes. Les ONG concernées mettaient au contraire publiquement en avant leur présence sur ces terrains, dans les régions contrôlées par les guérillas. Ce type d'action a fortement contribué à la notoriété internationale des ONG médicales françaises qui se sont notamment illustrées en Afghanistan.

Le travail effectué clandestinement dans les maquis rebelles (Afghanistan, Érythrée, Tchad, Angola) était limité sur le plan médical en raison des difficultés logistiques particulières à ce genre de terrain. Dépendant pour l'essentiel des filières d'approvisionnement des guérillas, il était effectué dans des conditions précaires et, parfois, très dangereuses, notamment en Afghanistan du fait de l'étendue et du relief du pays qui imposaient de longues expéditions en altitude, exposées aux attaques de l'Armée rouge avant d'arriver à destination. Les équipes médicales y restaient isolées pendant toute la durée de l'hiver. Dans de telles conditions, il était impossible d'aller au-delà des soins de base dispensés dans des postes de santé ruraux improvisés ou dans de

modestes hôpitaux de brousse. Il arrivait cependant que des blessés y soient emmenés, en cas de bombardements ou d'affrontements armés proches, et les médecins devaient alors se faire chirurgiens, avec les quelques instruments dont ils disposaient.

Dans d'autres pays, tels l'Angola, l'Érythrée, le Salvador ou le Tchad, moins difficiles d'accès, les rotations de volontaires étaient moins périlleuses, quoique toujours risquées. Même si les organisations humanitaires sur place, purement privées, ne permettaient pas aux mouvements rebelles d'accéder à une reconnaissance politique internationale, la présence de cette aide humanitaire revêtait une dimension symbolique importante. Elle renforçait auprès de la population le prestige des dirigeants qui les y avaient reçus et contribuait à rompre leur isolement. Ainsi les organisations humanitaires médicales françaises ont-elles joué un rôle d'alerte et de critique vis-à-vis de la guerre soviétique en Afghanistan dont elles ont dénoncé les dévastations. Ce faisant, elles ont contribué à médiatiser des mouvements de résistance ou d'opposition armée peu connus ou mal considérés du fait de leurs alliances peu présentables. Ce fut notamment le cas pour les maquis de l'UNITA en Angola, soutenus par l'Afrique du Sud et, de ce fait, stigmatisés comme soutiens de l'apartheid. L'action d'organisations humanitaires dans la partie du pays contrôlée par ce groupe combattant servait les intérêts politiques de celui-ci en le désenclavant en partie, particulièrement aux yeux de sa propre population. C'est sans doute pourquoi ses leaders ont voulu, au prix de nombreuses difficultés logistiques, ouvrir un espace à la médecine humanitaire. La raison politique n'est pas la raison humanitaire, mais elle peut y contribuer en la renforçant indirectement.

Les interventions clandestines ont peu à peu disparu avec la fin de la guerre froide. Elles étaient jusqu'alors justifiées par la fermeture de certains pays en guerre aux ONG humanitaires. Lorsqu'une telle situation se présentait, il fallait, pour contourner l'obstacle, qu'un pays voisin accepte de laisser les équipes de secours transiter par son territoire. C'est par exemple ce que faisaient le Pakistan pour l'Afghanistan, le Zaïre pour l'Angola, le Soudan pour l'Érythrée, le Honduras pour le Salvador, ces pays de passage étant autant de sanctuaires plus ou moins clairement avoués pour les mouvements de guérilla qui y établissaient des bases, voire des représentations officielles. Les camps de réfugiés étaient, sous le contrôle de partis liés aux guérillas, ce qui augmentait leur marge de manœuvre. Dans le nouvel ordre politique issu de l'effondrement de l'URSS, ce type de configuration politique n'existe plus, les soutiens aux groupes armés rebelles n'étant plus officiellement admis, même si, bien entendu, ils continuent d'exister sous des formes plus discrètes. De plus et surtout, il est exceptionnel que les guérillas contrôlent de manière stable des territoires étendus comprenant une population civile significative. Ces deux conditions étaient indispensables pour organiser le passage et l'installation des équipes et de leur matériel en zone insurgée. Elles ne sont que très rarement réunies dans les situations de conflits armés contemporaines, au demeurant moins nombreuses que dans les années 1980-1990. C'est pourquoi la pratique des missions humanitaires clandestines n'a plus cours.

7. Des réfugiés aux déplacés

La disparition des missions clandestines est donc liée à une transformation des guerres marquée par la fragmentation des groupes de guérilla, elle-même consécutive au retrait des grandes puissances qui les soutenaient. Conséquence de ce changement, au cours des années 1990, le nombre de personnes déplacées a considérablement crû, tandis que diminuait celui des réfugiés. Outre les raisons évoquées ci-dessus, le transfert de l'assistance depuis l'extérieur vers l'intérieur de pays en guerre, dans le contexte de politiques restrictives en matière d'accueil des réfugiés, est à l'origine de ce phénomène. Jusqu'alors, en effet, les réfugiés fuyaient, dans une écrasante proportion, des pays en guerre dirigés par des régimes procommunistes. L'Afghanistan, l'Éthiopie, les trois pays d'Indochine, l'Angola et le Mozambique étaient à l'origine de l'immense majorité des exodes venus s'échouer dans les régions frontalières de leurs voisins. Avec la fin de la guerre froide, plusieurs de ces conflits ont progressivement pris fin et la plupart des réfugiés sont

retournés dans leurs pays respectifs. Tous ces foyers de guerres ne se sont cependant pas éteints et d'autres sont apparus, mais la stratégie internationale vis-à-vis des mouvements de populations a changé. Les réfugiés n'étaient et ne sont plus, désormais, les témoins vivants et politiquement exploitables de l'échec du communisme et de la supériorité des démocraties, ceux qui avaient « voté avec leurs pieds » contre des régimes tyranniques. Dans ce nouveau contexte, ils étaient et demeurent au contraire perçus comme un fardeau.

L'assistance des Nations unies ne fut pas pour autant interrompue, mais réorientée. Sous la pression des gouvernements, le HCR vit son mandat étendu à la gestion des populations déplacées. Il s'agissait d'endiguer les mouvements en fixant les civils en fuite par une assistance in situ et une présence internationale, civile et militaire. Cette nouvelle mission prenait fréquemment place, en effet, dans le contexte d'interventions de forces de maintien de la paix. La disparition de la bipolarité entraînant avec elle la fin de la pratique du veto automatique au Conseil de sécurité des Nations unies, les contingents militaires sous drapeau de l'ONU se multiplièrent. Entre 1990 et 1995, 45 000 soldats furent déployés, soit autant que pendant les quarante-cinq ans précédents. Cette tendance s'est poursuivie depuis lors – plus de 120 000 Casques bleus étaient présents en 2008 sur divers terrains de conflits –, mais elle ne peut que ralentir, en raison du coût très élevé de ces déploiements.

C. Dynamiques et contraintes politiques de l'action

1. *Les humanitaires, entrepreneurs de paix ?*

Les organisations humanitaires ont d'emblée été appelées par le secrétaire général de l'ONU à coopérer étroitement avec ces forces. L'Agenda pour la paix, présenté par Boutros Boutros-Ghali en 1992, considère les ONG comme l'un des leviers de l'action pour la paix et vise à les intégrer dans le dispositif général des Nations unies, aux côtés des diplomates, des militaires et des agents économiques. Position inacceptable pour les humanitaires privés, car elle les conduit à se placer sous l'autorité d'un acteur du conflit et, par conséquent, à abandonner leur neutralité, condition de la délivrance impartiale de l'aide. Les plans de retour à la paix de l'ONU sont inévitablement faits d'alliances politiques – et donc d'exclusions – qui amènent les troupes onusiennes à prendre part à des combats ou à organiser des blocus, afin de faire céder des groupes rebelles. C'est pourquoi, contrairement aux vœux du secrétariat général de l'ONU et à rebours d'impressions superficielles répandues, la logique humanitaire ne saurait être celle d'entrepreneurs de paix, si légitime soit celle-ci.

Par ailleurs, dans le contexte de la nouvelle donne géopolitique issue de la chute du mur de Berlin, le travail des humanitaires s'est étendu à d'autres pays jusqu'alors partiellement ou totalement inaccessibles. Cette expansion fut soutenue et accélérée par la mise à disposition des ONG de fonds importants par l'Union européenne qui avait créé, en 1990, une agence de financement de l'aide humanitaire (ECHO : European Commission Humanitarian Office), devenue immédiatement – et restée – premier bailleur de fonds pour l'aide humanitaire dans le monde. Cette nouvelle économie de l'aide se caractérise par la multiplication des intervenants de toutes sortes et par l'ampleur de leurs déploiements, dans un contexte de fragmentation des conflits liés au retrait des « parrains » traditionnels des guérillas qu'étaient l'URSS et les États-Unis au temps de la guerre froide. Les humanitaires ont dû alors affiner et élargir leurs compétences, tant sur les plans opérationnel et technique que politique.

2. *La sécurité des équipes humanitaires*

Dans cet environnement politique nettement plus complexe qu'auparavant, se pose la question de la sécurité des équipes humanitaires. L'année 2006 a été la plus meurtrière dans l'histoire des ONG, avec les attaques que plusieurs d'entre elles ont subies au Darfour et l'assassinat de dix-

sept employés d'Action contre la Faim au Sri Lanka. Le chiffre annuel des actes de violence graves à leur rencontre, déclarés par des organisations humanitaires, a presque doublé en dix ans. Au total, selon une enquête publiée en septembre 2006¹, 408 actes distincts de violence ont été perpétrés, faisant 947 victimes dont 434 morts, depuis 1997. L'enquête montre également que ce sont les ressortissants locaux qui paient le plus lourd tribut (80 %), rappelant ainsi l'importance de leur implication au sein des équipes de secours. Mais, pour être interprétés correctement, ces chiffres bruts doivent être rapportés à l'ensemble de la population des acteurs de terrain. Au cours de la même période, leur nombre a lui aussi doublé, si bien qu'en termes relatifs ce n'est pas une augmentation, mais une stabilisation qui se dessine, dans un contexte d'expansion très importante de l'action des organismes d'aide décrit plus haut. Toutefois, ces risques existent et ne doivent pas non plus être dissimulés dans des chiffres globaux.

Contrairement à ce que l'on entend souvent, la « profession » humanitaire n'est en réalité statistiquement pas plus risquée que celles de bûcheron, d'ouvrier métallurgiste ou de pilote, métiers marqués par une mortalité comparable ou plus élevée. Les déclarations alarmistes sur les dangers croissants de l'aide humanitaire sont loin d'être fondées. Ils conduisent parfois à restreindre considérablement l'aide par rapport aux besoins, en limitant les déplacements et les zones de couverture. C'est ce qui se passe depuis plusieurs années en Irak, dans certaines régions du Soudan et d'Afghanistan, ainsi qu'en Tchétchénie, en République centrafricaine et en Somalie.

Les « corridors humanitaires » et autres « zones sûres » – autrement dit, la militarisation de l'aide humanitaire – ne sont pas des réponses, mais des pièges, hormis certaines situations spécifiques où la mise en place d'un protectorat international est envisageable, comme ce fut le cas au Kosovo et au Timor oriental notamment. La population visée par les secours est, en effet, généralement bien trop éparsée pour permettre une protection par une force étrangère. D'autre part et surtout, un bouclier militaire transforme les humanitaires en complices de soldats perçus comme des envahisseurs. Les ONG deviennent alors des cibles politiques « légitimes ».

Loin de diminuer le danger, la militarisation de l'aide le redouble. Pour accomplir leur tâche, les organismes humanitaires n'ont d'autre choix que de tenter, par l'exemple et par le dialogue, de convaincre les entrepreneurs de violences de leur utilité humaine et de leur innocuité politique. En d'autres termes, ce sont les services qu'ils rendent, plus que les valeurs qu'ils véhiculent, qui leur confèrent un espace de travail et une relative sécurité. Reste que, dans les pays où des troupes étrangères combattent pour la défense d'un régime, comme en Irak, en Afghanistan et en Somalie, les ONG humanitaires internationales ne parviennent pas à établir les conditions minimales de sécurité nécessaires pour travailler.

3. Les camps de personnes déplacées : un progrès ?

Du point de vue de la pratique médicale, le travail dans les camps de personnes déplacées diffère peu de celui effectué dans les camps de réfugiés, tel qu'il a été décrit précédemment. Cependant, du fait que les personnes déplacées se trouvent dans leur propre pays, les structures médicales publiques, lorsqu'elles existent, font partie du dispositif d'assistance et les installations médico-sanitaires mises en place par les organisations humanitaires dans les camps eux-mêmes n'en représentent qu'une partie. Les ONG travaillent donc en coopération plus étroite avec les autorités sanitaires nationales que dans les camps de réfugiés. Il s'agit alors de renforcer les équipes médicales locales avec du personnel de l'ONG, de fournir des équipements manquants, de réhabiliter, voire d'agrandir des locaux, etc.

Cette collaboration provoque de délicats problèmes de partage des responsabilités, d'ajustement des pratiques médicales et des façons de faire des uns et des autres. Les rotations fréquentes des

¹ Abby Stoddard, Adele Harmer and Katherine Haver. "Providing aid in insecure environments : Trends in policy and operations". *Humanitarian Policy Group, Briefing Paper 24*, www.odihpn.org.

équipes soignantes des ONG, leurs membres restant généralement entre six à douze mois sur le terrain, et parfois moins, sont peu propices à l'installation d'usages partagés et de relations confiantes avec leurs interlocuteurs locaux. Ces difficultés relationnelles sont souvent aggravées par le luxe de moyens – selon les standards nationaux – dont bénéficient les ONG et qui peut se révéler irritant, voire humiliant, pour leurs homologues nationaux. De tels problèmes sont structurels, ils font partie de l'action elle-même. Quand bien même les excès de certains intervenants seraient éliminés, le contraste de moyens subsisterait et les humanitaires expatriés resteraient des gens de passage.

À ces difficultés s'en ajoutent d'autres, en sens inverse. Ainsi, les protocoles thérapeutiques pour les principales maladies, fixés par le ministère de la Santé du pays concerné, posent parfois de pénibles dilemmes éthiques. Que faire, par exemple, lorsque les directives publiques prévoient d'utiliser contre le paludisme un médicament inefficace comme la chloroquine ? De tels cas se posent parfois en termes de vie ou de mort. Ils surviennent en raison de l'évolution inéluctable des germes pathologiques vers la résistance aux traitements courants et de la nécessaire introduction de nouvelles molécules, plus chères. Les ONG en disposent le plus souvent, mais elles ne sont pas autorisées à s'écarter du protocole national. De tels problèmes sont souvent résolus, les autorités sanitaires acceptant de modifier leurs directives. Mais il faut du temps, et celui du médecin face à un accès grave de paludisme n'est pas celui de la discussion avec un directeur de la santé.

Les enjeux et problèmes spécifiques de la médecine humanitaire dans les camps en font un champ particulier. Prendre en charge ces problèmes et les surmonter suppose de les connaître. C'est pourquoi les responsables humanitaires ont peu à peu développé des capacités d'analyse allant au-delà des questions purement pratiques, utilisant les travaux et les services de chercheurs en sciences sociales et politiques.

Les difficultés et obstacles nouveaux ne doivent toutefois pas masquer les progrès considérables accomplis dans le domaine de l'aide. Les pertes humaines et les conséquences pathologiques de la guerre du Darfour, pour ne citer que l'une des plus importantes crises de ces dernières années, auraient été bien supérieures sans l'imposante machinerie de l'aide internationale développée au cours des années 1980-1990, tant par les ONG que par l'ONU. Relevons aussi que c'est la constitution de camps qui a permis aux ONG et aux Nations unies d'organiser efficacement l'aide aux victimes de cette guerre. Ces regroupements ont permis à des millions de personnes, au fil des conflits et grâce au dispositif humanitaire, de trouver un abri provisoire, de reconstituer leurs forces et d'être protégées des ravages des épidémies et des famines, principales causes de mortalité de ces conflits.

Lieux de précarité parfois oppressants, ils sont aussi des espaces de socialisation nouveaux où l'instruction primaire des enfants ainsi que des apprentissages professionnels sont plus accessibles, où le brassage de groupes sociaux distants s'intensifie, où s'élaborent en somme des pratiques sociales souvent inédites. On a cité les cas du Rwanda et du Cambodge pour montrer que la politique ne perd pas ses droits dans les camps, mais qu'elle s'y prolonge et s'y recompose. Il faut ajouter à cette observation la constitution de positions d'autorité nouvelles, induites par le dispositif de l'aide internationale. La connaissance d'une langue étrangère, compétence indispensable pour communiquer avec celui-ci, permet par exemple à des réfugiés ou déplacés d'accéder, hors de toute hiérarchie préalable, à des postes leur conférant, outre un revenu, un accès aux ressources de l'aide. Dans un environnement de pénurie et de violence, cette capacité représente, d'une part, un pouvoir important et, le cas échéant, une invitation à l'abus de pouvoir, d'autre part, une transformation des liens sociaux. L'autorité traditionnelle d'un groupe – village, région, clan – est débordée par ce nouveau pouvoir dans une concurrence de légitimités mettant à mal l'ordre qui prévalait jusqu'alors. L'éducation des enfants, et plus encore celle des petites filles, pour souhaitable qu'elle soit, n'est pas la moins profonde de ces transformations. À la brutalité d'un changement social induit par la guerre et le déracinement s'ajoute celle d'une perturbation

de l'ordre hiérarchique et des allégeances qui en dépendent. C'est pourquoi il est illusoire de chercher, comme le font trop souvent certaines institutions humanitaires de l'ONU, à retrouver un jour les conditions préexistant à la guerre.

4. Qu'est-ce qu'un retour à la normale ?

La survenue de la paix au terme d'un conflit armé entraîne le démantèlement, généralement progressif, de certains camps ruraux dont la dispersion de la population signale le retour à une certaine sécurité. Mais ce cas de figure n'est pas le plus fréquent, car, outre que des violences persistent même lorsque la guerre est officiellement terminée, les camps sont souvent situés aux environs de villes ou villages. Au fil du temps, les personnes déplacées deviennent des migrants urbains, les camps deviennent des quartiers où naissent et grandissent des enfants, les usages et obligations de la vie quotidienne comme les structures sociales et politiques changent. Ces évolutions, conséquences structurelles de la guerre et de l'aide, sont dans une large mesure irréversibles. Elles n'affectent pas de manière identique l'ensemble des populations déplacées, mais interdisent d'envisager le retour global à la situation d'origine une fois le conflit terminé.

Avec les années, des villages se font ainsi bourgades et des bourgades deviennent des villes. La guerre étant terminée, les causes du déplacement des populations et de l'arrivée des humanitaires ont disparu, mais les raisons de maintenir en place des structures médicales subsistent, car les pouvoirs publics ne sont généralement pas en mesure de répondre aux besoins sanitaires.

À ce moment se posent des choix difficiles pour les ONG médicales, où se mêlent et se confrontent différentes conceptions de l'aide humanitaire et de ses limites, d'éventuelles demandes des autorités sanitaires, des problèmes de ressources et d'arbitrage. Aucune réponse générale ne peut être apportée aux questions que posent ces situations de transition, si ce n'est que le dispositif médico-sanitaire établi dans le contexte du conflit ne peut perdurer dans le nouveau contexte. En tout état de cause, les ressources matérielles mobilisées, ajustées d'abord à la gravité de la crise initiale puis à ses évolutions, ne sont plus appropriées à une situation qui rejoint l'ordinaire d'une politique de santé. Les moyens logistiques, particulièrement en matière de transports et de communication, mais aussi le personnel, doivent être diminués. La localisation des structures médicales, choisie en fonction des facilités d'accès et des problèmes de sécurité, doit être réexaminée dans le cadre d'une carte sanitaire adaptée aux nouvelles exigences et dessinée par les autorités gouvernementales, le tout devant être pensé dans la perspective d'une reprise ultérieure par celles-ci.

Une organisation humanitaire décidant de maintenir une activité médicale au terme d'un conflit qui est à l'origine de sa présence doit donc réorganiser dans leur totalité les modalités de son travail. Le nouveau dispositif s'inscrit alors dans une autre logique humanitaire médicale, celle des structures durables, hors crises et urgences majeures.