



## Edito

François  
Grünewald

Syrie, Irak, Ebola, Gaza, Mali, les crises et les drames qui les accompagnent se sont multipliés de façon vertigineuse au cours de ces derniers mois.... Le secteur humanitaire est plus que jamais sous tension. Si la litanie des drames en cours nous pousse toujours plus à réfléchir sur la qualité des interventions d'assistance et de protection des populations civiles, elle interroge aussi sur les capacités et le rôle d'un secteur toujours plus vital, toujours plus en danger.

Ceci nous a conduits à un numéro de *Humanitaires en mouvement* assez éclectique, qui tente de balayer large. Réaffirmer l'importance du respect du DIH, mais aussi de la compréhension de la complexité des situations et de la « turbulence qui vient »<sup>1</sup> sont autant d'appels à l'intelligence collective. Les dix dernières années ont vu émerger des périls sanitaires de grandes ampleurs. La crise de l'Ebola en cours montre combien nos sociétés sont devenues plus vulnérables, mais aussi plus réactives, et teste notre capacité collective, avec son risque de débordement sur le reste du monde

Comment gérer cette turbulence et cette violence qui semblent s'inscrire comme facteur clé du futur ? Comment rendre les sociétés plus résilientes avec la redéfinition du Cadre d'Action de Hyōgo (Sendai, mars 2015) et la COP21 (Paris 2015) où l'on espère un accord global sur le climat ? Comment repenser le secteur humanitaire du futur, tel que le Sommet Mondial de l'Humanitaire de 2016 nous invite à le faire ? Les articles suivants, rédigés par des acteurs humanitaires et des acteurs de la recherche opérationnelle, tentent de contribuer à ces réflexions globales à partir de leurs pratiques et des analyses du terrain.

<sup>1</sup> Référence à l'Ouvrage « La violence qui vient », Eric de la Maisonneuve, Arléa, 1997

## Sommaire

### Espace humanitaire

Conception d'une assistance humanitaire protectrice : rôle et responsabilités des acteurs non mandatés <i>Dora Abdelghani-Kot</i> .....	2
Travailler dans une prison au Myanmar : l'expérience de Médecins Sans Frontières dans la prison d'Insein <i>Jean-Marc Biquet</i> .....	7

<b>Point de vue</b> <i>Julien Carlier &amp; Véronique de Geoffroy</i> .....	12
---	----

### Crises et vulnérabilités

Cygnés noirs et principe de Pareto : se préparer à l'imprévisible <i>François Grünewald</i> .....	15
La situation actuelle des réfugiés maliens au Sahel : quelques pistes opérationnelles en situation d'urgence prolongée <i>Valérie Léon</i> .....	19
A l'heure d'Ebola, du choléra et du Chikungunya : risques sanitaires passés, présents et à venir <i>François Grünewald &amp; Hugues Maury</i> .....	24

### Qualité de l'aide

Les déterminants des changements de comportement, clés des stratégies EHA <i>Dany Egreteau</i> .....	31
État des lieux de l'intervention humanitaire en situation post-crise dans les contextes urbains <i>Béatrice Boyer &amp; Marion Bouchard</i> .....	39

<b>Focus Biblio</b> .....	43
---------------------------	----

<b>Actualités</b> .....	46
-------------------------	----

## Conception d'une assistance humanitaire protectrice : rôle et responsabilités des acteurs non mandatés

Dora Abdelghani-Kot

Cet article a pour but de mettre en avant le rôle substantiel que les acteurs humanitaires non mandatés sont amenés à jouer en matière de protection des personnes. Il rappelle que la responsabilité éthique humanitaire induit nécessairement de concevoir une action d'urgence qui prend en compte ses conséquences sur le court, le moyen et le long terme et qui place les droits des individus au cœur de l'assistance. Cet article rappelle également que l'effet extraterritorial de certains droits emporte une responsabilité juridique bien établie des acteurs humanitaires et des membres de leur personnel dans plusieurs domaines de la protection. Enfin, il présente un certain nombre d'outils conçus par les humanitaires dans le but de s'assurer que leur assistance est toujours plus protectrice et met en avant les sphères d'action dans lesquelles des améliorations devraient encore être apportées.

La protection des personnes s'est progressivement imposée comme le nouveau paradigme de l'action humanitaire. L'histoire a en effet révélé que l'assistance pouvait avoir un impact négatif sur le droit des personnes à la protection lorsqu'elle n'est pas conçue et mise en œuvre dans l'esprit du droit international. En la matière, l'absence de responsabilité juridique directe des humanitaires non mandatés n'efface pas leur responsabilité éthique mais contribue au contraire à la renforcer. Ainsi, les organes chargés d'assurer le respect des traités des droits de l'homme, que ce soit au niveau régional ou international, ont progressivement consacré l'application horizontale de certains droits dont la violation par un acteur privé peut entraîner la responsabilité de l'État<sup>1</sup>. Souhaitant assumer pleinement cette responsabilité éthique, les acteurs d'urgences développent de plus en plus d'outils d'analyse de leur engagement et de conception/mise en œuvre de leurs programmes. Néanmoins, l'ensemble du potentiel protecteur de ces méthodes de travail n'est pas encore utilisé. Par ailleurs,

*En rappelant ces conditions d'humanité, d'impartialité et de neutralité, la Cour internationale de Justice ne fait que réaffirmer l'esprit de l'assistance humanitaire : ce n'est pas un moyen d'intervention dans les affaires internes d'un État mais un service pouvant être proposé aux parties au conflit afin de garantir les droits les plus fondamentaux des personnes relevant de leur responsabilité*

l'absence de responsabilité juridique internationale n'efface pas la responsabilité juridique nationale des organisations et des membres de leur personnel. Au-delà de leur obligation de respecter le droit des personnes tel qu'établi par la législation du pays d'opération, nous verrons qu'ils sont également tenus de respecter certains droits des personnes consacrés par la législation de leur pays de nationalité.

### Droit à l'assistance humanitaire et droit à la protection nationale

Le droit à la protection nationale est beaucoup plus large que le droit à l'assistance humanitaire qui n'en constitue que la plus petite représentation : celle applicable en temps de crise, lorsque la vie est menacée. Le droit des personnes à la protection nationale se définit comme l'obligation qui incombe à l'État de respecter les droits des individus se trouvant sous sa juridiction, tel qu'il les a consacrés à leur égard, en période de paix comme en période de guerre<sup>2</sup>. Si le contenu de ce droit dépend en grande partie de la volonté étatique (et des parties au conflit), il existe un degré minimal obligatoire en toute circonstance, c'est-à-dire indépendamment de la nature du contexte et même en dehors de la ratification d'instruments internationaux<sup>3</sup>. Le droit à la vie et le droit de n'être

soumis ni à la torture ni à des peines ou traitements inhumains et dégradants se sont par exemple vus reconnaître ce statut de droits indérogeables. L'État et les belligérants ont l'obligation de respecter ces droits selon les modalités prévues par le droit international : ils ne peuvent s'y soustraire et doivent prendre toutes les mesures nécessaires à garantir leur

effectivité. Ainsi, afin d'assurer les besoins essentiels au maintien de la vie dans la dignité des personnes civiles, les parties à un conflit armé ne peuvent arbitrairement refuser une assistance humanitaire étrangère<sup>4</sup>. Toutefois, comme l'a rappelé la Cour internationale de Justice, la nature humanitaire d'une offre d'assistance s'apprécie non seulement au regard des motivations de l'action qui doivent se limiter « aux fins consacrées par la pratique de la

*Croix-Rouge, à savoir prévenir et alléger les souffrances des hommes, protéger la vie et la santé, et faire respecter la personne humaine* » mais également au regard de ses conditions de mise en œuvre car elle doit être fournie « sans discrimination à toute personne dans le besoin »<sup>5</sup>. En rappelant ces conditions d'humanité, d'impartialité et de neutralité, la Cour internationale de Justice ne fait que réaffirmer l'esprit de l'assistance humanitaire : ce n'est pas un moyen d'intervention dans les affaires internes d'un État mais un service pouvant être proposé aux parties au conflit afin de garantir les droits les plus fondamentaux des personnes relevant de leur responsabilité<sup>6</sup>. En d'autres termes, l'assistance humanitaire prévue par le droit international constitue par nature un outil de protection : un moyen de préserver les droits les plus fondamentaux en temps de crise. Afin d'assurer pleinement sa fonction protectrice, elle doit être déployée et utilisée conformément aux obligations de protection dont sont débitrices les parties à un conflit. L'assistance d'urgence pouvant être offerte dans le cadre de catastrophes naturelles s'inscrit également dans ce cadre juridique<sup>7</sup>. L'Assemblée générale des Nations unies a d'ailleurs rappelé à cet égard que l'assistance humanitaire suite à des désastres naturels doit être dispensée de manière à appuyer les efforts nationaux et à assurer un secours aux populations qui en ont besoin tout en veillant à ce que l'action soit menée en conformité avec les principes d'humanité, de neutralité, d'impartialité et d'indépendance<sup>8</sup>.

En dépit de ce cadre normatif, il existe de nombreux exemples de crises, dues à des catastrophes naturelles et/ou à des conflits, où l'assistance a été fournie de façon non conforme aux obligations s'im-

posant aux débiteurs de la protection (États et parties au conflit). Dans tous ces cas, on a pu constater l'impact négatif que cela a eu sur le droit des personnes à la protection nationale. La réponse humanitaire apportée au Sri Lanka en 2009 ou encore celle fournie en République d'Haïti suite au tremblement de terre du 12 janvier 2010 prouvent que l'action humanitaire peut constituer un outil de déresponsabilisation des États, voire parfois un élément d'affaiblissement de leur capacité d'assurer le droit à la protection des personnes relevant de leur responsabilité.

L'assistance apportée à la République d'Haïti suite au tremblement de terre du 12 janvier 2010 est par exemple symptomatique du « fantasme collectif de l'urgence »<sup>9</sup> qui pousse les humanitaires à agir toujours plus vite sans mesurer les enjeux des situations. L'expérience a prouvé que la célérité de la réponse d'urgence ne permettait pas de mieux garantir le respect du droit à l'assistance huma-

nitaire, c'est-à-dire du droit des personnes à être assistées par leurs autorités en temps de crise. Au contraire, on a pu observer que le manque de prise en compte de la volonté et des capacités nationales de porter secours avait des conséquences négatives directes sur le droit des personnes à la protection nationale<sup>10</sup>. Dans le cas de la République d'Haïti, une analyse plus poussée de la situation aurait révélé que l'absence d'une puissante autorité centrale n'avait pas fait disparaître la capacité et la volonté de certains ministères, des autorités décentralisées ainsi que des organisations civiles nationales. Ces dernières étaient a priori en mesure de prendre en charge une partie de la réponse mais étaient surtout plus à même d'analyser la situation et d'apporter des solutions durables adaptées. Par ailleurs, si l'incapacité partielle de gestion de l'assistance par l'État central Haïtien a été établie, l'action internationale aurait dû tout mettre en œuvre pour renforcer cette capacité et pousser un leadership national plutôt qu'avoir tendance à l'ignorer<sup>11</sup>. Ne pas donner les moyens à un État de remplir ses obligations conduit inexorablement à renforcer les problèmes de protection. Cela s'est notamment manifesté en Haïti par une analyse des besoins et un ciblage des bénéficiaires discutable, ainsi que par des difficultés persistantes à sortir de la crise par

manque de volonté et de capacité des autorités responsables. Certains intellectuels haïtiens ont même affirmé que l'assistance apportée a été source de destruction sociale et de problèmes sécuritaires<sup>12</sup>. De même, si l'impératif humanitaire peut justifier de continuer à envoyer des vivres même en l'absence d'analyse des besoins impartiale et de possibilité de contrôle de la distribution des denrées et objets non alimentaires, cette attitude ne peut être justifiée sans responsabilisation effective de l'État en crise<sup>13</sup>. La réponse apportée par les acteurs humanitaires affiliés aux Nations



Poste de police dans le camp de Canaan  
© Dora Abdelghani-Kot

unies au Sri Lanka en 2009 est caractéristique de ce genre de comportement<sup>14</sup>. Le rapport d'évaluation sur l'action des Nations unies au Sri Lanka, commandé par le Secrétaire général, révèle que l'organisation n'était ni en mesure d'analyser les besoins ni en mesure de suivre les distributions en raison d'obstructions gouvernementales. Ces violations manifestes du droit international n'ont pas fait l'objet de condamnations (ni publiques ni privées), l'objectif principal de l'organisation ayant vraisemblablement été d'éviter toute confrontation avec le gouvernement. Or, cette absence de confrontation et de responsabilisation de l'État vis-à-vis de ses obligations a favorisé la multiplication des violations des droits les plus fondamentaux des personnes<sup>15</sup>.

Ces situations dans lesquelles l'assistance a pris le pas sur la protection rappellent que la nature humanitaire d'une action se caractérise tout autant par ses fins que par ses



moyens. Les fins de l'action humanitaire devraient en effet avoir pour principal objectif la réalisation du droit à la protection nationale et, en conséquence, les moyens utilisés devraient être adaptés à la réalisation de ce dernier. En d'autres termes, l'action humanitaire devrait contribuer à la responsabilisation de l'État vis-à-vis de ses obligations tout comme au renforcement de ses capacités de protection. Nous verrons ainsi que, contrairement à ce que l'on peut penser, la dénonciation publique ne constitue pas le principal outil de réalisation de cet objectif, et qu'une palette de méthodes peut être utilisée dans le but de contribuer à une plus grande protection des populations<sup>16</sup>.

## La responsabilité éthique des organisations

En termes opérationnels, le respect de la nature humanitaire de l'assistance se traduit en premier lieu par une responsabilité éthique des acteurs humanitaires non mandatés dans le domaine de la protection<sup>17</sup>. A cet égard, les initiatives entreprises par de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) tout comme certaines agences des Nations unies, révèlent que les défis rencontrés sur les terrains en crise ne constituent pas en eux-mêmes un obstacle insurmontable à l'adoption de mesures éthiquement responsables, toujours dans le but de délivrer aux populations une assistance plus protectrice<sup>18</sup>. Ces mesures se fondent substantiellement sur l'approche du « Do no harm », qui induit en premier lieu d'effectuer une analyse holistique des situations de crise afin de mieux en comprendre les enjeux et d'anticiper les conséquences d'une assistance humanitaire étrangère. En ce sens, plusieurs codes de conduite et standards d'action ont été progressivement développés par les ONG et les Nations unies. Toutefois, comme l'a justement relevé la Commission consultative des droits de l'homme française, certaines démarches s'accompagnent d'un risque de standardisation de l'action, remettant directement en cause la diversité des contextes opérationnels<sup>19</sup>. Si l'éthique humanitaire est indispensable, elle doit être adaptée à chaque contexte<sup>20</sup>. Par ailleurs, l'approche du « Do no harm » conduit également à assumer les limites de l'action humanitaire, poussant ainsi les acteurs, mandatés ou non en matière de protection des personnes, à s'investir davantage dans la coordination sectorielle afin d'assurer la complémentarité des initiatives. L'approche de responsabilité sectorielle introduite par la réforme humanitaire de 2005 a pour objectif principal d'améliorer l'action humanitaire dans le but de garantir une plus grande protection aux populations. Il s'agit en effet de concevoir une communauté humanitaire structurée, redevable et

professionnelle afin d'être un meilleur partenaire pour les gouvernements, les autorités locales, la société civile locale et les populations affectées. Dans ce cadre, les humanitaires se sont accordés sur la nécessité de placer la protection au cœur du mécanisme de coordination en attribuant un rôle stratégique au *Cluster Protection* qui doit s'assurer « que l'assistance est délivrée de façon à avoir un impact positif sur la protection »<sup>21</sup>. Cette volonté n'a pas encore produit tous ses effets car en pratique, il s'est avéré que la capacité du *Cluster* à assumer ses fonctions dépend largement de facteurs qui lui sont externes. La pratique du système des groupes sectoriels a par exemple mis en avant qu'en l'absence d'un engagement du coordinateur humanitaire en faveur de la protection, les capacités d'action du groupe de protection sont substantiellement diminuées<sup>22</sup>. Enfin, aborder la question de l'assistance humanitaire sous l'angle des droits des personnes constitue une méthode complémentaire permettant d'orienter le choix des modes d'action tout comme la nature et les modalités de mise en œuvre des programmes d'assistance. Cette approche replace en outre les individus affectés par les catastrophes et/ou les victimes des conflits, ainsi que la responsabilité de leurs États de les protéger, au centre de l'action humanitaire. De plus, elle ancre l'action humanitaire dans des principes universels, tels que la dignité humaine et la non discrimination. Ce faisant, elle oriente l'action humanitaire vers le développement de programmes ayant pour objectif premier de respecter les droits des individus et de renforcer les capacités des acteurs nationaux, condition *sine qua non* pour

*L'idée selon laquelle les acteurs non mandatés sont redevables à l'égard des populations ne doit pas conduire à un renversement des responsabilités en matière d'action humanitaire et de protection*

réaliser une protection durable des populations. Cette méthode induit également d'assurer la protection des personnes spécialement protégées par le droit telles que notamment les femmes, les enfants, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées : c'est ce

que l'on a appelé l'approche basée sur l'âge, le genre et la diversité qui garantit une analyse des besoins et une réponse en conformité avec les prescriptions juridiques. L'approche participative et communautaire s'inscrit dans le même cadre. En effet, la participation des personnes aux décisions qui les concernent constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme.

## La responsabilité juridique limitée des organisations humanitaires

La traduction juridique de la responsabilité éthique humanitaire s'avère malaisée<sup>23</sup>. En effet, l'idée selon laquelle les acteurs non mandatés sont redevables à l'égard des populations ne doit pas conduire à un renversement des responsabilités en matière d'action humanitaire et de protection. Seuls les États ont l'obligation juridique de protéger les populations relevant de leur juridiction et,

dans ce cadre, l'obligation de leur porter assistance. Le terrain de l'humanitaire n'est toutefois pas une terre d'irresponsabilité juridique totale des acteurs non étatiques. Il est malheureusement impossible de développer ici les questions touchant à la responsabilité des agences des Nations unies et de leur personnel<sup>24</sup>. En revanche, présenter les grandes lignes des responsabilités des ONG françaises illustre bien l'effet extraterritorial de certains droits<sup>25</sup>.

Lors d'une intervention sur un territoire étranger, les ONG de nationalité française, ainsi que les membres de leur personnel, peuvent être tenus pour responsables non seulement des violations du droit du pays en crise mais également de la violation de certains droits consacrés dans l'ordre juridique français. Par exemple, au titre du droit pénal, les infractions commises par des personnes morales ou privées sur un territoire étranger sont punissables en France lorsqu'elles sont constitutives d'un crime ou d'un délit<sup>26</sup>. Il semble intéressant dans ce cadre de rappeler que l'ensemble des atteintes involontaires portées à la vie et à l'intégrité physique des individus constituent des délits<sup>27</sup>. Si plusieurs actions ont déjà été entreprises au niveau de la conception et de la mise en œuvre des programmes humanitaires dans le but de garantir la sécurité physique des individus, bénéficiaires ou personnel des organisations<sup>28</sup>, l'obligation juridique de prévenir les atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique des personnes permet d'étendre le bénéfice de ces mesures aux partenaires dont la sécurité est parfois insuffisamment considérée<sup>29</sup>. Il semble également important de rappeler que le viol et les agressions sexuelles sur majeurs et sur mineurs ainsi que les atteintes sexuelles sur mineurs commises avec leur consentement sont en France constitutives de crimes<sup>30</sup>. Si les acteurs humanitaires s'efforcent de prévenir et de répondre aux abus et exploitations sexuelles perpétrés par certains membres de leur personnel, la pratique révèle qu'ils ont toujours beaucoup de mal à gérer ces situations. L'impunité due en partie au manque de politiques et de procédures opérationnelles ne contribue pas à améliorer le sort des victimes. Plus d'efforts devraient être mis en œuvre afin de s'assurer que ces comportements font l'objet de poursuites pénales. Développer la coordination et la coopération entre les différents départements des ressources humaines serait d'une grande utilité en la matière. Il est aujourd'hui admis que les acteurs humanitaires doi-

vent assumer pleinement leur rôle protecteur en matière de droits des personnes. Comme nous avons pu le voir, les ONG et les Nations unies s'y sont formellement engagées et développent progressivement plusieurs moyens afin d'atteindre ce but commun. Ces efforts doivent être renforcés et nous sommes d'avis que le système de coordination de l'action humanitaire mis en place depuis 2005 constitue un outil efficace d'atteinte de cet objectif si les différents acteurs arrivent à utiliser l'ensemble de ses potentialités. Guidée par l'approche du « Do no harm » et intégrant une vision de l'action humanitaire basée sur les droits, cette plateforme d'échange de l'information et de coordination des actions sera la plus à même de réduire la

vulnérabilité des personnes et d'assurer qu'une réponse efficace sera apportée en cas de violation de leurs droits. S'il est évident que les humanitaires ne pourront jamais éviter tous les risques d'atteinte aux droits des personnes inhérents aux contextes dans lesquels ils interviennent, et que le succès de la protection repose sur les capacités et la volonté des États et de leur population, ils restent redevables de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer une assistance dans le respect du droit. Seul ce genre d'assistance humanitaire permettra de faire les liens entre l'urgence, la réhabilitation et le développement en renforçant la volonté et la

capacité des acteurs nationaux de prévenir les violations et, dans une certaine mesure, d'en réparer les conséquences. Enfin, si les ONG ont bel et bien une responsabilité juridique, celle-ci n'est pas relative à la fourniture d'une assistance ni à des standards de qualité. Comme nous l'avons vu, les humanitaires devraient développer plus de concertation, de coordination et d'échange sur les moyens de prévenir et de réparer les atteintes involontaires et volontaires portées à la sécurité et à l'intégrité physique des individus, que cela soit lié au comportement de certains humanitaires ou à la mise en œuvre de programmes d'assistance. Intégrer une approche de protection aux activités humanitaires ne fait donc que répondre à des impératifs de légalité, de légitimité et de qualité de l'assistance d'urgence. Cette approche constitue une véritable stratégie visant à compléter et surtout renforcer le travail des acteurs de la protection en plaçant les personnes et leurs droits au cœur de l'action. Si les ONG et les Nations unies ont fait beaucoup d'efforts ces dernières années dans le but d'assurer une plus grande protection des populations, il reste encore de la place pour l'amélioration.

### *Dora Abdelghani-Kot*

*Mme Dora Abdelghani-Kot est juriste-consultante spécialisée en droit international humanitaire et en droit international des droits de l'homme. Elle est actuellement consultante pour la Task Team on Learning du Global Protection Cluster (GPC), et travaille principalement sur le thème de*

la conception d'une assistance humanitaire protectrice dans les situations de désastres et de conflits armés. Cet article exprime les vues de l'auteur et ne reflète pas nécessairement celles du GPC.

<sup>1</sup> Voir notamment, Comité des droits de l'homme, 80e session, Observation générale No. 31. Voir également « La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au Pacte », Adoptée le 29 mars 2004, 2187e séance. Voir également : « The Protection of Human Rights in Humanitarian Crises », A Joint Background Paper by OHCHR and UNHCR, IASC Principals, 8 May 2013 ; « The Centrality of Protection in Humanitarian Action », Statement by the Inter Agency Standing Committee, IASC Principals, 17 December 2013 ; « Mainstreaming Protection: Protection as a New Global Normative Order? », Paper for the SGIR 7th Pan-European International Relations Conference, 09-11 September 2010.

<sup>2</sup> Dans le cadre des conflits armés non internationaux, le droit à la protection nationale inclut également l'obligation des belligérants de respecter les règles du Droit international humanitaire qui considèrent qu'en raison de leur participation aux combats, les belligérants ont de fait un pouvoir de contrôle sur la vie de la population civile et sont en conséquence également débiteurs de l'obligation de protection. Comme le précise l'article 3 commun aux IV Conventions de Genève, cette obligation incombant aux entités non étatiques n'a pas d'effet sur leur statut juridique. Selon un principe fondamental du DIH, tous les belligérants sont liés par les mêmes obligations. Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-rouge, « Le DIH et les défis posés par les conflits armés contemporains », octobre 2001, <http://www.icrc.org/fre/assets/files/red-cross-crescent-movement/31st-international-conference/31-int-conference-ihl-challenges-report-11-5-1-2-fr.pdf> p. 30. Par ailleurs, en tant que personnes privées relevant de la juridiction d'un État, les belligérants ont l'obligation de respecter les droits consacrés au niveau national notamment pour ce qui relève des atteintes portées à la vie et à l'intégrité physique des personnes.

<sup>3</sup> Comme l'a rappelé la Cour internationale de Justice, ces normes relèvent des considérations élémentaires d'humanité et l'obligation de les respecter ne découle pas seulement des Conventions mais des principes généraux du droit dont les Conventions ne sont que l'expression concrète. Voir « Affaire des activités militaires et paramilitaires et contre celui-ci : Nicaragua c/ États Unis d'Amérique », Cour internationale de Justice, Arrêt au fond, 27 juin 1986, §215, 218, 219, 220. <http://www.icj-cij.org/docket/files/70/6502.pdf>

<sup>4</sup> Dans un contexte de crise, le droit à la vie des personnes est toujours mis en balance avec les nécessités de maintien de l'ordre public et/ou de garantie de la sécurité nationale de l'État. Le caractère arbitraire de la violation s'analyse au regard de ce rapport de proportionnalité. Voir notamment XXIe Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-rouge, « Le DIH et les défis posés par les conflits armés contemporains », op.cit., p.22. Pour ce qui relève du droit à l'assistance humanitaire voir notamment « L'assistance humanitaire face à la souveraineté des États », Olivier Corten et Pierre Klein, <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/36247/1/1992.Assistance.humanitaire.pdf>

<sup>5</sup> Affaire des activités militaires et paramilitaires et contre celui-ci », op. cit., §243.

<sup>6</sup> Voir également l'ensemble des résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies posant le cadre normatif de l'action humanitaire, Résolution de l'Assemblée générale des Nations unies 46/182 de 1991 et Résolution de l'AGNU 58/114 de 2004.

<sup>7</sup> L'Assemblée générale des Nations unies, Résolution 68/103: spécifique à l'action humanitaire dans le cadre de catastrophes naturelles, 2013, §18. Voir également les travaux de la commission du droit international en cours sur la rédaction d'une convention portant sur « la protection des personnes en cas de catastrophes » ainsi que l'ensemble des rapports des rapporteurs spéciaux sur la question consultables à <http://www.un.org/law/ilc/>

<sup>8</sup> Assemblée générale des Nations unies, Résolution 68/103, op.cit., §24.

<sup>9</sup> « Aide Humanitaire comment éviter le piège de l'urgence », ODISSE, 22 juin 2010, [http://www.afd.fr/webdav/shared/L\\_AFD/L\\_AFD\\_s\\_engage/documents/CR%20Forum%20Aide%20humanitaire%2022%20juin%202010.pdf](http://www.afd.fr/webdav/shared/L_AFD/L_AFD_s_engage/documents/CR%20Forum%20Aide%20humanitaire%2022%20juin%202010.pdf)

<sup>10</sup> *ibid.*

<sup>11</sup> En Haïti, les agents publics ont trop souvent été évincés de la réponse d'urgence collective. Voir notamment *La coordination humanitaire comme espace d'exclusion et d'affaiblissement des capacités locales*, Andréanne Martel (<http://www.urd.org/La-coordination-humanitaire-come>).

<sup>12</sup> Michaëlle Desrosiers et Hancy Pierre, « Un effet pervers de l'aide humanitaire en Haïti », 20 février 2012 (<http://www.nouvelles.umontreal.ca/international/seisme-en-haiti/20120220-un-effet-pervers-de-laide-humanitaire-en-haiti-ong-isation-des-luttes-populaires.html>).

<sup>13</sup> Cette responsabilisation ne passe ni en priorité ni en substance par la dénonciation publique. L'ensemble des acteurs humanitaires devrait se demander dans chaque contexte si elle constitue un mode d'action efficace de responsabilisation. En toutes hypothèses, son utilisation ne devrait intervenir qu'en dernier recours de manière impartiale et dans la mesure du possible avec le consentement éclairé des populations. Voir notamment « Mieux faire respecter le DIH dans les CANI », CICR, 2008, [http://www.icrc.org/fre/assets/files/other/icrc\\_001\\_0923.pdf](http://www.icrc.org/fre/assets/files/other/icrc_001_0923.pdf). La capacité d'interpellation des ONG des autorités responsables (l'État en crise, les belligérants mais également les États dans leur ensemble qui sont tenus de respecter et faire respecter les Conventions qui les lient entre eux) doit être développée.

<sup>14</sup> Internal Panel Review report on Sri Lanka, United Nations, novembre 2012, notamment §17 §47.

<sup>15</sup> *Ibid.* §46

<sup>16</sup> Voir notamment « Mieux faire respecter le droit international humanitaire dans les conflits armés non internationaux », CICR, op.cit. Voir également « Le comité international de la croix rouge », Un droit dans la guerre, Partie 1 Chapitre 15, pp.1 à 13.

<sup>17</sup> Engagement IASC.

<sup>18</sup> Les initiatives en matière de responsabilité et de qualité telles que notamment le projet Sphère, le projet Compas qualité du Groupe URD ou encore le réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance dans l'action humanitaire (ALNAP) vont pour l'instant toutes dans le sens d'une plus grande protection. On peut également se référer au Partenariat International pour la Redevabilité Humanitaire (HAP International), le *Listening Project*, le Réseau Inter-Agences pour l'Éducation en Situations d'Urgence (INEE) ainsi que l'initiative *Enhanced Learning and Research for Humanitarian Assistance*. Voir également « *Growing the shelter tree, protecting rights through humanitarian action* », United Nations Inter Agency Standing Committee, 2002. Voir aussi Action Contre La Faim "Les principes humanitaires en situation de conflit" ([http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/principes\\_humanitaires\\_en\\_situation\\_de\\_conflit\\_fr.pdf](http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/principes_humanitaires_en_situation_de_conflit_fr.pdf))

<sup>19</sup> Commission nationale des droits de l'homme, avis sur un projet d'institution d'un médiateur humanitaire, 27 janvier 2000, [http://www.cncdh.fr/sites/default/files/00.01.27\\_avis\\_projet\\_institution\\_mediateur\\_humanitaire.pdf](http://www.cncdh.fr/sites/default/files/00.01.27_avis_projet_institution_mediateur_humanitaire.pdf)

<sup>20</sup> « Le comité international de la Croix-Rouge », Un droit dans la guerre, op.cit.

<sup>21</sup> « The Centrality of Protection in Humanitarian Action », op.cit., p.p 1-2.

<sup>22</sup> Voir notamment « The protection of Human Rights in Humanitarian crises », A Joint Background Paper by OHCHR and UNHCR, op.cit. Pour pallier ces lacunes, le IASC a commandé une étude indépendante afin d'évaluer dans quelle mesure le système de réponse humanitaire était à même d'assurer la protection et d'établir les mesures devant être mises en œuvre afin de garantir l'effectivité de la place centrale de la protection au sein de ce système.

<sup>23</sup> Commission nationale des droits de l'homme, avis sur un projet d'institution d'un médiateur humanitaire, op.cit.

<sup>24</sup> Engagement IASC.

<sup>25</sup> Voir notamment Assemblée générale des Nations unies, 67e session, AG11328, <http://www.un.org/News/fr-press/docs/2012/AG11328.doc.htm>

<sup>26</sup> Si la comparaison des responsabilités d'une ONG avec une entreprise peut apparaître inappropriée, elle est pourtant riche d'enseignements. Les Nations unies étudient de plus en plus la question ainsi que les tribunaux nationaux qui sont de plus en plus amenés à se prononcer sur cette responsabilité dans le cadre d'actions portées devant eux par les associations de droits de l'homme. Voir notamment le « *Cadre de référence protéger, respecter et réparer* », Nations unies et les « *Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme* », OHCHR, 2001. Voir également « *Entreprises et violations de droits de l'homme : un guide pratique existants à l'intention des victimes et des ONG* », [http://www.fidh.org/IMG/pdf/guide\\_entreprises\\_fr-intro.pdf](http://www.fidh.org/IMG/pdf/guide_entreprises_fr-intro.pdf)

<sup>27</sup> Code pénal français, Article 113-6 et 121-2.

<sup>28</sup> Code pénal français, Articles 222-19 à 222-21.

<sup>29</sup> Action Contre La Faim « Les principes humanitaires en situation de conflit », op.cit., p.15.

<sup>30</sup> « Humanitaires et conflits armés, les défis contemporains », CICR, op.cit. p.20.

<sup>31</sup> Code pénal français, Article 222-22.



# Travailler dans une prison au Myanmar : l'expérience de Médecins Sans Frontières dans la prison d'Insein

Jean-Marc Biquet

Travailler en prison pour une organisation humanitaire n'est pas chose facile, notamment à cause des caractéristiques spécifiques des lieux de détention. L'expérience de MSF au Myanmar dans la prison d'Insein illustre bien les difficultés d'atteindre des objectifs à la fois en termes de résultats (pérennité de la prise en charge médicale correcte et complète des patients) et de conditions de travail (minimisation de l'instrumentalisation, accès indiscriminé aux patients dans le besoin...).

L'action humanitaire en milieu carcéral est peu documentée, ce qui laisserait penser qu'elle est également peu développée : ne rentre pas en prison toute ONG qui le souhaite et l'information sur ce qui s'y passe n'est *a priori* pas disponible publiquement.

La situation est donc paradoxale, et l'on peut aussi aisément considérer que les détenus sont parmi les moins susceptibles d'accéder à une aide extérieure quand celle-ci est nécessaire.

Mis au ban de la société pour ce qu'ils ont fait ou pour ce qu'ils pensent, les prisonniers sont totalement dépendants, pour leur bien-être, du bon vouloir des autorités. Si la situation sanitaire est désastreuse, c'est bien souvent le résultat d'une négligence parfaitement volontaire : la sécurité est la préoccupation principale – voire unique – des autorités et la couverture, dans la dignité, des services de base comme la nourriture, l'hygiène, la santé ou la protection des droits des prisonniers vient éventuellement après comme le rapportait Manfred Nowak en 2010 (à l'époque rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture), après quatre années passées notamment à visiter de très nombreux centres de détention dans le monde entier<sup>1</sup>.

Une des raisons du manque de projets d'assistance en milieu de détention est très certainement l'ensemble des difficultés liées aux conditions d'action : ce qui peut être fait en prison dépend totalement des autorités et est imposé par celles-ci ou l'objet de négociations très serrées. En fait, l'ensemble des problèmes pouvant se poser dans tous les projets humanitaires, quels qu'ils soient, existent en prison, mais de manière plus dense qu'ailleurs (risques

d'instrumentalisation, de complicité, de manque d'adhérence des personnes aidées, atteintes à l'indépendance et à l'impartialité, problèmes de sécurité...).

Médecins Sans Frontières (MSF) a une certaine pratique des actions en milieu carcéral visant à répondre à une urgence médicale vitale pour la population qui y séjourne (choléra, famine, etc.). Parfois, l'organisation prend l'initiative de proposer une action de prise en charge des détenus atteints d'une maladie chronique et sans accès jusqu'alors à une prise en charge complète par les autorités responsables (tuberculose (TB), sida...)<sup>2</sup>. L'action est alors de plus longue haleine pour répondre à ce problème de santé publique.

L'expérience de MSF au Myanmar illustre bien ce cas de figure et les difficultés pour atteindre des objectifs à la fois en termes de résultats (pérennité de la prise en charge médicale correcte et complète des patients) et de conditions de travail (minimisation de l'instrumentalisation, accès indiscriminé aux patients dans le besoin...).

## Une opportunité exceptionnelle

Agir en tant qu'acteur humanitaire au Myanmar est très compliqué. Si la situation actuelle de 2014 a quelque peu évolué, au début des discussions sur une action de MSF en prison (2008), les acteurs humanitaires et autorités du Myanmar avaient des relations basées sur la défiance : le régime, connu pour être l'un des plus durs de la planète jusqu'à la dissolution de la junte en 2011, voyait d'un très mauvais œil l'action humanitaire étrangère, surtout dans les régions sensibles.

Les besoins humanitaires existent (conflit, pauvreté, faible performance des services de santé<sup>3</sup>, aléas climatiques<sup>4</sup> ...), mais les conditions de travail imposées rendent l'action très difficile : blocages et tracasseries administratives ; accès à toute zone de conflit dans l'Est du pays quasiment impossible à obtenir, discussions avec les autorités filtrées par des porte-paroles de ministères qui n'ont pas de pouvoir décisionnel ; taxes à l'importation prohibitives ; tentatives de contrôle sur le personnel local obligeant à des négociations incessantes et aux résultats incertains ; financements difficiles à obtenir des bailleurs de fonds, etc.

Il faut ajouter à cela une très forte méfiance, à l'époque, de l'opposition birmane en exil ou en détention, ainsi que de certains milieux activistes dans le monde qui accusaient les acteurs de l'aide de faire le jeu du régime dictatorial en agissant au Myanmar<sup>5</sup>.

Les autorités ont le pouvoir discrétionnaire de décider de tout en ce qui concerne l'action humanitaire, sans que les critères de décisions soient toujours lisibles et compréhensibles par les acteurs de l'aide. Par conséquent, le besoin d'accepter des compromis (certains parlent de compromission) est souvent, chez les acteurs humanitaires, l'objet de débats internes tendus<sup>6</sup>.

En 2008, le bureau Suisse de MSF à Yangon a été, contre toute attente, approché officieusement pour venir travailler dans la prison d'Insein : le « Myanmar's 'silent killing field' »<sup>7</sup>. Un ancien responsable de la santé des prisonniers a contacté MSF pour développer un programme sida en prison, car rien n'avait été fait jusque-là pour les patients infectés. Cet interlocuteur avait déjà côtoyé et apprécié les programmes sida de MSF ouverts dans différentes régions du pays. Selon les informations obtenues, c'est la mort en prison de prisonniers politiques atteints du sida qui a poussé les hauts dirigeants de la Junte à exiger que quelque chose soit fait pour éviter que cela ne se reproduise. Or, depuis 2005, plus aucune organisation étrangère n'opérait en prison<sup>8</sup>.

Les données médicales fournies par les responsables birmanes montrent que le sida et la TB sont les premières causes de mortalité dans les prisons (27 % des décès dans la prison d'Insein en 2008 étaient liés au sida<sup>9</sup>) même si le nombre de décès a déjà diminué depuis que le programme national de lutte contre la TB a commencé à détecter et à offrir des traitements aux patients atteints de TB pulmonaire (frottis positifs).

La prison d'Insein, la plus grande du pays, héberge de 6.000 à 8.000 prisonniers, dont certains seulement en transit, le temps de leur procès ou avant un transfert vers un camp de travail. Par ailleurs, 1/5 des prisonniers sont des femmes. Toujours selon les données fournies par les autorités, la prévalence du sida était de 30 % en 2011 parmi la population de prisonnières travailleuses du sexe (contre une prévalence de 0,67 % dans la population générale du pays). Enfin, le nombre de cas de TB était 25 fois plus important en prison que dans la population générale (selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 525 cas pour 100.000 personnes dans la population générale).

## Un temps de réflexion et négociation

A Médecins Sans Frontières, le débat sur la saisie d'une telle opportunité s'est aussitôt enflammé : peut-on, par principe, accepter de collaborer avec un régime dictatorial pour assister une population, certes dans le besoin, mais dont le bien-être est de la responsabilité exclusive des

autorités ? Va-t-on aider à « remettre sur pied » des patients pour qu'ils soient « broyés » par le système juste après ? Peut-on refuser d'envisager une intervention auprès de personnes vivant dans des conditions, sanitaires entre autres, déplorables alors que MSF a été créée pour « aller là où les autres ne vont pas »<sup>10</sup> ? Ne faut-il pas tenter une action au risque de rapidement renoncer (et éventuellement dénoncer l'inacceptable) ?

La décision a été prise d'entamer les négociations en se donnant tout le temps nécessaire pour atteindre des conditions de projet acceptables.

Durant la phase de négociation, MSF a mené une réflexion

interne sur les conditions à remplir *a priori* pour rendre envisageable son investissement. Ce travail a permis d'établir une sorte de tableau de bord permettant aux gestionnaires du projet de faire un suivi rapproché du développement des négociations et activités.

Les préconditions au démarrage et à la poursuite des activités sont de trois ordres :

### 1) En matière de sécurité :

MSF refuse la présence d'armes et tout autre moyen de contraintes dans sa clinique. Le personnel MSF, choisi uniquement par l'organisation, ne peut être soumis à des menaces ou être obligé de participer à des actes qui seraient néfastes à la santé ou au bien-être des patients. L'accès du personnel MSF, étranger ou birman, à la clinique, doit être garanti. Les patients doivent avoir accès sans restrictions à la clinique MSF (prisonniers de droit commun comme prisonniers d'opinion) et sur base volontaire, selon les besoins de la prise en charge médicale déterminés par le personnel MSF ou à la demande du patient en cas de problème.

### 2) En matière de procédures et protocoles de prise en charge :

Les protocoles sont développés selon les critères de qualité de MSF. Les patients sont consultés selon des conditions strictes de confidentialité (salles de consultation et données médicales). Les références vers des institutions spécialisées doivent être possibles.

### 3) En matière de stratégie de projet :

MSF offre un soutien aux autorités pénitentiaires pour une période de cinq ans, moyennant la volonté affichée par ces autorités d'investir dans la santé des prisonniers au-delà du sida sous forme de cogestion. Cette période est estimée



suffisante pour permettre le renforcement des capacités et le transfert de compétences avant le retrait de MSF. De son côté, l'ONG s'engage à trouver les moyens humains et matériels nécessaires ainsi qu'à garantir l'approvisionnement en antirétroviraux (ARV) et autres médicaments pour les patients mis sous traitement, et ce jusqu'à un an après le départ de l'organisation, quelles qu'en soient les raisons.

Pour maximiser les chances de réussite de cette phase d'observation, Médecins Sans Frontières a décidé de ne faire aucune publicité sur les négociations et le démarrage éventuel de cette nouvelle activité. Des contacts furent néanmoins pris avec la diaspora pour savoir comment pourrait être perçu le travail médical de MSF dans une prison birmane.

Il faudra ensuite deux ans de tractations pour que les deux parties se sentent suffisamment en confiance et que démarrent les activités de MSF dans la prison.



Femme détenue dans la zone d'attente de la clinique MSF dans la prison d'Insein - Yangon, Myanmar  
© Eddy McCall/MSF

## Une mise en œuvre sous haute surveillance

Une lettre d'entente est signée en août 2010 entre les autorités pénitentiaires et Médecins Sans Frontières permettant de débiter une collaboration en matière de prise en charge des prisonniers atteints du sida. La lettre précise que, si cette collaboration s'avère fructueuse, il pourra y avoir un élargissement des soins médicaux fournis par MSF.

Chacune des parties se sont alors observées et testées durant toute la phase de démarrage des activités qui a concrètement commencé fin 2010. Les équipes MSF ont pris en charge, à la clinique MSF installée dans la périphérie de la prison elle-même, les 140 prisonniers (nombre mentionné dans la lettre d'entente) référés par les services médicaux de la prison.

Consciente des dangers d'instrumentalisation de son action, MSF s'est alors imposé un régime spécial de suivi des activités et des négociations pour réagir immédiate-

ment aux problèmes rencontrés : tableau de bord d'indicateurs liés aux conditions de travail ; groupe de réflexion impliquant des personnes d'expérience, non liées à la gestion du projet, pour faire régulièrement le point sur l'état des négociations ; visite annuelle d'évaluation du projet, etc.

MSF a considéré la première année comme une phase pilote devant idéalement mener à l'intégration de la prise en charge du sida dans l'offre générale de soins de la prison et à une réelle cogestion de l'offre de soins.

## Des résultats remarquables

Sur les quelques trois années de collaboration, les équipes de Médecins Sans Frontières ont engrangé d'indéniables succès :

- Quelques 1.401 patients (15.188 consultations au total) ont pu être suivis par MSF dont 448 mis sous ARV dans des conditions de travail satisfaisantes. De plus, les autorités ont accepté et respecté les préconditions de MSF durant toute la période, en matière de protocoles de prise en charge, d'accès et de sécurité.
- En termes de mortalité, alors que 49 décès étaient répertoriés comme dus au sida en 2010, 23 le furent en 2011, 12 en 2012 et 19 en 2013. Les décès survenaient souvent alors que les patients venaient à peine d'être référés à MSF dans un stade très avancé de la maladie.

Outre les consultations médicales et psychologiques autour du sida, Médecins Sans Frontières était en charge des maladies opportunistes, des autres pathologies sexuellement transmissibles, de la vaccination (dont l'hépatite) et des références vers des services spécialisés ou des hospitalisations.

Bien perçues par les patients qui bénéficiaient de leurs services, les équipes MSF n'ont jamais eu à entendre d'histoires de violences exercées par le personnel pénitentiaire à l'encontre d'un ou des prisonniers.

Les relations entre le personnel MSF et les autorités de la prison étaient cordiales, et les réunions de coordination pour le suivi et la gestion des problèmes qui ne manquaient pas de se poser, se sont montrées efficaces : citons, à titre d'exemple, la question des discriminations ainsi que de la prise en charge des patients relâchés de prison et des patients venant d'autres prisons du Myanmar.

Très rapidement, les patients vus par Médecins Sans Frontières ont subi, parce qu'identifiables comme porteurs du virus du sida, certaines formes de discrimination de la part des autres prisonniers et du personnel de la prison : tâches ménagères imposées ou refusées, brimades et paroles humiliantes. Les autorités carcérales, dûment informées, ont permis une rectification des comportements. L'ouverture de cellules réservées aux prisonniers atteints du sida, imposée par les autorités pénitentiaires, a

été très bien vécue par les malades eux-mêmes. Les malades, une fois stabilisés, pouvaient réintégrer les cellules communes. Un travail de sensibilisation du personnel médical et de la sécurité de la prison a néanmoins permis d'arrêter les discriminations.

Contrairement aux idées reçues, la prison est un espace ouvert, dans le sens où les prisonniers finissent, pour la plupart, à la quitter : soit parce qu'ils ont purgé leur sentence, soit parce qu'ils bénéficient d'une amnistie. Par la négociation, les équipes MSF ont pu obtenir de recevoir à l'avance la notification des relâches prochaines de prisonniers-patients. Un maillage avec les structures médicales (ONG nationales, internationales ou ministère de la Santé) à même de prendre en charge ces patients dans leur région d'origine, a permis de référer avec succès 86 % des prisonniers remis en liberté.

A un moment donné, les équipes de Médecins Sans Frontières se sont rendues compte que des prisonniers envoyés dans leur clinique provenaient d'autres lieux de détention du pays, sans que MSF ne connaisse les critères de ces transferts (contre paiement ?), ni ne puisse assurer un suivi de ces patients. Devant le risque de devenir le suppléant de l'ensemble du système carcéral birman, alors même que les tractations continuaient pour délimiter les responsabilités de chacun, MSF a dû s'opposer à cette tendance par la négociation (à partir du moment où MSF a annoncé son retrait, l'organisation n'a plus eu de contrôle sur cela. Au total, 25 % des personnes décédées

dans la cohorte des patients soignés par le personnel MSF provenaient d'autres lieux de détention qu'Insein, où aucun traitement ou soin du sida n'était disponible).

A l'inverse, MSF a milité avec succès pour que les femmes condamnées pour prostitution<sup>11</sup> et testées séropositives puissent rester dans un centre de réhabilitation pour un retour à la vie civile où les conditions de vie sont bien meilleures plutôt que d'aller à Insein. Pour elles, le ministère de la Santé a finalement accepté de mettre en œuvre une prise en charge de la maladie dans ce centre de réhabilitation.

## Dilemmes et décisions

Toutes ces avancées n'ont cependant pas permis de répondre à trois conditions devenues essentielles aux yeux de Médecins Sans Frontières pour continuer la collaboration : un accès indiscriminé pour MSF à tous les prisonniers ayant besoin de soins médicaux, la détection précoce des patients atteints par le VIH et un réel investissement des autorités pénitentiaires pour pouvoir, à terme, assumer totalement leurs responsabilités quant à la santé de la population carcérale.

Ethiquement parlant, il devenait de plus en plus insupportable de savoir que si les prisonniers référés à MSF par les autorités avaient droit à un service de qualité, tous les autres prisonniers dépendaient du système de soins de la prison, connu pour être très limité. Les négociations entamées dès la fin de la première année pour avoir une approche globale de la santé des prisonniers se sont heurtées à un mur de refus. MSF n'a jamais pu intégrer ses services pour les patients atteints du sida dans l'hôpital existant au cœur de la prison, même si régulièrement le personnel MSF a pu le visiter, constater l'absence relative de patients et faire offre d'améliorations des soins dispensés. L'impact sur l'amélioration globale des conditions sanitaires de l'ensemble des prisonniers a donc été limité. En juin 2012, une épidémie de choléra s'est déclarée dans la prison. Officiellement, quelques 450 patients et membres du personnel de la prison ont été infectés, avec, heureusement, un seul décès.

Malgré des demandes formulées non officiellement par des membres du personnel et de la direction de la prison pour bénéficier d'une aide de MSF, toute offre de services par l'organisation a été officiellement rejetée. La collaboration, selon le point de vue des autorités, se confirmait encore un peu plus comme étant une simple sous-traitance de services limités à un acteur extérieur maintenu en périphérie...

*La collaboration, selon le point de vue des autorités, se confirmait encore un peu plus comme étant une simple sous-traitance de services limités à un acteur extérieur maintenu en périphérie...*

Un des problèmes les plus importants rencontrés pour le traitement efficace des patients atteints du sida était la détection tardive des malades, référés le plus souvent à un stade avancé de la

maladie. Les tests étaient faits par le personnel de santé de la prison, dans des conditions éthiquement et qualitativement discutables<sup>12</sup>. La proposition de Médecins Sans Frontières en faveur d'un effort commun pour l'accueil médical complet des nouveaux prisonniers, allant dans le sens d'une cogestion de cette prise en charge, a été irrémédiablement refusée. L'administration acceptait seulement une délégation de responsabilité à MSF pour faire le test VIH, dans la clinique MSF, de tous les nouveaux prisonniers référés par leurs soins.

Si, dès la fin de la première année du projet (fin 2011), les discussions entre MSF et l'administration pénitentiaire ont porté sur l'ouverture d'une nouvelle phase de la relation entre partenaires pour le bénéfice des prisonniers, toutes les propositions formulées et amendées d'établissement d'un projet aux contours et à la durée précises se sont vues rejetées, de même qu'un investissement réel des autorités pour être à même de reprendre, à terme, les responsabilités de MSF.

Clairement, et de plus en plus officiellement, les objectifs et limites des partenaires se sont clarifiés... et opposés. Le système pénitentiaire birman n'envisageait pas de s'in-

vestir dans la prise en charge du sida au sein des prisons et ne recherchait qu'une sous-traitance de cette activité à un partenaire externe.

En juin 2013, après plus d'un an de négociations, MSF a officialisé sa décision de se retirer de son programme et laissé six mois aux autorités pour élaborer son plan d'action futur. Rapidement, une ONG internationale (The Union) s'est montrée intéressée pour reprendre les activités de MSF dans le cadre imposé par les autorités. La passation peut s'organiser au mieux.

## Quelles leçons tirer ?

Indépendamment du succès que représente le traitement de tous les patients pris en charge par Médecins Sans Frontières et maintenant par une autre organisation ainsi que de l'expérience acquise par l'organisation et son personnel dans le travail en milieu carcéral, des questions restent ouvertes et leurs réponses pourraient différer d'une organisation à l'autre :

*Fallait-il commencer une intervention sans que toutes les conditions n'aient préalablement été fixées et codifiées dans un accord complet liant les deux parties ?*

Pour MSF, la question de la pérennité d'une action comme la garantie du succès ne sont pas des critères préalables au démarrage d'une intervention. Dans ce cas-ci, il a été jugé que les conditions de début d'une activité médicale étaient suffisantes (phase pilote sur des services limités à la prise en charge du sida, tout en étant transparent sur les objectifs de mener un projet global en bonne et due forme).

Indéniablement, au Myanmar peut-être plus qu'ailleurs, la négociation des conditions d'une action dans une prison est cruciale pour maximiser les chances de succès d'une action. La part de risques, inhérente à l'action, est à minimiser en mettant les moyens nécessaires pour répondre à la spécificité de celle-ci.

*Est-il possible de prévenir et gérer les difficultés et risques d'instrumentalisation en intervenant au cœur du système répressif d'un régime dictatorial ?*

A moins de considérer d'emblée que les prisonniers ne méritent pas, comme tout autre être humain, de recevoir une aide, envisager une action de réponse à des besoins avérés s'impose naturellement. Pour Médecins Sans Frontières, le niveau inacceptable de mortalité en lien avec le sida justifie pleinement l'action : le coût-bénéfice de l'intervention penche clairement pour le démarrage du projet.

Toutefois, les caractéristiques propres au milieu carcéral, quel que soit le pays, obligent à un suivi (procédures, moyens) particulier pour ce type de projet : les risques de manipulation<sup>13</sup> et de participation – même involontaires – à la répression des prisonniers sont réels.

Sans être lourds pour autant, les outils spécifiques mis en œuvre par MSF pour ce projet d'Insein peuvent être aisément répliqués dans d'autres expériences similaires.

*Une organisation humanitaire, ayant comme mode et modalités d'action de mener des projets limités dans le temps, peut-elle avoir l'ambition, dans un contexte comme le milieu carcéral (au Myanmar de surcroît) de réformer l'absence de soins, puis la prise en charge des patients atteints du sida ?*

Au final, le point le plus controversé au sein même de l'organisation aura été l'objectif de permettre à travers une intervention ponctuelle en milieu carcéral des changements structurels dans la qualité de la prise en charge médicale des prisonniers. Le temps est un des facteurs majeurs pour la réussite : au-delà du slogan « on ne peut pas savoir sans avoir essayé », discutable mais bien réel, l'adéquation entre les objectifs du projet et le temps donné pour les atteindre est un enjeu important pour un projet aussi difficile.

Dans le cas présent, les difficultés pour établir des relations de travail entre acteurs étrangers et autorités birmanes ainsi que pour comprendre les raisons d'un refus ou d'une acceptation d'une demande sont connues. D'autres caractéristiques offrent cependant un contre-poids à ces facteurs défavorables : la demande d'action vient des autorités birmanes elles-mêmes. De plus, celles-ci ont commencé à intégrer la prise en charge du sida dans leur offre de services aux populations hors prison et l'enclencheur d'Insein dispose de l'infrastructure et du personnel médical nécessaires.

L'entrée en action de Médecins Sans Frontières sous la forme d'une phase pilote n'adressant que les besoins en matière de sida peut avoir un impact ambivalent : elle permet à MSF d'être immédiatement efficace pour les patients tout en observant les conditions de collaboration en vue d'un investissement plus important, mais elle prive MSF d'un atout majeur dans les négociations pour un projet de santé global : la demande première des autorités, à savoir la prise en charge médicale des patients atteints du sida, est satisfaite d'emblée. Dès lors, pourquoi accepteraient-elles une collaboration plus large ? MSF a jugé que le risque en valait la « chandelle »...

Nul doute que Médecins Sans Frontières aura dans le futur de nouveau à intervenir en milieu carcéral, étant donné les besoins immenses et le peu d'acteurs désireux ou à même de prendre en charge des actions de ce genre. L'impact direct en matière de mortalité sera certainement le critère majeur derrière la décision d'agir. L'expérience impose toutefois d'analyser en profondeur les conditions d'action et de se donner le temps de les mesurer pour prendre une décision informée.

Au-delà de l'implication de MSF dans le futur, au vu des caractéristiques propres au milieu carcéral et à ses défis, et connaissant le manque d'expertise dans le milieu huma-



nitaire en général, l'action humanitaire et médicale en prison pourrait devenir un domaine (une « niche ») où cristalliser l'expérience et l'expertise existante dans un service spécifique. Celui-ci pourrait être développé au sein d'une organisation déjà active (MSF ou autre), voire se développer à travers la création d'une nouvelle organisation.

*Jean-Marc Biquet, Chargé de recherche, Médecins Sans Frontières*

*Unité de Recherche sur les Enjeux et les Pratiques Humanitaires (UREPH)*

<sup>1</sup> « J'ai eu une impression assez globale des conditions de détention dans le monde. Dans beaucoup de pays, j'étais tout simplement choqué par la manière dont les êtres humains étaient traités en détention. Dès qu'ils sont derrière les barreaux, les détenus perdent la plupart de leurs droits humains et sont tout simplement oubliés par le monde extérieur ». Extrait du *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* du 5/2/2010, p. 61. Consultable à l'adresse suivante : <http://www2.ohchr.org/english/issues/torture/rapporteur/index.htm>

<sup>2</sup> BIQUET J.-M. « Action humanitaire en milieu carcéral : l'expérience de Médecins Sans Frontières » in *Humanitaires en mouvement*, avril 2014, pp. 12-15. Disponible sur [http://www.urd.org/IMG/pdf/URD\\_HEM\\_13\\_FR.pdf](http://www.urd.org/IMG/pdf/URD_HEM_13_FR.pdf)

<sup>3</sup> Dans son rapport de 2000 sur l'état de la santé dans le monde, l'OMS classe le Myanmar dernier en matière de performance du système de santé. Disponible sur : [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

<sup>4</sup> Le Myanmar est classé le pays le plus à risque dans la zone Asie-Pacifique en 2011 par OCHA (voir <http://www.unocha.org/roap/about-us/about-ocha-roap/myanmar>).

<sup>5</sup> Voir le rapport de International Crisis Group Myanmar : « The politics of Humanitarian Aid », 2/4/2002 disponible sur le site: <http://www.crisis-group.org/~media/Files/asia/south-east-asia/burma-myanmar/Myanmar%20The%20Politics%20of%20Humanitarian%20Aid.pdf>

<sup>6</sup> TERRY F., « Myanmar. Golfing with the Generals » in *Humanitarian Negotiations Revealed*. Editions Hurst & Company, Londres, 2011, pp. 109-129.

<sup>7</sup> Référence au titre d'un article de presse parlant de la prison d'Insein paru le 31/5/2009. Accessible sur : <http://news.asiaone.com/News/Latest%2BNews/Asia/Story/A1Story20090531-145075.html>

<sup>8</sup> En décembre 2005, les autorités birmanes imposent au CICR la présence d'un représentant de l'Etat lors de toute visite de prisonniers, ce qui est contraire aux pratiques de l'organisation. Le CICR suspend alors son action en prison (jusqu'en 2013 et un accord sur de nouvelles conditions de travail). Voir le communiqué de presse CICR du 15/3/2007 sur <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/news-release/2009-and-earlier/myanmar-news-150307.htm>

<sup>9</sup> A noter que ces chiffres sont sous-évalués selon le personnel même de la prison puisque les malades en stade terminal sont souvent transférés ailleurs en dernière minute pour ne pas gonfler les chiffres de mortalité de la prison.

<sup>10</sup> Titre d'un livre de Laurent Y. « Médecins Sans Frontières, Là où les autres ne vont pas » Ed. Robert Laffont, Paris, 1980

<sup>11</sup> Toute personne condamnée pour prostitution est systématiquement testée pour le sida. Les autres prisonniers ne le sont que s'ils présentent des symptômes faisant penser à cette maladie.

<sup>12</sup> Pas de consentement au test, pas d'information sur les résultats.

<sup>13</sup> Utilisation de la collaboration dans la propagande du régime par exemple, déresponsabilisation totale des autorités en charge...

## Point de vue

Julien Carlier & Véronique de Geoffroy

### Problèmes de qualité dans l'humanitaire : au final, de quoi parle-t-on ?

Les 15, 16 et 17 septembre 2014, au siège du Groupe URD, les Universités d'Automne de l'Humanitaire ont réuni des spécialistes des enjeux de Qualité & Redevabilité. Ce temps fort de la rentrée aura permis de faire le point sur les questions de qualité de l'action humanitaire à un moment clé pour le secteur. Le 12 décembre 2014 seront en effet présentés à Copenhague la Norme Humanitaire Fondamentale, née du besoin d'apporter plus de cohérence aux nombreux standards existants, et les résultats du projet de certification mené par le *Steering Committee for Humanitarian Response*.

Les points clefs des Universités d'Automne de l'Humanitaire seront diffusés sur le site web du Groupe URD courant octobre. Cet article n'a pas vocation à retranscrire l'intégralité de ces échanges très riches mais de présenter un axe particulier qui a constitué le fil rouge des discussions : quelle est la nature profonde des problèmes de qualité dans le système humanitaire ? Ainsi que le point de vue du Groupe URD sur ces questions.

#### Une définition de la qualité qui varie selon les points de vue

S'entendre sur une définition de la qualité n'est pas chose aisée quel que soit le secteur d'activité. Elle est par nature composée de caractéristiques fortement subjectives et revêt de fait des significations très différentes selon le point de vue des personnes concernées. Tenter de définir la qualité pour l'aide humanitaire, un secteur profondément complexe et multipartite, devient extrêmement problématique. A un bout de la chaîne, les populations affectées par les désastres ont principalement besoin d'avoir accès à une aide adaptée à leur situation, leurs priorités et livrée en temps voulu. A l'autre bout de la chaîne, les bailleurs ont certes à cœur de satisfaire ces besoins essentiels, mais ils ont aussi de nombreuses autres préoccupations telles que satisfaire aux injonctions politiques de leurs gouvernements, s'assurer de la conformité administrative et financière de leurs partenaires d'exécution et vérifier leurs manières d'agir sur le terrain. Ces impératifs additionnels sont guidés par le statut des bailleurs qui gèrent des fonds publics et ont une contrainte légale forte vis-à-vis de l'opinion publique de justifier comment les subventions ont été dépensées et à quels effets.

Chaque partie prenante du système de l'aide – communautés et populations affectées, autorités locales ou nationales, donateurs individuels, opérateurs, etc. – a ainsi sa propre conception de ce que devrait être une intervention humanitaire de qualité. Ces différentes perspectives cohabitent au sein même des organisations humanitaires qui sont tenues à la fois de satisfaire aux exigences de ceux qui les financent et de répondre aux besoins des populations affectées par les désastres. Il n'est ainsi pas rare de constater au sein des organisations une tension entre des dirigeants qui cherchent à consolider la survie de la structure en satisfaisant et rassurant les bailleurs de fonds, les donateurs individuels et les médias ; et de l'autre, les équipes opérationnelles au contact des populations affectées davantage préoccupées par la qualité et la pertinence des interventions sur le terrain.

Une spécificité du secteur tient aussi au fait que le système international de l'aide n'est pas structuré de sorte que les « bénéficiaires » exercent un contrôle sur les organisations qui leur portent assistance. C'est une différence fondamentale d'avec le secteur privé à qui l'on doit le développement des principes de gestion de la qualité. Dans ce secteur, « le client est roi » : il a la possibilité de choisir son fournisseur et de boycotter voire ternir sa réputation s'il est insatisfait du service qui lui est rendu. La satisfaction du client est au cœur des démarches de qualité du secteur privé. S'il est important d'user de précautions dans les comparaisons entre secteur privé et humanitaire tant leurs fondements éthiques sont éloignés, il n'en demeure pas moins vrai que les « bénéficiaires » de l'aide aujourd'hui n'ont que très peu de pouvoir sur le système de l'aide.

## Différentes perceptions des enjeux de qualité

Ces spécificités de l'aide humanitaire engendrent donc naturellement des interprétations divergentes des problèmes de qualité selon qui l'on interroge dans le secteur. Les Universités d'Automne de l'Humanitaire ont fait apparaître ainsi différentes perspectives qui sont autant de motivations pour faire évoluer les mécanismes et les outils de qualité et de redevabilité du secteur.

### *Émergence de nouveaux acteurs*

L'émergence d'acteurs non professionnels sur les terrains de crise médiatisés (Tsunami en 2004, Haïti en 2010), dont les actions relayées par les médias souvent en quête de scandales ont des répercussions sur l'ensemble de la communauté humanitaire, est sans aucun doute l'une des motivations à l'origine du projet de certification. L'un de ses objectifs serait ainsi de faire le tri entre organisations professionnelles et non professionnelles.

Plus subtile, la multiplication des acteurs de l'aide avec notamment la montée en puissance des entreprises, des militaires ou des acteurs nationaux comme les *National Disaster Management Agencies* (NDMA) lors des réponses aux crises pose aussi la question des critères et des principes définissant l'action humanitaire. La mise en place de la Norme Humanitaire Fondamentale (NHF) doit-elle permettre l'intégration de ces acteurs ou au contraire préserver l'espace humanitaire « traditionnel » ? C'est là l'un des enjeux sous-jacents et l'une des difficultés majeures dans le travail d'élaboration d'une définition de la qualité de l'aide.

Les autorités nationales qui sont généralement impliquées à la marge dans les interventions humanitaires, peuvent contribuer à rendre plus difficile l'accès aux zones d'intervention et la mise en œuvre des programmes. Les projets de NHF et de certification pourraient aussi être vus comme la mise en place de garanties pour faciliter l'accès aux organisations professionnelles en cas de catastrophe...

C'est donc cette évolution du nombre et de la nature des acteurs opérationnels sur les terrains de crises qui motive pour partie les efforts de définition de la qualité et de régulation du secteur, avec des objectifs (contradictoires ?) à la fois d'inclusion de certains acteurs et d'exclusion d'autres acteurs.

### *Crise de confiance avec l'opinion publique et les médias*

Par ailleurs, cette évolution du paysage institutionnel s'accompagne d'une « crise de confiance » entre les donateurs (échaudés par les médias), les autorités locales (en attente d'un rôle plus important) et les acteurs humanitaires traditionnels.

Mais cette crise de confiance tient aussi peut-être à la façon dont les organisations ont tendance à communiquer leurs actions en occultant les véritables enjeux et difficultés des interventions sur le terrain au profit d'un discours simplificateur visant à motiver le don et rassurer le donateur. Ce type de communication génère des attentes élevées de la part de l'opinion publique et contribue aux critiques du monde humanitaire relayées par les médias lorsque le secteur échoue à atteindre ces attentes. Ce phénomène est amplifié par la compétition accrue entre les organi-

sations humanitaires et la nécessité toujours plus grande de fidéliser leurs donateurs en apparaissant sous leurs meilleurs jours dans les médias. Dans cette optique, tout effort en matière de qualité et de redevabilité devrait intégrer une composante d'information (et non de communication) auprès des médias et du grand public quant à la réalité des programmes sur les terrains, y compris sur les limites et difficultés rencontrées.

### **Exigences et besoins des bailleurs**

Les principaux bailleurs « historiques » (comme par exemple ECHO, USAID ou DFID) ont pu développer au fil des ans une expertise et une présence forte sur le terrain. Cette maturité et les moyens associés leur permettent d'entretenir une relation de confiance avec leurs partenaires d'exécution et de travailler en étroite collaboration avec eux sur les difficultés liées aux interventions humanitaires. Mais tous les bailleurs du secteur humanitaire n'ont pas ces mêmes capacités, qu'il s'agisse de donateurs plus modestes, de pays émergents ou de donateurs privés comme les fondations. Pour eux, se pose donc la question de comment garantir la viabilité de leurs partenaires d'exécution et la qualité des interventions menées en leur nom sur le terrain. Le projet de certification pourrait dans ce cadre s'avérer être une piste intéressante pour les bailleurs aux capacités plus limitées et qui délégueraient ainsi une partie de la charge de vérification de la conformité des organisations à un tiers.

Le système de l'aide humanitaire est actuellement déséquilibré avec énormément d'énergie et de ressources dépensées en audits et *reporting*. Cette très forte bureaucratie principalement orientée sur des aspects légaux et financiers détourne des véritables enjeux de la qualité du service rendu aux populations. Pour autant, il ne semble pas qu'une certification puisse, à court terme, soulager les multiples exigences des bailleurs de fonds, eux-mêmes tenus par leurs propres mécanismes de redevabilité. La question du déséquilibre entre qualité des programmes et qualité du *reporting* demeure.

### **Qualité des programmes**

Il a été noté que le système humanitaire, sectorisé, n'est peut-être pas porteur de qualité du point de vue des bénéficiaires ; un système segmenté en secteurs d'interventions et groupes de populations qui répond à des impératifs du secteur et des spécialisations (WASH, Nutrition, FoodSec, shelter, IDP, Refugees...) ne correspond pas à la réalité et au quotidien des populations en situation de crise dont les besoins sont interconnectés.

*Le système humanitaire est chaotique, composé d'organismes divers et répondant à une logique systémique. Il n'existe pas un levier à actionner, une solution miracle pour régler tous les problèmes de qualité*

Avec des moyens très limités pour les populations affectées par les désastres de se faire entendre et de faire valoir leur propre conception de la qualité de l'aide, il est difficile de mesurer de façon systématique la réalité des problèmes de qualité de l'aide. Les développements des nouvelles technologies de la communication pourraient avoir un impact majeur dans les années à venir à ce sujet, en favorisant les circuits courts de l'aide et les mécanismes de feedbacks (via SMS, mail, etc.).

Au final, la question centrale de la qualité des programmes reste posée. Les UAH n'ont pas permis de dégager un consensus sur la réalité et la gravité des problèmes de qualité des interventions humanitaires. En particulier, les ONG professionnelles présentes ont tenu à mettre en avant les nombreux progrès réalisés au cours des dernières années tout en reconnaissant qu'il existait évidemment des marges d'amélioration.

### **Conclusion**

Pour tous ces problèmes de qualité, il semble illusoire de penser qu'une ou deux initiatives permettront de répondre à l'ensemble des problèmes. Le système humanitaire est chaotique, composé d'organismes divers et répondant à une logique systémique. Il n'existe pas un levier à actionner, une solution miracle pour régler tous les problèmes de qualité. Bien plus, face à chaque problème identifié, il s'agit d'identifier des pistes d'action particulières et complémentaires pour plus d'efficacité au niveau global.

Ainsi par exemple, un plaidoyer concerté de la part des ONG pour alléger la charge du *reporting* multiple auprès des bailleurs de fonds, conformément aux engagements pris par ces mêmes bailleurs dans le cadre de la GHD<sup>1</sup>, semblerait nécessaire et permettrait certainement de mieux équilibrer l'importance relative du rendu et du con-



trôle de conformité administrative et financière au profit du suivi de la qualité des programmes du point de vue des populations...

Par ailleurs, une évolution du type de communication auprès des médias et du grand public permettrait certainement de consolider la confiance envers les organisations professionnelles. Cela pourrait se faire, par exemple, à travers le partage plus systématique des résultats des évaluations ou la multiplication de mécanismes collectifs de collecte de fonds pour éviter la surenchère médiatique.

Concernant l'émergence d'organisations non professionnelles sur les terrains de crise médiatisés, il semble illusoire de penser qu'un mécanisme de certification en viendrait à bout puisque par définition, ces organisations se situent « hors secteur »... En revanche, l'éducation au don et à la solidarité dans nos propres sociétés participeraient certainement à diffuser ce qui est utile en cas de catastrophe, ce qui ne l'est pas et quelles sont les contraintes d'intervention dans ces contextes.

Enfin, au-delà des esquisses de solutions multiples et en complément de la culture de l'évaluation qui existe aujourd'hui dans le secteur, c'est une révolution culturelle de la Qualité au niveau institutionnel qui reste à engager, qui mettra les organisations dans une démarche d'amélioration continue. Les études sur la qualité d'autres secteurs d'activité estiment systématiquement le coût de la non-qualité entre 15 et 25 % du chiffre d'affaires d'une organisation n'ayant pas mis en œuvre de démarche qualité. C'est ce calcul des coûts de la non-Qualité qui a motivé cette révolution dans d'autres secteurs. Dans l'aide humanitaire, ces coûts sont aujourd'hui portés par les populations et ne se comptabilisent pas financièrement mais en souffrance supplémentaires, en temps perdu, en frustrations inutiles, etc. C'est donc encore à ce stade une question de responsabilité éthique et un choix volontaire des organisations professionnelles que de mettre en place des mécanismes efficaces et pérennes d'amélioration continue... en attendant l'émergence de systèmes plus ou moins structurés de *feedbacks*, basés sur les nouvelles technologies de la communication, et qui risquent bien de bouleverser l'équilibre des pouvoirs entre organisations, populations et donateurs.

*Julien Carlier - Appui Conseil Qualité, Groupe URD  
Véronique de Geoffroy - Directrice des Opérations, Groupe URD*

## Crises et vulnérabilités

### Cygnes noirs et principe de Pareto : se préparer à l'imprévisible

*François Grünewald*

L'analyse des scénarios du futur montre que l'apparition des phénomènes imprévisibles, rares et violents, dits « cygnes noirs », reste plus que probable. La planète est en effet confrontée à une multiplication d'événements de plus en plus dévastateurs, qui sortent des données statistiques du passé, et sont là pour nous rappeler à la fois notre vulnérabilité face aux phénomènes météorologiques extrêmes et la faiblesse de nos modèles prédictifs face à ce qui est inconnu. Dans le cadre d'une approche globale prospective, la réflexion sur les « cygnes noirs » est souvent une priorité de deuxième, voire de troisième rang. Or, étant donné l'importance de leurs impacts sur des populations et sur des économies fragiles, ils doivent être au cœur de la réflexion sur les procédures d'anticipation, de prévention, de prévision et de préparation, dans un nombre croissant de régions du monde.

La réflexion internationale<sup>1</sup> sur les aléas encore non connus ou à probabilité extrêmement faible mais à impact majeur – les fameux « cygnes noirs » (*black swans* en anglais) – en est encore à ses balbutiements du fait de la rareté de ces événements et de celle concomitante des données statistiques qui les concernent. Les premières réflexions stratégiques se sont inspirées du principe de Pareto (également connu sous le nom de loi des 80-20) qui théorise un phénomène constaté dans de nombreux secteurs : environ 80 % des effets sont le produit de 20 % des causes. Sortir de la courbe de Pareto oblige à regarder ces événements très rares, mais qui peuvent avoir un effet d'ampleur inconnue. Les questionnements de Nassim Nicholas Taleb – résumés dans son livre provocateur mais ô combien salutaire *Le cygne noir : la puissance de l'imprévisible* – relancent les débats sur l'utilisation des statistiques, l'adaptation de leurs modèles sous-jacents et les difficultés de prédire

l'incertain sur la base des analyses fréquentielles des données du passé. Les réflexions fascinantes telles que la théorie des catastrophes de René Thom ou les travaux sur les phénomènes fractaux ou chaotiques, mais aussi les recherches sur les méthodes prospectives et sur la base des travaux de scénarii, apportent un ancrage théorique complémentaire pour aborder la question des « cygnes noirs ».

Les travaux sur l'impact à venir du changement climatique et l'incertitude quant à l'impact de phénomènes comme le dégel des permafrosts en Sibérie commencent tout juste à produire les premiers modèles prédictifs. Ceux-ci nous obligent justement à sortir de la courbe de Pareto et à s'intéresser aux parties de la courbe à très faible fréquence qui sont souvent mises de côté. Le dernier rapport du Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC)<sup>2</sup> sur la gestion des risques d'événements extrêmes et des catastrophes pour progresser dans l'adaptation climatique est en cela très alarmiste. Avec l'accroissement de la température moyenne de près de 1°C au cours du siècle dernier, des changements radicaux commencent à être observés. La planète est en effet confrontée à une multiplication d'événements de plus en plus dévastateurs et qui sortent des données statistiques du passé. Les vagues de sécheresse de plus en plus fréquentes qui touchent régulièrement la corne de l'Afrique, le Sahel, mais aussi l'Australie et la côte sud des États-Unis, et sont souvent accompagnées d'incendies de forêts de grande ampleur, ou encore les cyclones ou pluies torrentielles qui affectent régulièrement les tropiques, la multiplication des tornades dévastatrices aux États-Unis, mais également les inondations qui frappent de plus en plus souvent l'Europe, et notamment le sud-est de la France, sont là pour nous rappeler à la fois notre vulnérabilité face aux phénomènes météorologiques extrêmes et la faiblesse de nos modèles prédictifs face à ce qui est inconnu.

Les nombreuses précautions méthodologiques (voir tableau ci-dessous<sup>3</sup>) rappellent notamment que plus un événement est extrême et donc rare, moins il existe de données le concernant, et par conséquent plus l'analyse fréquentielle ex-post et la construction de modèles sont difficiles.

	Le futur est ...			
	Certain	Probable	Possible	Inconnu
La réflexion est	Linéaire	Contextuelle	Créative	Opportuniste
La planification se concentre sur	Les tactiques et chronogrammes	Les plans de contingence	L'élaboration des scénarios	La compréhension de la complexité
Le management est focalisé sur	Les corrections et aménagements	Les réponses les plus rationnelles	Des stratégies robustes	La définition des spécifications minimales

Même en l'absence de certitudes, les perspectives sont plus qu'inquiétantes. Les travaux sur la disparition des civilisations (les empires Maya, Khmer, etc.) entrepris par plusieurs écoles d'archéologie, dont certains avec le soutien de la NASA<sup>4</sup>, et résumés de façon magistrale dans l'ouvrage « *Collapse: How Societies Choose to Fail or Survive*<sup>5</sup> », sont parfois vus comme des élucubrations de chercheurs, voire de la science-fiction. Ils n'en sont pourtant pas moins des « lanceurs d'alerte ».

Face à toutes ces incertitudes, un responsable politique doit pourtant faire des choix d'allocations budgétaires<sup>6</sup> entre plusieurs priorités mais aussi selon les pressions de l'opinion publique et de sa hiérarchie, elle-même souvent sous pression, notamment budgétaire. A budget constant ou à faible marge de manœuvre, choisir d'investir entre différents services à la population – dans la prévention ou pour des mesures d'accompagnement du risque – implique donc des renoncements. Dans le cadre d'une approche globale prospective, la réflexion sur les événements de type « cygne noir » est ainsi souvent une priorité de deuxième, voire de troisième rang. Face aux budgets limités, aux dépenses urgentes difficiles à couvrir dans des secteurs aussi essentiels que la santé, l'éducation, l'accès au logement, etc., la prise en compte du risque faible est difficile si bien que ce dernier n'est en général pas couvert par les plans de préparation. En Haïti, le risque sismique ne faisait pas partie des priorités malgré le plaidoyer d'une poignée de spécialistes haïtiens. On voit ce qu'il est advenu suite au 12 janvier 2010... Face aux changements à venir, l'analyse probabiliste du passé n'informe de fait qu'en partie les risques futurs. Et c'est bien là la difficulté rencontrée pour réfléchir sur les fameux « cygnes noirs ». Faute de pouvoir prédire l'avenir, seule une réflexion stratégique et innovante sur les événements extrêmes, capable de sortir des modèles statistiques tout en les poussant à leurs limites, permettra de réfléchir aux procédures pour les anticiper, les gérer et offrir des solutions. En effet, ce n'est pas en occultant des phénomènes dont la probabilité est très faible mais non nulle que l'on fera preuve de sagesse car la loi faible des grands nombres en probabilité impose d'intégrer dans les perspectives des événements extrêmement rares. Tel est l'un des conseils clés, souvent non entendu, des chercheurs et mathématiciens qui travaillent sur la théorie des événements extrêmes et notamment leur prévision<sup>7</sup>.

Étant donné l'importance des impacts des « cygnes noirs » sur des populations (plus nombreuses et donc plus exposées) et sur des économies fragiles, notamment dans les régions deltaïques et côtières mais aussi dans les vallées des zones à reliefs accentués, ils doivent être au cœur de la réflexion sur les procédures d'anti-

pation, de prévention, de prévision et de préparation, dans un nombre croissant de régions du monde. Ainsi, à Madagascar<sup>8</sup>, les services météorologiques ont montré en 2008 que le réchauffement a commencé dans la moitié sud du pays dès 1950 et s'est étendu au Nord à partir de 1970 tandis que les précipitations ont connu une grande variabilité. Depuis 1994, le nombre de cyclones de grande intensité a augmenté. Les projections climatiques pour les 50 prochaines années montrent que Madagascar connaîtra une augmentation généralisée de la température allant de 1,1°C à 2,6°C. De plus, une augmentation généralisée des précipitations sera observée sur toute l'île, à l'exception de l'extrême Sud-Est. Selon ces mêmes prévisions, la fréquence des cyclones augmenterait et ils passeraient davantage vers le nord de l'île. Les derniers cyclones touchant les Seychelles et les pluies torrentielles sur Maurice sont à classer dans la même catégorie des phénomènes à dynamique jusqu'à peu observée. Enfin, tant en 2011 qu'en 2013, les événements cycloniques aux Philippines ont eu des caractéristiques hors norme, tant dans leur période, que leur trajectoire ou leur intensité.

Comme nous l'avons dit, la réflexion sur ces événements exceptionnels et les efforts de préparation que leur possible occurrence doit induire est par essence de nature prospective. Ainsi, les travaux faits par différents groupes de travail – et notamment le Groupe URD dans un certain nombre de contextes (Océan indien, Asie du Sud et du Sud-Est, Afrique sahélienne) – s'appuient sur les outils de l'analyse prospective multi-scénarios en essayant de conforter et de baliser la démarche d'anticipation grâce à la connaissance de phénomènes et d'événements qui ont eu lieu dans d'autres zones du monde.

Dégâts des cyclones aux Philippines



© Groupe URD

Un des axes de réflexion s'appuie sur la modélisation des incidents telluriques qui font sans aucun doute partie des « cygnes noirs ». Toute une histoire du monde et de l'action humanitaire est d'ailleurs liée à ce tectonisme global. Depuis le séisme de Lisbonne (1755) et

les échanges à son propos entre Voltaire et Rousseau<sup>9</sup>, celui de Caracas en 1812 qui vit la première grande réponse humanitaire organisée par un État, ceux d'Agadir (1960), de Managua (1968), d'El Asnam (1981), d'Arménie (1988), de Sumatra (2004), du Pakistan, de Chine (2005) et d'Haïti (2010), les hommes n'ont cessé de scruter les trémors<sup>10</sup> profonds et les mouvements des plaques pour tenter d'améliorer la prédiction des séismes, sans trop de succès pour l'instant... De facto, les gestionnaires du risque pourraient alors raisonner non plus sur des probabilités mais sur des analyses de causalités possibles, restant dans l'incertain tout en cherchant à identifier des « facteurs de croissance du risque » et les investissements qui pourraient être utiles : codes de construction, aménagement du territoire urbain, mesures de type « plan d'évacuation », renforcement des « infrastructures critiques » ou toutes choses coûteuses mais qu'il faut faire si l'on ne veut pas avoir de regrets...

*Une des caractéristiques des risques extrêmes réside dans le fait qu'un événement peut avoir de nombreuses conséquences produisant des désastres en cascade*

Par conséquent, réfléchir sur les événements extrêmes, rares et peu prévisibles, comme le sont les risques tectoniques, peut amener à bousculer des

états de fait. Dans certaines zones, comme la partie orientale de l'océan Indien par exemple, le risque sismique est souvent vu comme de faible amplitude. Pourtant, l'activité tectonique océanique permanente de toute la zone, un volcanisme actif (Karthala et Piton de la Fournaise) et une activité importante des failles à Madagascar (secousses, sources thermales) en font une zone à risques élevés, particulièrement dans certaines parties de la Réunion et des Comores. Une des caractéristiques des risques extrêmes réside dans le fait qu'un événement peut avoir de nombreuses conséquences produisant des désastres en cascade<sup>11</sup>. La littérature est d'ailleurs de plus en plus riche sur les « effets dominos », et l'analyse faite lors de nombreuses évaluations et sur la base de divers travaux produits par la communauté scientifique confirme l'importance de ce risque.

Ces conséquences peuvent être de différentes natures telles que :

- Flux incontrôlés de personnes et de biens qui sont fréquents dans les contextes de catastrophes de grande ampleur, du fait des paniques induites mais aussi de la nécessité de fuir la zone dévastée. Ces évacuations, déplacements et migrations de populations sinistrées d'un pays à l'autre ne sont pas exemptes de risques politico-sécuritaires associés. La carte détaillée de certaines zones insulaires (zones de l'océan Indien ou Pacifique) montre que les populations de certaines îles trouveront plus rapidement un abri dans l'île d'un pays voisin que



dans la ville capitale de leur propre pays, posant un problème diplomatique. De même, un ouragan massif sur le Bangladesh dépassant les zones normalement touchées du delta et allant jusqu'à la capitale, Dhaka, pourrait également amener des millions de déplacés vers des frontières « hostiles » où l'arrivée massive de populations en fuite serait immédiatement vue comme une menace. Les capacités militaires déployées seraient alors considérables.

- Pollutions massives traversant les eaux territoriales de plusieurs États ainsi que les eaux internationales, avec des contaminations importantes de zones côtières très habitées ; ou pollution de zones économiquement importantes pour la gestion des ressources halieutiques ou touristiques.
- Propagation de maladies contagieuses, vectorielles et/ou infectieuses liées aux flux de populations et à la détérioration des systèmes de santé publique suite à une catastrophe. Les récentes crises « Ebola », « choléra » ou « Chikungunya » sont autant de signaux d'alerte.
- Évènements touchant des installations industrielles et de stockage d'hydrocarbures ou de matières dangereuses (HAZMAT).
- Fortes précipitations induisant une multiplication des glissements de terrain et des coulées de boue touchant des concentrations urbaines.

Par conséquent, plus nous sommes face à l'inconnu, plus il est important de réfléchir à la gamme de « palpeurs » et de mécanismes d'alerte, combinant les alertes précoces et les alarmes tardives. Les premières étant hélas souvent peu performantes face aux phénomènes imprévisibles, c'est la chaîne « préparation des infrastructures et des comportements – niveaux successifs de mise en alerte – discipline des populations lors de l'alarme » qui sauvera des vies. Cette chaîne devra être mise au point sur la base de scénarios innovants, de mécanismes opérationnels « agiles » et de réflexes acquis par l'exercice, tant pour les corps spécialisés (protections et sécurités civiles, réseaux Croix-Rouge, équipes municipales) que pour la population de façon générale. Face aux cygnes noirs, il faut sortir de la « zone de confort » que représente la connaissance du passé et explorer vigoureusement et sans crainte les champs du possible, de l'incertain et de l'imprévisible.

**François Grünewald**  
Directeur Général du Groupe URD

<sup>1</sup> Voir notamment les travaux de Didier Sornette, sur les prédictions des événements catastrophiques : [http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/b724c3eb326a8defc12572290050915b/0e7a2ea7d30774f7c12573ec0042ec93/\\$FILE/Risques\\_50\\_0026.htm](http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/b724c3eb326a8defc12572290050915b/0e7a2ea7d30774f7c12573ec0042ec93/$FILE/Risques_50_0026.htm) et ceux de Anis Borchani sur les Statistiques des valeurs extrêmes dans le

cas de lois discrètes : <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/57/25/59/PDF/10009.pdf>

<sup>2</sup> Site du Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC): <http://www.ipcc.ch>

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-GIEC-et-expertise-climatique-.html>

Site Internet MICE (Modelling de Change of climate extremes) : <http://www.cru.uea.ac.uk/projects/mice/html/extremes.html>

Site Internet IMFREX : <http://medias1.mediasfrance.org/imfrex/web/>  
Site Internet regroupant des statistiques sur les événements extrêmes : <http://www.isse.ucar.edu/extremevalues/extreme.html>

<sup>3</sup> Adapté de différents travaux sur la gestion de crise en entreprise

<sup>4</sup> Voir : <http://www.theguardian.com/environment/earth-insight/2014/mar/14/nasa-civilisation-irreversible-collapse-study-scientists>

<sup>5</sup> *Collapse: How Societies Choose to Fail or Survive*, 2005. Jared M. Diamond, Viking Press

<sup>6</sup> Les gouvernements des pays vulnérables sont confrontés à d'importants choix budgétaires, ce qui rend les investissements majeurs pour la préparation aux situations d'urgence (tels que les formations intensives au niveau national, régional et local) difficiles. [www.undp.org/mz/waterswinds-fires/content/.../1288](http://www.undp.org/mz/waterswinds-fires/content/.../1288)

<sup>7</sup> L. Clerc et C. Gollier, « Les événements extrêmes : nouveaux défis entre sciences et choix collectifs », *Risques, les cahiers de l'assurance*, n°76, 2008. Disponible à l'adresse suivante :

[http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/b724c3eb326a8defc12572290050915b/bfac7116b7742ecac1257566004b143b/\\$FILE/Risques\\_76\\_0010.htm](http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/b724c3eb326a8defc12572290050915b/bfac7116b7742ecac1257566004b143b/$FILE/Risques_76_0010.htm)

<sup>8</sup> A ce sujet, voir l'article « Changement climatique et cop17: enjeux et implications pour Madagascar » du WWF (22 septembre 2011). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.panda.org/fr/?202479/Changement-climatique-et-cop17-enjeux-et-implications-pour-Madagascar>

<sup>9</sup> Et leurs échanges sur la rencontre entre événements et sociétés pouvant conduire aux désastres.

<sup>10</sup> Voir : <http://volcans.blogs-de-voyage.fr/2006/12/24/definition-du-tremor-eruptif/>

<sup>11</sup> Un exemple d'effets de dominos : la panique dans les catastrophes urbaines : <http://cybergeog.revues.org/2991>

<http://www.actu-environnement.com/ae/news/refugies-climat-meteor-idmc-2012-18489.php4>

<http://helid.digicollection.org/en/d/1041fr/3.1.1.html>

<http://www.uctv.tv/shows/Disaster-Epidemiology-Tools-Workshop-Public-Health-Surveillance-after-Disasters-12135>

## Références

- *Le chaos*, Ivar EKELAND, Éditions Le Pommier, 2006.
- *Repenser l'économie. Mandelbrot, Pareto, cygne noir, monnaie complémentaire... les nouveaux concepts pour sortir de la crise*, Philippe HERLIN, Éditions Eyrolles, 2012.
- *Fractales, hasard et finance*, 1959-1997, Benoît MANDELROT, Flammarion, 1997.
- *A green history of the world. The environment and the collapse of great civilizations*, Clive PONTING, Penguin Books, 1993.
- *Le hasard sauvage – Comment la chance nous trompe*, Nassim Nicholas TALEB, Les Belles Lettres, 2009.
- *Antifragile – Les bienfaits du désordre*, Nassim Nicholas TALEB, Les Belles Lettres, 2013.
- *Force et fragilité – Réflexions philosophiques et empiriques*, Nassim Nicholas TALEB, Les Belles Lettres, 2010.
- *Le cygne noir – La puissance de l'imprévisible*, Nassim Nicholas TALEB, Les Belles Lettres, 2012.
- *Paraboles et catastrophes – Entretien sur les mathématiques*, la science et la philosophie, René THOM, Flammarion, 1983.
- *Économie des extrêmes – Krachs, catastrophes et inégalités*, Daniel ZAJDENWEBER, Flammarion, 2009.

- *The collapse of complex societies*, Joseph Tainter, Cambridge University Press, 1988.
- *The collapse of ancient states and civilizations*, Norman Yoffee, George Cowgill, University of Arizona Press, 1988.
- *Preindustrial Human Environmental impacts: are there lessons for global change science and policy?*, D.M. Kammen, K.R. Smith, A.T. Rambo, M.A.K. Khalil, *Revue Chemosphere*, vol29, n°5, septembre 1994.
- *The Long summer: how climate changed civilization*, Brian Fagan, Basic Books, 2004

#### Revue

- The environmental Change and security project report, revue annuelle publiée par le Woodrow Wilson Center : [www.wilson.org/escp](http://www.wilson.org/escp)

#### Site internet

- Population Action International : [www.populationaction.org](http://www.populationaction.org)

© Groupe URD



Les effets incroyables du Tsunami de décembre 2004  
Meulabeu (Indonesie)

## La situation actuelle des réfugiés maliens au Sahel : quelques pistes opérationnelles en situation d'urgence prolongée

Valérie Léon

Alors que l'instabilité politique au Mali s'est ravivée depuis fin mai 2014 et que les financements humanitaires autour de la crise malienne sont en décroissance depuis 2013, il semble difficile de concevoir des stratégies, à la fois de réponse humanitaire et de résilience sur le moyen-long terme. Suite à trois missions terrain dans les camps du Burkina Faso (Goudebo), du Niger (Tillabéri et Intekane) et de Mauritanie (Mbera), le présent article explore des voies opérationnelles pour répondre aux défis actuels du prolongement de l'exil des réfugiés maliens au Sahel.

Aujourd'hui, il est fort probable qu'une bonne partie des réfugiés maliens demeure dans les pays environnants (Burkina Faso, Mauritanie et Niger) dans des zones difficiles d'accès, arides, faiblement développées et sujettes à des crises alimentaires récurrentes (2005, 2010, 2012). Ces réfugiés maliens sont issus de divers groupes ethniques : majoritairement Touaregs, Songhais et Arabes<sup>1</sup>, mais également Haoussas, Peulhs et Bambaras.

Au cours de l'année 2014, les processus de retours se sont ralentis et les événements récents au Mali ont généré de nouveaux mouvements de population<sup>2</sup>. Suite aux affrontements entre le Mouvement National de Libération de l'Azawad (MNL) et le gouvernement malien (dans la région de Kidal, mai 2014), les chefs réfugiés (notamment ceux du camp de Mbera en Mauritanie) réaffirmaient leurs réticences à l'idée de rentrer au pays, ce qu'ils exprimaient d'ailleurs depuis déjà plusieurs mois. Cette volonté de ne

pas rentrer est fortement liée au processus de négociation en cours et à l'absence de garanties pour un retour sûr (sécurité, services basiques)<sup>3</sup>.

En résumé, le contexte humanitaire dans lequel se trouvent actuellement les réfugiés maliens est caractérisé par :

- Une nature complexe et multifactorielle de la crise, générée par l'interaction des déficits alimentaires et des dynamiques de conflit ;
- La raréfaction des financements pour le Sahel ;
- La non-résolution du conflit et le manque d'institutions de gouvernance stables au Nord Mali, d'où un risque de prolongement de l'exil des réfugiés maliens ;
- Les signes toujours récurrents de l'imminence de nouvelles crises alimentaires dans certaines zones géographiques du Sahel.

De fait, les acteurs humanitaires se trouvent à la croisée de plusieurs problématiques, qui appellent des modalités d'intervention différentes :

- La consolidation de la phase d'urgence et de la sécurité économique des populations réfugiées, dans une perspective de retour ou d'un prolongement de leur situation d'exil ;
- Le renforcement de la résilience des populations, dans un contexte d'insécurité alimentaire chronique ;
- La préparation de plans de contingence dans le cas d'un nouvel afflux de réfugiés maliens.

## Faciliter des processus de retour et/ou l'intégration locale des réfugiés dans un objectif de recherche de solutions durables

A l'avenir, ces processus seront la plupart du temps dictés par les chefs de fractions (d'où des possibilités de retours en « grappe » ou collectifs<sup>4</sup>), et donc liés au processus de négociation en cours. Les chefs réfugiés les plus politisés – ayant souvent expérimentés une période d'exil dans les années 1990 – insistent sur l'impossibilité d'un retour au Mali tant que les conditions de sécurité et un minimum de services de base (santé, éducation) ne seront pas rétablis au Nord Mali.

Selon l'évolution du contexte et des besoins, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) peut envisager des processus de « retour facilité ». Ainsi, lorsque les circonstances se sont avérées favorables (2e semestre 2013), le HCR s'est engagé sur la voie de la « facilitation » des retours spontanés<sup>5</sup>, en coordination avec le HCR Mali qui assure la relève en matière de protection et de programmes de réintégration (notamment des distributions de vivres)<sup>6</sup>.

Ceci dit, la mise en œuvre d'un tel programme risque de se confronter à plusieurs difficultés concrètes. En raison d'une présence limitée sur le terrain<sup>7</sup> et de la prévalence de zones d'insécurité, le HCR pourra difficilement s'assurer de la protection des retournés, ne serait-ce qu'en les informant de la situation dans les régions de retour (sûreté, réhabilitation et fonctionnement des services de base...). Il sera aussi particulièrement ardu de mener un suivi des populations retournées et d'éviter d'éventuels mouvements pendulaires entre zones de retour et d'accueil alors que la situation sécuritaire peut se détériorer soudainement dans certaines poches localisées.

Selon le récent rapport de l'Union africaine (UA)<sup>8</sup> et malgré l'accord de cessez-le-feu signé le 23 mai dernier<sup>9</sup>, la situation sécuritaire demeure marquée par la persistance d'incidents sécuritaires et la poursuite des attaques perpétrées par des groupes armés et terroristes encore actifs dans les trois régions du nord (Gao, Kidal et Tombouctou), notamment dans l'Adrar des Ifoghas, à l'extrême nord-est du pays. Aussi, de nombreuses attaques, des enlèvements de personnes, ainsi que des affrontements intercommunautaires, ont été signalés au cours des derniers mois.

Le rapport du Conseil de paix et de sécurité de l'UA relève d'autre part que « la dégradation continue de la situation politique et sécuritaire en Libye s'ajoute aux préoccupa-

tions sécuritaires dans la région ». Dans le même temps, les pays de la région poursuivent leurs efforts de renforcement de la coopération sécuritaire et d'opérationnalisation de l'Architecture africaine de paix et de sécurité (AAPS) dans la région sahélo-saharienne (processus de Nouakchott lancé par l'UA en mars 2013).

## Préserver la coexistence pacifique, en générant des gains de développement pour les populations hôtes

En règle générale, la coexistence avec la population locale est jugée « excellente » par les chefs réfugiés, notamment parce qu'elle se fonde sur des affinités socio-culturelles, voire des liens familiaux.

Dans les environs des Zones d'Accueil des Réfugiés (ZAR) au Niger, la population locale bénéficie d'un accès gratuit aux soins dans les structures de santé soutenues par le HCR à l'intérieur des zones d'accueil. Ceci a permis la cohabitation pacifique lors de la relocalisation des réfugiés (depuis des zones frontalières avec le Mali), tout comme d'autres projets de développement tels que la réhabilitation d'un forage, d'un barrage ou la mise en place d'un

système d'adduction d'eau. En effet, il semblerait qu'un certain nombre de familles nomades de la région se soient "fixées" dans le village proche de la ZAR.

Néanmoins, dans certains contextes, la vulnérabilité chronique

des populations locales pourrait bientôt révéler un dilemme de l'équité de l'aide et générer des mouvements de mécontentement, tels que ceux survenus au camp de Mbera en Mauritanie en 2012 et 2013, lors de l'enregistrement et de la désinscription d'une partie importante des personnes inscrites (incidents également liés au changement de mode de distribution).

Pour éviter de tels incidents, des efforts parallèles devraient être déployés pour contribuer au rétablissement et à la résilience des populations locales qui ont souffert de la précédente crise alimentaire de 2012 et demeurent chroniquement précaires. En effet, une imminente – ou prochaine – crise alimentaire ne peut jamais être totalement exclue étant donné la faible amélioration des indicateurs de malnutrition dans certaines poches géographiques<sup>10</sup>.

Dans les zones d'accueil, la présence des réfugiés et de leurs cheptels, parfois très importants, ainsi qu'une certaine « fixation » des populations locales, se combinent pour créer des pressions additionnelles sur les ressources



naturelles (eau, pâturages...) qui risqueraient de générer des tensions à moyen terme.

Parmi les enjeux opérationnels, se trouvent donc l'approvisionnement en eau<sup>11</sup>, l'utilisation des pâturages et la gestion des ordures, à la fois pour les réfugiés et les populations locales. C'est pourquoi, plusieurs activités ont été réalisées dans et aux alentours des camps, telles que : la réhabilitation et la construction de forages, l'établissement et/ou le renforcement des comités de gestion de l'eau, les campagnes de sensibilisation à l'hygiène et de salubrité publique, etc.

Autour du camp de Mbera (Mauritanie) par exemple, la pression sur la ressource eau est particulièrement forte dans des zones (au-delà de 20 km du camp) où se trouvent quelques puits pastoraux et où se concentrent les cheptels mauritaniens et maliens, estimés respectivement à 35 000 et 180 000 (!) têtes<sup>12</sup>.

A l'avenir, les programmes d'aide devront viser une gestion intégrée et stratégique des ressources environnementales (eau et pâturage), basée sur une connaissance approfondie des pâturages et des nappes, et notamment leur localisation et leurs types de régénération, les droits fonciers et les systèmes de gestion sociale qui leur sont associés.

Au niveau national, et en concertation avec les agences des Nations unies et les autorités politiques, le HCR contribue à la formulation de plans d'action qui faciliteront la transition vers des solutions de moyen-long terme, ceci en visant la prévention des conflits et la cohabitation pacifique entre réfugiés, réinsérés et populations hôtes (souvent des éleveurs, comme la majorité des Touaregs maliens). Pour appuyer la mobilisation des fonds par les pays d'accueil, le HCR participe à une initiative régionale intitulée « Prévention des conflits et cohabitation pacifique », présentée à Nouakchott en avril 2014.

Dans l'optique de tels processus de retours (spontanés et facilités dans un premier temps), le HCR et ses partenaires soulignent l'importance des besoins des populations hôtes dans la mesure où ils ont accueilli les réfugiés et n'ont pas hésité à partager leurs faibles ressources, mais aussi parce qu'ils demeureront confrontés à des conditions d'existence difficiles dans cette région du Sahel (eau, sécurité alimentaire, santé et éducation).

Le HCR se trouve certainement à un moment charnière où la réponse d'urgence doit ouvrir des fenêtres vers des actions de moyen-long terme afin de renforcer la résilience. Ce mouvement de transition devra s'effectuer en

étroite collaboration avec le gouvernement, les autorités régionales, les Services Techniques Décentralisés (STD) et les acteurs du développement.

En outre, dans le cadre de la stratégie intégrée des Nations unies pour le Sahel (SINUS, 2014-16)<sup>13</sup> et du Plan de Réponse stratégique<sup>14</sup>, le HCR est très actif au sein du groupe Résilience<sup>15</sup> afin de s'assurer que les réfugiés pourront bénéficier de ces programmes. Le processus de réflexion et de planification stratégique UNDAF<sup>16</sup> arrive également en soutien aux gouvernements affectés par la crise des réfugiés maliens.

## Semer les germes de la résilience de demain : éducation, sécurité économique et changements de comportements

Dans ces régions d'accueil chroniquement vulnérables au Sahel, il apparaît primordial de concevoir et de coordonner des programmes d'appui socio-économique, pour les réfugiés sur la voie du retour mais aussi pour les populations hôtes et réinsérées. Pour cela, diverses missions conjointes d'évaluation des besoins ont été mises en place courant 2014 afin d'identifier des secteurs d'intervention potentiels et prioritaires (au Niger et en Mauritanie).

*Le HCR se trouve certainement à un moment charnière où la réponse d'urgence doit ouvrir des fenêtres vers des actions de moyen-long terme afin de renforcer la résilience. Ce mouvement de transition devra s'effectuer en étroite collaboration avec le gouvernement, les autorités régionales, les Services Techniques Décentralisés (STD) et les acteurs du développement*

De ce fait, si l'on adopte une optique de résilience et d'autosuffisance des populations, la présence des réfugiés peut être perçue comme un facteur de développement sur lequel appuyer les stratégies d'intervention de divers acteurs. Selon la JAM<sup>17</sup> réalisée au Niger, leur présence a dynamisé les marchés autour de la ZAR Intekane et a considérablement développé la zone, ceci grâce à la nouvelle disponibilité en eau et en soins,

mais aussi aux échanges favorisés par les réseaux touaregs entre le Mali et le Niger. Selon le préfet : « une ville est née ». De la même manière, l'afflux d'aide humanitaire a beaucoup stimulé les marchés et la région de Bassikounou à une période où le camp de Mbera était considéré comme la troisième ville de Mauritanie. Bien évidemment, ces phénomènes peuvent s'avérer transitoires en fonction des perspectives de retours (durables ou non) et des stratégies d'éclatement des fractions touaregs qui se définissent parfois selon l'émergence de marchés locaux.

### • Sécurité alimentaire et économique

Les programmes d'assistance devraient se combiner à un appui aux capacités productives des réfugiés afin de soutenir leur autosuffisance.

Il existe d'ores et déjà une forte demande des réfugiés en faveur de programmes éducatifs, d'alphabétisation, de formation professionnelle et d'un appui aux activités génératrices de revenus (AGR)<sup>18</sup>, individuelles ou communautaires. Les AGR permettraient d'impliquer davantage les réfugiés dans la préparation des processus de retour, de rendre les investissements d'aide plus « durables » et de promouvoir à terme l'autonomisation économique et financière des retournés au Mali.

Soutenir l'autosuffisance des réfugiés permettrait de développer des potentiels économiques non exploités, tels que le commerce transfrontalier, véritable caractéristique et « avantage comparatif » de ces populations nomades (réfugiées et hôtes).

Pour le bénéfice à la fois des populations hôtes et réfugiées, une autre voie d'action intéressante concerne les programmes d'appui à l'élevage, avec ou sans abattage. L'achat d'animaux à quelques éleveurs sert à la distribution d'animaux vivants (pour l'élevage de petits ruminants) ou de nourriture pour certains bénéficiaires. En même temps, il constitue une injection de liquidités et stimule l'économie locale. En période de sécheresse à venir, les opérations de déstockage permettent de contrôler la taille des troupeaux en minimisant les risques de famine et de maladie pour les cheptels restants. Ce type d'activités peut être organisé en collaboration avec les services vétérinaires locaux (installation de zones d'abattage) et des coopératives de femmes pour la préparation de la viande séchée. L'expérience du CICR en la matière, au Mali et au Niger, est éclairante<sup>19</sup>.

En octroyant des moyens de production et une activité sociale à des personnes discriminées, les AGR ont aussi des effets positifs en matière de protection et d'équité de genre. En effet, les projets productifs minimisent le recours à des stratégies de survie nocives (ex. : travaux pénibles des femmes et des enfants sur les sites miniers et/ou prostitution). Ils favorisent également l'interaction sociale<sup>20</sup>, la prise de parole et de décision au sein des ménages et de la communauté.

### • Éducation

Dans le secteur de l'éducation dans les camps, les réalisations du HCR restent en-deçà des objectifs fixés. En avril 2014, les taux de scolarisation en primaire étaient estimés aux alentours de 50 % dans le camp de Tabareybarey au Niger, de 38 % dans le camp de Mbera en Mauritanie (mais seulement 15 % pour les 12-17 ans) et de 25 % dans le camp de Goudebo au Burkina Faso<sup>21</sup>.

Ceci s'explique par le faible degré de familiarité avec l'école des populations visées, qu'elles soient réfugiées ou locales. Par voie de conséquence, les capacités éducatives sont en général très faibles dans les zones de réception des réfugiés maliens. Pour « apporter l'éducation dans les

camps », tout a donc dû être construit en partant de zéro : de la construction des écoles, au recrutement et à la formation des enseignants, jusqu'à la sensibilisation des parents à l'importance de l'éducation et de la fréquentation régulière de l'école. Si cette stratégie d'action peut répondre en partie aux besoins de populations en exil, elle n'est pas adaptée pour autant à des populations pastorales et foncièrement nomades. Idéalement, des dispositifs mobiles d'éducation devraient être réfléchis et mis en place.

Au sein des populations réfugiées, les efforts du HCR et de ses partenaires opérationnels doivent être soutenus pour promouvoir la scolarisation des filles et des enfants issus des groupes discriminés (en particulier de Bellas<sup>22</sup> et les familles « mixtes »<sup>23</sup>), ainsi que pour maintenir les enfants à l'école. Actuellement, les possibilités de réinsertion ne sont pas suffisantes pour les enfants (10-11 ans) qui n'ont jamais été scolarisés, par exemple via des programmes d'alphabétisation et de formation professionnelle. Cette tranche d'âge requiert une attention particulière, car ils peuvent devenir la cible de recrutements forcés.

Selon divers interlocuteurs, un appui alimentaire est indispensable pour attirer et retenir des populations qui ne sont pour la plupart jamais allées à l'école et n'en perçoivent pas l'utilité malgré les sessions de sensibilisation.

L'implication des autorités nationales est parfois exemplaire, comme dans le cas du Burkina Faso où le MENA<sup>24</sup> a affecté 22 enseignants titulaires, assurant les formations des enseignants et le suivi pédagogique. Ces efforts sont d'autant plus louables qu'il existait un déficit d'enseignants (407) pour la région du Sahel. Finalement, le plaidoyer exercé par le HCR s'est avéré fructueux, probablement en raison de la construction d'une importante école à Goudebo, qui pourra à l'avenir être utilisée par les villages hôtes, ainsi que de l'appui apporté aux écoles publiques de la région<sup>25</sup>.

### • Sensibilisation et changements de comportement

Certaines barrières sociales sont mentionnées comme limitant l'accès et l'impact des services communautaires fournis (en particulier la santé et l'éducation).

Bien que les résistances restent fortes, les opérateurs humanitaires observent néanmoins une certaine percée depuis 2013 puisque des sujets sensibles peuvent aujourd'hui être discutés dans les groupes de femmes et de jeunes (tels que la discrimination, le mariage précoce et ses conséquences, quelques cas de VSBG<sup>26</sup>, telles que le viol et l'exploitation sexuelle). Les sujets les plus délicats sont abordés en petits groupes restreints (MGF<sup>27</sup>, partage de l'aide par les basses castes, exploitation et recrutement forcé des enfants, etc.) ou au cours de la délivrance des services (notamment aux centres de santé).

Ces thèmes sont également pertinents pour les populations hôtes puisqu'elles partagent des modes de vie et des mœurs très proches de ceux de la majorité des réfugiés maliens (Touaregs).

L'expérience montre que beaucoup de sujets peuvent être abordés grâce à une présence régulière et une communication culturellement adaptée. Pour améliorer la détection et le suivi des cas, il est primordial d'établir une communication entre divers points focaux, qu'ils soient liés à une organisation partenaire (par exemple relais ou travailleur communautaire), au HCR (pré-entrevue lors de l'enregistrement) ou au poste de santé. A ce titre, la proximité culturelle du personnel travaillant auprès de la communauté est un atout inestimable.

Certains messages culturellement adaptés peuvent conduire à des cas isolés de changement de comportement et provoquer un effet « tâche d'huile » au sein de l'ensemble de la communauté. Les opérateurs humanitaires signalaient récemment les situations suivantes : des pères décidant d'envoyer leurs filles à l'école plutôt que de les marier ; la préférence exprimée par des membres des castes « inférieures » pour la « réintégration locale » afin d'échapper au système hiérarchique. Un chef touareg révélait<sup>28</sup> également que beaucoup de parents « retournés » regrettaient de ne pas avoir envoyé leurs enfants à l'école au camp car, de retour au Mali, ils constataient que cela les aurait aidés à trouver un emploi.

## Conclusion

Les populations du nord Mali en sont à leur énième déplacement et même si l'exode est toujours une épreuve, ces populations pasteurs et nomades par excellence disposent d'un atout clé face aux aléas climatiques. Pourtant, l'incertitude politique, la peur des exactions et la non-reconnaissance de leurs demandes rendent à l'heure actuelle leurs retours difficiles.

La grande majorité des réfugiés maliens font de la résolution politique du conflit, du rétablissement de l'État de droit et des services de base les conditions de leur retour. Or, l'instabilité politique au Mali et les difficultés rencontrées pour apporter les garanties minimales d'un retour sûr et durable dessinent aujourd'hui la perspective d'un exil prolongé, voire d'une intégration locale des réfugiés dans des régions sahéliennes chroniquement vulnérables et toujours sujettes à une crise alimentaire.

Lier des solutions d'urgence, face à de nouveaux afflux possibles, à un soutien de moyen terme – à la fois auprès de populations réfugiées, réinsérées et locales – constitue le défi opérationnel actuel. Il exige d'éviter les distinctions usuelles (entre catégories de population, entre solutions d'urgence et de résilience, etc.) et des efforts de coordination plus soutenus entre acteurs humanitaires et de développement (partage des analyses de contexte, des vul-

néralités et complémentarité des actions). C'est le cas de l'initiative REGIS (financée par USAID), en cours de lancement au Niger et au Burkina Faso, qui pourrait prendre le relais d'un soutien aux populations affectées par la crise des réfugiés maliens.

Enfin, il serait souhaitable que la mobilisation des ressources des bailleurs s'adapte de manière plus systématique aux anticipations d'évolution du contexte et s'inscrive dans une logique de prévention, plutôt que de prise en charge des crises car l'adaptabilité des programmes aux évolutions de contexte reste un domaine où il existe de nombreuses marges d'amélioration.

**Valérie Léon**

*Chargée de recherche, Groupe URD*

<sup>1</sup> Les derniers enregistrements individuels relevaient les répartitions suivantes au Niger (février 2014) : 79 % (Touaregs), 12 % (Songhais), 2 % (Arabes) ; et au Burkina Faso (juin 2014) : 77 % (Touaregs), Arabes (11 %), 2 % (Songhais). En juillet 2013, en Mauritanie, la majorité des réfugiés étaient Arabes (54%) et Touaregs (45%).

<sup>2</sup> <http://unhcrniger.tumblr.com/post/92821414219/relocalisation-des-nouveaux-refugies-maliens-dagando-a>

<sup>3</sup> Groupe URD, « Étude sur la gouvernance dans les zones à faible densité de population du nord-Mali », octobre 2013-février 2014. Cf. <http://www.urd.org/Etude-sur-la-gouvernance-dans-les-1819>

<sup>4</sup> Contrairement à un processus de retours individuels, « au compte-goutte ».

<sup>5</sup> Notamment en offrant un pécule financier pour le transport, de l'ordre de 70 USD.

<sup>6</sup> La Banque mondiale pourrait également apporter un soutien.

<sup>7</sup> Sur les questions d'espace humanitaire, le Groupe URD organisait une table ronde à Bamako en février 2014. <http://www.urd.org/Atelier-Acces-et-espace>

<sup>8</sup> UA (2014), « Rapport sur le Mali et le Sahel et les activités de la mission de l'Union africaine pour le Mali et le Sahel », Conseil de Paix et de Sécurité (CPS), 11 août 2014.

<sup>9</sup> Aux termes de cet Accord, les mouvements armés qui occupaient la ville de Kidal (notamment le MNLA, le Haut Conseil pour l'unité de l'Azawad - HCUA, le Mouvement Arabe de l'Azawad - MAA) se sont engagés à cesser les hostilités, à participer aux pourparlers inclusifs, à libérer les éléments des forces de sécurité Maliennes (FDSM) et les civils qu'ils avaient fait prisonniers et à faciliter les opérations humanitaires. Quant aux pourparlers inclusifs de paix lancés à Alger, ils ont permis l'adoption d'une « Déclaration de cessation des hostilités » (24 juillet 2014), au même moment que celle de la Feuille de route des Pourparlers, afin de renforcer l'Accord de cessez-le-feu.

<sup>10</sup> En Mauritanie, les taux de malnutrition ont atteint 13,1 % (MAG) et 2,3 % (MAS) au cours de la période de soudure 2013 (été), soit des scores aussi faibles que durant l'année 2012 (Source : UNICEF Mauritanie, Rapport de situation mensuel, janvier 2014).

<sup>11</sup> Tout particulièrement durant la période sèche (mars-juin), en évitant la surexploitation des nappes.

<sup>12</sup> Ces chiffres sont probablement à actualiser (Source : SOS Désert).

<sup>13</sup> Celui-ci comporte 3 volets : Résilience, Sécurité et Gouvernance.

<sup>14</sup> Sur un total de 100 millions USD, l'appui aux retours et à l'intégration socio-économique (réintégration locale) s'élève à 25 millions USD. Actuellement, le taux de financement du plan de réponse stratégique est de 3 %.

<sup>15</sup> Plusieurs groupes de travail et d'initiatives au niveau sous-régional regroupent les représentants des institutions gouvernementales, des agences des Nations unies, des ONG, des bailleurs de fonds et des autres parties prenantes. Ils constituent des forums d'échange d'information, d'analyse de la situation ainsi que de coordination pour la préparation et la réponse aux crises. En dehors du thème de la Résilience, on trouve également des groupes de travail sur ceux de la sécurité alimentaire et de la nutrition, de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence, de la réduction des risques de catastrophes et de la crise malienne (Mali+).

<sup>16</sup> UNDAF : Plan des Nations Unies pour l'Assistance au Développement.

<sup>17</sup> JAM : *Joint Assessment Mission* PAM/HCR, septembre 2013.

<sup>18</sup> Parmi les activités menées avec succès, on peut citer l'artisanat (maroquinerie, bijouterie), l'élevage et le recyclage de sacs plastique.



<sup>19</sup> Cf. <http://www.irinnews.org/printreport.aspx?reportid=90566>

<sup>20</sup> Hormis l'activité et les relations sociales qu'ils génèrent, les groupements productifs (jardins collectifs, coopérative d'artisans ou de femmes...) peuvent mettre en place des fonds de solidarité qui viennent en aide aux membres en cas de difficulté ponctuelle.

<sup>21</sup> Ces indicateurs devaient être précisés après les opérations d'enregistrement via la biométrie actuellement en cours. Un possible sur-enregistrement d'enfants pourrait exercer un effet à la baisse sur ces taux.

<sup>22</sup> La société touarègue actuelle se fonde toujours sur une hiérarchie socio-politique rigide qui distingue plusieurs catégories : nobles (inzajeghen), tributaires (imghad), religieux (ineslemen), serfs ou anciens serfs (iklan ou Bella selon la terminologie songhay).

<sup>23</sup> Le terme de famille « mixte » se réfère aux cas d'enfants qui ont été donnés à une autre famille, généralement d'une caste supérieure, pour travailler auprès d'eux.

<sup>24</sup> MENA : ministère de l'Éducation Nationale.

<sup>25</sup> 48 salles de classe ont été construites pour le bénéfice des réfugiés, qu'ils se trouvent dans le camp de Goudebo ou « hors-camp ». De plus, une dizaine de salles de classe ont été construites en appui aux écoles publiques de la région.

<sup>26</sup> VSBG : Violences Sexuelles et Basées sur le Genre.

<sup>27</sup> MGF : Mutilations Génitales Féminines. Celles-ci ne sont toujours pas abordées aisément. Dans le camp de Mbera en Mauritanie, il semblerait que dans certains cercles très restreints, des discussions puissent s'initier.

<sup>28</sup> Camp de Goudebou au Burkina Faso.



Centre de santé au camp de réfugiés de Goudebo (Burkina Faso)

© Ferdous Bouhlei



Petits jardins maraichers tenus par des femmes, le plus souvent vulnérables (camp de M'béra)

## A l'heure d'Ebola, du choléra et du Chikungunya : risques sanitaires passés, présents et à venir<sup>1</sup>

François Grünewald & Hugues Maury

Il existe une forte probabilité que, dans les décennies à venir, les dynamiques de propagation épidémique s'accroissent du fait de la mobilité géographique croissante et accélérée de la population mondiale. Les dynamiques des dernières pandémies sont là pour le prouver. Ainsi, le fait que ces épidémies nationales deviennent transfrontalières, qu'elles passent parfois du stade « épidémie » au stade d'alerte « pandémie », voire d'urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI), et que leurs impacts sur l'économie et la sécurité puissent devenir importants, doit faire entrer durablement la santé dans le champ de l'analyse géopolitique.

### Épidémies et pandémies : réflexions sur le risque sanitaire

Les grandes pandémies ne sont pas des phénomènes nouveaux. Certaines font partie de la mémoire collective de l'humanité (peste, choléra, grippe espagnole...) et ont ravagé à plusieurs reprises certaines régions du monde dont l'Europe. L'histoire de ces grandes épidémies est fortement liée à l'augmentation de la mobilité des biens et des personnes, les maladies transportées par les explora-

teurs et les commerçants (tuberculose, syphilis, rougeole, etc.) ayant eu dès les premiers contacts intercontinentaux des effets dévastateurs sur les populations autochtones. L'impact démographique de ces épidémies sur des régions entières, comme l'Amérique latine et les Caraïbes, en a d'ailleurs façonné l'histoire avec la disparition massive des « premiers habitants ».

#### Encadré 1. La peste en Europe

La peste qui s'était répandue au début du Moyen Âge dans toute l'Europe avait ensuite disparu aussi bien en Occident qu'en Orient. En 1346, après six siècles d'absence, elle a resurgi dans la région de la mer Noire. L'affrontement entre Mongols et Génois à Constantinople entraîna la contamination de populations qui, dans leur fuite, amenèrent le bacille de Yersin à Messine, puis à Marseille par l'intermédiaire de galères qui débarquèrent en novembre 1347. La peste atteignit Paris en juin 1348 puis toucha le sud de la Grande-Bretagne et la Flandre. Du monde musulman à l'Europe occidentale, la peste décima alors les populations et fragilisa les structures sociales, faisant disparaître en quelques mois, entre

un tiers et la moitié de la population européenne. Une estimation plus précise est difficile car seuls les registres de baptêmes et des enterrements permettent de prendre la mesure du désastre mais tous les calculs aboutissent à un minimum de 40 % de décès dans chaque village. Du point de vue économique, les conséquences de la peste furent très graves. Faute d'hommes, la production fut totalement désorganisée. Les champs furent laissés en friche et des villages entiers se retrouvèrent abandonnés. Il faudra attendre la seconde moitié du XVe siècle pour que l'impact du fléau soit en partie résorbé.

## Les agents infectieux anciens, mais présentant des risques nouveaux

Les virus de la grippe bien qu'anciens restent un facteur potentiel de mortalité important. Le virus de la grippe espagnole, qui frappa l'Europe immédiatement après la Première Guerre mondiale, fut bien plus meurtrier que le conflit lui-même.

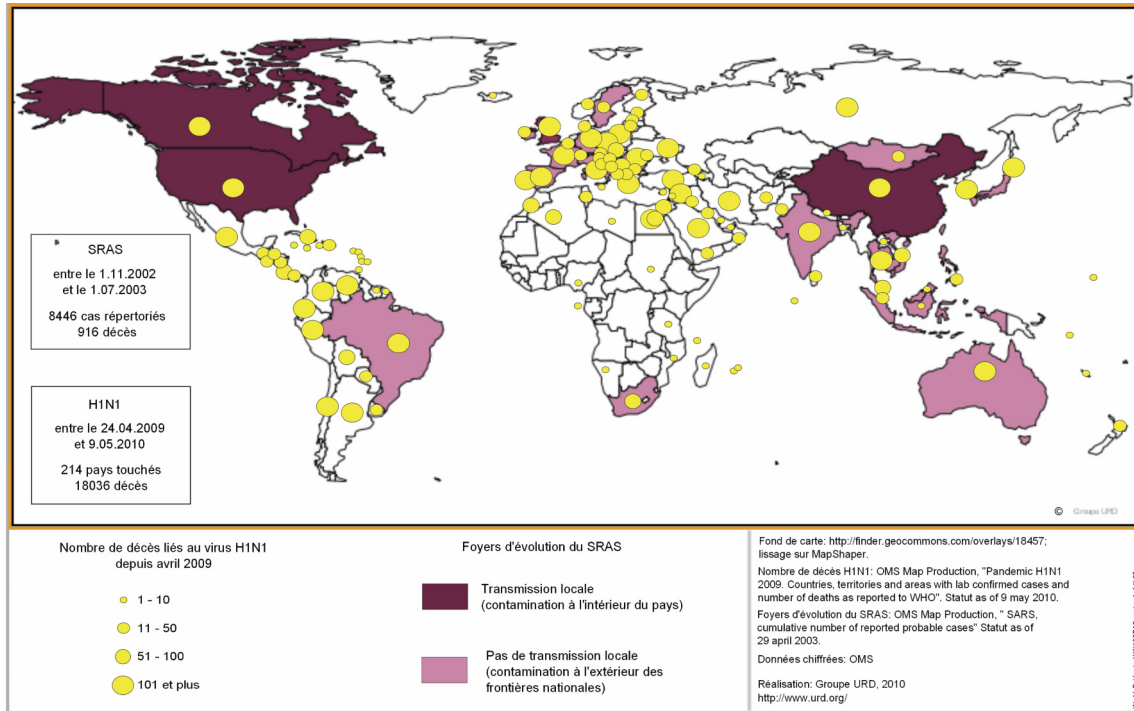
### *Encadré 2. La grande pandémie de grippe espagnole de 1918-1919<sup>2</sup>*

À peine sortis du premier conflit mondial, l'Europe et le monde connaissent un nouveau fléau. Entre février 1918 et avril 1919, la pandémie de grippe dite « espagnole » atteint en effet la moitié de la population mondiale et tue vingt à quarante millions de personnes. On estime qu'en France, 165 000 personnes y ont succombé. Défi démographique et médical majeur, modèle de recherche sur les maladies transmissibles, la pandémie grippale de l'hiver 1918-1919 est un précédent de propagation des pandémies et une source d'enseignement non négligeable alors qu'aujourd'hui surgissent de nouvelles menaces. Au printemps 1918, une première vague d'épidémie grippale, contagieuse mais peu virulente, précède la grande pandémie meurtrière de l'automne. La maladie apparaît simultanément en Amérique du Nord, en Europe et en Asie. Aux États-Unis, elle touche particulièrement les soldats en garnison. En Europe, rien n'indique que les premiers cas soient espagnols. Tout juste est-il admis que l'épidémie a été identifiée de façon précoce en Espagne, exemptée de censure militaire sur ce sujet sensible. Certains parlent aujourd'hui d'une apparition de la maladie aux États-Unis, puis d'une propagation rapide au reste du monde par les transports de troupes. Cette théorie pourrait expliquer que les premiers cas français aient été bordelais, région de débarquement des navires en provenance d'outre-Atlantique. En octobre 1918, la

deuxième vague de grippe frappe les médecins par plusieurs particularités. Son incidence est tout d'abord élevée, particulièrement chez les patients jeunes non immunisés par la pandémie de 1890 et chez les femmes. Ensuite, le tableau clinique est très sévère, associant des signes généraux marqués, des manifestations respiratoires constantes, puis des complications pleurales, digestives ou cardiovasculaires fréquentes et graves. Après un premier syndrome grippal modéré d'évolution rapidement favorable, beaucoup de patients ont repris une activité normale pressés par des conditions économiques et sociales difficiles. Ils sont alors surpris par la brutalité de la « rechute » : d'emblée, la fièvre est élevée, l'asthénie marquée, la dyspnée et la toux exténuantes. Beaucoup de patients, trop fatigués ou trop occupés pour se rendre à l'hôpital, n'arrivent en consultation qu'au stade de détresse respiratoire aiguë, voire d'un collapsus cardiovasculaire. Les méthodes diagnostiques sont alors modestes. L'interrogatoire reste important, à la recherche d'une contamination directe par un proche ou indirecte par la fréquentation d'un lieu particulier. Les efforts des autorités publiques se sont initialement concentrés sur l'éradication des « foyers d'épidémie » et le contrôle de la transmission interhumaine. Au plus fort de l'épidémie, en octobre 1918, le ministère de l'Intérieur ordonne la fermeture des lieux publics. Les préfets ne suivront que partiellement ces recommandations, mais ils effectueront un réel effort d'assainissement par l'organisation du ramassage des ordures et la vaporisation d'antiseptiques dans les supposés « foyers d'épidémie ». De son côté, le ministère de la Défense prend en charge les malades venus du front, essentiellement en les évacuant vers les lignes arrières, ce qui ne manquera pas de propager l'épidémie aux villes de garnison [...]

Importance du contrôle des mouvements, rôle de l'information des populations, enjeu de lutte contre les stéréotypes, prise en compte des fortes contraintes et gestion des dramatiques conséquences économiques, tant au niveau des foyers que des pays : autant de leçons tirées toujours d'une triste actualité.

Une des difficultés réside dans le fait que ces virus se modifient régulièrement. Certaines évolutions sont parfois dues aux activités humaines, notamment à toutes celles qui induisent des brassages importants de populations humaines et animales. Ainsi, la pratique d'élevage intensif de volailles ou de bétail a favorisé les croisements et l'émergence de nouveaux virus. Ceux-ci peuvent être relativement bénins, même si très contagieux (virus porcin H1N1), ou moins contagieux mais très dangereux (virus aviaire H5N1, SRAS) (cf. carte ci-dessous).



## Foyers épidémiques et propagation des virus h1n1 et SRAS

Le développement des systèmes d'automédication, la consommation croissante et non contrôlée d'antibiotiques, la présence sur les marchés de nombreux pays du Sud de produits médicamenteux à qualité contestable produisent aussi des résistances de plus en plus préoccupantes aux moyens connus de soins. Ainsi, par exemple, le pneumocoque (*streptocoque pneumoniae*) ou le bacille tuberculeux (BK), très sensibles il y a une cinquantaine d'années, connaissent depuis plusieurs décennies une évolution préoccupante vers la résistance aux antibiotiques : il est désormais possible de mourir d'un banal streptocoque. De plus, non seulement certaines bactéries sont de plus en plus résistantes mais, à l'inverse, l'Homme lui devient de plus en plus immuno-fragile car il n'est plus confronté de façon régulière à ces bactéries. Ainsi, dans un article de son numéro d'août 2010, la revue *Lancet*<sup>3</sup> lançait un cri d'alarme suite à l'apparition et à la rapide dissémination de bactéries multi-résistantes se propageant via les patients du tourisme médical vers l'Asie du Sud et que l'on retrouve en Europe, aux États-Unis et au Canada.

### Encadré 3. L'apparition de nouveaux agents pathogènes multi-résistants

Les bactéries sont de plus en plus résistantes aux antibiotiques conventionnels. Il y a dix ans, les préoccupations principales portaient sur les bactéries Gram+ et, notamment sur les staphylocoques dorés

résistants à la méticiline et les entérocoques résistants à la vancomycine. Il commence maintenant à être admis que la multi-résistance des bactéries Gram- pose elle aussi un risque majeur de santé publique. Non seulement la résistance se propage beaucoup plus rapidement chez les bactéries Gram- que chez les Gram+, mais en plus il existe beaucoup moins d'antibiotiques nouveaux disponibles ou en développement pour cette gamme de bactéries. La résistance accrue des bactéries Gram- est liée à la grande mobilité des gènes qui peuvent être disséminés par les plasmides dans la population bactérienne. L'accélération de la mobilité humaine par air et en fonction des mouvements migratoires permet aux bactéries et aux plasmides d'être transportés rapidement d'un pays ou d'un continent à un autre. Cette dissémination est indétectable car les clones résistants voyagent au milieu de la flore bactérienne humaine et ne deviennent apparents que lorsqu'ils sont une source d'infection. L'apparition d'Entérobactéries Gram-, transférées par le gène de la New Delhi metallo-β-lactamase 1 (NDM-1) et résistantes à la plupart des classes d'antibiotiques, pose ainsi un problème majeur de santé publique mondiale.

La décision d'activer les lançements d'alerte devra elle aussi répondre aux plus hauts standards éthiques. Le cas du virus H1N1 (cf. encadré 4) interroge notamment sur le danger pour un État ou une institution internationale de ne pas disposer d'expertise propre et indépendante des lobbies. De plus, le déclenchement fréquent d'alertes qui s'avèrent injustifiées par la suite risque de décrédibiliser



l'ensemble du système d'alerte précoce et de réaction rapide. Il existe très peu de médicaments antiviraux : la préservation de leur efficacité doit être une préoccupation. On peut regretter à ce propos les injonctions du ministère de la Santé français à l'ensemble des médecins de traiter toutes les gripes avec l'antiviral Tamiflu lors de l'hiver 2009 face au risque épidémique du virus H1N1. Outre le fait que son efficacité soit scientifiquement questionnable, il est certain que cela revient à assurer à court terme l'inefficacité du produit pour cause de résistance induite.

#### Encadré 4. La difficile gestion des nouvelles pandémies

En juin 2009, l'OMS déclarait à propos du virus H1N1 l'apparition d'une nouvelle pandémie. L'allemand Wolfgang Wodarg, médecin et épidémiologiste, président de la commission santé du Conseil de l'Europe, a obtenu le lancement d'une enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion de la grippe A par l'OMS et les États : « *Nous sommes confrontés à un échec des grandes institutions nationales, chargées d'alerter sur les risques et d'y répondre au cas où une pandémie survient. En avril, quand la première alarme est venue de Mexico, j'ai été très surpris des chiffres qu'avancait l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour justifier de la proclamation d'une pandémie. J'ai eu tout de suite des soupçons : les chiffres étaient très faibles et le niveau d'alarme très élevé. On n'en était à même pas mille malades que l'on parlait déjà de pandémie du siècle... En réalité, rien ne justifiait de sonner l'alerte à ce niveau. Cela n'a été possible que parce que l'OMS<sup>4</sup> a changé début mai sa définition de la pandémie. Avant cette date, il fallait non seulement que la maladie éclate dans plusieurs pays à la fois mais aussi qu'elle ait des conséquences très graves avec un nombre de cas mortels au-dessus des moyennes habituelles. On a rayé cet aspect dans la nouvelle définition pour ne retenir que le critère du rythme de diffusion de la maladie...* ». Il existe un fort soupçon que des experts, liés aux firmes pharmaceutiques, aient grandement influencé les décisions au niveau de l'OMS et des gouvernements des États. Il s'en est suivi un déploiement considérable d'informations alarmistes et de campagnes de vaccination mais aussi des coûts considérables et sans doute sur-dimensionnés pour les systèmes de santé : environ 700 millions d'euros en Allemagne, près de 800 millions en France... Pour contenir une épidémie de grippe qui, pour la France en janvier 2010, n'a tué « que » moins de 300 personnes, contre 5000 à 10 000 chaque année avec la grippe saisonnière « banale » (source : <http://grippe-a-h1n1.over-blog.com>).

Dans les pays à l'épidémiologie complexe, où coexistent des risques classiques (paludisme, maladies liées à l'eau, etc.), où la prévalence de certaines endémies crée des profils épidémiologiques particuliers (la maladie du sommeil dans certaines zones d'Afrique de l'Ouest, le kalahazar au Sud Soudan, etc.) et dans lesquels les épisodes épidémiques violents (de type « Ebola » ou « choléra ») sont toujours possibles, la veille sanitaire et la capacité de recenser les cas cliniques et de faire remonter l'information vers les systèmes de veille au niveau central sont essentielles.

## Les dynamiques épidémiologiques contemporaines

Avec les évolutions sociétales et la probabilité de mutations transformant des entités biologiques sans effets nocifs en de potentiels vecteurs de mortalité très efficaces, l'humanité reste confrontée au risque de voir apparaître de nouveaux dangers sanitaires.

### Le virus du SIDA (VIH)

Le VIH est apparu en son temps comme un « nouveau » virus atypique : une contagiosité exclusive via l'activité sexuelle et la contamination sanguine, des populations cibles électives de par leurs comportements, une évolution lente et quasi inexorable vers la mort de populations souvent jeunes. Ce virus a révélé des fragilités particulières des sociétés au Nord comme au Sud. A cela, il faut ajouter l'incompétence face à ce nouveau risque et l'inadéquation des systèmes de santé face à ce nouveau virus ainsi que leur manque de moyens dans de nombreux contextes. Le rejet violent des malades par le corps social et les mesures d'exclusion qui l'accompagnent désorganisent tout le corps social dans certains pays africains où près d'un jeune adulte sur deux est mort de la maladie ou malade. Les répercussions sociales, économiques et sécuritaires de cette situation sont importantes :

- Des zones entières du Malawi et du Zimbabwe ont perdu leurs capacités d'autosuffisance et de production pour les villes de la région par manque de main-d'œuvre agricole ;
- Le sentiment de perte de perspectives pour le futur a commencé à créer chez les groupes de personnes affectées des comportements désespérés, qui vont de la grande prédation aux agressions sexuelles massives.

Si les choses ont beaucoup évolué avec 30 ans d'intensives campagnes de sensibilisation, l'apparition de nouveaux traitements (trithérapies, etc.) et une évolution sociale autour des processus de contamination et de vie sociale des personnes contaminées, la fragilité de ces progrès nous est régulièrement rappelée. Dès qu'une amélioration est repérée, les comportements à risque réapparaissent aussitôt. Les coûts des traitements ont pendant longtemps

exclu des populations entières de la planète d'un accès de base aux trithérapies. Grâce à des structures comme MSF investissant intensément dans le plaidoyer, des progrès très importants dans l'accès au traitement ont été réalisés. Reste à les viabiliser...

### Le retour des pathogènes de Classe 4

D'autres agents pathogènes très dangereux, notamment ceux de la famille des virus à fièvre hémorragique, comme le virus Ebola ou le virus de Marburg, dits de classe P4<sup>5</sup>, ont pendant longtemps associé une forte mortalité locale avec une faible propension, jusqu'à peu, à de grandes épidémies. C'était le « syndrome de la clairière ». Dans ces villages isolés en plein forêt équatoriale, les bassins de contamination restaient d'une taille limitée et l'épidémie s'éteignait d'autant plus vite que le virus tuait rapidement, empêchant ainsi la dynamique de contamination de gagner de l'espace : elle cessait dès que la population à contaminer passait en-dessous d'une certaine taille ne permettant plus la transmission et la reproduction du virus. L'épidémie s'arrête alors, mais la survie du virus n'est en général pas compromise, d'autant que l'on vient de découvrir de nouveaux porteurs sains parmi la faune, pouvant devenir agents de transmission directe à l'homme (chauve-souris). Dès lors, le phénomène peut se réactiver. L'épidémie actuelle d'Ebola démontre que dans un monde où la mobilité est une des clés de l'économie à tous les niveaux (recherche d'emploi vers les villes, commerce des produits agricoles, tourisme, etc.), facilitée par l'amélioration des moyens de transport, et où la peur est un fort facteur de fuite, le modèle classique de fin d'épidémie ne fonctionne plus. Le virus, qui restait confiné dans la forêt gagne vite des villes et traverse des frontières.

La communauté internationale est en train de prendre conscience qu'il faudra faire des efforts considérables pour aider l'Afrique de l'Ouest à contenir la propagation de l'infection du virus Ebola, à faire face aux conséquences humanitaires et économiques de la crise, et à améliorer les systèmes de santé publique. La prise de conscience que l'épidémie pouvait facilement traverser non seulement les frontières, mais aussi les continents, et devenir un vrai problème hors de sa zone classique d'Afrique de la forêt, a été un fort déclencheur de ces efforts internationaux. Est-ce « trop peu, trop tard » comme le dénonce MSF ?

L'épidémie du SRAS s'était déclenchée dans des pays finalement assez capables d'y faire face, dotés de moyens financiers importants et de services de santé assez compétents et relativement bien équipés, ainsi que de gouvernements politiquement forts. L'épidémie d'Ebola a quant à elle démarré dans des pays pauvres, aux systèmes de santé évanescents et aux gouvernances encore en construction après des années de crise et de conflit. Elle a en outre débuté à un moment où l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est dans un état financier attristant, avec des coupes de plusieurs centaines de millions d'euros ainsi

qu'une forte réduction de ses capacités de déploiements rapides : le budget de l'OMS est ainsi actuellement de 3,98 milliards de US\$, tandis que celui du *Center for Disease Control* (CDC) d'Atlanta est d'environ 6 milliards. Le prix à payer pour cette situation risque d'être terrifiant même si les efforts d'imagination et d'innovation déployés dans de nombreux laboratoires publics et privés sont sans doute maintenant très importants... Sans doute un Nobel à la clé...

#### *10 principales leçons permettant d'améliorer l'efficacité du développement de projets de la communauté internationale en réponse à l'épidémie d'Ebola ont été identifiées par le Groupe de Travail Indépendant sur les Évaluations de la Banque Mondiale (IEG-WB)*

*1. La faiblesse des systèmes de santé* est un facteur majeur contribuant au risque épidémique, en particulier en raison de l'insuffisance de personnel médical et infirmier formé et équipé, de traçage des contacts, de la collecte et des transports d'échantillons, des capacités de diagnostic de laboratoire, ainsi que d'unités de soins intensifs avec possibilité d'isolement. La réponse à la crise doit soutenir non seulement les interventions d'urgence immédiates, mais aussi la réduction des risques à moyen terme par le renforcement du système de santé publique, en reconnaissant que les possibilités de s'engager à l'avenir seront peut-être limitées, une fois la crise passée.

*2. Les efforts de renforcement des capacités* devraient être faits de manière à concerner plus qu'une seule maladie. Il conviendrait d'envisager dès le départ des moyens de construire des systèmes durables au-delà de la crise actuelle et il faudrait probablement y inclure des soutiens à la santé animale et aux systèmes vétérinaires, en plus des systèmes de santé publique, ainsi que la gestion d'autres zoonoses et maladies infectieuses.

*3. Développer une plate-forme de partenariat solide et efficace* pour coordonner le soutien des différents acteurs internationaux, dans le cadre stratégique que l'OMS a approuvé le mois dernier (*WHO-led strategic framework*). Les partenaires devraient se concentrer sur leurs domaines spécifiques d'avantages comparatifs : pour le Groupe de la Banque mondiale, cela comprendrait le renforcement des capacités du système de santé publique.

*4. Compléter les investissements au niveau national par des approches régionales pour une collaboration transfrontalière* sur les activités de santé publique, en particulier dans les domaines de la surveillance et de

suivi. Cependant, les efforts pour tenter de prévenir la transmission de la maladie par le contrôle des frontières peuvent être inefficaces, en particulier dans les pays dont les services de contrôle aux frontières sont faibles et les frontières poreuses.

*5. Les campagnes de sensibilisation, de communication et de proximité* jouent un rôle important dans la réponse aux épidémies, en particulier dans les zones où la population est mal informée sur la maladie, où les mécanismes de transmission et les comportements sécuritaires sont encore à adopter et où les personnes peuvent être sceptiques à l'égard d'interventions médicales. La formation à la communication pour les personnels clés des autorités peut être utile, ainsi que les efforts pour réduire la désinformation et les messages alarmistes à travers les médias.

*6. Trouver le juste équilibre entre une réponse rapide et la conduite d'analyses techniques* pour la préparation du projet afin de garantir une conception efficace des interventions. Le report d'importantes conceptions techniques après l'approbation du projet peut entraîner des retards coûteux à la mise en route des activités du projet et à la fourniture de biens et services essentiels.

*7. Équilibrer les investissements entre les infrastructures*, tels que laboratoires et équipements, *le développement institutionnel mais aussi le renforcement des compétences*, afin de garantir l'existence de capacités suffisantes pour utiliser et entretenir l'infrastructure technique et financière.

*8. L'acquisition de matériel de laboratoire spécialisé* et d'autres fournitures peut s'avérer longue et compliquée. Il est essentiel que les agences d'exécution des gouvernements et des communautés économiques régionales aient une forte capacité institutionnelle pour accélérer l'acquisition de ces équipements et ainsi faciliter la mise en œuvre du projet.

*9. La conception du système de suivi et d'évaluation* ne doit pas être négligée dans l'objectif d'une réponse rapide. Les indicateurs de résultats intermédiaires qui suivent des fonctions particulières (la surveillance, la collecte et le transport d'échantillons, le diagnostic, le traitement, etc.) par rapport à des critères de référence sont essentiels pour évaluer la performance de la mise en œuvre et réajuster les plans en fonction de l'évolution en temps réel. Les enquêtes devraient évaluer les pratiques, pas seulement la connaissance.

*10. L'épidémiologie préventive*, y compris les systèmes efficaces de notification des maladies, est un moyen nécessaire pour identifier et suivre les épidémies. Le

traçage des contacts des personnes infectées est crucial pour orienter les réponses aux épidémies. De nombreuses maladies zoonotiques graves ont d'importants réservoirs chez les animaux sauvages, tels que les chauves-souris ou les oiseaux, et le niveau de menace engendré par ces maladies peut être mal compris sans enquête des populations sauvages à moyen terme.

## L'émergence d'infections et de modes de contamination jusque-là inconnus

L'approfondissement des connaissances a permis d'identifier de nouveaux dangers. Les prions sont de nouveaux types d'agents infectieux<sup>6</sup> et contagieux (ni bactérie, ni virus, ni champignon, ni parasite, mais un simple morceau de protéine), contre lesquels nous sommes actuellement totalement dépourvus. La maladie de la vache folle, avec la crise sanitaire et commerciale massive qu'elle a provoquée, en est un exemple. Son origine est très vraisemblablement liée à un mode d'alimentation animale aberrant. L'impact économique et social de ce type d'épidémie est pour l'instant encore contenu car les zones touchées étaient localisées dans des pays ayant les moyens juridiques, régulateurs et logistiques d'y faire face et de reprendre le contrôle de la situation.

Il n'y a cependant aucune raison pour que de nouveaux agents pathogènes, plus ou moins contagieux, de propagation plus ou moins rapide (notamment en fonction de leur lieu d'émergence) et plus ou moins dangereux, n'apparaissent pas de temps à autre dans le champ animal, humain ou inter-espèces.

## Questions de santé publique dans des environnements congestionnés : quand la crise déclenche une bombe à retardement pour la santé publique

L'urbanisation accélérée des dernières décennies a fait apparaître de nouveaux dangers. Les conditions sanitaires dans un bidonville, dans une ville touchée par la guerre ou une catastrophe, représentent une menace majeure en raison des défis combinés de la taille et de la densité de la population qui sont les deux variables clés d'une « équation de contamination ». Cela est bien sûr aggravé dans des contextes où l'on retrouve un grand nombre de camps de personnes déplacées, de toutes formes et dimensions, dans des zones à forte densité habitées par des populations pauvres. Mogadiscio, Manille et Port-au-Prince en sont quelques exemples. Ces villes comportent en effet de nombreux risques pour la santé publique, et le potentiel d'impact est sévère à cause des conditions de surpeuplement, du mauvais (ou très mauvais) assainissement et de la nature médiocre de la plupart des abris. La tuberculose est souvent répandue en raison de la façon dont les abris



de déplacés sont conçus, surtout quand ils sont érigés dans des endroits surpeuplés. La diarrhée est un problème fréquent et le risque d'épidémie de choléra est élevé, ce qui est bien sûr directement lié aux conditions sanitaires déplorable dans lesquelles vivent de nombreuses personnes déplacées. Le paludisme est également un problème récurrent, avec beaucoup de variations saisonnières et géographiques. La rougeole est aussi l'une des causes de mortalité infantile la plus importante dans les villes. Dans de nombreuses opérations humanitaires classiques, les personnes déplacées sont abritées dans des camps qui sont souvent les principaux bénéficiaires des programmes de santé publique fournis par les agences d'aide. Toutefois, lorsque l'assistance sanitaire est fournie aux personnes déplacées, il est souvent nécessaire de l'étendre à la population environnante. En effet, la multiplication des centres de santé dans les camps où les populations urbaines voisines n'ont pas accès à des services de santé, est à la fois injuste et une source de problèmes sanitaire et de sécurité.

Il est nécessaire d'aborder cette question de manière plus stratégique avec le développement d'une « carte de santé en milieu urbain » qui offre une stratégie spatiale pour répondre aux besoins de santé des populations et des personnes déplacées dans les camps urbains à proximité.

En plus des risques épidémiologiques liés à la densité de la population (risques de contamination rapide et de haute magnitude, propagation de maladies respiratoires aiguës), aux conditions d'hygiène et d'assainissement inappropriées (maladies hydriques, le choléra, etc.), les contextes urbains engendrent d'autres types de problèmes de santé publique. Les maladies à transmission vectorielle sont un problème de santé très complexe qui nécessite une approche spécifique en post-catastrophe en milieu urbain (OPS, 1982). L'élimination ou le maintien de la population de vecteurs sous un certain seuil implique une campagne publique vigoureuse et l'engagement politique des autorités municipales.

## Conclusion : quels problèmes sanitaires pour quels enjeux de sécurité ?

Les risques sanitaires présentent quelques caractéristiques communes : nouveauté, origine externe (modèle de l'agression), impact potentiellement large et désorganisateur sur la société et ses valeurs, impact socio-économique (coût), nécessitant de nouvelles régulations. Les risques sanitaires présentent trois types d'insécurité :

- **L'insécurité biologique**, liée aux risques infectieux transmissibles. Cette insécurité, actuellement la plus fréquemment recensée, devient un phénomène de plus en plus globalisé. Elle a un grand potentiel d'exclusion et d'affrontement entre les individus sains et malades, entre les pays touchés et les pays indemnes. Ce potentiel augmente avec la demande de traitements antibiotiques ou rétrovi-

raux et l'offre croissante de médicaments non contrôlés. Les enjeux d'anticipation face à ce risque de plus en plus prégnant sont très importants (cf. grippe A).

- **L'insécurité alimentaire**, au sens « sanitaire » (safety). Les situations d'insécurité alimentaire de type « crise de la vache folle », et leurs répercussions économiques dramatiques (avec déstabilisation des marchés, protectionnisme, embargo, etc.), pourraient être une source importante de vulnérabilité des approvisionnements et du commerce. Une autre forme de cette insécurité pourrait être la « guerre des OGM », qui s'apparenterait fortement à une guerre biologique. En effet, ces produits OGM qui pénètrent la sphère de la production agricole ont des effets de pollution génétique significatifs dès qu'il existe des espèces sauvages de la même plante dans l'écosystème (cas du colza OGM et des nombreuses plantes adventices de la famille des Crucifères présentes dans les zones cultivées). La transmission par insectes pollinisateurs et celle liée aux formes proto-virales (prion) de transfert de génome, dont on découvre progressivement l'importance fondamentale, font de la dissémination des propriétés « modifiées » un phénomène pouvant s'assimiler, dans sa dynamique, à une contamination.

- **La sécurité environnementale**, la plus diffuse. La cause environnementale occupe une place croissante dans la genèse de certaines pathologies, comme celles issues de problèmes liés aux centrales nucléaires, aux incinérateurs, aux usines chimiques, à la pollution des eaux (rendues impropres à la consommation), à certains produits (amiante...), aux ondes électromagnétiques, etc. La sécurité environnementale peut aussi amener à remettre en cause certaines pratiques comme l'élevage intensif, ou encore certaines filières (nanotechnologies) avec notamment la multiplication sans suivi de leurs composantes (ex : antennes-relais pour la téléphonie mobile). Par ailleurs, la détérioration de la qualité de l'air urbain, liée essentiellement aux transports routiers et aux industries (notamment fortes concentrations d'ozone et micro particules) cause d'ores et déjà une hausse de la fréquence de maladies cardio-respiratoires, et pose des questions sur l'urbanisme et les transports.

Face à ces différents risques globaux, les réponses sont encore souvent nationales, voire locales (pour l'urbanisme et les transports) et peuvent varier d'un pays à l'autre. Elles ont souvent du mal à passer au niveau régional, alors que les dynamiques épidémiologiques sont rapidement « transfrontalières ». Les controverses au sein d'un pays, et entre les pays, sont un des faits émergents des dernières années et entravent significativement la mise en place de réponses appropriées. La mise en place de systèmes de surveillance appropriés aux contextes « à haut risque » a été encouragée par certains auteurs depuis plus de trois décennies (OPS, 1982). Ils ont fait valoir que ces systèmes sont essentiels pour l'anticipation et la réaction rapide, deux composantes fondamentales de la gestion des crises

sanitaires aiguës. Ceci pose un problème majeur en ce qui concerne l'édification de stratégies internationales sanitaires face aux défis qui attendent l'humanité dans les prochaines décennies. Le transfert intercontinental du choléra vers Haïti a fait passer l'île du statut « indemne de choléra » au statut « choléra endémique », et ce sont les Caraïbes qui sont potentiellement touchées. L'épidémie d'Ebola, en cours en Afrique de l'Ouest, et ses débordements internationaux ont amené l'OMS à déclarer l'état d'urgence de santé publique et à lancer une mobilisation internationale, la première du genre. Il faudra tirer toutes les leçons de ces cas.

En conclusion, les liens entre sécurité sanitaire et sécurité publique sont nombreux et multiformes. Les controverses sur les « causes » et les « responsabilités » abondent. On observe des réactions et des réponses concurrentes, qui remettent en cause le fonctionnement social, et les relations internationales. Les difficultés rencontrées pour les prises de décision des dirigeants et institutions internationales, souvent ancrées dans un manque de visions et de capacités d'anticipation, les réactions de paniques des populations, qui finissent par s'en prendre aux personnels soignants et les dégâts humains, économiques, sociaux, voire sociétaux qui en résultent font de ces crises sanitaires un enjeu majeur dont il faut se saisir rapidement avant qu'il ne soit trop tard. Toutes les intelligences sont nécessaires...

**François Grünwald**  
Directeur Général du Groupe URD

**Hugues Maury**  
Expert en santé publique, pédiatre et consultant pour le Groupe URD

<sup>1</sup> Le présent article fait suite à une première publication sur les « Hots spots » (<http://www.urd.org/IMG/pdf/DiploHS04.pdf>) et diverses évaluations sur Haïti couvrant notamment la réponse au choléra. Il contient des éléments d'une recherche multidisciplinaire sur les risques non intentionnels futurs menée en 2010.

<sup>2</sup> <http://www.splf.org/s/IMG/pdf/grippe-espagnole.pdf>

<sup>3</sup> "Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study", *The Lancet*, août 2010.

<sup>4</sup> « WHO failing in its duty of transparency », *Leading edge, The Lancet of infectious diseases*, vol. 10, août 2010.

<sup>5</sup> C'est pour traiter ces virus (Ebola, Marburg, Lassa, Congo) qu'ont été créés des laboratoires très protégés dits P4. Pour y pénétrer, il faut avoir été accredité. La procédure d'entrée dans ces laboratoires P4 est très contraignante pour éviter les sorties de matériel contaminé. Il faut prendre une douche, revêtir un scaphandre (sous pression positive de façon à ce qu'en cas de déchirure accidentelle de la combinaison scaphandre, l'air sorte du scaphandre, plutôt qu'il n'y entre ; évitant ainsi toute contamination) relié à l'une des prises fournissant de l'air renouvelé indépendamment de l'atmosphère du laboratoire. Au moment de quitter le laboratoire, une douche chimique en scaphandre est imposée avant de sortir du sas.

<sup>6</sup> L'apparition du terme date de 1982, les premières descriptions de la maladie de Creutzfeldt-Jakob de 1920.

## Qualité de l'aide

### Les déterminants des changements de comportement, clés des stratégies EHA

Dany Egreteau

L'A.B.C.D. (*Approach focused on Behavior Change Determinants*<sup>1</sup>) est une approche à sensibilité anthropologique développée par SOLIDARITÉS INTERNATIONAL pour élaborer des stratégies d'intervention en Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) visant un impact optimal et durable sur la réduction des maladies d'origine hydrique. Elle s'appuie sur l'étude des comportements EHA ainsi que des déterminants socio-culturels et économiques à l'origine de ces comportements puis sur une priorisation et une sélection de ceux qui ont le plus d'impact sur ces maladies. Nous présentons ici quelques résultats d'une étude réalisée en 2014 dans un quartier péri-urbain de Kinshasa en République Démocratique du Congo afin d'illustrer leurs répercussions sur la construction de la stratégie opérationnelle d'un projet.

De nombreux acteurs intervenant dans le domaine de l'EHA en contexte humanitaire et de développement se questionnent aujourd'hui sur l'efficacité de l'aide apportée au regard de l'objectif de réduction des maladies d'origine hydrique<sup>2</sup>. Les résultats des interventions en EHA étant souvent appréhendés de manière quantitative (nombre de points d'eau et latrines installés), ils masquent une réalité très différente sur le terrain où beaucoup d'infrastructures sont peu ou mal utilisées, et encore moins pérennes. L'impact des interventions EHA sur la réduction des maladies d'origine hydrique est en réalité mal connu et il est probable que nombre d'interventions aient empiré les situations préexistantes<sup>3</sup>.

Installer ou réhabiliter des infrastructures risque de ne pas avoir les effets escomptés si les réalités géographiques, culturelles et sociales des communautés ciblées

ne sont pas correctement prises en compte<sup>4</sup>. En effet, si l'installation des infrastructures devrait permettre de rendre l'environnement plus favorable aux comportements EHA appropriés, elle ne garantit en rien le changement de comportement en lui-même<sup>5</sup>. C'est donc là qu'intervient la sensibilisation à l'hygiène, aujourd'hui reconnue comme un élément majeur des interventions en EHA<sup>6</sup>. Toutefois, ces activités de sensibilisation sont souvent déconnectées des stratégies opérationnelles centrées sur les choix techniques et l'installation d'infrastructures. En outre, on réplique des méthodologies « *one fits all* » sans toujours prendre la peine de les contextualiser. Enfin, la très grande majorité des interventions de sensibilisation est basée sur des messages de santé<sup>7</sup> axés sur les dangers encourus par de « mauvais » comportements, plus que sur les bénéfices escomptés des comportements appropriés. On postule ainsi qu'une fois les populations alertées sur les dangers de contamination et la gravité des maladies d'origine hydrique, elles adopteront les mille et une pratiques préconisées lors de ces interventions. Or, ici aussi, les réalités du terrain sont très différentes. Les « bonnes » pratiques dont on fait la promotion sont contraignantes et impliquent parfois un changement majeur dans les habitudes des familles. Ces dernières sont de plus soumises à tout un ensemble de contraintes et d'influences propres à leur environnement qui peuvent favoriser le changement de comportement mais, le plus souvent, lui faire obstacle.

L'approche A.B.C.D. part d'une réflexion sur les limites évoquées ci-dessus. Elle s'appuie à la fois sur les travaux de la LSHTM<sup>8</sup> et de l'EAWAG<sup>9</sup>, et sur les éléments socio-anthropologiques de différentes méthodologies de projet EHA (FOAM, CLTS, approches participatives, marketing social notamment)<sup>10</sup>. L'A.B.C.D. tente de rassembler ces différentes sources dans une perspective opérationnelle et pragmatique. Elle a pour objectif d'aider à formuler des stratégies opérationnelles de projets EHA et de renforcer la cohérence entre les volets de construction d'infrastructures, les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Ces stratégies se fondent d'une part sur une étude des comportements de la communauté ciblée en matière d'EHA, et d'autre part sur une analyse des déterminants de ces comportements. L'approche a été testée jusqu'à ce jour dans quatre contextes différents : deux camps semi-permanents de déplacés en République Centrafricaine ainsi que des communautés péri-urbaines en République Démocratique du Congo, et rurales au Bangladesh et au Myanmar.

Cet article présente dans un premier temps les grands principes de l'A.B.C.D. puis prend appui, pour illustrer l'approche, sur quelques résultats de l'étude menée par SOLIDARITÉS INTERNATIONAL dans un quartier péri-urbain de Kinshasa.

## A.B.C.D. : 1- Hierarchiser les comportements et pratiques à risque

Dans le cadre de l'A.B.C.D., cinq comportements clés ont été retenus, sur la base des connaissances scientifiques disponibles<sup>11</sup> et de l'expérience de SOLIDARITÉS INTERNATIONAL, comme ayant le plus d'impact sur l'incidence des maladies diarrhéiques<sup>12</sup> :

- 1- Se laver les mains avec du savon aux moments clés de la journée,
- 2- Adopter des pratiques de défécation appropriées,
- 3- Préserver les latrines et les pourtours des habitations de la présence d'excréments,
- 4- S'approvisionner en eau potable,
- 5- Collecter, transporter, stocker et boire l'eau de manière appropriée.

La recherche scientifique établit en effet que les risques de maladies diarrhéiques sont réduits jusqu'à 47 % si les communautés ont des pratiques de lavage des mains appropriées. Les programmes d'assainissement peuvent quant à eux réduire jusqu'à 36 % les risques de diarrhée,

et les interventions visant à améliorer la quantité et la qualité de l'eau respectivement de 20 % et 16 %. Si d'autres comportements peuvent avoir une influence sur les risques de diarrhée (l'hygiène alimentaire, la gestion des déchets organiques, hygiène de l'habitation...), le principe de l'A.B.C.D. est toutefois de concentrer les ressources disponibles sur les 5 comportements cités ci-dessus car ils auront, dans la grande majorité des contextes, le plus d'impact sur les incidences de diarrhée.

La phase de diagnostic établit dans un premier temps dans quelle mesure ces comportements sont adoptés (par exemple, le pourcentage de la population qui s'approvisionne aux points d'eau potable pour son eau de boisson et de cuisine). Le diagnostic va ensuite analyser, dans le cadre de ces comportements, les pratiques des populations, et particulièrement les pratiques pouvant accroître les risques de contamination. Les enquêtes établiront par exemple les occurrences de lavage des mains, non seulement avant de manger ou après être allé aux toilettes, mais aussi la manière dont ce lavage des mains s'effectue : une pratique à risque courante dans les communautés du nord de la Centrafrique est de se laver les mains dans une baignoire d'eau à usage collectif. Les personnes adultes se trempent en premier les mains directement dans l'eau, sans savon, et tous les membres de la famille se succèdent, du plus âgé au plus jeune. Le dernier à passer est l'enfant de moins de 5 ans, le plus vulnérable aux maladies diarrhéiques et le plus exposé du fait de cette pratique de

*L'A.B.C.D. a pour objectif d'aider à formuler des stratégies opérationnelles de projets EHA et de renforcer la cohérence entre les volets de construction d'infrastructures, les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire*



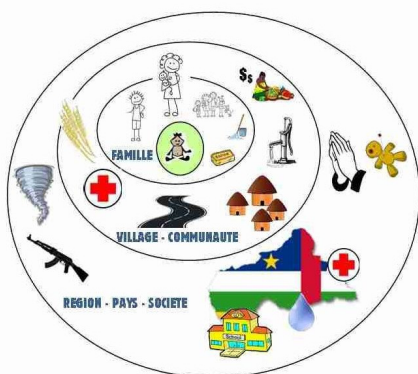
lavage collectif des mains. Identifier cette pratique à risque permet d'établir que s'il est important d'encourager le lavage des mains avec du savon, il est tout aussi important d'aborder cette pratique de lavage collectif des mains.

Une fois les pratiques identifiées et les occurrences des comportements établies, l'enquête cherche à saisir s'il existe une **corrélation entre les comportements / pratiques à risque et la fréquence des cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans**. On identifie par exemple s'il existe une différence significative de fréquence de diarrhées entre les familles dont les récipients d'eau sont fermés dans les habitations (« doers ») et les familles dont les récipients ne sont pas fermés (« non doers<sup>13</sup>»). Les occurrences des comportements, l'analyse qualitative des pratiques et les corrélations établies entre comportements / pratiques et fréquences de diarrhée vont ainsi permettre d'établir quels sont les comportements et pratiques qui ont potentiellement le plus d'impact sur les maladies diarrhéiques. La stratégie opérationnelle se concentrera ainsi sur ces comportements et pratiques priorités.

## A.B.C.D. : 2- Identifier les déterminants des comportements

L'A.B.C.D. vise dans un deuxième temps à appréhender les **déterminants positifs ou négatifs des comportements et pratiques priorités**. Il s'agit par exemple de comprendre quelles sont les motivations des familles pour avoir des latrines hygiéniques ou de savoir ce qui peut empêcher d'autres familles de bien les entretenir. On distingue ici deux groupes de déterminants : les déterminants externes liés à l'environnement et les déterminants internes aux groupes cibles (en général, les mères de famille) de la stratégie d'intervention.

Les déterminants de l'environnement



Les **déterminants de l'environnement** regroupent dans un premier cercle l'ensemble des éléments liés à la famille : pouvoir décisionnel, gestion du budget familial, autorité, responsabilités respectives des différents membres, répartition des tâches EHA, prise en charge des enfants... Un deuxième cercle regroupe les éléments de l'environnement de la communauté, du village ou du quartier :

accessibilité des points d'eau, des centres de santé, voies de communication, carte démographique, ethnique, confessionnelle, leaders d'opinion, moyens d'existence, accessibilité des marchés... Un dernier cercle regroupe les éléments de l'environnement régional ou national : politiques publiques en matière de santé, éducation, EHA, insécurité, exposition aux catastrophes naturelles, systèmes culturels.

Les **déterminants internes** sont constitués des éléments d'ordre psychologique et physique des individus. Parmi eux, on cherche à identifier les motivations qui incitent ou bloquent les individus à adopter des comportements appropriés. Ces motivations peuvent être d'ordre économique, religieux, sécuritaire, de prestige, d'intimité, de dégoût, de confort, d'amour maternel, de séduction... L'A.B.C.D. cherche aussi à identifier dans quelle mesure les individus connaissent les causes des maladies diarrhéiques et comment ils perçoivent la gravité de ces maladies pour leurs jeunes enfants ainsi que les conséquences de la diarrhée sur le reste de la famille. Toutefois, l'approche part du principe que si la connaissance de la maladie et de sa gravité peut être un des éléments favorisant l'adoption des pratiques appropriées, elle n'est pas en soi un élément suffisant pour initier un changement de comportement, du fait de l'influence plus déterminante des autres motivations et blocages sus-cités<sup>14</sup>. L'A.B.C.D. explore également dans quelle mesure les individus se sentent capables de répéter régulièrement les comportements (capacité perçue) et l'influence de leur cercle relationnel (norme injonctive). L'approche peut aussi s'intéresser aux déterminants d'ordre physique, notamment aux questions d'accessibilité et aux efforts physiques en lien avec les pratiques d'EHA.

Enfin, l'étude cherchera d'une part à identifier les déterminants les plus significatifs concernant les pratiques et comportements priorités, et elle évaluera d'autre part dans quelle mesure ces déterminants se manifestent chez les *doers* et les *non doers*. En effet, si l'on établit qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour un déterminant donné, on présume qu'agir sur ce déterminant risque d'avoir peu d'impact sur le fait que les *non doers* changent de comportement<sup>15</sup>. Si l'on identifie par exemple que les familles qui entretiennent hygiéniquement leurs latrines et celles qui ne le font pas ont toutes une appréciation juste de la gravité et des causes de la diarrhée (ici les excréments), on peut en conclure qu'une sensibilisation classique orientée sur la santé aura vraisemblablement peu d'impact sur le fait que les familles *non doers* entretiennent mieux leurs latrines. En revanche, si l'on se rend compte que le prestige d'avoir des latrines propres est évoqué de manière significativement plus importante par les *doers*<sup>16</sup>, on en déduit que le prestige est un levier exploitable dans les contenus de sensibilisation afin d'inciter les *non doers* à adopter des pratiques appropriées d'entretien des latrines.

## A.B.C.D. : 3- Construire la stratégie d'intervention

La stratégie opérationnelle sera axée sur les comportements et pratiques ayant potentiellement le plus d'impact sur la réduction des occurrences de diarrhées des enfants de moins de 5 ans. L'analyse des déterminants de l'environnement permet quant à elle essentiellement d'identifier les blocages liés aux contextes dans lesquels les populations vivent (par exemple, disponibilité de l'eau, difficultés des voies de communications, tensions intercommunautaires, insécurité, moyens d'existence insuffisants pour couvrir les besoins de base...) et de décliner les choix techniques et les interventions en fonction de ceux-ci. Ainsi, dans le cas de tensions entre différentes communautés (castes) réunies dans un camp de déplacés en Inde, installer un seul point d'eau au sein du territoire occupé par l'une des castes se traduira par la sous-utilisation de ce point d'eau par l'autre caste. Appréhender ces tensions sociales et autres déterminants de l'environnement va permettre de choisir les emplacements et solutions techniques pertinentes (dans ce cas, installer un point d'eau par communauté). L'étude de l'environnement va également permettre d'identifier les personnes ayant le plus d'influence sur le groupe ciblé, tant à l'intérieur de la famille que dans la communauté. Par exemple, sensibiliser une mère qui, au sein de sa belle-famille, n'a que peu d'autorité ou de libre arbitre (généralement le cas en Inde, au Bangladesh ou dans le nord de la Centrafrique) risque de s'avérer inutile si sa belle-mère l'empêche d'adopter les pratiques appropriées. La sensibilisation devra dans ce cas cibler aussi bien les mères que les belles-mères (de fait, les femmes entre 18 et 45 ans). Enfin, une compréhension fine de l'environnement social permettra d'identifier les leaders d'opinion, les relais potentiels de sensibilisation ainsi que les stratégies de mobilisation communautaire les plus pertinentes.

L'étude des déterminants internes pourra quant à elle avoir un impact sur les choix en matière d'options techniques. Le goût est par exemple un déterminant essentiel du choix du point d'eau pour la boisson. Ainsi, installer une pompe qui va tirer de l'eau d'un aquifère ferrugineux, même si l'eau est potable, pourra se traduire par une sous-utilisation, voire l'abandon de ce point d'eau. Il vaudra mieux privilégier d'autres solutions techniques (traitement de l'eau de surface) ou atteindre des aquifères dont l'eau a un goût neutre. L'étude des déterminants internes

sera aussi et surtout essentielle pour produire les messages de sensibilisation ou de mobilisation communautaire (cf. l'exemple du prestige donné ci-dessus comme levier à exploiter pour l'entretien des toilettes).

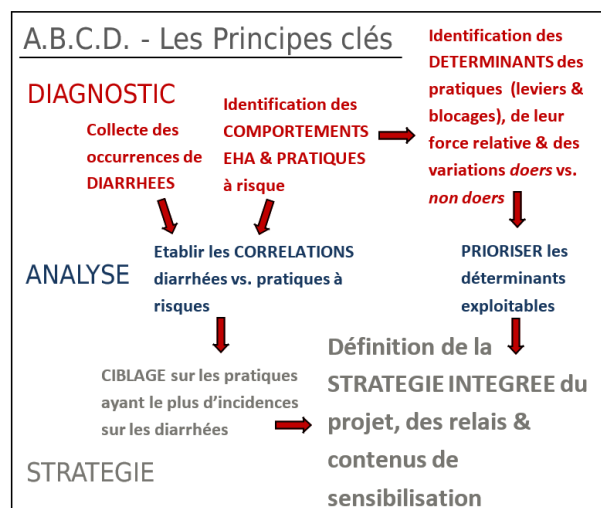
## Batumona - méthodologie de l'enquête

L'étude sur laquelle nous allons nous appuyer a été réalisée à Batumona, quartier péri-urbain de Kinshasa d'environ 30 500 habitants (3 800 familles) en pleine explosion démographique. Elle a été menée dans le cadre du projet PILAEP (Projet Pilote pour l'Approvisionnement en Eau Potable), financé par l'AFD, qui a installé des réseaux d'eau dans 14 quartiers de Kinshasa et de ses environs. Le réseau de Batumona a été mis en marche début 2014. Il couvre les zones densément peuplées de Batumona mais laisse mal desservie la zone d'occupation plus récente où les habitats sont plus éparpillés, les voies de communication fortement dégradées, voire inexistantes, et les parcelles sujettes à l'érosion en saison des pluies.

Les enquêtes ont été menées pendant un mois par une équipe de quatorze personnes, huit hommes et six femmes, de profils variés (hygiène, santé publique, social, urbanisme, évènementiel, marketing...), toutes issues des quartiers ciblés par le projet afin de favoriser la compréhension de l'environnement et l'appropriation des activités à venir. L'équipe a suivi un processus de formation continue à l'approche A.B.C.D. et aux grands principes de l'EHA en

parallèle des enquêtes. Trois personnes ont encadré le processus et procédé à l'analyse des résultats.

Le choix et l'enchaînement des activités de diagnostic avaient pour objectifs de limiter les biais déclaratifs et d'apprécier de manière aussi réaliste que possible les réalités du quotidien des familles. Avant de lancer les enquêtes, deux membres de l'équipe encadrante ont effectué une immersion de trois jours au sein de deux familles dans deux quartiers ciblés par le projet. Une visite d'observation, deux enquêtes sur le genre et un exercice de cartographie de Batumona ont aussi été réalisés au préalable afin de mieux saisir l'environnement du quartier et le contexte socio-culturel dans lequel évoluent ses habitants. Plusieurs enquêtes ont ensuite été réalisées par les équipes dans les familles et aux différents types de points d'eau. Ces enquêtes ont été menées auprès de plus de 220 familles ayant des enfants de moins de 5 ans, soit environ 9 % de la population ciblée<sup>17</sup>, réparties sur l'ensemble du quartier. Les enquêtes ont été basées sur une méthodologie d'observation structurée complétée par des questions



**fermées.** Les membres de l'équipe étaient cependant invités à discuter de manière libre les raisons des pratiques (appropriées ou à risque) observées et à noter toute information supplémentaire et pertinente non incluse dans le questionnaire. Chaque enquête était discutée au préalable avec l'équipe. Elles duraient deux à trois jours en moyenne. Un débriefing axé sur les déterminants et les pratiques à risque était organisé après une journée d'enquête puis à la fin de l'enquête. Une **enquête finale** a été réalisée pour vérifier les occurrences des déterminants identifiés, ainsi que les variations entre *doers* et *non doers*.

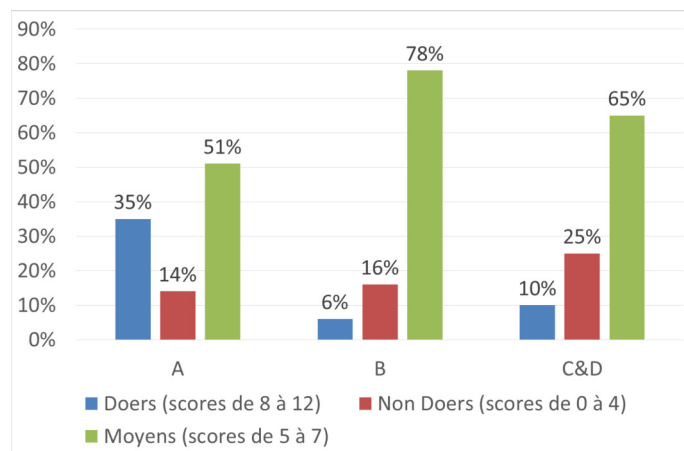
## Batumona - connaissance et fréquence de la diarrhée

La **prévalence de diarrhée** des enfants de moins de 5 ans, lors des deux semaines précédant l'enquête à Batumona, était de **31 %** (intervalle de confiance à 95 % : 25,1 % - 36,9 %), contre 14,1 % sur la moyenne de Kinshasa<sup>18</sup>. Un focus effectué sur les familles des cinq rues les plus à risque de Batumona indique des prévalences de diarrhées plus fortes, de 48 % en moyenne<sup>19</sup>.

La diarrhée est perçue comme l'une des « maladies » les plus graves pour les enfants de moins de 5 ans. En effet, 86 % des mères interrogées considèrent que la diarrhée est un gros problème pour leur enfant et 58 % citent spontanément la mort de l'enfant comme l'une des conséquences possibles de la diarrhée. De plus, les mères évoquent la source de stress importante que pose la diarrhée sur la famille : la mère est « paralysée », doit rester auprès de l'enfant et ne peut aller travailler. La famille doit dépenser des sommes considérables pour soigner l'enfant<sup>20</sup>, équivalant au minimum à une journée de travail. Les mères appréhendent ainsi les répercussions sur les autres enfants de la famille qu'elles ne pourront pas nourrir faute d'argent. La nourriture est la cause de la diarrhée qui est spontanément citée par les mères en premier mais la moitié d'entre elles citent aussi l'eau. Seules 16 % des mères citent spontanément le contact et l'ingestion des excréments mais elles considèrent toutes que cela provoque la diarrhée lorsqu'on leur pose directement la question. Ainsi, les mères ont en général une bonne connaissance des causes de diarrhée et, surtout, sont très conscientes de la gravité de la maladie pour leurs enfants et, indirectement, pour le reste de la famille.

La connaissance des causes de la diarrhée n'empêche pas un nombre important de familles d'avoir des pratiques non appropriées en matière d'EHA. L'enquête a établi une corrélation nette entre l'environnement du quartier et les pratiques d'hygiène : Batumona est divisé en quatre sous-quartiers nommés A, B, C et D par l'administration locale. Dans le sous-quartier A (plus densément peuplé, bien desservi par les points d'eau potable, facile d'accès...), 35 % des répondants sont des *doers* (familles aux pratiques d'hygiène appropriées, mesurées par un score de 8 à 12

sur un total de 12) et 14 % sont des *non doers* (familles aux pratiques d'hygiène à risque, dont le score est de 0 à 4 sur un total de 12). A l'inverse, dans les sous-quartiers C et D (faible couverture en eau potable, communications difficiles, forte érosion...), 10 % des répondants sont des *doers* et 25 % des *non doers* (cf. graphique ci-dessous).



Graphique 1 - Répartition des familles selon leurs pratiques d'hygiène dans les sous quartiers A, B, C et D

L'étude établit des corrélations significatives entre pratiques et diarrhées en ce qui concerne **la propreté des latrines, la consommation d'eau de pluie (collectée de manière non hygiénique) comme eau de boisson et l'hygiène du récipient de boisson**. Il est à noter que l'étude n'a pas établi de corrélation claire entre le lavage des mains avec du savon et les diarrhées des enfants. Toutefois, ce comportement fera partie des priorités de la stratégie d'intervention. En effet, l'analyse du lavage des mains se base uniquement sur les déclarations des mères (faute de pouvoir les observer en situation), souvent biaisées du fait qu'elles aient honte d'avouer ne pas se laver les mains aux moments clés de la journée. La référence de l'étude reste ainsi les méta-analyses effectuées sur le sujet [cf. ci-dessus].

Nous nous centrerons sur la consommation d'eau de pluie collectée dans des conditions non hygiéniques pour illustrer la déclinaison de l'A.B.C.D. au sujet d'une pratique à risque<sup>21</sup>.

## Batumona - la consommation de l'eau de pluie comme eau de boisson et de cuisine

97 % des familles de Batumona collectent l'eau de pluie en la laissant s'écouler du toit de leur maison dans des seaux ou bidons multi-usages. 90 % de ces familles la consomment pour boire et/ou cuisiner. Pourtant, 78 % des familles pensent que l'eau de pluie peut provoquer des maladies. Les amibes sont citées par 63 % des répondants, la fièvre typhoïde et la diarrhée par respectivement 33 % et 27 % des répondants. Il existe de fait une corrélation significative entre les occurrences de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans et le fait de boire l'eau de pluie



(cf. graphique ci-dessous). Si l'eau de pluie est potable en soi, les toits et récipients de collecte peuvent eux être porteurs de germes pathogènes (particulièrement après une longue période sans pluie)<sup>22</sup>. Ceci peut expliquer cette corrélation : les dispositifs de collecte d'eau de pluie à Batumona varient de ménage à ménage, les toits ne sont pas nettoyés, les récipients souvent sales et 42 % des familles collectent l'eau dès le début de la pluie.

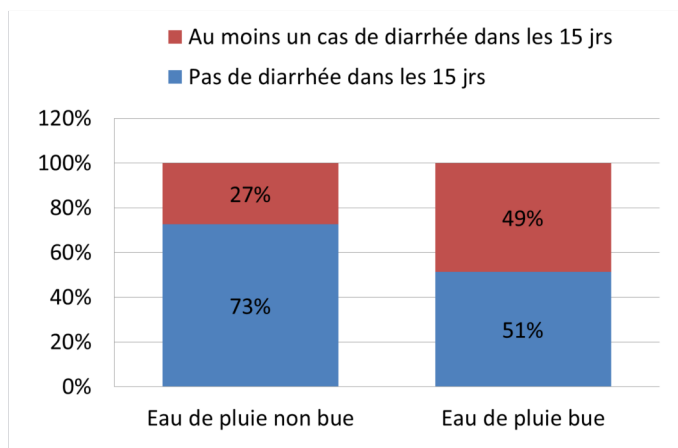
La seule différence significative entre *doers* et *non doers* concerne le déterminant de l'odeur cité par 17 % des *doers* contre seulement 3 % des *non doers*.

## Batumona - recommandations opérationnelles au sujet de la consommation d'eau de pluie

Le message principal de la sensibilisation est de déconseiller l'utilisation de l'eau de pluie comme eau de boisson pour les enfants de moins de 5 ans<sup>23</sup>, considérant d'une part qu'il existe des points d'eau potables dans le quartier et, d'autre part, que l'habitude est déjà prise par de nombreuses familles de donner de l'eau « améliorée » (en bouteille notamment) à leurs très jeunes enfants. La sensibilisation doit aussi aborder le problème de l'hygiène du toit et des récipients de collecte.

Une sensibilisation orientée sur la santé n'aura que peu d'effets du fait que la très grande majorité des répondants sont déjà conscients du problème. Toutefois, renforcer la crainte des amibes avec celle de la diarrhée pourrait avoir un effet de levier mineur. La facilité d'accès est un déterminant majeur de la consommation d'eau de pluie. Cette question d'accès ne peut être abordée qu'en **améliorant la couverture des points d'eau potable**, notamment dans les sous-quartiers C et D. Cependant, améliorer l'accès ne résoudra pas totalement le problème de consommation de l'eau de pluie pour les enfants de moins de 5 ans. On voit en effet que les habitants des sous-quartiers A et B la consomment alors qu'ils ont des points d'eau potables faciles d'accès et proches de leurs parcelles. Une sensibilisation s'appuyant sur les autres leviers identifiés est donc indispensable.

Les motivations les plus exploitables (du fait de leur fréquence et de la différence entre *doers* et *non doers*) sont le **levier économique** et le **dégoût**. Il peut ainsi être pertinent de travailler sur le coût perçu de la maladie, par exemple, en comparant les dépenses économisées par la collecte de l'eau de pluie par rapport au coût des traitements des maladies telles que les amibes ou la diarrhée. Le dégoût peut aussi être un moyen d'attirer l'attention des familles. En règle générale, les habitants de Batumona se lavent les mains avant de manger essentiellement pour se débarrasser des « saletés » qui collent aux mains. Il serait possible de comparer l'eau de pluie collectée de façon non hygiénique à l'eau de la bassine qui sert au lavage des mains, et jouer sur le dégoût en montrant que boire cette eau de pluie équivaut à boire l'eau de la bassine dans laquelle tout le monde se lave les mains. On peut aussi s'appuyer sur le dégoût en demandant, par exemple, à une personne de passer le doigt sur le toit de la maison, puis de lécher son doigt (ce qu'elle refusera de faire), et faire l'analogie avec l'eau de pluie collectée via un toit sale. En ce qui concerne le problème de l'eau de pluie perçue comme pure car elle provient de Dieu, on peut contourner cette croyance en



Graphique 2 - Occurrence de diarrhées et consommation de l'eau de pluie pour la boisson

Les principales raisons citées lors de notre enquête pour justifier l'utilisation de l'eau de pluie comme eau de boisson sont : 1- la fraîcheur (plaisir – 22 %), suivie par 2- la gratuité (économique – 21 %), et 3- la facilité de collecte (accessibilité – 20 %). Les autres raisons sont citées dans moins de 15 % des cas, 4- le goût qui peut s'allier à la fraîcheur (plaisir – 13 %), 5- l'habitude (11 %) et 6- parce qu'elle vient de Dieu (croyance – 9 %). La particularité divine de l'eau de pluie, bien qu'elle soit assez peu citée spontanément, a souvent été évoquée avec les équipes : « Dieu nous donne l'eau de pluie, elle est pure et nous devons l'utiliser ». Parmi tous les déterminants cités ci-dessus, une différence significative existe entre *doers* et *non doers* au sujet de la **gratuité** (citée par 50 % des *non doers* vs. 16 % des *doers*), la **facilité d'accès** (47 % des *non doers* vs. 14 % des *doers*), l'**habitude** (29 % des *non doers* vs. 5 % des *doers*) et la **croyance** que cette eau vienne de Dieu (11 % des *non doers* vs. 0 % des *doers*).

Les principales raisons évoquées pour justifier le fait de ne pas boire l'eau de la pluie sont : 1- pour éviter les maladies (peur des **maladies** – citée par 37 % des répondants), 2- à cause des particules que l'on trouve dedans (**dégoût** – 28 %), 3- la mauvaise qualité de l'eau (perception de la **qualité** – 14 %), 4- à cause de son odeur (**dégoût/odeur** – 12 %). La magnitude de la réponse liée à la prévention des maladies reste relativement faible si l'on considère que la grande majorité de la population pense que l'eau de pluie peut provoquer des maladies. Le déterminant du dégoût (présence de particules) se dégage de manière assez forte.

invoquant la contamination du toit : si l'eau est pure, le toit lui est chargé de « saletés » (tout comme le récipient de collecte s'il n'est pas nettoyé) et de germes pathogènes qui polluent l'eau collectée. Enfin, si l'on peut difficilement exploiter les aspects liés au goût et à la fraîcheur de l'eau, ils permettent toutefois de saisir qu'une sensibilisation faisant la promotion de méthodes de traitement de l'eau (bouillir ou chlorer) aura peu d'impact, du fait de l'altération du goût qui résulte du traitement (l'eau bouillie prend le goût de la marmite et le chlore n'est pas du tout apprécié par les communautés)<sup>24</sup>. Ces modes de traitement seront toutefois conseillés pour l'eau de boisson des enfants de moins de 5 ans.

## Conclusion

L'exemple de la consommation de l'eau de pluie à Batumona montre l'importance d'appréhender les déterminants des comportements : l'étude établit que la santé n'est pas un levier exploitable pour influencer sur l'adoption des pratiques appropriées de collecte et de consommation d'eau potable pour la boisson et la cuisine. En revanche, cibler les interventions sur l'accessibilité de l'eau, l'économie des ménages et le dégoût aura un impact significatif en termes de changement de comportement. Une phase de suivi de quelques mois sera néanmoins indispensable afin de s'assurer de la transformation des nouveaux comportements en habitudes. Pour ce faire, la répétition des messages clés devra être associée à un appui aux familles afin de leur permettre de surmonter les éventuelles difficultés auxquelles elles pourraient faire face dans le cadre de ce processus de changement de comportement.

L'A.B.C.D. est ancrée dans l'environnement et le quotidien des communautés ciblées : elle valorise d'une part l'observation et l'esprit critique de l'équipe locale en charge de la collecte des informations et oblige d'autre part à s'interroger sur le contexte du projet afin d'élaborer des stratégies d'intervention intégrées et taillées sur mesure. L'A.B.C.D. se veut avant tout une démarche évolutive et non une méthodologie de projet stricte. Si ses grands principes (formation et mobilisation des équipes, focus sur les comportements à risque, étude des pratiques, des déterminants externes et internes, stratégies intégrées, accompagnement et suivi des pratiques) sont pertinents dans tous les contextes, cette approche se décline de manière flexible selon l'environnement, les ressources du projet et le stade

d'avancement des activités. L'A.B.C.D. implique de consacrer environ un mois et les ressources nécessaires à la réalisation de l'étude et à la construction de la stratégie d'intervention avec l'équipe. Toutefois, les principes de l'approche sont simples à expérimenter et peuvent être déclinés avec les outils et méthodologies propres à chaque organisation, et à tout responsable de projet qui souhaite établir les conditions d'une appropriation durable des comportements adéquats. L'approche se veut aussi pertinente, en version simplifiée, en contexte d'urgence aiguë. A ce sujet, elle est en cours d'expérimentation par SOLIDARITÉS INTERNATIONALE et l'EAWAG au moment de la parution de cet article.

**Dany Egreteau**

*Chargé de mission R&D, SOLIDARITÉS INTERNATIONALE*

*L'auteur, ex-chef de mission SOLIDARITÉS INTERNATIONALE au Bangladesh, réalise depuis mi-2013 des missions de R&D sur le sujet des approches comportementales dans le cadre des projets EHA de SOLIDARITÉS INTERNATIONALE.*

<sup>1</sup> Approche centrée sur les déterminants des changements de comportement.

<sup>2</sup> Hunter P. « Maladies d'origine hydrique et sécurité de l'eau », in CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières, *L'eau humanitaire est-elle potable ?* Juin 2011.

<sup>3</sup> Analysis: Sanitizing the Truth - When WASH Fails. IRIN Africa English Service. Al Bawaba (Middle East) Ltd. 2013. HighBeam Research. 30 Jun. 2014. <http://www.highbeam.com>

<sup>4</sup> Mara D, Lane J, Scott B, Trouba D. *Sanitation and health*. PLoS Med. 2010

<sup>5</sup> Cairncross S, Shordt K. *It does last! Some findings from a multi-country study of hygiene sustainability*. Waterlines. 2004

<sup>6</sup> Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

<sup>7</sup> - Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

- Dreibelbis Robert et al., « The Integrated Behavioural Model for Water, Sanitation, and Hygiene: a systematic review of behavioural models and a framework for designing and evaluating behaviour change interventions in infrastructure-restricted settings », BMC Public Health, 13 (1), déc. 2013, pp. 1 13.

<sup>8</sup> London School of Hygiene and Tropical Medicine. Cf Aunger R, Curtis V. *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology*. Springer Verlag. In press

<sup>9</sup> Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology. Cf Mosler HJ. A systematic approach to behavior change, interventions for the water and sanitation sector in developing

countries: a conceptual model, a review, and a guideline, International Journal of Environmental Health Research, 2012.

<sup>10</sup> Peal et al, *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*. Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010

<sup>11</sup> - Curtis V. *Talking Dirty: How to save a million lives*. International Journal of Environmental Health Research. 2003 Jun; 13 Suppl 1:S73-9.

- Cairncross S et al., *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*, International Journal of Epidemiology, 39 (suppl 1), 2010.

<sup>12</sup> L'article se concentrera sur les maladies diarrhéiques. Les grands principes de l'approche sont toutefois pertinents pour déterminer les stratégies en rapport avec toute autre maladie ou la malnutrition.

<sup>13</sup> Ces termes, empruntés à la littérature anglo-saxonne, signifient « personnes qui font » et « personnes qui ne font pas ». On se référera ci-dessous à « doers » pour les familles aux pratiques appropriées et « non doers » pour les familles aux pratiques à risque.

<sup>14</sup> Aunger R, Curtis V. *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology*. Springer Verlag. In press

<sup>15</sup> Ces résultats ne peuvent toutefois être exploités sans une analyse qualitative complémentaire, notamment du fait de l'interaction, difficile à quantifier, entre les comportements entre eux et les déterminants entre eux.

<sup>16</sup> Voir, par exemple, un témoignage récurrent à Kinshasa : « Il faut avoir une latrine propre pour que nos visiteurs voient que nous sommes d'une 'bonne' famille ».

<sup>17</sup> 61 % des familles ont des enfants de moins de 5 ans, soit 220 / (61 % x 3800) = 0,094.

<sup>18</sup> Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010). Rapport final, mai 2011.

<sup>19</sup> Avec un intervalle de confiance à 95 % : 28 % - 68 %, qui demanderait donc à être reprécisé.

<sup>20</sup> Les familles pratiquent l'automédication dans environ 60 % des cas avec des traitements souvent inappropriés (antibiotiques, vermifuges...).

<sup>21</sup> L'ensemble de l'étude, détaillant les déterminants des 5 comportements clés, est disponible sur requête auprès de SOLIDARITÉS INTERNATIONAL.

<sup>22</sup> WHO, « *Guidelines for Drinking Water Quality* » p.120e, 2008, Geneva.

<sup>23</sup> Le message ne visera que les enfants (mais évoquera aussi les personnes âgées) : le risque est acceptable pour les adultes et il est plus réaliste que les familles fassent des efforts particuliers pour leurs enfants de moins de 5 ans plutôt que pour tous les membres de la famille.

<sup>24</sup> La filtration de l'eau à domicile est quant à elle inabordable pour la plupart des familles. En outre, le traitement d'eau à domicile échoue à se pérenniser dans la majorité des interventions externes [Hunter 2011].

## Références

- Aunger R, Curtis V., *The Evo - Eco Approach to Behaviour Change. Applied Evolutionary Anthropology, Springer Verlag. In press.*
- Coombes Y. & Devine J., *Introducing FOAM: A framework to Analyse Handwashing Behaviors to Design Effective Handwashing Programs*, WSP, 2010.
- Cairncross S, Shordt K., *It does last! Some findings from a multi-country study of hygiene sustainability*, Waterlines, 2004.
- Cairncross S, Shordt K, Zacharia S, Govindan BK, *What causes sustainable changes in hygiene behaviour? A cross-sectional study from Kerala, India*, Soc Sci Med, 2005.
- Cairncross S et al., *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*, International Journal of Epidemiology, 39 (suppl. 1), 2010.
- Curtis V., Danquah L., Aunger R., *Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review*, Health Educ Res. 2009; 4:655-673.
- Curtis V., *Talking Dirty: How to save a million lives*, International Journal of Environmental Health Research, 2003 Jun; 13 Suppl. 1:S73-9.
- Dreibelbis R. et al., « The Integrated Behavioural Model for Water, Sanitation, and Hygiene: a systematic review of behavioural models and a framework for designing and evaluating behaviour change interventions in infrastructure-restricted settings », BMC Public Health, 13 (1), dec. 2013, pp. 1-13.
- Hunter P., « Maladies d'origine hydrique et sécurité de l'eau », in *L'eau humanitaire est-elle potable ?*, CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières, juin 2011.
- Mara D., Lane J., Scott B., Trouba D., *Sanitation and health*, PLoS Med., 2010.
- Mosler H. J., « A systematic approach to behavior change, interventions for the water and sanitation sector in developing countries: a conceptual model, a review, and a guideline », International Journal of Environmental Health Research, 2012.
- Peal et al., *Hygiene and Sanitation Software, An Overview of Approaches*, Water Supply & Sanitation Collaborative Council, Geneva, Switzerland, 2010.
- Taylor, B., « Effectiveness, Scale and Sustainability in WASH Programmes – A Review », Springfield Working Paper Series (2), The Springfield Centre, Durham, 2013.
- « Analysis: Sanitizing the Truth - When WASH Fails », IRIN Africa English Service, Al Bawaba (Middle East) Ltd, 2013. HighBeam Research. 30 Jun. 2014 <<http://www.highbeam.com>>.
- Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Enquête par grappes à indicateurs multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010), Rapport final, mai 2011.
- WHO, *Guidelines for Drinking Water Quality*, p. 120e, 2008, Geneva.



# État des lieux de l'intervention humanitaire en situation post-crise dans les contextes urbains

Béatrice Boyer & Marion Bouchard

Dans les cas de catastrophes ou de conflits en ville, les besoins des populations requièrent une aide d'une ampleur considérable et spécifique face à laquelle le secteur humanitaire est mal préparé. Les vulnérabilités des populations en ville se surajoutent aux déficiences ou fragilités des systèmes et services urbains qui devraient structurer et rendre résilientes les villes. Le Groupe URD interroge ces enjeux d'interventions urbaines post-crise depuis plus de dix ans. Or, suite au séisme de 2010 qui a violemment affecté Port-au-Prince en Haïti, la prise de conscience nécessaire au changement de paradigme humanitaire pour intervenir en milieu urbain s'est accélérée avec un débat qui est désormais à l'œuvre dans nombre d'instances internationales.

La vulnérabilité des villes et des populations urbaines aux risques externes – aléas naturels ou guerres – révèle des usages à risques et des urbanisations mal ou pas du tout maîtrisées. Or, les humanitaires, appelés à jouer un rôle important en phase d'urgence après la crise, se trouvent confrontés aux modalités locales des fonctionnements urbains et de tous les autres acteurs présents et actifs : la société civile locale, les institutions locales et nationales, les différentes structures de l'aide, du développement ou du secteur privé. Ils contribuent aux phases du relèvement et certains amorcent la reconstruction.

L'action humanitaire en ville, limitée dans le temps et par ses mandats, impacte cependant fortement l'après-crise. Or, les difficultés d'opérer selon les mécanismes classiques de l'aide ont amené la communauté internationale - opérationnels comme bailleurs et décideurs - à reconsidérer ses procédés. De nombreux débats et recherches d'amélioration de pratiques pour intervenir en milieu urbain sont ainsi en cours sur le plan international. Cet article en propose un état des lieux.

## Préalable sur le lien entre évolution des urbanisations et évolution des crises

Au siècle dernier, la majorité de la population mondiale était rurale, notamment la plus démunie. Les quelques grandes villes – on en dénombrait 16 de plus d'un million en 1900 – étaient situées dans des pays développés et synonymes de prospérité. Depuis, les villes n'ont cessé de croître de manière exponentielle, en nombre et en taille, et de façon plus ou moins maîtrisée. Ainsi, depuis les

années 2000, plus de la moitié de la population mondiale est urbaine et selon les prévisions d'ONU-Habitat, plus de 80 % de la population urbaine vivra dans les pays du Sud en 2030. Caractérisées par la concentration des pouvoirs, elles sont aussi des lieux de densité d'activités : économiques, opportunités d'emploi et d'éducation, ébullition sociétale et culturelle, accès aux services de base et médicaux... Promesses d'un « mieux vivre » pour tous, les villes continuent d'attirer plus rapidement que ne se créent les infrastructures nécessaires à un accueil digne d'où des situations urbaines chaotiques, dangereuses, particulièrement dans les pays du Sud qui concentrent la plupart des mégapoles (d'une à plusieurs dizaines de millions d'habitants). Entre un tiers et la moitié de ces citoyens vivent dans des secteurs urbains informels (bidonvilles)<sup>2</sup>.

Les villes n'échappent pas aux crises, elles les provoquent même. Sans détailler l'Histoire des sièges et des catastrophes urbaines, ni l'actualité des guerres actuelles en ville (Ukraine, Syrie, Irak...), force est de constater que nombre de facteurs peuvent engendrer des catastrophes ou des conflits d'intérêts : aléas soudains ou inattendus, changement climatique, proximité de littoraux, rareté des ressources, absence de préventions technologiques, appropriation de territoires ou de richesses... D'après le rapport du *Disaster Emergency Committee* (« Urban Disaster – lessons from Haïti »)<sup>3</sup>, trois à cinq grandes catastrophes urbaines pourraient arriver dans les dix prochaines années.

*« L'urbanisation est une dynamique qui a pratiquement tout changé ; La manière de penser, L'usage de L'espace public, Le mode de vie, Les relations économiques et sociales, et Les modes de production et de consommation. »<sup>1</sup>*

Différents facteurs concourent à la fragilité des villes et dans le même temps à la gestion de la crise. Quelques-uns sont constitutifs de certaines villes – densité non maîtrisée,

absence de sensibilisation au risque des populations et de bâti adapté, déficit institutionnel, déficit législatif de prévention, situation géographique à risques, phénomènes géologiques et climatiques d'ampleur, etc. – ; d'autres sont liés à la crise et à l'insécurité soudaine en ville ou à proximité, avec les déplacements de populations victimes, vers, hors et dans la ville, qui aggravent les désordres créés par la crise elle-même et compliquent la gestion de l'aide.

Les défis de l'intervention d'urgence induits par l'ampleur des impacts d'une crise en ville sont par conséquent à mettre en lien avec l'ampleur des enjeux de la reconstruction.

## Des modalités d'action post-crise en ville à questionner

### Des mécanismes humanitaires inadaptés

Les urgentistes ont eu des difficultés, en termes de compétences, de moyens et de mandats pour mener des approches intégrées<sup>4</sup>, fondamentales en contexte urbain<sup>5</sup>, qui soient en lien avec des stratégies de reconstruction cohérentes dans leur ensemble.

Les catastrophes successives en ville – et notamment le séisme qui a ébranlé Haïti et plus particulièrement la métropole de Port-au-Prince en 2010, suivi de la forte mobilisation de la communauté internationale, avec plus de 3000 ONG engagées dans l'aide d'urgence et la reconstruction –, ont mis en exergue ces difficultés, voire les dysfonctionnements et les inadéquations des pratiques humanitaires avec les interventions d'urgence en ville.

### Les limites des approches sectorielles, techniques et de standardisation face à un territoire multidimensionnel complexe

L'inadaptation de programmes de l'aide aux enjeux urbains s'illustre dans plusieurs domaines. Par exemple, la fourniture d'abris temporaires qui se pérennisent en constructions dures pose la question du statut d'occupation des sols et du foncier. Les solutions gratuites d'approvisionnements en eau et en alimentation nuisent aux dynamiques économiques locales, formelles ou informelles, préexistantes ou issues de la crise. Les systèmes de mise à disposition des services publics de base maintenus tant bien que mal par les autorités locales, comme le système de santé ou les infrastructures d'assainissement, sont mis à mal par l'offre gratuite parallèlement apportée par les humanitaires. De même, les constructions de voirie, d'habitats et d'équipements publics réalisées sans coordination avec les autorités locales peuvent entraver les différentes stratégies de planification du territoire ainsi que son équilibre.

Les besoins d'aide en zones urbaines, aux différentes phases du cycle post-crise – phases d'urgence, de post-urgence, de reconstruction mais aussi de prévention – soulèvent des problématiques inédites par leur spécificité et leur ampleur pour le secteur humanitaire. La complexité de la ville, avec l'interconnexion des systèmes de fonctionnement urbains – systèmes politiques, économiques, sociaux et physiques (infrastructures, bâti, espaces privés-publics...) – questionne les pratiques d'intervention de l'aide et implique des mécanismes et des expertises adaptés.

La crise en ville implique d'adapter les mécanismes de l'aide et d'interroger les différentes responsabilités

*Une approche coordonnée intersectorielle et territorialisée à acquérir* – Un des aspects importants est la compréhension spatiale des enjeux urbains et la nécessité d'intervenir de façon coordonnée et cohérente en identifiant les différentes échelles territoriales de fonctionnement.

*Une complexité à comprendre et gérer* – Étant donné la complexité et l'interrelation des impacts en ville, les humanitaires – urgentistes présents sur les temps relatifs à la crise – sont de plus en plus amenés à intervenir à différentes échelles de temps : urgence, mais aussi redressement, avec des actions de prévention et de préparation. La gestion de la crise perdurant, nombreux sont les bailleurs de l'aide qui allouent de nouvelles enveloppes budgétaires à des phases de transition et de reconstruction, donnant l'opportunité aux structures humanitaires présentes de relancer des programmes. Or, les décisions prises durant ces périodes de la phase post-crise vont conditionner le développement futur par des actions courtes mais d'impacts de long terme. Le temps de l'urgence est un temps raccourci et accéléré de prises de décisions qui engagent des responsabilités au-delà de la crise.

*Une légitimité locale à respecter* – Pour apporter une aide à une reconstruction de la ville plus durable, plus résiliente et plus équitable, le partenariat avec les autorités locales devient incontournable, la difficulté résidant dans le type de partenariat à établir, dans les rôles à respecter et particulièrement dans les modalités de décisions. Comme l'ont souligné des représentants d'institutions haïtiennes<sup>7</sup> lors de leur intervention au Forum Urbain Mondial de Medellin en 2014, « ces premières décisions fondamentales pour la ville sont prises par la communauté internationale ». Et les acteurs locaux n'ont pas toujours conscience « de comment sont prises ces décisions dans la confusion générale de l'urgence, ni de leurs conséquences sur le long terme, ni de pourquoi ces décisions peuvent créer des injustices ou devenir de plus en plus dur à adapter alors que la situation change chaque jour »<sup>8</sup>.

Les processus de l'aide en ville demandent donc encore des évolutions.

### Au-delà de la catastrophe : une opportunité pour la ville

La crise révèle des vulnérabilités structurelles ainsi que des dysfonctionnements et des inégalités antérieurs. L'aide offre la possibilité de prises de décisions stratégiques qui, en temps normal, demanderaient, outre des

fonds adaptés, une longue période de négociations et de consensus entre des institutions pas toujours désireuses de coopérer. La mobilisation de moyens techniques et financiers devrait donc faire de la période post-crise un moment de relance et d'impulsion pour des villes plus sûres, et permettre un développement impliquant une responsabilisation vis-à-vis de l'environnement et des populations. La crise doit ainsi pouvoir être envisagée comme une opportunité de « reconstruire en mieux ».

La nature des responsabilités des différents acteurs impliqués tant dans la gestion de la crise que dans la gestion de la ville elle-même est en question, en particulier l'articulation de ces secteurs d'activités. De nombreux efforts, échanges et outils sont en débat et à l'œuvre entre les secteurs d'expertises d'intervention en milieu urbain.

## Parallèlement aux évolutions sur le terrain, en particulier en Haïti, la problématique de la ville post-crise fait débat

### Évolution des mécanismes humanitaires en Haïti suite au séisme de 2010

La question urbaine et ses incidences en termes de besoins de coordination, d'interrelation avec les autorités locales, etc., a été progressivement prise en compte par les différentes structures de l'aide en Haïti, donnant naissance à des programmes plus adaptés à la ville. La communauté internationale est en train d'en tirer des leçons en termes de stratégies d'intervention sur d'autres zones de crises urbaines :

- Dès la phase d'urgence en 2010-2011, la question du logement devant être intégrée aux fonctionnements urbains a eu du mal à s'imposer aux acteurs humanitaires. Le débat a dû s'effectuer en marge des *Clusters* via des sous-groupes de travail – « Logement-Quartier » (*Cluster shelter*), « Logement-Foncier » (*Cluster protection*), lien entre logement et services de base (*Cluster Wash*) –, révélant une absence de coordination intersectorielle et territoriale pourtant essentielle à l'espace urbain.

- De 2011 à 2014, on a pu constater une évolution vers un besoin de compréhension de la réalité urbaine. Les agences onusiennes ont en effet cherché à appuyer des institutions locales (gouvernementales et municipales), techniques et de décision, comme par exemple le « Programme d'Appui au Logement et aux Quartiers » (PARLOQ) dont l'objectif est de renforcer les outils urbanistiques de décision et les capacités de maîtrise opérationnelle des municipalités affectées afin de donner aux autorités locales des outils d'aide à la décision sur leurs territoires.

- Dès 2013, différents bailleurs de développement comme la Commission européenne (CE), la Banque mondiale ou

l'Agence Française de Développement (AFD) lançaient des programmes opérationnels d'aménagement de quartiers, associant et faisant évoluer de nombreuses structures de l'aide d'urgence présentes vers une approche de développement cohérente. C'est le cas du « Programme d'appui à la Reconstruction et à l'Aménagement de Quartiers » (PARAQ), lancé par la CE qui incite à intervenir sur plusieurs secteurs techniques en interrelation sur un même espace de vie : le quartier. Ces évolutions impliquent que les structures opérationnelles (ONG) de ce programme adaptent techniquement et stratégiquement leurs compétences au secteur urbain.

- Enfin, quatre ans après la crise, ces mêmes bailleurs ont lancé en 2014 des études et des évaluations pour tirer des leçons de ces évolutions de pratiques et de programmes. Autre illustration de l'évolution des modalités d'intervention en ville, les stratégies des institutions locales font évoluer les stratégies de l'aide vers des programmes prenant mieux en compte les spécificités urbaines. C'est le cas du programme d'« Intégration urbaine des camps dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince » (programme CATUR, mené conjointement par l'agence UN-Habitat et l'institution locale l'UCLBP), ce qui constitue une avancée en termes de changement de vision : intégrer les déplacés dans l'urbain plutôt que les conforter dans les camps provisoires.

### Débats autour des modalités d'intervention en ville

Le pôle urbanisme du Groupe URD se consacre à ces questions depuis de nombreuses années au travers d'études, d'évaluations, d'articles et de publications. Mis en débat en 2011, lors de la conférence « La ville face aux crises » organisée à la mairie de Paris, puis en 2013, avec le séminaire « Ville et crise » organisé en partenariat avec l'AFD<sup>9</sup>, ces sujets prennent à présent de plus en plus d'ampleur dans la sphère humanitaire ainsi que dans des réflexions plus larges sur l'urbanisation, révélant une préoccupation globale grandissante. De plus, la crise en milieu urbain commence à s'insérer dans les réflexions plus larges sur l'urbanisation dans de nombreux espaces d'échanges, au-delà de la sphère humanitaire.

*Au niveau des instances onusiennes, le IASC (Comité permanent inter-organisations<sup>10</sup>) a créé un groupe de travail « MUHCA<sup>11</sup> » sur les défis humanitaires en milieu urbain.*

Dès 2009, reconnaissant que pour répondre aux besoins des populations en ville le secteur humanitaire requiert une meilleure compréhension de la complexité urbaine, le IASC a instauré un groupe de référence spécifique aux défis humanitaires en zone urbaine<sup>12</sup>. Celui-ci sert de plateforme collaboratrice de discussion (*community of practice*) sur la gestion de crise, la préparation et la réponse en matière de politiques urbaines, outils et renforcement des capacités. Cette collaboration est ouverte à toutes les organisations (agences onusiennes, organisa-



tions humanitaires et internationales, bailleurs et universitaires) qui souhaitent contribuer à la mise en place d'une stratégie et d'un plan d'action concernant les défis urbains. De nombreux débats y sont organisés pour partager les expérimentations, les leçons tirées, savoir-faire et connaissances des acteurs confrontés à ces contextes. Parmi les participants aux débats, on retrouve notamment la Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), ONU-Habitat, le Groupe URD, le Shelter Center, le Norwegian Refugee Council (NRC), Concern International, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et la Croix-Rouge britannique.

*ALNAP<sup>13</sup> (réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance) a créé un portail d'échange sur la réponse humanitaire urbaine<sup>14</sup> et une « community of practice » pour la réponse urbaine<sup>15</sup>.*

Aux 27es rencontres d'ALNAP, tenues début 2012 à Chennai en Inde, les participants (notamment le Groupe URD, la Croix-Rouge britannique et ACF) ont constaté l'inadéquation du secteur international humanitaire face à l'échelle et à la nature du contexte urbain. ALNAP adopte alors une stratégie dans le but de sensibiliser les acteurs à la spécificité de l'action humanitaire en ville et publie un rapport sur la question urbaine<sup>16</sup> avec un portail en ligne dédié à ce sujet. Un an plus tard, ALNAP fonde la « Urban Response Community of practice », un forum en ligne pour l'échange d'expérience, de ressources et d'actualités sur le sujet. La fréquentation du forum a considérablement augmenté en un an et la communauté compte aujourd'hui 902 membres représentant 81 pays. Le Royaume-Uni et les États-Unis sont les plus représentés avec 250 membres alors que la France n'en compte que 20.

*Au niveau des enjeux de développement urbain à l'échelle mondiale, le Forum Urbain Mondial s'ouvre petit à petit aux enjeux de la crise en ville.*

Prenant conscience des enjeux communs entre problématiques humanitaires d'urgence, de développement, et développements urbains et politiques de la ville, les humanitaires participent de plus en plus aux débats internationaux sur les enjeux de la ville.

Le 7e Forum Urbain Mondial (Medellin, avril 2014) – conférence internationale majeure sur la ville et le développement urbain, organisée par ONU-Habitat en coopération avec la ville et le gouvernement hôte – a réuni 22000 participants parmi lesquels de nombreux experts des gouvernements, ONG, société civile, universitaires, secteur privé, bailleurs, fondations, médias, agences internationales, etc. Cette édition sur l'intégration de l'équité urbaine dans l'agenda international de développement se

déroule sur plusieurs jours avec de multiples espaces d'échanges dont le but global est d'examiner les enjeux urbains mondiaux actuels.

Le cas de la reconstruction post-séisme de Port-au-Prince était représenté autant par des acteurs haïtiens que par des acteurs internationaux (humanitaires et de développement) qui ont eux aussi leur rôle à jouer pour poser les bases d'une reconstruction de villes résilientes et plus sûres. Une table-ronde dédiée à la problématique de l'intervention humanitaire en ville organisée par UN-Habitat a donné lieu au constat d'une insuffisante compréhension du milieu urbain de la part des humanitaires.

### Des évolutions encore à attendre des événements sur l'urbain à venir : Habitat III et le Sommet Humanitaire Mondial

Les participants de ces tables-rondes ont appelé à poursuivre et intensifier ces discussions dans les futurs grands rendez-vous internationaux de 2016 sur ces enjeux : l'un sur la ville (la conférence des Nations unies sur le logement et le développement urbain durable Habitat III) et l'autre sur l'action humanitaire (le Sommet Humanitaire Mondial, WHS)<sup>18</sup>.

*« La ville est également espace de pauvreté multidimensionnelle, de dégradation de l'environnement et d'exposition aux catastrophes et aux effets du changement climatique. »<sup>17</sup>*

Cependant, au regard des axes proposés pour les orientations du Sommet Humanitaire Mondial, ainsi que des différents débats amorcés en amont du sommet, il semble que le contexte urbain ne soit évoqué que de manière encore très marginale et non pris comme

un défi à part entière.

De même, Habitat III – en vue d'établir un nouvel agenda urbain pour le 21e siècle qui prenne particulièrement en compte les enjeux liés à l'urbanisation croissante spontanée – ne pose pas encore ou pas suffisamment les enjeux des crises et de l'intégration de la réponse d'urgence dans la question de la (re)construction des villes.

### Conclusion

Un effort réel est en cours dans le secteur pour réfléchir et s'adapter aux défis urbains à travers des expérimentations et différents concepts porteurs d'idées, de pratiques et de mécanismes de financement.

Ces nouvelles modalités d'intervention prennent en compte les institutions locales et les populations comme des parties prenantes, partenaires plus que bénéficiaires; recherchent le dialogue multipartenaire entre différents secteurs; fournissent un appui; et cherchent à intégrer les autorités locales dans des mécanismes de coordination et développent des outils d'aménagement (planification participative, micro-zoning à risques, outils cartographiques, programmes intersectoriels...).

La sensibilisation des acteurs des différents secteurs impliqués dans la ville (secteurs de l'urgence comme de l'urbain), la diffusion d'information et la transmission des connaissances, les expérimentations, les compétences et les expertises se renforcent. Des stratégies d'intervention en contextes urbains s'analysent et des directives se mettent en place au niveau stratégique international mais des freins importants existent sur les terrains – des obstacles éthiques, organisationnels, temporels, financiers, d'expertises et de ressources humaines. La ville implique un véritable changement de culture et de paradigme.

Concernant la question des interventions dans des villes affectées par une crise, un consensus entre différents secteurs d'activités se met en place sur le besoin de meilleures connaissances du « fait urbain », et d'adoption de pratiques spécifiques adaptées aux densités, tensions spatiales, gouvernances institutionnelles locales dédiées, inter-sectorialités des réseaux et fonctionnements urbains. Mais, au-delà de la ville plus ou moins structurée, qu'en est-il des capacités et mécanismes d'intervention dans des zones affectées qui possèdent les caractères de densité d'occupation sans la structure urbaine minimum, comme les camps de déplacés ou de réfugiés de longues durée ? La question est d'autant plus critique quand ces installations densifient des péri-urbains informels.

**Béatrice Boyer**

Architecte & urbaniste, Responsable pôle recherche "habitat et urbain" au Groupe URD

**Marion Bouchard**

Architecture-urbaniste

<sup>1</sup> Extrait de la Déclaration de Medellin, Forum Urbain Mondial de Medellin, avril 2014. Disponible à l'adresse suivante : [http://worldurbanforum7.org/Media/Default/PDF/Medell%C3%ADn%20Declaration\\_%20French.pdf](http://worldurbanforum7.org/Media/Default/PDF/Medell%C3%ADn%20Declaration_%20French.pdf)

<sup>2</sup> ALNAP, « Relever le défi urbain. Adapter les efforts humanitaires à un monde urbain. », 2012.

<sup>3</sup> ALNAP, « Relever le défi urbain. Adapter les efforts humanitaires à un monde urbain. », 2012.

<sup>4</sup> Jean-Yves BARCELO (UN-Habitat), « Post-séisme en Haïti : le processus d'accompagnement de la reconstruction Urbaine », *Humanitaires en mouvement* n°8, 2011, p. 22.

<sup>5</sup> Groupe URD/GPPI, Evaluation en temps réel en Haïti, mai 2010, IASC.

<sup>6</sup> ALNAP, campagne de sensibilisation sur les défis urbains.

<sup>7</sup> Rose-May Guignard, urbaniste sénior du CIAT (Comité Interministériel pour l'Aménagement du territoire à Haïti) et Odnell David, directeur de l'habitat et ingénieur à l'UCLBP, (Unité de Construction du Logements et des Bâtiments Publics).

<sup>8</sup> CRAWFORD, K., KONOTCHICK, A. (2014) WUF: Self-recovery after urban disaster. Repéré à <http://resilienturbanism.org/akonotchick/wuf-self-recovery-after-urban-disaster>

<sup>9</sup> Ces conférences de 2011 et 2013 et leurs actes diffusés par le Groupe URD dans la revue *Humanitaires en mouvement* pour l'une, et dans la collection Savoirs Communs de l'AFD (à paraître prochainement) pour l'autre, ont été l'occasion de rassembler nombre de témoignages sur la prise de conscience des limites du paradigme humanitaire post-crise en milieu urbain, et sur la nécessité mais aussi l'opportunité d'un dialogue entre secteur institutionnel, expertises urbaines, chercheurs et secteur économique, pour une meilleure reconstruction.

<sup>10</sup> *Inter-Agency Standing Committee*.

<sup>11</sup> *Meeting Humanitarian Challenges in Urban Area*.

<sup>12</sup> IASC, *Terms of Reference - Reference Group for Meeting Humanitarian Challenges in Urban Areas*, 8 oct. 2013.

<sup>13</sup> *Active Learning Network for Accountability and Performance*. ALNAP est un réseau d'acteurs de l'ensemble de la communauté humanitaire tourné vers l'amélioration des pratiques humanitaires : bailleurs, experts, ONG, agences onusiennes et organisations internationales y sont représentés.

<sup>14</sup> *Urban humanitarian response portal*.

<sup>15</sup> *Urban response Community of practice*.

<sup>16</sup> ALNAP, « Relever le défi urbain. Adapter les efforts humanitaires à un monde urbain », 2012.

<sup>17</sup> Extrait de la Déclaration de Medellin, Forum Urbain Mondial 2014.

<sup>18</sup> UN-Habitat. Panel Discussion 'Humanitarian Dimension of Urbanisation' - Summary Report 8/04/2014.

## Focus biblio : LES TRANSFERTS MONÉTAIRES

Quelques années d'expertise capitalisées sur cette nouvelle modalité d'aide

### Généralités

#### *Is Cash Transfer Programming 'Fit for the Future'? - Final Report*

CaLP, Humanitarian Futures Programme, King's College London, janvier 2014, 69 P

Cette recherche a été commandée par le *Cash Learning Partnership* (CaLP) et menée par le *Humanitarian Futures Programme* (HFP), du *King's College* à Londres. Ce projet vise à comprendre comment les changements qui surviennent dans le paysage mondial et la sphère humanitaire pourraient évoluer d'ici 2025. Il étudie également dans quelles mesures ces tendances à venir façonneront les programmes de transfert monétaire. L'analyse s'inscrit dans le cadre des dialogues actuels sur l'avenir de l'humanitaire, en particulier les processus liés aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) post-2015, le prochain Cadre d'action de Hyogo (HFA2) et le Sommet humanitaire mondial de 2016.

Lire le document en anglais : <http://www.cashlearning.org/resources/library/403-is-cash-transfer-programming-fit-for-the-future---final-report>

Lire le résumé du rapport final en français : <http://www.cashlearning.org/ressources/bibliotheque/433-les-programmes-de-transfert-montaire-sont-ils-prts-pour-lavenir-rsum-du-rapport-final>

***Transferts monétaires en situation d'urgence : Les acteurs humanitaires sont-ils prêts pour une mise à l'échelle ?*** L. Austin, J. Frize, CaLP, octobre 2011, 84 P

Alors que les expériences de mise en œuvre de programmes de transferts monétaires en situation d'urgence abondent, ils ont rarement été mis en œuvre à large échelle, contrairement aux réponses en nature. Cette étude identifie un certain nombre de lacunes et de blocages freinant la mise à l'échelle des programmes après une catastrophe et propose un certain nombre de recommandations opérationnelles.

Lire le document en français : <http://www.cashlearning.org/ressources/bibliotheque/445-transferts-montaires-en-situation-durgence-les-acteurs-humanitaires-sont-ils-prts-pour-une-mise--lchelle>

***New learning in cash transfer programming, issue 54, Humanitarian Exchange Magazine***  
Humanitarian Practice Network, ODI, mai 2012, 40 P

Ce numéro de *Humanitarian Exchange Magazine*, coédité par Sarah Bailey et Breanna Ridsdel, expose les nouvelles connaissances au sujet de la programmation des transferts monétaires. Les programmes de transferts monétaires sont aujourd'hui un outil reconnu et de plus en plus utilisé dans la réponse humanitaire. Cependant, la plupart des programmes restent de petite taille, et les lacunes dans l'analyse et la pratique demeurent. Dans l'article principal, Breanna Ridsdel identifie trois domaines pour lesquels des améliorations seront nécessaires pour les utiliser de manière plus efficace, à savoir : l'évaluation du marché, l'analyse de la réponse et de la coordination.

Lire le document en anglais : <http://www.odihpn.org/humanitarian-exchange-magazine/issue-54>

## **Transferts monétaires dans différents contextes de crise**

***Final evaluation of the unconditional cash and voucher response to the 2011-12 crisis in southern and central Somalia*** K. Hedlund, N. Majid, D. Maxwell, N. Nicholson, UNICEF, 2013, 32 P

Cette évaluation fournit une analyse de l'impact d'une réponse humanitaire par le biais de transferts monétaires. L'accent est mis sur les enseignements tirés afin d'améliorer les futures interventions humanitaires dans le monde et particulièrement dans le contexte somalien. L'analyse se fonde sur l'un des environnements humanitaires les plus ardues où le personnel et les organisations ont pris des risques considérables pour répondre à une crise alimentaire d'envergure. Comme pour toute intervention humanitaire, de nombreux aspects auraient pu être améliorés. Ainsi, les résultats de l'évaluation sont mesurés quant aux solutions apportées dans un contexte de grande famine.

Lire le document en anglais : [http://www.unicef.org/somalia/SOM\\_resources\\_cashevalsum.pdf](http://www.unicef.org/somalia/SOM_resources_cashevalsum.pdf)

***Review of cash transfer coordination in Haïti following the earthquake of January 2010***  
D. Kauffmann, Groupe URD, CaLP, mars 2012, 46 P

Composantes essentielles de la réponse humanitaire au séisme de janvier 2010, des programmes de transfert monétaire (Argent-Contre-Travail, versement d'argent, coupons) ont été mis en œuvre à grande échelle pour couvrir les besoins immédiats des victimes de la catastrophe. Une coordination inter-agence, initiée par les membres du CaLP, s'est organisée en parallèle très rapidement afin de partager les bonnes pratiques et les expériences. Deux ans après le séisme, le Groupe URD réalisait, à la demande du CaLP, une revue de cette coordination et de ses interactions avec les autres systèmes de coordination. L'étude vise à soutenir les efforts et les actions de plaidoyer du CaLP pour améliorer les connaissances, la préparation des acteurs et la coordination dans la mise en œuvre des programmes de transfert monétaire.

Lire le document en anglais : <http://www.urd.org/Revue-du-mecanisme-de-coordination>

## **Transferts monétaires et filets sociaux**

***Dispositifs de filets de sécurité sociaux en Afrique de l'Ouest : soutenir l'émergence de dispositifs nationaux préventifs*** IRAM, Note thématique N°7, juin 2013, 4 P

La malnutrition des mères et des enfants est encore très présente en Afrique de l'Ouest et des crises récurrentes affectent la sécurité alimentaire des populations de la région. Les filets de sécurité sociaux, qui visent à protéger les plus pauvres face aux chocs et à renforcer leur capacité de gestion des risques, sont aujourd'hui déployés dans le cadre d'actions d'urgence dans la plupart des pays de la zone. Cette note thématique de l'IRAM propose une réflexion sur l'intérêt et la possibilité de développer des filets de sécurité sociaux préventifs, inscrits dans la durée et dans des schémas nationaux de protection sociale afin de mieux répondre aux problématiques de sécurité alimentaire et de nutrition.

Lire le document en français : <http://www.iram-fr.org/pdf-publications/618.pdf>



## Atelier d'échange régional « Liens entre programmes de transferts monétaires d'urgence et filets sociaux de sécurité dans le Sahel » - Rapport de l'atelier

C. Cherrier, Y. Tuzzolino, CaLP, UNICEF, CE, août 2014, 19 P

Les transferts monétaires sont aujourd'hui largement utilisés dans les réponses aux crises alimentaires et nutritionnelles du Sahel. Au-delà des situations d'urgence, les instruments de type « transferts monétaires » sont également de plus en plus considérés par les gouvernements et les bailleurs de fonds dans les plans nationaux de lutte contre la pauvreté, souvent au sein de stratégies et politiques nationales de protection sociale. Il apparaît opportun de s'interroger sur une possible amélioration des liens entre les programmes de transferts monétaires d'urgence et ceux nationaux des transferts sociaux en vue d'un renforcement de la résilience des populations au Sahel.

Lire le document en français : <http://www.cashlearning.org/ressources/bibliotheque/444-atelier-dchange-rgional--liens-entre-programmes-de-transferts-montaires-durgence-et-filets-sociaux-de-scurit-dans-le-sahel---rapport-de-latelier>

## Réduire la pauvreté et investir dans le capital humain : le nouveau rôle des filets sociaux en Afrique - Études de cas dans 22 pays

V. Monchuk, Banque Mondiale, mars 2014, 185 P

La stratégie de protection sociale de la Banque mondiale pour l'Afrique de 2012 à 2022 met en lumière la nécessité d'établir une base factuelle solide pour étayer la préparation et la mise en œuvre de programmes de protection sociale sur ce continent. Depuis 2009, la Banque mondiale a réalisé des évaluations approfondies sur les filets sociaux dans 22 pays d'Afrique subsaharienne. Les résultats de ces évaluations ainsi que d'autres études, font l'objet de cette synthèse régionale qui donne un aperçu de l'état actuel des programmes de protection sociale en Afrique et renseigne sur les moyens de renforcer ces programmes pour lutter plus efficacement contre la pauvreté et la vulnérabilité.

Lire le document en anglais :

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16256/9781464800948.pdf?sequence=1>

Lire le document en français (20 P) :

[http://www.cashlearning.org/ressources/bibliotheque/401-rduire-la-pauvret-et-investir-dans-le-capital-humain--le-nouveau-rle-des-filets-sociaux-en-afrique---tudes-de-cas-dans-22-pays?keywords=&country=all&sector=all&modality=all&language=all&payment\\_method=all&document\\_type=all&searched=1&x=41&y=16&currentpage=4](http://www.cashlearning.org/ressources/bibliotheque/401-rduire-la-pauvret-et-investir-dans-le-capital-humain--le-nouveau-rle-des-filets-sociaux-en-afrique---tudes-de-cas-dans-22-pays?keywords=&country=all&sector=all&modality=all&language=all&payment_method=all&document_type=all&searched=1&x=41&y=16&currentpage=4)

## Transferts monétaires et nouvelles technologies

### Directives pour la mise en œuvre de transferts électroniques en situation d'urgence

K. Sossouvi, CaLP, mai 2014, 104 P

Destinée aux praticiens engagés dans des interventions humanitaires intégrant des transferts monétaires par voie numérique ainsi qu'à l'ensemble des équipes de gestion et de soutien des programmes de ces organisations, cette publication vise à fournir une compréhension basique des systèmes de transfert monétaire, un cadre de travail pour l'évaluation des options de transfert électronique, ainsi que des conseils sur l'utilisation de ces différentes modalités d'aide humanitaire. Lire le document en français : <http://www.cashlearning.org/downloads/calpetransferfrweb.pdf>

Lire le document en anglais : <http://www.cashlearning.org/resources/library/390-e-transfers-in-emergencies-implementation-support-guidelines>

## Sitographie

### Cash Learning Partnership

Le *Cash Learning Partnership* est un consortium d'organisations humanitaires (Oxfam GB, Croix-Rouge Britannique, Save the Children, Norwegian Refugee Council, ACF International) qui a pour objectif de mieux faire connaître les programmes de transferts monétaires et d'en améliorer la qualité pour l'ensemble du secteur humanitaire.

<http://www.cashlearning.org>

### The Transfer Project

En partenariat avec les gouvernements nationaux, des partenaires de la recherche et de la société civile, dont l'UNICEF, Save The Children UK et l'Université de Caroline du Nord (Chapel Hill) ont lancé *The Transfer Project*. C'est un projet de recherche innovant et une initiative d'apprentissage qui vise à l'amélioration des connaissances et des pratiques en matière de transferts sociaux en Afrique et ceci, pour plusieurs secteurs clés. <http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>

Pour consulter le focus biblio complet,  
et voir quelques guides et outils pratiques pour les programmes de transferts monétaires :

<http://www.urd.org/Focus-bibliographique-sur-le>

## **Les formations professionnelles du Groupe URD durant le dernier semestre 2014 (confirmées à ce jour)**

- Adopter une approche qualité pour les projets de solidarité internationale, à Kampala (Uganda), du 24 au 25 octobre (en anglais)
  - Evaluation de la qualité de l'action humanitaire, à Plaisians (Drôme provençale, France), du 3 au 7 novembre (en français)
  - Initiation au logiciel Sigmah, à Paris (siège de Coordination sud), le 2 décembre (en français)
- Renseignements et inscription, contacter Mme Lear : [alear@urd.org](mailto:alear@urd.org)

## **Conférences à Dakar, Londres, Amman et à Bangkok dans le cadre du « Futur financement humanitaire »**

Le « Futur financement humanitaire » est une initiative qui compte apporter des idées nouvelles et une expertise plus large que celle du seul secteur humanitaire pour répondre au problème croissant que représente le coût financier des réponses aux crises humanitaires.

Cette initiative est menée par un groupe de pilotage incluant CAFOD, FAO et World Vision, au nom de l'équipe de travail sur le financement humanitaire du *Inter Agency Standing Committee* (IASC). Les dialogues qui se tiendront à Amman (17 novembre) et à Bangkok (24 novembre) seront animés par le *International Council of Voluntary Agencies* (ICVA), ceux de Londres par le groupe de pilotage (31 octobre et 3 novembre) et celui de Dakar par le Groupe URD (26 novembre).

Les journées d'échanges sur le Futur financement humanitaire cherchent à encourager la créativité afin de stimuler un changement adaptatif dans le financement des actions humanitaires grâce à la confrontation de perspectives diverses du secteur humanitaire et d'autres horizons.

Pour en savoir plus : [www.futurehumanitarianfinancing.org](http://www.futurehumanitarianfinancing.org)

## **AidEx, les 12 et 13 novembre 2014, à Bruxelles**

AidEx est un événement qui englobe des conférences, une exposition, des salles de réunions, des récompenses et des ateliers. Cet événement est principalement un lieu de rencontre entre la communauté internationale de l'aide et du développement, et le secteur privé. Le programme des conférences AidEx 2014 se concentrera sur l'Innovation en matière d'aide humanitaire.

Pour en savoir plus : <http://www.aid-expo.com/>

## **9e Journée provençale de la santé humanitaire, le 14 novembre 2014 à la Faculté de médecine (Timone), Marseille**

Dans le cadre de l'anniversaire de ses 30 ans, l'association Santé Sud a voulu se pencher sur les déterminants environnementaux de la santé... Au sud comme au nord, une vie harmonieuse des populations est dépendante des domaines de la santé et de l'environnement. Pollutions environnementales, réchauffement climatique, accès inégal aux ressources énergétiques, alimentaires et à l'eau potable, voire à l'éducation et à l'emploi, problèmes d'assainissement, surpopulation, urbanisation précipitée, modes de vie préjudiciables... Si la santé des populations a tendance à s'améliorer, l'être humain demeure plus que jamais tributaire de son environnement, à la détérioration duquel il contribue largement.

Ces 9èmes journées provençales viseront à s'interroger sur les conséquences de ces mutations sur notre santé et apporter aux décideurs des pistes de solution à partir d'expériences sur le terrain.

Pour en savoir plus : <http://www.santesud.org/sinformer/evenements/jpsh/jpsh2014/9eJPSH.htm>

## **17ème édition de la Semaine de la solidarité internationale, du 17 au 23 novembre 2014**

Chaque année depuis 1998, la 3ème semaine de novembre, la Semaine de la solidarité internationale est un grand rendez-vous national de sensibilisation à la solidarité internationale et au développement durable. Des manifestations sont organisées partout en France, pour aller vers les publics, là où ils sont, et ainsi échanger, débattre, informer et insuffler plus de solidarité dans le quotidien. L'édition 2014 de la Semaine de la solidarité internationale aura lieu du 15 au 23 novembre.

Pour voir les événements proposés par région, par thématique ou autre, voir <http://www.lasemaine.org/>

### *États Généraux de l'Action Humanitaire Internationale, les 27-28 novembre 2014 à Annemasse*

Dans des contextes d'intervention de plus en plus complexes et en perpétuel mouvement, cet événement sera l'occasion pour la communauté humanitaire internationale de soulever les nouveaux enjeux de son secteur. Les principales ONG, du Nord comme du Sud, telles que Médecins du Monde, Action contre la Faim, Secours Islamique France, le Groupe URD mais aussi d'autres organisations comme Alternatives Internationales, la fondation Mérieux, ou encore Grotius International, se réuniront les 27 et 28 novembre prochain à Annemasse dans les locaux de la Cité de la Solidarité Internationale, dans le cadre de cet événement organisé par Humacoop, en partenariat avec la Cité.

Six tables rondes se dérouleront autour de thématiques diverses, comme l'action internationale des collectivités territoriales, le complexe militaro-humanitaire actuel, le rôle des ONG dans les zones de conflit, l'éthique et les stratégies des actions internationales dans le domaine de la santé, la communication et la responsabilité des ONG, ou encore les impacts des exigences des bailleurs de fonds sur les ONG.

Pour en savoir plus : <http://www.humacoop.com/conferences/99-etats-generaux.html>

### *Salon des Métiers de l'Humanitaire, 29 et 30 novembre 2014, à Annemasse*

Organisé par la Cité de la Solidarité Internationale, le Salon des Métiers de l'Humanitaire est le lieu privilégié de rencontres et d'échanges entre les personnes intéressées par toutes les questions liées à la solidarité internationale (humanitaire, développement, ...) du local à l'international.

Le Salon des Métiers de l'Humanitaire accueillera près de 60 exposants sur deux jours et propose un programme de conférences, tables rondes, ateliers et entretiens individuels.

Pour en savoir plus : <http://www.salonmetiershumanitaire.org/>

### *Quelques autres événements à l'international...*

- 2ème conférence internationale sur le développement durable et la résilience en milieu urbain (USAR, Urban Sustainability and Resilience), 3-5 novembre 2014, UCL Londres

<http://www.ucl.ac.uk/usar/usar-conference/conference-site-2014>

- French Ameri-Can Climate Talks, série de conférences qui se tiendront dans sept villes d'Amérique du Nord entre octobre et novembre, en préparation de la Conférence sur les Changements Climatiques des Nations Unies

<http://facts.france-science.org/>

- 3ème conférence internationale sur l'agriculture, la sécurité alimentaire, la nutrition et le changement climatique (Global Conference on Agriculture, Food and Nutrition Security and Climate Change), Johannesburg (Afrique du Sud), 3-5 décembre 2014

<http://ccaafs.cgiar.org/fr/global-conference-agriculture-food-and-nutrition-security-and-climate-change>

- Disaster and hazards mapping summit 2014, Manille (Philippines), 4-12 décembre 2014

<http://www.preventionweb.net/english/professional/trainings-events/events/v.php?id=36002>

- Conférence sur la recherche internationale pour la réduction des risques de désastre et la résilience (Tokyo Conference on International Study for Disaster Risk Reduction and Resilience), Tokyo (Japon), 14-16 janvier 2015

<http://monsoon.t.u-tokyo.ac.jp/AWCI/TokyoConf/en/introduction.htm>



## Le Groupe URD

Le Groupe URD (Urgence – Réhabilitation – Développement) est un institut associatif de recherche, d'évaluation, de production méthodologique et de formation travaillant à l'amélioration des pratiques humanitaires en faveur des populations affectées.

Pour en savoir plus :

[www.urd.org](http://www.urd.org)

## Humanitaires en mouvement

*Humanitaires en mouvement* - revue semestrielle et bilingue - vise à partager les résultats de travaux et d'études liés à des problématiques qui nous semblent importantes et s'ancrent dans l'actualité du secteur. Nous faisons régulièrement appel à des plumes extérieures et/ou le lien avec d'autres publications. Nous vous invitons donc à nous contacter si vous souhaitez proposer des articles.

Retrouvez sur le site Internet ([www.urd.org/Humanitaires-en-Mouvement](http://www.urd.org/Humanitaires-en-Mouvement)) des compléments de lecture et les articles des auteurs.

## Contacts

Pour s'abonner à la version électronique :  
[www.urd.org/Humanitaires-en-Mouvement](http://www.urd.org/Humanitaires-en-Mouvement)

Si vous souhaitez proposer des articles :  
contacter Jeanne Taisson  
[jtaisson@urd.org](mailto:jtaisson@urd.org)

*La revue « Humanitaires en mouvement » est réalisée avec le soutien de :*



Directeur de la publication : François Grünewald  
Comité éditorial : François Grünewald, Véronique de Geoffroy, Jeanne Taisson  
Secrétariat de rédaction : Jeanne Taisson

Imprimerie : Transcopy (Courthezon)  
Maquette : Concept image

ISSN : 2261-7124  
Dépôt légal : septembre 2012