

**LE PROJET QUALITE DANS LA
REGION DU GOLFE DE GUINEE
MISSIONS EN GUINEE ET EN SIERRA
LEONE**

24/11 - 21/ 12/ 2003

RAPPORT DE MISSION

François Grünewald, Ingénieur Agronome

Georges Jay, Ingénieur Agronome

Christine Bousquet, Spécialiste en Santé Publique

Anne Lise Haffner, Spécialiste Qualité

Dr Hugues Maury, Spécialiste Qualité

GROUPE URD

La Fontaine des Marins

26170 Plaisians

SOMMAIRE DU RAPPORT

SOMMAIRE DU RAPPORT

REMARQUE PRELIMINAIRE ET REMERCIEMENTS

Liste des acronymes

RESUME EXECUTIF

I. GENERALITES SUR LA MISSION

II. CONSTATATIONS

III. PRINCIPALES CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

III.1. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

III.2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

III.3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION POUR LES BAILLEURS

INTRODUCTION

1. PRESENTATION DE LA MISSION

1.1. CADRE

1.2. METHODE

2. CONTEXTE DE LA SOUS-REGION

2.1. LE CONTEXTE REGIONAL

2.1.1. La Guinée

2.1.2. La Sierra Leone

2.1.3. Conclusion sous-régionale

2.2. UN CONTEXTE SOCIOCULTUREL PATRIARCAL A SOCIETES SECRETES

AXES TRANSVERSAUX

3. COORDINATION

3.1. COORDINATION EN GUINEE

3.2. COORDINATION EN SIERRA LEONE

4. CONSULTATION ET PARTICIPATION

4.1. SITUATION EN GUINEE

4.2. SITUATION EN SIERRA LEONE

5. RAPPORTS DE GENRE

5.1. LES RAPPORTS DE GENRE DANS LES CAMPS EN GUINEE

5.2. LES RAPPORTS DE GENRE EN SIERRA LEONE

6. PROTECTION DES POPULATIONS, SECURITE DES HUMANITAIRES

6.1. LES QUESTIONS DE PROTECTION DANS LES CAMPS DE REFUGIES EN GUINEE

6.2. LES QUESTIONS DE PROTECTION EN SIERRA LEONE

7. LE LIEN ENTRE URGENCE, REHABILITATION ET DEVELOPPEMENT (LRRD)

7.1. LRRD EN GUINEE

7.2. LRRD EN SIERRA LEONE

8. LA PROBLEMATIQUE CIVILO-MILITAIRE

AXES SECTORIELS

GUINEE

AGRICULTURE ET SECURITE ALIMENTAIRE

9. CONTEXTE SPECIFIQUE DU SECTEUR ET STRATEGIES DES POPULATIONS

10. APPRECIATION DES INTERVENTIONS DANS la « SECURITE ALIMENTAIRE »

10.1. IMPACT

10.2. EFFICACITE

10.3. EFFICIENCE

10.4. DURABILITE

11. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES SUR LE CYCLE DE PROJET

11.1. PHASE DE DIAGNOSTIC

11.2. PHASE DE CONCEPTION

11.3. PHASE DE MISE EN OEUVRE

11.3.1. Les moyens financiers.

11.3.2. Les moyens humains

11.3.3. La phase de suivi-adaptation des programmes d'assistance

11.3.4. L'évaluation

12. CONCLUSION

LE SECTEUR DE LA SANTE

13. La dynamique de l'assistance

13.1. ORGANISATION

14. PRINCIPAUX CONSTATS LE LONG DU CYCLE DE PROJET

14.1. DIAGNOSTIC INITIAL

14.1.1. Dans les camps :

14.1.2. A l'échelon des hôpitaux de référence :

14.1.3. Hors des camps :

14.2. PHASE DE CONCEPTION

14.2.1. Dans les camps :

14.2.2. A l'échelon des hôpitaux de référence :

14.2.3. Hors des camps :

14.3. MISE EN OEUVRE

14.3.1 Suivi-adaptation des programmes et évaluation

15. CONCLUSION

AXES SECTORIELS

SIERRA LEONE

SECTEUR DE L'AGRICULTURE ET DE LA SECURITE ALIMENTAIRE

16. CONTEXTE DES INTERVENTIONS

17. OBSERVATIONS FAITES AU COURS DE LA MISSION

17.1. LA PHASE DE DIAGNOSTIC : COMPRENDRE LA DIVERSITE

17.2. PHASE DE CONCEPTION

17.2.1. Comprendre les capacités

17.2.2. Travailler sur des niches : Sierra Leone des villes, Sierra Leone des champs

17.3.1. Des difficultés logistiques considérables

17.3.2. Gestion des compétences : la nécessaire évolution des profils des équipes

SECTEUR DE L'HABITAT, DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

18. SITUATION DANS CES SECTEURS

18.1. LE SECTEUR DE L'HABITAT

18.2. LE SECTEUR DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

19.1. LE SECTEUR DE L'HABITAT

19.2. LE SECTEUR DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

LE SECTEUR DE LA SANTE ET DE LA NUTRITION

20. LE CONTEXTE SANITAIRE

20.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

20.2. LE SYSTEME DE SANTE

20.2.1 Organisation du système de soins public

20.2.2. Système traditionnel, système privé et auto-médication

20.2.3 L'offre de soins des ONG

21. PRINCIPAUX CONSTATS LE LONG DU CYCLE DE PROJET

21.1. PHASE DE DIAGNOSTIC

21.2. CONCEPTION DE L'ACTION

21.2.1 Contingente de l'action politique et du contexte économique

21.2.2 Des stratégies de sortie douloureuses

21.2.3 Repenser les stratégies de sortie

21.3. MISE EN ŒUVRE

21.3.1. Les pratiques occultes

21.3.2 Une demande supérieure à l'offre

21.3.3 Un impact limité dans le traitement curatif du paludisme

21.3.4 Suivi-adaptation des programmes et évaluation

CONCLUSION

22. DYNAMIQUE DE DEPLACEMENT DES POPULATIONS

22.1. DES CAMPS « 5 ETOILES » : LIEUX DE VIE OU FACTEURS D'ATTRACTION

22.2. DES LENDEMAINS INCERTAINS POUR TOUS

23. LES ENJEUX DU LIEN URGENCE-REHABILITATION-DEVELOPPEMENT

24. AMELIORER LES PRATIQUES face a l'ETHIQUE : LA QUALITE EN CHEMIN

25. LES GRANDES INTERROGATIONS SUR L'AVENIR

ANNEXES

ANNEXE N°1 : TERMES DE REFERENCE

MISSION DU PROJET QUALITE EN GUINEE

MISSION DU PROJET QUALITE EN SIERRA LEONE

ANNEXE N° 2 : ITINERAIRE MISSION, PERSONNES RENCONTREES

PARTIE GUINEE

PARTIE SIERRA LEONE

REMARQUE PRELIMINAIRE ET REMERCIEMENTS

Ce document n'est pas un rapport d'évaluation classique. Ce n'est ni une évaluation commissionnée par un bailleur, ni une auto-évaluation. C'est le résultat mis en forme de rapport, d'un exercice d'extraction des leçons de terrain, afin de les injecter dans la mémoire institutionnelle collective du secteur humanitaire. Elles pourront alors être partagées, discutées, utilisées.

Ce rapport de mission est aussi le résultat d'un exercice de collecte d'informations, destiné principalement à nourrir la mémoire de notre équipe de recherche, et donc le matériau constitutif de l'outil qualité en cours de construction au sein du Projet Qualité

Pour des raisons organisationnelles et financières, cette double mission en Guinée et en Sierra Léone s'est déroulée sous des fortes contraintes de temps. La collection d'informations, sans être réellement exhaustive, n'en est pas moins très riche.

Nous voulons remercier ici toutes celles et ceux qui ont reçu les équipes du Groupe URD / Projet Qualité et ont bien voulu répondre aux questions, accompagner sur le terrain, partager des documents parfois sensibles.

Nous remercions aussi le Bureau Européen d'Assistance Humanitaire (ECHO) et la Mission de Coopération Non Gouvernementale (MCNG) du Ministère Français des Affaires Etrangères, qui ont soutenu financièrement cette initiative.

LISTE DES ACRONYMES

ACF-E Action Contre la Faim – Espagne

ACF-F Action Contre la Faim - France

ACT Action by Churches Together

ARC American Refugee Committee

BCR Bureau de Coordination des Réfugiés

CICR Comité de la Croix Rouge Internationale

CVT Centre for Victims of Torture

CR Croix Rouge

DDR Désarmement-Démobilisation-Réintégration

DFID Département pour le Développement International britannique

DPS Direction Préfectorale de la Santé

DRS Direction Régionale de la Santé

ECHO Bureau Européen d'Assistance Humanitaire

ERD Enfants Réfugiés du Monde

FAO Food and agriculture organisation

FIRC Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge

FLM Fédération Luthérienne Mondiale

GBV Gender Based Violence

HCR Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

HSSP Health Sector Support Project

IST Infections Sexuellement Transmissibles

IRC International Rescue Committee

LRRD Linking Relief, Rehabilitation and development

MINISANTE Ministère de la Santé

MSF-S Médecins Sans Frontières – Suisse

NACSA National Commission for Social Action

OCPH Organisation Catholique pour la Promotion Humaine

ODIC Organisation pour le Développement Communautaire Intégré de la Guinée

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONG Organisation Non Gouvernementale

OXFAM Oxford Famine

PAM Programme d'Aide Alimentaire

SCF-USA Save the Children

SIDA Syndrome d'Immunodéficience Acquise

UNICEF United Nations International Children's Fund

RESUME EXECUTIF

I. GENERALITES SUR LA MISSION

Cette mission réunissant des spécialistes de diverses disciplines fait partie d'un processus complexe, le Projet Qualité, qui cherche à contribuer à l'amélioration des pratiques des acteurs humanitaires par :

- l'extraction, le partage et la diffusion des leçons tirées à partir de l'observation évaluative des programmes;
- la mise au point d'un Outil Qualité destiné à la fois au pilotage (assurance qualité) et à l'évaluation (contrôle qualité) des programmes.

Elle complète une série de missions étalées entre 1998 et 2003 en Amérique Centrale et en Afghanistan.

II. CONSTATATIONS

Les constatations présentées ci-dessous proviennent d'un regard croisé entre populations des zones affectées et l'équipe des observateurs :

| Point de vue | Point positifs formulés | Points négatifs exprimés |
|-------------------------------|---|--|
| bénéficiaires réfugiés | <ul style="list-style-type: none"> • accès à l'eau potable traitée et bénéficiant de prélèvements bactériologiques réguliers • accès à des soins de qualité • actions relatives à l'éducation et à l'alphabétisation • bonne collaboration entre organisations et comité des réfugiés • l'information circule bien • sécurité dans les camps • identification des vulnérables à chaque arrivée de réfugiés • mise en place de latrines familiales (sauf dans les camps de transit) • régularité de la distribution alimentaire • aménagement des bas-fonds (sauf camps de transit) • mise en place des AGR (sauf camps de transit) | <ul style="list-style-type: none"> • la nourriture n'est pas adaptée aux habitudes alimentaires (manque de riz et de condiments) • les conditions de logement dans les camps de transit qui durent (ex à Nonah : 50 personnes par tente, manque d'intimité, les tentes prennent la pluie...) • le manque de liquidité, ce qui oblige les réfugiés à vendre une partie de leur ration alimentaire • pas de prise en compte de la crainte du retour chez les réfugiés • les modalités du rapatriement (« On nous dit : vous n'êtes pas obligés de rentrer si vous ne le souhaitez pas mais l'assistance va s'arrêter, ce qui fait qu'on se sent finalement obligé ») • sensation d'incompréhension, d'abandon et d'avenir impossible • la mise en place des AGR sans formation préalable a parfois généré un endettement chez certains réfugiés bénéficiaires |
| populations guinéennes | <ul style="list-style-type: none"> • bonnes relations avec certaines organisations qui interviennent aussi dans les villages • accès routier • forages et puits améliorés • accès aux soins de santé dans les camps • mise en place de latrines • reboisement (plantation de palmiers, tecks) • apports de vivres en 2002 (haricots, maïs, huile) | <ul style="list-style-type: none"> • problèmes relationnels générés par les négociations pour les parcelles de terre • déforestation importante initiée par les réfugiés pour la carbonisation • augmentation du prix des denrées, en particulier du riz • assistance « tape à l'œil » au niveau des villages (« l'aide est anecdotique ici ») • reboisement trop faible par rapport à la déforestation massive |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'AGR • possible réutilisation des constructions dans les camps par les villageois après le départ des réfugiés | <ul style="list-style-type: none"> • pas d'étude de faisabilité avant l'installation des camps (simple étude de débroussaillage pour l'installation des îlots) • indemnisation promise pour la cession des parcelles de terre pas toujours délivrée • l'augmentation de la superficie d'un camp n'a plus fait l'objet de négociations ce qui a entraîné un mécontentement vif chez les villageois |
| populations sierra leonaises | <p>- importance de la présence des humanitaires pendant les années difficiles et encore actuellement (retours, accueil des réfugiés libériens);</p> <p>- mise en œuvre de programmes créatifs dans la santé mentale et l'éducation</p> | <ul style="list-style-type: none"> • aide limitée du HCR pour les retours • absence de programme « habitat » • faiblesse de la connaissance des contextes au niveau micro ; • difficultés claires autour de la prise en charge des coûts de santé |

III. PRINCIPALES CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Elles se subdivisent en :

- conclusions et recommandations stratégiques;
- conclusions et recommandations opérationnelles pour les ONG et agences d'assistance;
- conclusions et recommandations pour les bailleurs.

III.1. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS STRATEGIQUES

La sécurité dans les camps et dans les zones de retour fait l'objet d'une attention particulière et semble être qualifiée de stable par les acteurs de terrain. La mise en place d'un accompagnement psychologique et des groupes de parole, et de projets en faveur des anciens « acteurs de la violence » participent à cette stabilité. Mais il est clair que la vigilance doit rester permanente, car les causes et catalyseurs de la crise sont encore tous présents.

Il semblerait qu'il y ait un lien de cause à effet entre réactivité et anticipation car les organisations les plus réactives en termes de déploiement de matériels et d'effectifs anticipent le moins. Comme si la capacité à être réactif excluait la nécessité d'anticiper : il semble que les organismes humanitaires se confortent dans leur réactivité mais se mobilisent peu pour une réflexion d'anticipation sur un contexte en évolution. En terme de gestion d'entreprise (et les organisations humanitaires fonctionnent d'une certaine manière comme des entreprises), on peut effectivement privilégier les procédures de réactivité sans s'intéresser aux processus d'anticipation... mais les effets ne sont pas les mêmes.

Les effets d'attraction (*pull factor*) et de repoussoir (*push factor*) de l'aide démontre les enjeux parfois politiques et les ambiguïtés de toute action en faveur des réfugiés. Les difficultés rencontrées pour ne pas voir les programmes humanitaires être instrumentalisés pour des fins autres demeurent très prégnantes..

La relation « urgence-réhabilitation-développement » reste une difficulté méthodologique et opérationnelle majeure ; Les compétences requises pour passer de l'urgence à la réhabilitation semblent être questionnées par les acteurs eux-mêmes. En effet, pour l'urgence, on se situe

dans l'immédiateté et le « faire », avec des capacités et des savoir-faire mobilisables de suite. La réhabilitation, quant à elle, demande à ce que d'autres aspects soient pris en compte. Le temps, l'implication des autorités locales, des acteurs locaux et des bénéficiaires, l'apprentissage..., sont autant de facteurs fondamentaux de relais vers une réelle auto-prise en charge.

III.2. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

La réactivité des organisations est un aspect positif caractéristique des acteurs de l'urgence, qui se traduit par l'efficacité d'une aide en terme de rapidité d'intervention, de distribution alimentaire, d'hébergement et d'accès aux soins pour les réfugiés. Certaines organisations revendiquent un « *haut niveau de prise en charge* » avec un déploiement de matériels et d'effectifs humains important (jusqu'à 11 expatriés sur une base visitée), ce qui n'est pas sans conséquence en terme d'efficience. L'enjeu d'un « engagement constructif » avec les ressources et capacités locales prend ici tout son sens.

Le turn-over élevé des expatriés sur le terrain (chef de base, chef de mission...) n'est pas sans poser des problèmes tant au niveau de l'organisation que de la gestion des projets : instabilité de la gestion, incertitude sur l'avenir à court terme des projets, accentuée par ces changements ; difficultés pour les nouveaux arrivants à se montrer anticipatifs, adaptabilité sans cesse sollicitée tant au niveau des expatriés que du staff local ; interruption régulière de la dynamique d'une équipe générant parfois de la démotivation

Beaucoup de responsables ont cité l'évaluation comme un point faible majeur. Le processus de suivi- adaptation de l'assistance est effectué régulièrement mais des évaluations plus approfondies sur l'évolution du contexte, les effets de l'aide et les attentes, ne sont pas effectuées faute de temps et de moyens. Là aussi, on reste dans une approche normative orientée essentiellement vers la mesure de l'efficacité de court terme, dont le but unique est de rendre compte. Un effort considérable reste encore à faire pour faire émerger une réelle « culture de l'évaluation ».

III.3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATION POUR LES BAILLEURS

Beaucoup d'organisations souhaitent mettre en place ou consolider des modalités de capitalisation des expériences, et certaines d'entre elles produisent des *guide lines* à l'issue de cette capitalisation afin d'optimiser les pratiques au sein de leur organisation. Cependant, un manque de temps et de moyens est souvent évoqué comme pénalisant cette démarche. Ce thème pourrait recevoir une attention particulière des bailleurs.

La mise en place des actions de réhabilitation nécessite des budgets supplémentaires devant se mobiliser rapidement : les « *gaps* » de financement des actions entre les phases d'urgence et celles de réhabilitation et de développement sont souvent des causes de perte en charge, de démobilisation et de limitation des impacts. Les bailleurs commencent à prendre conscience de cette situation et la Sierra Leone semble être un « pays test » pour de nombreuses initiatives créatives pour renforcer et accélérer la mise en place de ces « budgets pour le Lien entre Urgence, Réhabilitation et Développement ». On citera notamment le projet LRRD de la Commission Européenne, le Fond de Solidarité Prioritaire de la Coopération Française, les Budgets spéciaux du DFID, l'implication des grandes banques multilatérales dans le NaCSA. Un travail de suivi et de capitalisation sur ces nouvelles dynamiques pourrait être lancé.

INTRODUCTION

1. PRESENTATION DE LA MISSION

1.1. CADRE

Cette mission a été réalisée dans le cadre du Projet Qualité. Elle prend place à côté de toute une série de missions en Amérique Centrale et en Afghanistan, qu'elle complète avec une mission dans un contexte africain, la sous-région du Golfe de Guinée et plus particulièrement la Guinée et la Sierra Leone. Pour en savoir plus sur les missions précédentes, le lecteur est invité à se rendre sur le site web du Groupe URD (www.urd.org). Il ne s'agit pas d'une mission d'évaluation classique. Elle n'est pas commissionnée par un bailleur de fonds, même si ces derniers, comme l'ensemble des « parties prenantes concernées », recevront copie du rapport. Cette mission avait pour objectif « d'extraire le maximum de leçons » afin :

- d'alimenter la mémoire collective des acteurs humanitaires ; et
- d'approvisionner les travaux de l'équipe du Groupe URD engagée dans l'élaboration d'un « Outil Qualité ».

Elle prend pour cadre :

- une Guinée touchée par une dégradation des conditions économiques, une période d'instabilité électorale et enfin la déstabilisation liée aux crises régionales voisines (Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire) ;
- une Sierra Leone qui semble sortir de dix ans de conflit dramatique, tente de faire se réinstaller ses enfants déracinés, et de chercher sa route vers une paix durable.

1.2. METHODE

La méthode mise en œuvre dans les deux pays est la méthode classique du Groupe URD :

- lire et étudier sur dossier (y compris avec un séminaire d'équipe préalable pour revoir ensemble les Termes de Référence et la bibliographie disponible) ;
- voir le maximum de situations pour scanner la réalité, à partir de typologies spécifiques qui furent établies pour chacun des pays concernés ;

| Typologie établie pour la Guinée | Typologie pour la Sierra Leone |
|---|--|
| Age des camps : anciens et nouveaux, stabilisés et en évolution. | Zone touchée par la crise mais avec peu de départ vers la Guinée (Makeni) |
| Origine des réfugiés (Ivoiriens, Libériens et Sierra Léonais). | Zone touchée par la crise et affectée par de nombreux départs (et maintenant retours) de la Guinée (Koidu, Kailahun) |
| Devenir à court terme des réfugiés (retour prévu pour certains). | |
| Environnement différent: zones de N'Zérékoré et Kissidougou | |

- entendre ce qu'ont à dire une grande diversité de « parties prenantes » (personnels nationaux et internationaux des agences humanitaires -onusiennes et associatives-, populations affectées, bailleurs (bilatéraux et multilatéraux).

L'approche fut dans les deux contextes pluridisciplinaire et multi-sectorielle. Furent analysés un certain nombre d'axes techniques (agriculture et sécurité alimentaire, habitat et eau, santé et nutrition), que l'on a croisés avec des axes transversaux (coordination, participation, questions de genre, protection, sécurité, etc.) sous l'œil exigeant de spécialistes «qualiticiens ». Les détails sur la méthode et l'itinéraire peuvent être trouvés dans les annexes 1 et 2 (Termes de Références et Itinéraires pour chacun des pays visités).

2. CONTEXTE DE LA SOUS-REGION

2.1. LE CONTEXTE REGIONAL

La sous-région est à la fois à cheval sur les zones francophones et anglophones de l'Afrique de l'Ouest et sur un continuum climatique allant des climats soudaniens aux climats tropicaux humides. Elle consiste en

- côté francophone : la Guinée et la Côte d'Ivoire ;
- côté anglophone : la Sierra Leone et le Libéria.

2.1.1. La Guinée

La Guinée, ancienne colonie française, a vu le cours de son histoire s'échapper des dynamiques post-coloniales classiques par la prise de pouvoir du Président Sékou Touré. Le régime qui s'en suivit à la fois redonna une grande dignité à ce pays d'Afrique, mais contribua à la couler économiquement et humainement. La trentaine d'années de pouvoir du Président actuel conduisit à une dégradation lente et continue des conditions économiques et des critères de développement humain du pays. Les difficultés d'instauration d'une vraie vie démocratique continuent d'être nombreuses : arrestations et emprisonnements d'opposants, élections vidées de leur sens, etc. sur un fond de corruption importante.

La Guinée Forestière est, depuis plus de 10 ans, le théâtre d'une situation humanitaire particulièrement délicate et précaire. En effet, cette région septentrionale de la Guinée, de par sa situation géographique particulière, subit les conséquences des troubles des pays voisins: la dégradation de la situation humanitaire dans la Sierra Leone et le Libéria voisin entraîne à partir de 1991-92 des flux de population, souvent d'ethnies voisines. Plusieurs vagues d'affluence de réfugiés ont ainsi été enregistrées ces dix dernières années avec des allers et venues en fonction des relatives périodes de stabilité prévalant dans les pays voisins. Au plus haut de la crise, la population réfugiée dans toute la Guinée a dépassé le demi-million. Les Guinéens (villageois et autorités) font preuve d'une hospitalité exemplaire. Une multitude de camps de réfugiés s'édifie le long de la frontière, notamment dans la région dite « de la languette », souvent à proximité de villages avec lesquels les réfugiés négocient accès aux ressources naturelles et aux parcelles cultivables. Si cet accueil offert par la Guinée est remarquable, l'impact de la présence des réfugiés sur l'environnement est désastreux. La déforestation s'accélère dans une zone fragile écologiquement et les tensions créées par ces pressions sur le foncier et les ressources naturelles et économiques entraînent une certaine dégradation des relations entre réfugiés et populations locales. Les incursions du RUF à travers la frontière, qui culminent en 2000 avec l'offensive sur Guékédou, petite bourgade

frontalière et principal marché de la zone, ont maintenu dans la zone une instabilité latente. Des milliers de guinéens se trouvent ainsi déplacés à l'intérieur de leur propre pays par le conflit en Sierra Leone, tandis que les camps de réfugiés sont ré-installés vers l'intérieur de la région de Guinée Forestière (notamment dans la région de Kissidougou).

Actuellement, la population réfugiée n'est plus que de 107.517 personnes dans les différents camps de la Guinée forestière, et la majorité (85.000) sont de nationalité libérienne. En effet, depuis octobre 2002, le HCR procède à des rapatriements volontaires des réfugiés sierra léonais vers leur pays d'origine. Les réfugiés d'origine ivoirienne ne représentent qu'une minorité (7.007). Au cours de la mission, nous avons noté, selon les agences, une certaine variation des chiffres de populations de réfugiés. Dans le cadre de ce rapport, nous nous référons aux données du PAM (novembre 2003).

Dans la région de N'Zérékoré, il y a à l'heure actuelle trois camps permanents et un centre de transit:

- Kola avec une population quasi exclusivement libérienne : 6.700 personnes.
- Lainé : 30.000 personnes issues de quatre différentes vagues de réfugiés libériens, pour un camp prévu au départ pour 6.500 personnes.
- Kouankan : 30.000 personnes dont une bonne partie devrait être re-localisée vers les camps d'Albadariah.
- Le camp de transit de Nonah avec une population de 7.000 personnes majoritairement ivoirienne. Les premiers y sont arrivés depuis plus d'un an.

De même, la région d'Albadariah près de Kissidougou accueille aussi trois camps permanents. Ces camps, ouverts en février – avril 2001, sont les suivants :

- Boréah : 7.700 personnes
- Kountaya : 16.000 personnes
- Télioro : 9.400 personnes

A l'ouverture des camps, la majorité des réfugiés était d'origine sierra léonaise mais avec la mise en place du plan de rapatriement des réfugiés vers la Sierra Leone, la proportion de libériens est devenue majoritaire

(18.000 sur 33.000). Les camps d'Albadariah ont compté jusqu'à plus de 60.000 personnes avant le début des opérations de rapatriement volontaire.

Ces populations réfugiées exercent une pression socio-économique et environnementale sur les régions d'accueil et plus particulièrement sur les périmètres de proximité des camps :

- On peut noter une dégradation substantielle du couvert végétal due à la collecte toujours croissante du bois de chauffe pour les besoins ménagers des familles de réfugiés, et à la mise en culture des coteaux, surtout au niveau des grands camps (20.000 habitants et plus) ;
- L'augmentation de la population exogène met à disposition des villageois une main d'œuvre bon marché pour augmenter les surfaces emblavées par les villageois. Par contre, le vandalisme de certains réfugiés par rapport aux cultures de rente (palmiers, kolatiers et caféiers) a fortement réduit le revenu des paysans ;

- Cet accroissement démographique et l'aide humanitaire qui s'en est suivie, entraînent une modification profonde des modalités d'échanges. L'offre et la demande croissent, mais la seconde plus que la première, ce qui induit une hausse généralisée des prix des produits de première nécessité sur les marchés locaux.

2.1.2. La Sierra Leone

La Sierra Leone a été créée par l'installation sur le continent africain d'anciens esclaves d'Amérique du Nord et des Caraïbes. Autour de la péninsule de Freetown et sur la bande côtière vers Port Locos, ces esclaves affranchis parlant un *pidging* anglo-africain, le Krios, ont construit une vie économique et politique marginalisant les populations de l'intérieur. Cette division de l'espace s'est trouvée renforcée par les statuts différents octroyés par le Royaume Uni : colonie réelle, avec une administration de la Couronne pour Freetown et la Péninsule, protectorat sous « administration indigène » pour le reste du pays. La réunion de ces deux entités en un pays ne précède l'accession à l'indépendance (1961) que de dix ans. Les racines de la crise qui opposera le gouvernement central de la capitale (l'élite Krio) et l'arrière pays traditionnel (où se développera le Front Révolutionnaire Unifié –RUF-) sont déjà en place.

Après avoir traversé la période classique de turbulence militaro-politique post-indépendance, le pays plonge dans une pseudo-stabilité caractérisée par un niveau de corruption et de prédation extrême sur les ressources de l'Etat. Les quinze années du régime de Siaka Steven et la demi-décennie de son successeur Joseph Momoh (tous du parti AP) correspondent à des années de dégradation économique progressive sous le double effet de la corruption de l'appareil de l'Etat, et de l'application des Plans d'Ajustement Structurels imposés par le FMI. Les gradients « villes-campagnes » et « zone côtière- arrière pays » s'accroissent.

Traditionnellement agricole, la Sierra Leone est un des berceaux de la primo-domestication du riz d'Afrique. Mais ce sont d'autres ressources qui ont attisé les appétits. La position géologique du pays sur des lignes de tectoniques anciennes et de vieilles sédimentations a induit la présence de richesses importantes dans le sous-sol. Des diamants, mais aussi des minerais à forte valeur pondérale : uranium, titane. La beauté des plages de la péninsule de Freetown était aussi une valeur sûre attirant un tourisme « de luxe ». Un certain nombre des canaux de financement d'une guerre civile se mettent ainsi en place.

Le facteur catalytique enfin, l'instabilité au Libéria. L'implication de la Sierra Leone au Libéria voisin à travers l'envoi d'un contingent sierra léonais sous le drapeau de l'ECOMOG se payera cher. Privé d'une victoire rapide dans son propre pays, le chef de guerre libérien Charles Taylor porte la guerre en Sierra Leone. Foday Sanko, ancien adjoint de Taylor, s'appuie sur le rejet du régime corrompu de la capitale par les jeunes urbains sans emploi et les ruraux des zones reculées.

Le RUF gagne du terrain sur toute la frange Nord du pays, perce ça et là, mais n'arrive pas à réellement mettre en œuvre un agenda politique convaincant. Ses pratiques de guerre, s'appuyant sur une perversion des pratiques initiatiques des sociétés secrètes traditionnelles, et une systématisation des enlèvements d'enfants (garçons pour en faire des enfants soldats, filles pour en faire des esclaves sexuelles) font régner la terreur. La gabegie et la corruption de l'armée gouvernementale empêchent celle-ci de marquer des points et entraînent, comme c'est devenu classique en Afrique, une alternance entre «révolutions des capitaines » et « épisodes démocratiques » tandis que les interventions militaires extérieures se succèdent et que les systèmes d'autodéfense se mettent en place. Le NPRC (National Provisory Ruling

Council) du capitaine Valentine Strasser cherchera à remettre de l'ordre, échouera, et sera renversé par le général Bio. La situation sécuritaire se dégrade rapidement dans les campagnes et le RUF gagne progressivement du terrain. Les seuls bénéficiaires de cette situation semblent être les compagnies de mercenaires sud-africains et britanniques (Sandline et Executive Outcome) qui mettent en place des processus de « nettoyage » autour des zones diamantifères et permettent qu'en continue l'exploitation. L'armée fait alliance avec les sociétés secrètes de chasseurs et leurs capacités de mobilisation : sont alors formées les milices Kamajors.

Les armes légères, qu'elles soient distribuées aux milices villageoises par le gouvernement ou importées du Liberia par le RUF, abondent, tandis qu'exactions, destructions de villages et enlèvements se multiplient. L'exploitation illégale des diamants fournira un trésor de guerre au RUF, et permettra des importations considérables d'armes légères, auxquelles font face les fusils traditionnels et les kalachnikovs distribués aux milices Kamajors. C'est une guerre des pauvres qui s'en prend d'abord aux populations civiles.

La situation alimentaire et nutritionnelle se dégrade du fait des limites sécuritaires qui rendent difficiles l'accès aux parcelles agricoles et, dans certaines régions, la vie dans les villages. De fait depuis 1992, c'est plus de 600.000 réfugiés sierra léonais qui ont dû fuir et trouver refuge dans les pays de la sous-région, et notamment la Guinée voisine, où la population, souvent composée d'ethnies voisines, fait preuve d'une hospitalité exemplaire.

A l'intérieur du pays, l'aide internationale tente de faire face autant que possible aux besoins dramatiques, mais ne représente que quelques gouttes d'eau dans un contexte dans lequel les enjeux sont d'abord des enjeux de protection des populations civiles contre les exactions et l'instrumentalisation par les combattants. Les volontaires de l'aide internationale sont plusieurs fois confrontés à des incidents graves de sécurité, qui contribuent à dégrader l'image du pays.

En mars 1996 des élections jugées « démocratiques » par les observateurs internationaux amènent à la présidence M. Ahmad Tejan Kabbah, un ancien haut fonctionnaire des Nations Unies et proche du sous-secrétaire général des Nations Unies en charge des opérations de maintien de la paix Kofi Anan, et créent un contexte favorable pour une première intervention internationale de la force ouest-africaine –essentiellement nigériane- ECOMOG, puis pour un accord de cessez-le-feu avec le RUF. Mais le cycle « coup d'Etat- alternance démocratique » reprend, sous une forme originale, celle de l'alliance entre un major de l'armée gouvernementale avec le chef de la rébellion contre le gouvernement légitime. Pour la première fois, la guerre atteint la capitale Freetown, épargnée jusque-là, tandis que le conflit reprend de plus belle dans les campagnes. Pour la première fois, l'aide internationale évacue le pays tandis que de nouvelles vagues de réfugiés gagnent les pays voisins. Ce n'est que grâce à une intervention très vigoureuse de l'ECOMOG en Janvier et février 1998 qu'est repoussée l'étrange coalition RUF/armée de la junte militaire, et que le Président Kabbah peut revenir à Freetown.

Malgré une nouvelle offensive de la rébellion sur la Capitale qui fit plus de 6000 victimes, le Président Kabbah reste au pouvoir, et Foday Sanko, après avoir un temps occupé la position de vice-président, est mis en prison en attente d'un jugement pour crimes de guerre. Le RUF commet alors une erreur stratégique grave en prenant en otage plus de 500 Casques Bleus. L'intervention musclée et efficace des SAS britanniques règle de façon décisive le problème, libère les Casques Bleus, et pave la voie pour une nouvelle phase dans laquelle la reddition

progressive du RUF, le désarmement et la réintégration des anciens combattants des deux camps, font écho au retour des réfugiés, au plan de reconstruction des infrastructures et relance des tentatives de réforme de la gouvernance du pays.

Un effort considérable est consenti par la communauté internationale, comportant une présence importante de Casques Bleus (plus de 17.500 hommes) et d'importants budgets humanitaires et de reconstruction. De nouvelles élections sont organisées en mai 2003 et M. Kabbah est réélu président de la Sierra Leone. Depuis 2002, des dizaines de milliers de Sierra Léonais reviennent de leur exil dans les camps en Guinée dans un double processus comprenant de nombreux retours spontanés et un rapatriement organisé sous l'égide du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies (HCR).

2.1.3. Conclusion sous-régionale

Trois faits majeurs marquent les derniers mois.

- La Guinée, où résident encore les derniers 15.000 réfugiés sierra léonais, se prépare à gérer la disparition de la ressource importante qu'a représenté la présence pendant dix ans d'une manne humanitaire internationale considérable. Pourtant, l'instabilité reste prégnante dans la sous-région. Avec la reprise des hostilités au Libéria et la crise ivoirienne, les flux de soldats, d'armes et de réfugiés continuent de traverser les frontières. Les armes légères continuent d'abonder dans la brousse malgré les programmes de désarmement et les « feux de brousse » peuvent très vite reprendre ;
- En Sierra Léone, la relative stabilité conduit à la poursuite des retours, à l'achèvement des programmes de démobilisation, de désarmement et de réhabilitation (DDR), et à la mise en place de complexes programmes de reconstruction de l'état. Dans le discours officiel des acteurs de la communauté internationale, de façon générale, la dynamique est jugée « positive » et les Casques Bleus ont commencé leur retrait du pays (en partie pour redéploiement au Libéria voisin), qui devrait être achevé en 2004. En Guinée, le HCR accélère la mise en place des programmes de rapatriement et voudrait pouvoir clore les camps de réfugiés sierra léonais en juin 2004.
- Néanmoins, en Sierra Léone, comme en Guinée, les questions de gouvernance demeurent prégnantes et les pratiques de corruption sont dénoncées quotidiennement dans la presse. Dans l'ancienne colonie britannique, l'écart « côte-intérieur » perdure malgré l'importance des programmes d'aide à la reconstruction mis en place dans les régions où s'est déroulé la majeure partie des destructions et où reviennent les réfugiés. Aussi, les réseaux de jeunes démobilisés et d'anciens combattants du RUF restent apparemment intacts et s'organisent en systèmes de solidarité face aux difficultés de la survie au quotidien.

De nombreux points d'interrogation demeurent donc en suspens.

2.2. UN CONTEXTE SOCIOCULTUREL PATRIARCAL A SOCIETES SECRETES

Trois grands faits socio-culturels marquent de façon très forte les sociétés de la Forêt (de la Guinée, mais surtout de la Sierra Léone) :

- les sociétés secrètes ;
- les relations de pouvoir à travers la gestion foncière ;
- les relations de genre.

Pour la majeure partie des ethnies sierra léonaises et guinéennes, et de façon générale pour toutes celles des pays de la forêt du Golfe de Guinée, les sociétés secrètes sont une partie importante de la réalité socio-culturelle, tant pour les hommes que pour les femmes. Elles jouent un rôle à trois niveaux, et ceci grâce à un double système comportant rites d'initiation, et devoirs/responsabilités de chacun face à sa société secrète spécifique. L'initiation classique marque le passage rituel de l'âge d'enfant à celui d'adulte, passant par la circoncision pour les hommes et l'excision pour les femmes. L'entrée dans des espaces de solidarité particulière, ceux des sociétés secrètes, passe par de nombreuses épreuves dans les « forêts sacrées », comporte souvent le test des scarifications (qui portent en germe l'acte de mutilation qui deviendra un mode de conduite des hostilités) et représente souvent un coût monétaire considérable. L'accession à des savoirs particuliers notamment ceux de la magie (n'oublions pas que beaucoup de rites vaudous trouvent leur origine dans la région), reste un phénomène plus limité, mais dont l'influence n'est pas du tout anodine.

Pendant longtemps, le processus de nomination des Chefs traditionnels (Guinée) et des Paramount Chiefs (Sierra Leone) prenait ses racines dans les sociétés secrètes. De fait, une partie de la guerre s'est trouvée conduite selon des modalités tirant beaucoup des rites et croyances liés aux sociétés secrètes, et c'est là que le RUF sierra léonais a trouvé toute une part de construction de sa légitimité. Mais l'Islam, la monétisation de l'économie, et l'éducation, durant la période « pré-conflit », puis les mouvements de populations induits par la guerre vers les pays voisins ou vers d'autres zones loin du terroir villageois et de la forêt sacrée, ont en partie réduit l'influence des sociétés secrètes. Dans les camps de réfugiés en Guinée, celles-ci se sont trouvées loin de leurs racines magiques au cœur de populations elles-mêmes « déracinées ». Lors du retour au pays, ou lors du retour dans la zone d'origine pour des déplacés internes, les tentatives de renouer avec cette modalité d'organisation sociale sont nombreuses. C'est en effet au sein des instances de ces sociétés secrètes que se négocient pardon et punition, accord pour les retours ou bannissement.

Il est important de comprendre la rigidité des rapports de pouvoir dans les sociétés de la sous-région et notamment en Sierra Léone : les Paramount Chiefs, élus jusqu'à leur mort, et les chefs de village, sont vus comme les réels propriétaires de la terre et en attribuent l'usage aux villageois, selon des systèmes d'attribution lignagère. Dans tout l'ancien Protectorat, nul ne songerait à cultiver une terre sans l'accord du Paramount Chief. Nul ne s'installerait dans un village sans cet accord. Les vieux du village jouent un rôle de conseil des anciens et contribuent à figer l'ordre ancien. L'exode, le déplacement, les brassages de population redistribuent de façon forte les cartes du pouvoir. Celui tente tant bien que mal de se ré-établir dans les camps, mais ceci est rendu d'autant plus difficile que ce sont les acteurs extérieurs, et notamment les ONG, qui détiennent les clés des allocations de ressources. De plus, les enjeux de la survie tant dans les camps de réfugiés ou de déplacés que dans les zones de retour tendent à éroder les vieux liens de pouvoir, qui ont dans la crise et l'adversité perdu leur rôle de redistribution.

Les femmes sont les grandes opprimées du système traditionnel, même si les liens forts tissés lors des rites d'initiation (excision) et l'entrée dans les sociétés secrètes féminines créent des solidarités très fortes. La tradition les réduit à n'être que peu de chose, ne leur donne aucun droit (ni droit à la terre, ni droit au divorce, ni droit à la propriété, etc.). Cette situation a sans nul doute facilité la pratique de l'esclavage sexuel mis en oeuvre par le RUF, et les violences sexuelles si présentes dans toute la sous-région. Les relations de genre sont évidemment très sensibles aux ouvertures permises par les déplacements, le contact avec les organisations étrangères, l'urbanisation : les nécessités économiques de survie font passer des économies purement agricoles dans lesquelles le pouvoir des hommes était dominant, à des économies de l'échange et de la transformation, dans lesquelles les femmes trouvent de fortes opportunités d'émancipation.

AXES TRANSVERSAUX

3. COORDINATION

3.1. COORDINATION EN GUINEE

Le paysage institutionnel est assez complexe, ce qui renforce le besoin de coordination.

| Type | Nom | Activités |
|--|---------------|---|
| <i>Les organisations internationales</i> | UNHCR | Le HCR est présent dans la région depuis le début des hostilités au Libéria puis en Sierra Leone, soit près de quinze ans. Deux sous bureaux sont en charge respectivement des régions de N'Zérékoré et de Kissidougou. |
| | PAM | Le PAM est chargé d'assurer la fourniture des rations alimentaires pour les réfugiés enregistrés dans chaque camp. C'est le HCR qui calcule le nombre de rations alimentaires à distribuer chaque mois en fonction des listes de personnes enregistrées par camp. Ces listes sont mises à jour périodiquement en fonction des arrivées et départs. En plus de ce volet distribution alimentaire, le PAM dirige un programme de développement de cantines scolaires d'urgence permettant d'inciter les élèves guinéens à rester à l'école l'après-midi dans les régions fortement touchées par les mouvements de population (Préfectures de N'Zérékoré, Lola et Yomou). Ce programme appuie la politique du Gouvernement guinéen en matière d'éducation : « Scolarité pour tous ». |
| | UNICEF | En dehors de ses programmes de développement au niveau des populations locales, l'Unicef est impliqué dans des programmes d'urgence comme la construction de latrines, de réservoirs d'eau et la distribution de savon dans les camps de réfugiés. Deux sous bureaux ont été ouverts, respectivement à N'Zérékoré et Kissidougou, permettant de faire un suivi adéquat des actions entreprises sur le terrain. L'Unicef distribue des kits scolaires dans les écoles primaires, toujours en vue de confirmer le plan stratégique gouvernemental : « Scolarité pour tous ». En Guinée forestière, 17.000 kits sanitaires de base pour les enfants ont été distribués dans les centres de santé. Des campagnes de vaccinations ont été organisées (rougeole et tétanos). |
| | OMS | L'OMS est également présente et se concentre sur les aspects sanitaires liés à l'urgence en collaboration étroite avec les autorités sanitaires locales. Les objectifs spécifiques de l'organisation sont de faciliter la coordination de la réponse du secteur santé à la crise humanitaire et d'améliorer la connaissance de la situation |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| | | épidémiologique dans les zones de crise de la région de N'Zérékoré. |
| | FAO | De septembre 2000 à mars 2001, la Guinée a connu des attaques meurtrières à ses frontières sud, ce qui a entraîné des mouvements de populations réfugiées et autochtones (plus de 1 million de personnes). Devant l'ampleur du problème, le gouvernement guinéen a demandé l'assistance de la FAO pour fournir des semences et du petit outillage agricole aux ménages ainsi rendus vulnérables. Le financement de la FAO s'est élevé à 358.000 \$US. Il a permis de fournir pour la campagne agricole 2002 des semences de riz, de maïs et maraichères et des outils pour 6.700 ménages. Cette opération était pertinente et a été très efficace pour les familles bénéficiaires. |
| Les organisations non gouvernementales | ACT | Promotion d'activités agricoles et génératrices de revenus |
| | GTZ | Distribution et constructions d'abris |
| | SCF-US ARC | Formation professionnelle |
| | MSF | Santé, promotion d'activités génératrices de revenus |
| | CVT | Santé |
| | ERM | Programmes psycho-sociaux |
| | ACF | Education et programmes psycho-sociaux |
| Les ONG nationales | ODIC | Actions d'eau et d'assainissement |
| | CRG | Santé avec appui de la FICR |

Dans les camps, le HCR joue un rôle central de coordination. Une réunion hebdomadaire permet aux différentes ONG de partager l'information et d'échanger sur les problèmes liés à la situation humanitaire. Dans ce sens, on ne peut que saluer le souci de transparence qui anime le HCR. Certains acteurs humanitaires s'interrogent toutefois sur l'approche dirigiste à l'encontre des partenaires opérateurs, qui laisse à ces derniers peu de marge de manœuvre et de décision, sauf pour les ONG fonctionnant sur fonds propres. La position du HCR semble s'inscrire dans la logique d'un espace soigneusement régulé, où il s'agit avant tout de garantir l'ordre et l'efficacité.

La coordination sectorielle est souvent ressentie comme utile, quoique consommatrice de temps. Les bureaux de l'OMS à N'Zérékoré et Kissidougou participent à la coordination des actions sanitaires. Une réunion mensuelle permet le renforcement de la surveillance épidémiologique grâce à la collecte, à l'analyse et à la dissémination des informations sanitaires aux différents partenaires que sont les autorités régionales, les agences des Nations

unies et les ONG. Sont également abordées les interventions menées dans le cadre du développement sanitaire de la préfecture.

Les ONG ont établi une relation avec les autorités sanitaires locales mais elle est difficile. La contribution des humanitaires est sollicitée de manière régulière pour des actions hors des camps, actions qui relèvent des attributions normales du Ministère de la Santé (par exemple campagnes de vaccination, logistique). Il s'est donc créé un état de dépendance où l'on attend des ONG qu'elles apportent les réponses aux dysfonctionnements du système de santé guinéen. Certains acteurs de l'aide voient dans cette attitude une absence de responsabilité partagée.

Au sein d'un même camp, il existe de vrais efforts de collaboration intersectorielle. En revanche, d'un camp à l'autre, les échanges de collaboration entre ONG médicales sont rares. Beaucoup travaillent de manière cloisonnée, protègent leur territoire et ont parfois des difficultés de communication, ce qui rend leurs interactions limitées. A l'évidence, il est plus facile de se coordonner lorsqu'on a des mandats complémentaires (eau/assainissement et santé) ou lorsqu'on entretient d'étroits liens culturels et linguistiques. Il est fréquent de retrouver dans un même camp des partenariats qui se déclinent en fonction d'affinités culturelles (ONG locales, ONG anglophones ou ONG francophones).

Le paysage du secteur sanitaire, réduit à une seule ONG par camp, empêche la duplication des activités curatives. Toutefois, au niveau des activités préventives, la formation des animateurs de santé et les campagnes de prévention et sensibilisation autour du VIH/SIDA sont parfois dispensées par plusieurs ONG dans un même camp. Cette duplication entraîne une qualité de formation hétérogène, chaque ONG utilisant ses propres méthodes.

3.2. COORDINATION EN SIERRA LEONE

La coordination semble bonne de façon générale, même si certains secteurs semblent mieux fonctionner que d'autres. L'expérience de coordination entre acteurs humanitaires en Sierra Leone est ancienne et a été rendue nécessaire pendant toute une période durant laquelle les problèmes de sécurité étaient extrêmement fréquents et dramatiques. La mise en place d'un « Code de Conduite » spécifique entre les ONG travaillant dans le pays est une preuve de cette dynamique très positive. Une autre preuve est la création d'un des premiers « HIC » (Humanitarian Information Centre) de l'histoire de l'Humanitaire. Ce HIC est très utile pour appuyer la coordination « passive » via la mise à disposition d'une masse très considérable d'informations. La création de l'Encyclopédie de la Sierra Leone et des cartes « qui fait quoi et où » est tout à fait remarquable.

Dans le domaine de la santé et de la nutrition, la coordination fonctionne, même si certaines ONG affichent une volonté de faire cavalier seul et de se démarquer des réunions sectorielles. A Kénéma, on a constaté d'importants efforts de collaboration entre opérateurs et chercheurs : dans le cadre d'un programme de recherche opérationnelle sur la prévention du paludisme, une institution de recherche en lien avec l'Université John Hopkins travaille en partenariat avec les ONG médicales dans plusieurs camps de réfugiés libériens.

La présence des autorités de district est parfois symbolique, mais dans l'ensemble on note des efforts, surtout pour répartir l'assistance dans une zone géographique. Au-delà de cette « redistribution » de la couverture sanitaire via « l'attribution » d'un territoire, les exemples

concrets de planification conjointe et de mise en commun des ressources à l'échelon de district sont encore trop rares.

Parmi les questions de coordination les plus cruciales repérées au cours de la mission, on trouve celle qui couvre les enjeux du passage entre urgence, réhabilitation et développement. Comment les acteurs de l'urgence, habitués à travailler « à côté de l'Etat », vont-ils articuler et coordonner leurs actions avec celles des services d'un Etat en reconstruction ? Comment vont-ils coordonner leurs actions avec les nouveaux acteurs qui commencent déjà à arriver (Banque Mondiale, aides bilatérales de développement).

Un point particulier soulevé lors de la mission est le rôle de la NaCSA (National Commission for Social Action). Cette structure, mise en place sous l'influence de la Banque Mondiale et largement financée par cette dernière, est une structure de l'Etat sierra léonais qui *de facto* court-circuite les ministères techniques, même si elle est supposée être constituée sur une base interministérielle. C'est la NaCSA qui reçoit la majeure partie des subventions de la Banque Mondiale, de la Banque Africaine de Développement, et même de quelques bailleurs bilatéraux dont la France. Dans les régions, la NaCSA est souvent bien équipée (ordinateurs, véhicules), installée (bâtiments refaits) et soutenue (salaires des personnels payés régulièrement), tandis que les services des ministères techniques provinciaux travaillent dans des conditions d'extrême précarité. Ceci risque d'entraîner des problèmes de coordination, tant entre les acteurs sierra léonais qu'avec les autres intervenants de l'aide.

4. CONSULTATION ET PARTICIPATION

4.1. SITUATION EN GUINEE

En Guinée, les pratiques participatives sont souvent bien implantées dans les réseaux d'acteurs de développement, liées à l'ancienneté d'actions de développement rural. L'apprentissage par les réfugiés de la participation démocratique selon des critères occidentaux est une autre facette des transformations qu'ils traversent.

Dans des camps ordinairement caractérisés par la passivité et l'ennui, le HCR et les ONG tentent de combattre le syndrome de la dépendance par rapport à l'aide en encourageant la responsabilisation communautaire. L'idée est donc d'impliquer davantage les réfugiés dans leur autogestion. Paradoxalement, ce sont les acteurs humanitaires qui choisissent, sans réelle concertation avec les réfugiés, l'organisation la plus appropriée du camp, la construction de leurs maisons en lignes droites plutôt qu'en cercles, leur alimentation ; en même temps ils souhaitent les voir participer à la vie du camp et aux décisions collectives.

Concrètement, la participation est le plus souvent effective à la phase opérationnelle des projets. Plusieurs mécanismes sont mis en place avec pour principal objectif de faciliter la mise en oeuvre des programmes. Un certain nombre de réfugiés sont enrôlés comme vigiles, enseignants, ou agents de mobilisation communautaire : une participation à la fois symbolique (elle donne un sentiment d'utilité et d'identité) et matérielle (elle apporte un revenu). Effet pervers : dans certains camps, les réfugiés ne veulent plus participer aux actions d'intérêt collectif sans incitation financière.

Une fois par an, chaque camp élit un comité de réfugiés qui est l'interface entre les réfugiés et les acteurs humanitaires. Ces représentants, élus « démocratiquement », sont censés assurer le lien entre la population du camp et les organisations humanitaires. Il s'agit une fois encore

d'un processus extrêmement organisé où toutes les informations remontent vers le *point focal* du HCR par un système de relais (coordinateurs et animateurs de zone) : l'information remonte à une équipe chargée de la traiter, qui la transmet ensuite au *point focal*, qui la communique à son tour à l'ONG pourvoyeuse de services. Le HCR et les opérateurs bénéficient donc en permanence d'éléments pour communiquer et agir. Ce flux d'informations est orienté essentiellement de la population vers le HCR et les ONG. Le partage d'informations dans l'autre direction semble plus limité.

Quant aux populations d'accueil, elles ont été rarement consultées dans le processus initial d'installation des camps. Aujourd'hui, elles sont inquiètes du retrait de l'aide : « *On nous a cajolés pour prendre nos terres mais maintenant on est dans l'incertitude. On a peur que la brousse reprenne la route* » *Habitant du village de Boreah.*

De façon générale, les méthodes utilisées sont plus des méthodes instrumentalisantes, qu'un accompagnement favorisant l'apprentissage. On peut dire que d'une manière générale, les organismes privilégient une méthode au service d'un résultat opérationnel rapide qui a certes souvent un impact immédiat positif sur les bénéficiaires (du moins si l'action a une ampleur suffisante, ce qui n'est pas le cas pour les villageois), mais sans tenir compte du fait que cette action s'inscrit dans un espace. Cette tendance est heureusement atténuée par les comportements souvent plus participatifs des animateurs, qui néanmoins manquent d'outils et de bagages techniques, mais sont demandeurs à ce niveau là.

La faible utilisation de méthodes participatives d'animation comme les outils MARP, les voyages de rencontre d'autres groupes de paysans, empêche la réflexion sur la mise en place d'actions conduisant à l'autonomie (en sécurité alimentaire : caisses pour l'entretien des ouvrages, formation à la gestion, banques de semences...). On note cependant une différence notable de méthode d'approche des bénéficiaires, entre les organismes qui se sont lancés depuis un certain temps dans des programmes de développement (agriculture, appui au secteur économique) et ceux qui n'ont pas encore d'expérience et ne bénéficient pas du savoir faire des premiers.

4.2. SITUATION EN SIERRA LEONE

Les approches participatives en Sierra Leone sont assez anciennes et datent de la période de paix des années 80. De nombreux responsables d'ONG y ont fait leurs « premières armes sur les méthodes participatives ». De fait la perception que se font les communautés locales des programmes actuels est à la fois :

- conditionnée par les ONG et le schéma intellectuel selon lequel celles-ci opèrent.
- fortement contrainte par le poids de la société traditionnelle.

Cela soulève à nouveau l'importance du diagnostic de situation, afin que cette étape débouche sur une meilleure compréhension de la façon dont les interventions extérieures (de santé, de nutrition, d'habitat, d'assainissement, etc.) s'articulent avec les pratiques traditionnelles.

Dans le secteur de la santé, le processus de consultation et participation durant le cycle de projet est essentiellement centré sur la participation financière individuelle des usagers. Cette approche a ses limites pour une population qui reste peu solvable, et il est évident qu'elle ne saurait à elle seule constituer une formule permettant de sortir le système de santé de l'ornière économique où il se trouve. Aujourd'hui, entre tarifications occultes par les praticiens

nationaux, et tarifications mises en place au gré des intervenants, la nécessité d'une contribution financière raisonnable, transparente et correctement articulée selon les différents échelons du système de soins, s'impose à la plupart des ONG. Selon ces dernières, cette tarification doit tenir compte de la capacité à payer, surtout pour l'hospitalisation qui, on l'a vu, est le plus souvent insoutenable financièrement pour les patients et leur famille.

Comprendre les logiques sous-tendant les rapports entre les usagers et le personnel de santé présente aussi un intérêt pour les acteurs humanitaires dans un contexte où la crédibilité des pouvoirs publics est faible, et où il y a lieu de renforcer la capacité d'organisation et de gestion des communautés.

Dans d'autres secteurs, notamment tous ceux demandant la mobilisation des communautés sur des actions de construction (route, puits, etc.), la participation demeure souvent liée aux phases de réalisation : fourniture de main d'œuvre, de matériaux de construction, etc. Cette situation est largement le fait de l'arrivée des nombreuses ONG d'urgence dès 1992, puis de la nouvelle vague dans les années 2001-2002, alors que les anciennes ONG de développement ont quitté le pays depuis longtemps. On aperçoit néanmoins actuellement un renouveau d'intérêt pour les questions de participation, dans le cadre de la période « post crise » et des enjeux du passage à la réhabilitation et au développement.

5. RAPPORTS DE GENRE

5.1. LES RAPPORTS DE GENRE DANS LES CAMPS EN GUINEE

Dans le débat au sein des ONG, la prise en compte des rapports de genre est devenue une priorité pour ne pas dire un leitmotiv. Ce sujet a pris une acuité supplémentaire en 2002 à la suite des allégations portant sur les comportements des travailleurs humanitaires dans le but d'obtenir les faveurs sexuelles de femmes et de jeunes filles réfugiées. La réflexion sur la manière dont les relations de genre interviennent dans les camps de réfugiés en Guinée, part du constat que les hommes sont marqués par la violence et la politique, et que les femmes et les enfants sont les victimes par excellence du conflit. La question est donc devenue essentielle pour déterminer les niveaux de vulnérabilité.

Classées comme groupe vulnérable dans la terminologie internationale, les femmes seules sont particulièrement exposées aux violences en général et aux pressions sexuelles, avec des conséquences prévisibles en termes de grossesse ou d'infections sexuellement transmissibles (IST). L'organisation des camps tient compte du grand nombre de femmes chefs de famille et de leurs contraintes spécifiques.

Dans les services proposés aux femmes, il faut retenir l'accès aux méthodes de contraception et aux consultations gynécologiques, au centre nutritionnel et à la distribution des vivres, ainsi qu'aux activités psychosociales destinées à aider à surmonter les traumatismes physiques et psychologiques qu'elles ont subi. Les femmes qui s'adressent au centre de santé dans les trois jours qui suivent une agression sexuelle reçoivent une prophylaxie post-exposition qui réduit les risques de contracter le VIH, et un traitement pour d'autres IST. Une réflexion a également été menée avec les ONG pour élaborer des projets d'activités génératrices de revenus.

Par ailleurs, les organisations humanitaires se sont efforcées de promouvoir la prévention des agressions à l'encontre des femmes. Les innovations les plus marquantes en la matière ont été l'introduction des programmes de sensibilisation menés dans le cadre du *Gender Based*

Violence ou GBV. A l'intérieur des camps, on constate que les organisations humanitaires ne sont pas uniquement pourvoyeuses d'assistance mais aussi de changement social dans les rapports entre les deux sexes. A ce propos, il est intéressant de noter l'apprentissage du jargon technique des travailleurs humanitaires (*gender*, mobilisation avec la participation des femmes...).

Ces programmes en faveur des femmes contribuent à un remodelage des rapports de genre, favorisant l'affranchissement par rapport aux hiérarchies sociales préexistantes. Ainsi, dans l'optique de déléguer des pouvoirs aux femmes, le HCR et les agences humanitaires ont-ils souhaité les intégrer au sein des comités de réfugiés: cooptation réelle ou artificielle ? Au-delà du discours officiel et « langue de bois », il reste difficile de savoir comment sont perçus le traitement égalitaire de tous les réfugiés et le discours sur l'égalité des sexes.

5.2. LES RAPPORTS DE GENRE EN SIERRA LEONE

Plusieurs documents mettent l'accent sur le lien entre l'inégalité des sexes comme violence structurelle, et la violence plus spectaculaire de la guerre. Les rapports de pouvoir, inséparables du système patriarcal et gérontocratique en Sierra Leone, ont survécu aux années de conflit. Les problèmes auxquels sont confrontées les femmes n'ont donc pas commencé ni cessé avec la guerre, mais tous les témoignages recueillis s'accordent à dire que, pour beaucoup d'entre elles, la vie ne sera jamais plus pareille. Les programmes de *Gender Based Violence* (GBV) restent donc explicitement liés à la question du genre et des rapports entre les sexes, et à la notion de trajectoires sociales différentes pour les garçons et pour les filles.

Face à cette problématique, le débat est toujours sur les réponses qu'il est souhaitable d'apporter. Comme le notent quelques acteurs humanitaires, la multiplication de ces programmes, associée à un effet de mode et à un manque de consensus sur le contenu des actions à mener, leur enlève parfois de la crédibilité et soulève un certain scepticisme quant à leur impact. Le ciblage de femmes qui ont subi des violences sexuelles peut également aviver le stigmatisme social associé au viol et compromettre les stratégies de réintégration.

En dépit de ces avis contrastés, signalons quelques actions à modeste échelle mais qui n'en demeurent pas moins synonyme d'espoir : *les Rainbo Centres* à l'est de Freetown et à Kénéma, conçus pour les victimes de violences sexuelles, offrent un examen médical avec traitement et un appui pour assurer leur protection ; un groupe constitué de professionnelles de la santé sierra léonaises est impliqué dans un programme de sensibilisation à la violence auprès d'institutions gouvernementales. Pour finir sur cette note positive, on peut espérer que certaines de ces initiatives amèneront des changements, même ténus, dans la condition des filles et des femmes en Sierra Leone et une nouvelle appréciation de leur rôle dans la société.

6. PROTECTION DES POPULATIONS, SECURITE DES HUMANITAIRES

6.1. LES QUESTIONS DE PROTECTION DANS LES CAMPS DE REFUGIES EN GUINEE

Le premier enjeu des interventions internationales vis-à-vis des réfugiés, est d'assurer leur protection sous la forme du respect de leur droit d'asile, du principe de non refoulement, et éventuellement dans la vérification du caractère volontaire du choix de solution durable (accueil dans un autre pays, intégration sur place, ou rapatriement dans le pays d'origine). Les deux référents légaux sont la Convention de Genève de 1951 sur le droit des réfugiés, et la

Convention de 1964 de l'OUA. Pour ce qui est des populations guinéennes, l'ensemble des textes des Droits de l'Homme est applicable.

Le HCR est chargé de négocier avec le Gouvernement le choix de l'emplacement des camps à construire, mais c'est le Gouvernement qui négocie avec les populations locales les surfaces nécessaires en fonction des besoins. La construction des infrastructures est, quant à elle, directement sous la responsabilité du HCR. En plus de la gestion courante des camps, le HCR est chargé, en lien avec le Bureau de Coordination des Réfugiés (son partenaire guinéen), de l'accueil et de l'enregistrement des réfugiés dès leur arrivée en Guinée. Un système de « carte d'identité » a été mis au point pour tenter de suivre les familles de réfugiés.

La politique du HCR, en ligne avec la Convention de l'OUA pour les réfugiés, est de promouvoir l'installation des camps à bonne distance des zones potentiellement touchées par les combats et les intrusions armées. L'expérience des années 1999-2000, durant laquelle la relocalisation des camps de la languette plus à l'intérieur du pays ont été un échec, les réfugiés retournant la nuit dans les camps dont ils avaient été déplacés la journée. Il fallut la crise de 2001 et la guerre dans Guékédou pour que le HCR puisse réinstaller de façon plus durable les camps autour de Kissidougou.

Les scandales du « *sex for food* » (personnel d'agences humanitaires négociant les faveurs de femmes et jeunes filles réfugiées contre de l'assistance) ont créé un sursaut salutaire et la communauté des agences onusiennes et ONG ont dû faire « une introspection » importante sur cette question de la protection.

6.2. LES QUESTIONS DE PROTECTION EN SIERRA LEONE

La Sierra Leone est un des pays dans lesquels les questions de protection des populations civiles ont pris les formes les plus difficiles à gérer, tant étaient nombreuses les atrocités, et tant les modalités mêmes de conduite des hostilités intégraient comme arme la pratique de la violence contre les civils et les formes les plus extrêmes des exactions. Ces pratiques ont été à plusieurs reprises tournées vers les acteurs humanitaires de façon tragique (meurtre d'une infirmière CICR en 1992, viols d'expatriées, assassinats de staff d'ONG, etc.). Les Libériens qui ont maintenant trouvé refuge en Sierra Leone viennent eux-mêmes d'un contexte de grande violence. C'est dire combien cette question est prégnante. Pendant la guerre, les violations du Droit Humanitaire International ont été fréquentes et dans certaines zones quasi-systématiques.

La paix depuis 2002 a fortement réduit les incidents, mais l'existence de la « diamant connexion » reste un facteur de volatilité. De même, les retours de réfugiés ou le passage d'anciens combattants du RUF démobilisés dans des villages où des atrocités ont été commises, semblent avoir régulièrement créé des situations d'extrême tension. Si l'exercice de la vengeance semble ne pas avoir été une pratique fréquente, les risques de dérapage demeurent.

Pour les camps de réfugiés libériens, il est assez étonnant de voir un déchargement relatif de responsabilité du HCR sur des ONG. Ainsi, il n'y a pas d'équivalent du BCR, mais pour chacun des camps, une ONG tête de file, qui devient nécessairement responsable en première ligne pour les questions de protection. Il apparaît que les efforts faits pour associer les villages entourant les camps, aux bénéfices apportés par l'action humanitaire dans la région, aient été payants. Les cas de confrontation brutale entre réfugiés et villageois semblent avoir été rares.

La violence sexuelle, traitée plus haut, continue d'être une préoccupation pour tous les acteurs humanitaires. Le scandale dénoncé par le rapport du HCR et de SCF-UK dans le courant du printemps 2002 est encore dans les esprits de tous...

7. LE LIEN ENTRE URGENCE, REHABILITATION ET DEVELOPPEMENT (LRRD)

7.1. LRRD EN GUINEE

Les camps, censés être des structures dont s'occupent des organismes humanitaires et non pas de développement, s'inscrivent dans une logique de la durée (incertaine certes, mais néanmoins), où une réflexion sur le développement est à envisager. Jusqu'à présent, les financements à court terme, l'incertitude de la durée, la rotation très élevée du personnel humanitaire et son manque d'expérience ont été des facteurs dissuasifs de changement, et ont rendu vaines toute mise en perspective ou réflexion de fond. Aujourd'hui, à l'heure du rapatriement et de la fermeture des camps de l'Albadariah, les ONG envisagent la passation des structures sanitaires aux autorités locales. De fait la localisation même des camps, très isolée, rend cette stratégie de sortie irréaliste. Même si le système de santé guinéen hérite des infrastructures des camps, la disponibilité et l'affectation de ressources humaines et financières sont loin d'être garanties. Une passation de ce type est-elle à même de faire le lien entre l'urgence des camps et le développement d'une région sanitaire ? On est tenté de répondre par la négative mais est-il souhaitable pour autant de s'engager dans une action à long terme ?

Avant l'arrivée des réfugiés, les habitants vivaient dans des régions délaissées par un pouvoir lointain, mais en partie autosuffisantes. Au cours des années d'assistance, les ONG ont paru en maintes occasions assurer partiellement les fonctions sociales d'un Etat défaillant, notamment dans le domaine de la santé. A N'Zérékoré, l'expérience a toutefois montré les limites d'un appui dominé par des pratiques substitutives. Dans ce cas, est-il acceptable de ne remplir qu'un mandat d'urgence et de quitter les lieux une fois les camps fermés ? De même faudra-t-il gérer à moyen et long terme la question de la régénération des ressources naturelles dégradées par les réfugiés. Ainsi, l'effet à long terme de la distribution de plants de palmiers aux villageois sera évident, car ceci correspond à une vraie demande sociale.

Ces questions de fond sur la gestion du lien-urgence-développement en Guinée forestière n'ont pas trouvé de réponse. Toutefois avec les nouvelles modalités de financement mises en place par ECHO dans le cadre du lien entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement ou *LRRD*, il est tentant de croire que les ONG saisiront l'opportunité d'une évaluation approfondie des besoins tout en tirant les leçons du passé.

7.2. LRRD EN SIERRA LEONE

La Sierra Leone se dirige-t-elle vers la paix ou vers une nouvelle phase de crise ? Au stade actuel, le scénario choisi par la communauté de l'aide est le premier. Les répercussions de ce choix sur les stratégies des programmes sont douloureuses et complexes. Aujourd'hui, alors que la situation semble se stabiliser et que plusieurs ONG évoquent la possibilité de se retirer, comment l'Etat va-t-il assurer le fonctionnement des hôpitaux de référence et garantir un niveau de prestations équivalent à celui des ONG mais avec des moyens financiers limités ?

Dans le domaine de la santé, de l'avis des humanitaires, le désengagement devrait mettre le Ministère de la Santé face à ses responsabilités. Le retrait des programmes médicaux concerne

certaines services hospitaliers et centres de santé. Conduit abruptement, il posera avec une acuité particulière le problème de la qualité des soins et de l'utilisation des services, surtout à l'échelon des hôpitaux de référence.

Les centres de santé déjà opérationnels, suffisamment dotés en équipement et personnel et approvisionnés en médicaments, paraissent mieux armés sur le court terme pour résister au choc du retrait de l'aide, mais leur devenir à moyen et long terme reste très dépendant de la capacité de financement.

Le renforcement des capacités du système de santé relève d'une responsabilité partagée : gouvernement, bailleurs, ONG et usagers. Les ONG pour leur part devront repenser leur stratégie d'intervention et leur politique de ressources humaines, et mettre à disposition une main d'œuvre expatriée avec un profil et un savoir-faire différents. Dans cette phase de reconstruction, il ne s'agit pas de « se former » sur le terrain mais bien d'apporter une valeur ajoutée capable d'appréhender les problématiques spécifiques de la post-urgence.

8. LA PROBLEMATIQUE CIVILO-MILITAIRE

Largement absente du contexte guinéen actuel, cette question ré-émerge en Sierra Leone. Avec une présence ayant atteint 17.500 militaires dans la Mission des Nations pour la Sierra Leone (UNAMSIL), on ne pouvait que s'attendre à une nouvelle situation complexe civilo-militaire. Si la majeure partie du temps de ces bataillons de Casques Bleus est bien allouée à des tâches militaires et de sécurité (patrouilles, etc.), on trouve aussi une multitude d'exemples d'actions qui sont normalement du mandat des ONG : dispensaires, écoles, terrains de jeu pour enfants, etc. Alors qu'une partie de la logistique militaire aurait pu être plus efficacement utilisée dans un secteur crucial pour tous et dans lequel les ONG ont peu de moyens, la remise en état des ponts et des routes, les Casques Bleus ont une fois encore « joué à l'ONG ».

Tant que tout va bien, cette situation n'a pas d'effet négatif. Et le retrait progressif des bataillons internationaux de la Sierra Leone indique que le scénario « choisi comme le plus probable » par les Nations Unies est celui de l'amélioration continue de la situation vers une paix durable. On espère que la réalité leur donnera raison, mais face aux risques toujours persistants de dérapages, même locaux, les ONG préféreraient que la division des tâches reflète plus la division des mandats...

AXES SECTORIELS

GUINEE

AGRICULTURE ET SECURITE ALIMENTAIRE

9. CONTEXTE SPECIFIQUE DU SECTEUR ET STRATEGIES DES POPULATIONS

Les réfugiés reçoivent de l'aide alimentaire du PAM. Cette ration correspond à un apport de blé concassé ou boulgour, d'huile, de maïs, de sucre, estimé à 2.150 Kcal/personne/jour. Mais pour diversifier leur ration et avoir de l'argent pour acheter d'autres biens (condiments,

vêtements, kérosène...), beaucoup d'entre eux ont développé des relations avec les populations locales : mise en cultures de champs après accord des villageois, contrats de travail journaliers avec ceux-ci. C'est dans ce cadre que des activités agricoles ont été développées tant pour les réfugiés que pour les populations de la zone.

La distribution alimentaire incombe aux ONG, qui évaluent également l'adéquation des aliments tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Bien que les distributions soient régulières, la quantité distribuée pour une période d'un mois est généralement terminée au bout de trois semaines.

Il semble que l'abondance instantanée créée par la distribution d'une ration mensuelle en rende difficile la gestion au niveau des familles. L'urgence des besoins financiers entraîne une vente de certaines denrées comme le boulgour, le maïs, et les petits pois, réduisant de fait l'apport nutritionnel réel de la ration. De plus, le boulgour est peu apprécié car il ne relève pas des habitudes alimentaires des réfugiés. Son prix de vente très bas sur les marchés locaux réduit encore sa « valeur d'échange ». Une intolérance sous forme de ballonnements et de troubles digestifs a également été signalée. Selon le personnel du PAM en charge de la nutrition, une cuisson et une préparation inadéquates seraient à l'origine de ces troubles.

On a aussi constaté l'échange de l'huile végétale contre l'huile rouge. La revente permet aux réfugiés de pallier les carences de revenus et d'acheter des compléments d'alimentation (viande, poisson, condiments), des habits, ou du savon. Cette stratégie d'autosubsistance est moins marquée dans les camps d'installation récente comme à Nonah et à Lainé, où l'aide alimentaire demeure encore la principale source de nourriture.

Pour les villageois, l'arrivée des réfugiés a entraîné, par l'exploitation brutale des palmiers entraînant leur mort, les coupes sauvages de caféiers et kolatiers, une détérioration du système agraire traditionnel basé sur l'agriculture vivrière, la cueillette et la plantation. Devant ce phénomène, la stratégie des villageois a été triple :

- location de terres à des réfugiés ;
- utilisation de la main d'œuvre réfugiée peu chère pour augmenter leurs domaines d'agriculture vivrière de colline (dégradation accrue du milieu)
- revendications de contreparties auprès des organisations humanitaires, spécialement sous forme de plants de palmiers et autres fruitiers.

Quelques programmes ont soutenu les activités agricoles des réfugiés, grâce notamment à une ligne budgétaire du HCR pour ce secteur spécifique. Ils ont joué trois rôles principaux :

- rôle de facilitation entre les villageois et les réfugiés pour les prêts et locations de terres,
- appui technique pour la mise en valeur des bas fonds,
- fourniture d'intrants (petit matériel agricole et semences). .

Beaucoup moins de moyens ont été disponibles pour des actions en faveur des villageois, notamment du fait de restrictions « mandataires » (les fonds du HCR doivent être dépensés à 80% pour les réfugiés et 20% pour les villageois). Ainsi par exemple, la réponse aux demandes des villageois, spécialement pour les plants de palmiers et autres arbres fruitiers, a été très limitée.

Les organisations humanitaires ont tenté de stimuler l'emploi non agricole à l'intérieur des camps, par divers types de chantier. Par contre, elles n'ont pas facilité l'accès des réfugiés au marché de l'emploi extérieur, et ceci pour différentes raisons, notamment les risques de compétition aggravée avec les travailleurs guinéens, eux-mêmes en situation de chômage chronique. Ainsi, pour les travaux de voirie d'accès aux camps, elles n'ont pas imposé aux entreprises choisies d'embaucher au moins en partie des réfugiés.

Certains programmes ont permis un petit décollage économique par la mise en place de systèmes de micro-finance destinés à soutenir la création d'AGR(activités génératrices de revenus).

10. APPRECIATION DES INTERVENTIONS DANS la « SECURITE ALIMENTAIRE »

Il semble important de s'arrêter sur quatre critères: l'efficacité, l'impact, l'efficience, et la durabilité. Ceux ci ont été choisis au regard des objectifs des acteurs humanitaires et des attentes des bénéficiaires.

10.1. IMPACT

La sécurité alimentaire à court terme semble atteinte dans les grandes lignes grâce à :

- l'aide alimentaire ;
- les activités agricoles ;
- la ponction par les réfugiés des ressources de l'écosystème ;
- les activités non-agricoles.

La situation nutritionnelle des réfugiés est restée satisfaisante en partie grâce à l'aide alimentaire distribuée par le PAM, mais également grâce au suivi nutritionnel des enfants de moins de cinq ans mis en place au sein des structures de santé. L'objectif de ces centres nutritionnels supplémentaires est de dépister les cas de malnutrition modérée, et d'apporter un complément d'alimentation aux femmes allaitantes et enceintes. Les bénéficiaires y reçoivent un complément alimentaire sous la forme de *Corn Soya Blend* (CSB), d'huile et de sucre.

De façon générale, l'impact hors les camps des programmes de sécurité alimentaire demeure marginal. Les résultats des ouvrages sur les bas fonds sont intéressants, puisqu'on observe souvent une augmentation des surfaces cultivées et parfois même des rendements. La qualité des aménagements n'est pas toujours bonne, il y a de fortes différences entre des organismes travaillant pourtant dans la même zone. Ceci est vrai aussi pour le suivi technique. La quantité réalisée est maximale et correspond aux budgets prévus. Il faut noter que ce résultat est dû non seulement à l'aménagement lui-même, mais aussi à la fourniture de semences et aux conseils techniques. Cependant dans ces villages, le bénéfice de ces actions ne compense pas, et de loin, les pertes occasionnées par les pratiques de collecte et parfois de pillage mises en place par les réfugiés pour leur survie. On peut dire que si une aide monétaire était directement apportée aux réfugiés, un certain nombre d'activités illicites et nuisibles comme la carbonisation seraient en diminution.

10.2. EFFICACITE

Les compétences requises pour passer de l'urgence à la réhabilitation semblent être questionnées par les acteurs eux-mêmes. En effet, pour l'urgence, on se situe dans l'immédiateté et le « faire », avec des capacités et des savoir-faire mobilisables de suite. La réhabilitation, quant à elle, demande à ce que d'autres aspects soient pris en compte. Le temps, l'implication des autorités locales, des acteurs locaux et des bénéficiaires, l'apprentissage, sont autant de facteurs fondamentaux de relais vers une efficacité réelle des programmes.

Les résultats des AGR sont eux aussi en demi-teinte. La sur-représentation des activités du petit commerce au sein des programmes d'AGR et les montants faibles des prêts y afférant (ventes de cigarettes, etc.) induisent une rotation rapide des capitaux prêtés, mais n'indiquent pas le niveau atteint par l'impact économique. L'efficacité est donc moyenne. Celle-ci pourrait grandement être augmenté par une analyse plus fine des besoins et des capacités d'absorption du milieu, mais il y a des besoins en compétences spécifiques qui manquent très largement aux ONG sur le terrain.

10.3. EFFICIENCE

La difficulté d'accès à certains camps, liée à leur distance par rapport au lieu d'hébergement des ONG, pose un problème en terme de déplacement. Ceci entraîne un certain nombre de désagréments, pouvant devenir rapidement des dysfonctionnements :

- consommation de temps (2h30 pour faire 50 km) ;
- fatigue des équipes (aller / retour quotidien) ;
- non optimisation de certaines activités (rencontres de coordination ou d'information avec les comités de réfugiés) à cause de ces déplacements difficiles.

Les routes ne sont pas toujours entretenues régulièrement et la saison des pluies accentue considérablement la problématique. D'autre part, un problème d'insécurité sur les routes a été soulevé à plusieurs reprises lors des entretiens. Les véhicules peuvent se faire arrêter pour des contrôles qui se soldent souvent par une demande d'argent.

« Il y a un vrai problème d'insécurité sur les routes pour aller aux camps. Nous faisons un briefing tous les matins avec l'équipe avant son départ à ce sujet, et elle a l'ordre de ne pas s'arrêter en cours de route ! »

10.4. DURABILITE

Pour les programmes d'aménagement de bas fonds, la surface laissée aux villageois est faible (20%) dans les contrats de location des terres durant la période de présence des réfugiés. Un certain nombre de questions se posent quant à la capacité réelle des villages de reprendre l'ensemble du nouveau système de production après le départ des réfugiés. Ces nouvelles surfaces de culture de bas-fond sont très demandeuses d'intrants. Les systèmes d'approvisionnement en semence et autres sont actuellement très dépendants de la présence et des capacités financières des ONG. Il y a là un facteur de risque sur la durabilité des programmes : que va-t-il se passer après le départ des ONG ?

Les alternatives en termes de systèmes type « banques d'intrants » sont encore à mettre en place.

Au niveau des AGR, le système de prêt remboursable et réinjectable pourrait permettre, s'il fonctionnait de façon non artificielle, une certaine durabilité.

Les services techniques guinéens sont plus utilisés comme sous traitants (génie rural, eaux et forêts) que comme partenaires, ce qui ne les prépare pas à prendre la relève dans le suivi des actions.

11. POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES SUR LE CYCLE DE PROJET

Toutes les organisations rencontrées utilisent plus ou moins les différentes parties du cycle de projet. Examinons plus précisément cela sous forme de points forts et faibles.

11.1. PHASE DE DIAGNOSTIC

Comme on l'a vu plus haut, les organisations d'appui ont des contraintes financières fortes et souvent des expériences de développement faibles. Aussi, même si le système agraire de la zone est assez bien connu, spécialement au niveau des équipes de terrain, leurs caractéristiques (y compris leur vulnérabilité environnementale et les facteurs de risques agroécologiques) sont rarement prises en compte par les ONG comme éléments fondateurs du diagnostic. Pour cette phase de diagnostic, il y a rarement de zonage (malgré l'existence des travaux à base d'images satellite réalisés par le CIRAD).

L'avis des autorités locales administratives et techniques est rarement pris en compte. Par contre, il y a une écoute certaine des demandes des villageois et des réfugiés, mais cette attitude est un peu contradictoire avec un financement pré-établi sans étude préalable. Ces diagnostics souvent insuffisants concernant les bénéficiaires et leur environnement, permettent rarement la mise en place d'indicateurs qualitatifs sur la cohésion des communautés et des structures locales spécifiques, l'amélioration des techniques agricoles en organisation et en gestion.

11.2. PHASE DE CONCEPTION

Les documents de projet indiquent les actions, les résultats quantitatifs attendus, les coûts et les moyens humains nécessaires. Les actions sont indiquées d'une manière précise. Il faut remarquer que pour des opérations un peu délicates (aménagement de bas fonds, pépinières forestières), les services guinéens spécialisés (génie rural, eaux et forêts) sont sollicités.

Mais le cadre logique, qui permettrait de penser aux notions si importantes de durabilité, d'impacts directs et indirects, de réfléchir aux conditions de réussite, est rarement bien utilisé. Ainsi pour des raisons plus idéologiques que réalistes, un organisme a choisi uniquement des femmes en grande difficulté (âgées, handicapées) pour faire du maraîchage. Le résultat négatif était prévisible. Dans ce cas, on peut dire que l'organisme financeur a fait aussi preuve de légèreté en acceptant un tel projet (par manque de temps, par manque de critères...?)

D'autre part, en regardant les actions d'une zone à l'autre, on s'aperçoit qu'en dehors de quelques différences liées au milieu, les projets se ressemblent. Le facteur « offre » l'emporte donc sur le facteur « besoin et demande réelle », et le normatif sur le « sur mesure ». Enfin sans doute, les avis des animateurs de terrain ne sont pas assez pris en compte dans la conception du projet. En effet ceux-ci, dont certains sont issus de la communauté réfugiée, ont une connaissance fine du terrain et des besoins des populations.

11.3. PHASE DE MISE EN OEUVRE

Celle ci exige deux grands moyens: les ressources financières et humaines.

11.3.1. Les moyens financiers.

Du fait de leur origine presque unique (organisations humanitaires d'urgence, HCR et PAM), les moyens financiers sont attribués d'une façon limitée dans le temps et ne sont pas obligatoirement reconductibles. Le financement des projets dépend donc d'un grand nombre de contingences (politique des donateurs, priorités des actions...).

Ces ressources financières nécessaires à la bonne mise en oeuvre des actions arrivent souvent en retard. L'existence de périodes plus favorables que d'autres à la mise en place des actions est rarement intégrée dans les calendriers des bailleurs, ce qui a des conséquences importantes sur la qualité des réalisations et leur mode de réalisation. Ainsi, l'arrivée de financements au mois de mai oblige les ONG opératrices à réaliser rapidement les aménagements de bas fonds avant l'hivernage en contractualisant avec des entreprises, ce qui empêche toute participation des populations, qui elle, demande du temps. De même, à cause de ce problème, des semences sont arrivées après l'époque normale des semailles.

11.3.2. Les moyens humains

La plupart des ONG opératrices ont un personnel de direction de programme réduit, qui s'occupe de la rédaction des projets, des contacts avec les bailleurs et du suivi. Sur le terrain, elles ont des techniciens animateurs qui font le lien avec la population. Ceux ci ont de bonnes capacités pour la mise en place du projet: distribution de semences, suivi des entreprises, organisation minimum des bénéficiaires. Ils sont en général très motivés et aimeraient avancer dans leur métier sur des techniques d'animation, de participation et d'autonomisation des populations comme l'épargne crédit, des dispositifs comme les banques de semences, des technologies appropriées.

D'autre part, de temps en temps, des opérations demandant du temps sont lancées d'une manière ponctuelle: ainsi une opération de micro crédit a été visitée seulement deux fois après son lancement.

11.3.3. La phase de suivi-adaptation des programmes d'assistance

Celui ci est d'abord réalisé en interne par le personnel de l'organisme opérateur et a lieu une à deux fois par mois. Il est surtout quantitatif, avec les indicateurs suivants: niveau de réalisation, rendement, nombre de personnes travaillant sur le projet. A ce niveau là, le suivi est bien réalisé. Par contre, des sujets comme la réflexion sur les différents itinéraires techniques, la complémentarité avec d'autres organismes, les conditions de durabilité des actions, la formation des bénéficiaires, ne sont pas abordés. Les seuls sujets qualitatifs touchent aux conditions de travail de l'équipe de terrain: retard de l'approvisionnement en essence des motos, manque de consommables...

Ce suivi s'arrête souvent à une discussion avec les membres de l'équipe, à l'examen des documents de réalisation, et à une visite rapide sur site sans dialogue véritable avec les bénéficiaires : ce qui pourtant serait utile et permettrait d'avancer dans la voie de la durabilité.

Quant aux bailleurs, leur suivi est principalement financier.

11.3.4. L'évaluation

Le cycle du projet durant de 6 à 12 mois(suivant les financements), une évaluation souvent interne est organisée, qui à notre avis ressemble plus à un suivi. En effet, elle porte principalement sur les réalisations/prévisions, Elle aborde peu l'impact de l'action sur les bénéficiaires, elle fait l'impasse sur les avancées en terme d'autonomie des populations.

D'autre part, les axes pour la suite de l'action ne sont pas abordés. Il serait pourtant intéressant d'organiser des réunions avec les bénéficiaires et les animateurs de terrain pour aborder les domaines d'une suite éventuelle de l'action. Ceci permettrait de passer d'un projet descendant à un projet plus participatif.

12. CONCLUSION

Par rapport aux besoins immédiats des réfugiés, la réponse des organisations est efficace aussi bien au niveau de l'aide alimentaire que des actions dans le domaine agricole.

Par contre, par rapport aux besoins de compensation des villageois, la réponse va dans le bon sens, mais est très insuffisante.

La durabilité des actions agricoles qui doivent toutes être reprises par les villageois n'est pas assurée. Ainsi il y a un pourcentage des surfaces des bas fonds aménagés donné aux villageois trop faible (20%), aucun dispositif pérenne n'a été mis en place en ce qui concerne les caisses d'entretien, les banques de semences, l'épargne et le crédit, la formation en gestion et organisation. Enfin le partenariat avec les services techniques déconcentrés, qui doit assurer par la suite le suivi, est faible.

Le financement à court terme est peu adapté à des projets de développement rural, et la plupart des opérateurs ne sont pas en recherche active de financements à plus long terme.

Quelques organisations se lancent dans le domaine agricole sans compétence particulière. Il y a bien sûr responsabilité des bailleurs qui les acceptent.

LE SECTEUR DE LA SANTE

13. La dynamique de l'assistance

13.1. ORGANISATION

La première impression des camps est celle d'un espace extrêmement organisé, traversé de longues rangées droites, et de points d'eau à intervalles réguliers, avec une forte concentration de moyens.

Par définition, les réfugiés, regroupés dans des conditions d'hygiène et de promiscuité peu favorables, sont exposés à un certain nombre de facteurs qui augmentent les risques d'épidémies et de maladies: manque d'eau salubre, conditions d'hygiène médiocres,

insuffisance de nourriture, absence d'immunité contre les maladies propres à un nouveau milieu. A ce titre, le HCR, par l'intermédiaire de ses représentants ou *points focaux*, joue un rôle primordial puisqu'il coordonne l'action des agences humanitaires autour des besoins essentiels des réfugiés : ravitaillement en nourriture et en eau, mise en place d'installations sanitaires et de soins médicaux. A l'intérieur des camps, les activités des ONG sont manifestes au travers des installations d'approvisionnement en eau (vessies à eau ou *bladders*, pompes à main, puits) et des infrastructures de santé. L'urgence logistique a consisté à construire en très peu de temps des infrastructures de base pour plusieurs milliers de personnes, un effort impressionnant pour distribuer de manière équitable de la nourriture, de l'eau et des soins de santé, tout en appliquant certaines normes préconisées par le projet SPHERE. Preuve de cette efficacité, les réfugiés ont à leur disposition et à moins de 50 mètres un point d'eau potable de qualité ; ils reçoivent en moyenne 18 à 25 litres d'eau potable par jour et par personne ; la qualité de l'eau pompée est régulièrement vérifiée à l'aide d'analyses et de tests de chlorage ; l'accès aux latrines est également normalisé : à 50 mètres minimum du point d'eau le plus proche et à 50 mètres minimum de la maison.

13.1.2 Profil épidémiologique et offre de soins

Il est indéniable, à l'observation directe ou à la lecture des indicateurs, que les camps présentent en 2003 un tableau avec de nombreux points positifs. Les indicateurs pour l'alerte au niveau des camps (taux brut de mortalité chez les moins de 5 ans) restent faibles (< 1/10.000 habitants/jour). La situation épidémiologique est stable dans l'ensemble de la Guinée Forestière. On retrouve le paludisme, les infections respiratoires, les parasitoses intestinales et les infections cutanées au premier rang des pathologies. Ce profil épidémiologique est similaire à celui rencontré à l'échelon national.

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, les conditions de prise en charge des réfugiés sont supérieures à celles dont bénéficient les populations d'accueil.

| Indicateurs | Taux de couverture dans les camps | Moyenne guinéenne |
|-----------------------------|--|--------------------------|
| Accès à l'eau potable | 100% | 49% |
| Accès à l'assainissement | 100% | 19% |
| Accès aux services de santé | 100% | 45% |

Importante, l'offre de soins des ONG est la seule existante dans les camps. Elle relève de la compétence d'ONG internationales et nationales qui jouent un rôle essentiel dans les services de santé primaires et la gestion des structures sanitaires. Dans chaque camp, le centre de santé dispose de l'équipement standard et de médicaments essentiels gratuits pour mener à bien les activités. La chaîne d'approvisionnement des médicaments est fiable. Cette implication dans les soins de santé de niveau primaire a un impact direct sur l'accessibilité et la qualité du service rendu. Dans quelques camps, on note une très forte fréquentation des populations d'accueil. Selon nos interlocuteurs, le recours au centre de soins est lié à la gratuité, l'accessibilité géographique, l'abondance de ressources humaines et financières, et la qualité de l'offre.

Les ONG médicales fonctionnent avec du personnel expatrié, guinéen et réfugié. Elles garantissent la motivation, la stabilité et le niveau de qualité de leur personnel national par des programmes de formation continue et une prise en charge totale du salaire. Elles ont été

déterminantes durant toutes ces années de camp car seules à même de former et d'encadrer des ressources locales (infirmiers, sages-femmes et agents de santé communautaire) sur le terrain.

- **Types d'activités**

Les centres de santé mettent à disposition des réfugiés plusieurs types d'activités : consultations externes, salles d'observation et d'accouchement. Les activités préventives se focalisent essentiellement sur les vaccinations, le suivi prénatal et post natal, l'éducation à la santé. Les ONG médicales ont également intégré la réalité du SIDA. Un programme de lutte contre le paludisme a également été élaboré pour lutter contre cette affection qui demeure la première cause de morbidité et de mortalité. Bien que des moustiquaires aient été distribuées dans le cadre des campagnes de prévention de l'OMS, beaucoup ont été revendues, un comportement qui s'inscrit dans une logique de décapitalisation et de compensation monétaire par le biais des biens de l'aide humanitaire,

- **Prise en charge des syndromes post-traumatiques**

Les pratiques de soins dans des contextes difficiles de violences extrêmes ont conduit des ONG spécialisées dans les programmes de santé mentale à prendre en charge le traitement des traumatismes, le suivi des patients, les activités d'éducation psychologique et les actions de conseil et d'aide. Ces actions tiennent également compte du stress, des frustrations et des facteurs émotionnels liés aux conditions de vie dans les camps. Compte tenu des rares ressources humaines qualifiées dans ce domaine, le personnel, le plus souvent expatrié, joue un rôle essentiel dans l'encadrement et la formation des équipes locales : sensibilisation aux effets des problèmes de santé mentale, prise en charge des symptômes somatiques ne relevant pas d'un traitement médical, et orientation recours des personnes concernées.

Les dépressions, l'anxiété, les PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) et les manifestations psychosomatiques sont les principaux troubles notifiés dans les camps. Au sein des PTSD, on peut citer les souvenirs obsédants, les conduites d'évitement, les comportements agressifs mais aussi la culpabilité et la tendance à croire qu'on peut tout revendiquer.

- **L'adressage « référence »**

Les ONG interviennent peu dans les programmes hospitaliers, à l'exception de programmes d'appui à la pédiatrie et au Centre Nutritionnel Thérapeutique des hôpitaux de référence. Alors que la prise en charge de la malnutrition modérée est assurée par les postes de santé installés à l'intérieur des camps, les cas de malnutrition sévère sont référés à l'hôpital de N'Zérékoré et de Kissidougou qui disposent d'un centre de récupération nutritionnelle. L'adressage « référence » permet également de faire prendre en charge des indications médicales ou chirurgicales d'hospitalisation. Les troubles mentaux graves sont référés au centre régional de psychiatrie de N'Zérékoré. Parfois, les évacuations sont faites de ce centre vers le service de psychiatrie à Conakry. Les ONG ont décrit des problèmes de suivi par les professionnels hospitaliers et ont constaté que la prise en charge hospitalière n'apporte pas toujours des solutions pour les cas graves. On touche ici les limites des interventions des ONG médicales lorsqu'elles sont confrontées aux dysfonctionnements du système de santé guinéen.

Les hôpitaux de référence de N'Zérékoré et Kissidougou jouissent d'une réputation variable. Ils souffrent de carences aiguës en ressources humaines et matérielles, situation qui n'est pas sans entraîner des difficultés lorsqu'il s'agit de référer les patients des camps. Confrontés à un équilibre budgétaire fragile, les deux établissements sont loin des standards occidentaux, ont parfois une capacité d'accueil limitée, et n'offrent pas la qualité de prestations attendue par les ONG internationales.

14. PRINCIPAUX CONSTATS LE LONG DU CYCLE DE PROJET

14.1. DIAGNOSTIC INITIAL

14.1.1. Dans les camps :

« Personne ne pensait que cette situation allait durer » Responsable d'ONG internationale

La situation des réfugiés en Guinée Forestière correspond à une crise qui remonte à 1990. Au fil des années, l'urgence s'est chronicisée, et aujourd'hui ce n'est pas tant la crise qui est problématique que sa durée.

Lors du diagnostic initial, les ONG ont proposé une assistance répondant aux besoins immédiats. Le savoir-faire des opérateurs (mettre en place un centre de santé, installer des pompes et des latrines et veiller au fonctionnement des infrastructures) a bien coïncidé avec les besoins recensés lors du diagnostic initial.

Les ONG ont également fait preuve d'une grande réactivité à certains éléments techniques du contexte des camps, notamment en ce qui concerne les épidémies. Par exemple, à l'heure où la forte concentration de population dans le camp de Lainé faisait craindre une possible flambée épidémique de choléra, les ONG médicales se sont mobilisées pour installer un nouveau centre d'isolement dans un emplacement approprié. Elles ont également intégré la problématique du VIH/SIDA dans leurs actions à travers des campagnes de prévention et de sensibilisation. Les abus d'exploitation sexuelle dénoncés en 2001 ont contribué à l'émergence de projets de sensibilisation autour des questions de genre.

14.1.2. A l'échelon des hôpitaux de référence :

Il existe un décalage important entre les centres de santé à l'intérieur des camps et les hôpitaux de premier recours. A la lumière des dysfonctionnements du système sanitaire guinéen, quelques ONG médicales ont choisi d'appuyer les services hospitaliers afin d'en renforcer la capacité. A N'Zérékoré, une évaluation des besoins prenant en compte les multiples aspects de fonctionnement d'un hôpital et les contraintes incontournables qui s'y rapportent, notamment en ressources humaines et financières, a cependant été négligée.

Dans une culture où domine l'opérationnel, les enjeux du système sanitaire et les logiques de relations avec les acteurs institutionnels ne sont pas toujours appréhendés. Par ailleurs, la capacité de certains opérateurs à réaliser un diagnostic global, pertinent et actualisé du système de référence est limitée, du fait de la forte rotation d'un personnel jeune et inexpérimenté. On a également constaté d'importantes difficultés de collaboration entre les deux ONG médicales utilisant cet hôpital de référence, ce qui pénalise dialogue et concertation.

14.1.3. Hors des camps :

En ce qui concerne les populations locales, l'évaluation des besoins sanitaires s'inscrit bien au-delà de la simple visibilité en termes de centre de santé fraîchement repeint ou de distribution gratuite de quelques médicaments. Ces « actions de saupoudrage » comme on peut actuellement les observer sont très localisées (à proximité des camps) et visent avant tout à atténuer les tensions entre citoyens et réfugiés. Elles sous-estiment cependant la complexité du système sanitaire dans son ensemble. En effet, une approche « copier-coller » où l'on applique aveuglément la politique du don, telle que pratiquée dans les camps, n'apparaît pas réellement pertinente dans la perspective d'un projet de développement de long terme.

Par ailleurs, du fait de la fermeture prochaine des camps de l'Albadariah, l'attention principale de l'aide se détourne peu à peu des camps pour se réorienter vers les populations locales. Il est tentant pour certaines ONG, elles-mêmes tributaires de la dynamique des projets pour justifier les financements des bailleurs, d'explorer les zones d'accueil et de s'y implanter. Encore faut-il se donner les moyens d'un diagnostic initial, étape essentielle qui exige non pas des premières missions, mais des personnes avec des capacités d'analyse et une expérience de travail dans un contexte institutionnel disposant de peu de moyens.

14.2. PHASE DE CONCEPTION

« On a trop souvent le nez sur le guidon, on navigue à vue et on reste braqué sur les résultats » Expatrié

14.2.1. Dans les camps :

Les ONG ont fréquemment conçu leurs interventions à partir d'un savoir-faire et de compétences techniques tout en privilégiant la rapidité et l'efficacité. Le contexte particulier des camps a façonné des réponses normatives mais il faut cependant noter la réflexion autour de la problématique de genre et la conception de projets pilotes, comme en témoigne un centre de santé avec un volet juridique destiné à protéger les femmes contre les violences dont elles sont les victimes.

Dans l'ensemble, la stratégie de sortie (qu'est ce qu'on fait avec le personnel local, les équipements et les infrastructures?) n'est pas clairement définie.

14.2.2. A l'échelon des hôpitaux de référence :

Pour la plupart des ONG venant en appui aux services hospitaliers de la région, l'absence d'une stratégie de sortie clairement identifiée se pose aujourd'hui avec une acuité toute particulière. Elle amène à nouveau au débat « urgence-développement » et aux réponses qu'il est souhaitable d'apporter dans un contexte évolutif et une action de durée. Comment clarifier les mandats et les responsabilités des acteurs ? Quels engagements doit-on tenir ? Comment s'assurer de la pérennisation des actions ?

A N'Zérékoré, du fait de la situation complexe de l'hôpital, certaines ONG ont des difficultés à se positionner. La tendance, pour un personnel expatrié recruté à court terme, est donc de rester dans le flou, de privilégier l'opérationnel et les pratiques de l'aide d'urgence. Or, l'amélioration de la qualité des soins à l'échelon de l'hôpital de référence nécessite une

intense réflexion avec les partenaires institutionnels autour d'une approche régionale, et une décision d'engagement claire.

14.2.3. Hors des camps :

La prise de conscience des problèmes que pose l'assistance médicale pour les seuls réfugiés a amené les acteurs humanitaires à engager des actions auprès des populations locales. Là encore il semble que le cadre d'intervention ne soit pas toujours tracé par la réflexion mais plutôt par la nécessité de secourir les individus et d'apporter une aide d'urgence sous la forme de don et de pratiques substitutives.

Dans le passé, l'expérience a également montré les limites d'un programme d'assistance conçu à la fois pour les réfugiés et les populations locales. Avec les meilleures intentions du monde, l'ONG a paru se substituer à l'Etat et s'est ainsi retrouvée à construire de nouveaux centres de santé à proximité des camps et à renforcer les hôpitaux de district. Résultat : les réfugiés se présentaient comme guinéens, persuadés de la meilleure qualité des services sanitaires situés hors des camps. Cette approche a laissé peu de décision aux autorités sanitaires locales et a fini par créer un syndrome de dépendance à l'égard de l'aide. Cet exemple illustre l'importance d'élaborer une stratégie en concertation avec les autorités sanitaires afin de déterminer de quelle manière les projets actuels sont en mesure de s'intégrer à la politique de santé.

14.3. MISE EN OEUVRE

On a déjà souligné la gestion très organisée des camps et le souci du concret, du rapide, de l'efficace, autant de critères de qualité de l'aide d'urgence. L'accessibilité des populations, groupée dans des camps, facilite la logistique. Par exemple, à l'échelon des infrastructures de santé, l'approvisionnement en matériel médical et en médicaments ne pose pas de problème particulier.

A cette étape, on retrouve également les limites d'une intervention substitutive et préoccupée du court terme, du résultat immédiat. Cette approche est très largement favorisée par la rotation élevée d'un personnel expatrié dont c'est souvent la première expérience en humanitaire. Autre constat: trop souvent les équipes expatriées travaillent dans le stress, la fatigue et le surmenage, la durée des contrats excédant rarement six à neuf mois. Le *turn over* qui en résulte est un vrai facteur de démotivation pour le personnel national.

L'encadrement de ces équipes expatriées et la gestion de projet dans son ensemble sont limités par les difficultés de recrutement de personnel expérimenté pour les postes à responsabilité (chef de mission, coordinateurs). Beaucoup « se forment » donc sur le terrain, manquent de recul par rapport au contexte et prennent rarement en compte les compétences locales, par défiance et manque d'expérience.

Alors que les procédures d'assistance tendent à cadrer la conduite des bénéficiaires, les ONG sont inévitablement confrontées, à cette étape, aux pressions et demandes des réfugiés.

«Les réfugiés ne prennent plus en charge leur vie : ils sont régulièrement comptés, auscultés, vaccinés, formés, impliqués et jamais satisfaits »Professionnel de la santé guinéen

Cela se traduit par une certaine lassitude à l'égard du bénéficiaire qui, puisqu'il s'agit de tirer le meilleur parti de la situation, a une fâcheuse tendance aux doléances. Il semblerait que tous les prétextes soient bons pour négocier plus d'aide humanitaire, notamment un accès à des infrastructures de santé secondaires, à un personnel médical et à des médicaments. En ce sens, les discours négatifs ou revendicateurs des réfugiés, qui doivent beaucoup à des sentiments d'isolement et de frustration, sont de nature à décourager toute velléité de consultation et de participation, d'autant plus que la gratuité des médicaments ne permet pas une implication de la population dans le financement des services de santé.

14.3.1 Suivi-adaptation des programmes et évaluation

Les particularités de la vie dans les camps exigent un processus de suivi-adaptation extrêmement réactif. La plupart des ONG médicales disposent d'un système de surveillance épidémiologique : enregistrement exhaustif de certaines maladies (rougeole, méningite) et suivi des mouvements démographiques. Le réseau des animateurs de santé permet également de suivre l'état vaccinal des enfants, les grossesses à risque ou d'identifier des comportements à risque.

Ainsi l'augmentation des avortements provoqués dans le camp de Lainé a-t-il alerté les ONG médicales. Les causes en sont encore mal connues mais selon l'enquête de l'OMS en cours, une rumeur sur l'annonce des programmes de réinstallation dans les pays tiers mis en place par le HCR, et selon laquelle les femmes enceintes ou avec un enfant à charge ne seraient pas sélectionnées, pourrait être à l'origine du problème.

Le suivi des programmes de nutrition est réalisé à partir des données des centres de santé qui totalisent le nombre d'enfants malnutris, d'enfants guéris, d'abandons et les gains de poids. Les agents de santé communautaire sont également mis à contribution pour enquêter auprès des familles, en cas d'abandon ou de perte de poids. Compte tenu d'une situation nutritionnelle satisfaisante dans les camps, les enquêtes nutritionnelles ne sont pas utilisées comme outil de suivi.

Certaines ONG ayant une longue expérience en Guinée forestière pratiquent des évaluations internes et externes. Elles ont également entamé un processus de capitalisation des expériences qui, malheureusement, n'est encore que trop peu diffusé. Dans une même perspective, on ne peut que déplorer le manque de communication entre opérateurs présents sur le terrain à la fois en Guinée et en Sierra Léone. Quelques ONG font toutefois exception à la règle avec des efforts de rencontre et d'échanges d'expérience entre les équipes de part et d'autre de la frontière.

15. CONCLUSION

Les interventions en santé et en nutrition ont permis de limiter les risques d'épidémie et de couvrir les besoins immédiats des réfugiés. Au fil du temps, les programmes dans les camps ont connu certaines évolutions, notamment dans le domaine du *gender* et du VIH/SIDA.

Une faible partie de la population guinéenne a accès aux soins et au système de santé. Il s'agit d'une question complexe qui doit prendre en compte plusieurs paramètres : la responsabilité partagée (entre gouvernement, bailleurs, acteurs humanitaires et populations), les perspectives de financement dans le cadre du LRRD et la capacité de l'ONG.

Dans l'hypothèse où des ONG souhaiteraient développer des projets de santé pour les populations locales, il conviendra de s'appuyer sur un diagnostic initial où il s'agira de comprendre le contexte, les acteurs institutionnels et les enjeux de la prise en charge des patients dans un système de santé aux ressources limitées.

L'articulation entre le travail dans les camps et celui auprès des populations locales exige une stratégie plus globale et suffisamment réfléchie, et des changements de pratiques. Des décisions difficiles seront nécessaires, y compris celle de s'abstenir de toute intervention si un minimum de conditions de succès ne sont pas réunies.

AXES SECTORIELS

SIERRA LEONE

SECTEUR DE LA SECURITE ALIMENTAIRE

16. CONTEXTE DES INTERVENTIONS

La Sierra Leone est essentiellement un pays rural. Une pluviométrie abondante, une densité de population faible, une paysannerie travailleuse et maîtrisant bien ses savoir-faire, avaient fait de ce petit pays un exportateur net de riz, de café, de cacao, tandis que l'autosuffisance en produits alimentaires de base (riz, manioc, patates douces, arachides, légumes, fruits) était largement atteinte. D'importants programmes de recherche agronomique avaient, au cours des années 80, développé des cultivars de riz et de manioc productifs et résistants aux principales maladies touchant les productions végétales. Les produits des pêches maritimes et d'eau douce apportaient une fraction importante des besoins nationaux en protéines, tandis que la forte densité de palmiers à huile sauvages et cultivés permettait une production locale d'huile de bonne qualité. La sécurité alimentaire était dans les grandes lignes assurée et les principales difficultés étaient liées :

- à la croissance de la population urbaine (Freetown, villes moyennes de l'intérieur) ;
- aux difficultés d'accès au foncier dans un système traditionnel très conservateur gouverné par les Paramount Chiefs ;
- aux variations des prix des matières premières agricoles produites par le pays pour l'exportation (cacao, café).

La littérature sur la Sierra Leone d'avant guerre rend compte de problèmes nutritionnels. Ceux-ci sont essentiellement liés à certaines pathologies (maladies liées à l'eau, paludisme, etc.) et à des problèmes lors du sevrage (passage relativement précoce et avec une période de transition quasi-inexistante de l'allaitement à une alimentation à base de farine), et non à un problème de production ou d'accès.

Onze ans de guerre civile, de déplacements de population et de destruction ont entraîné une forte dégradation de la situation. Dès le début des années 92-93, quelques organisations ont mis en œuvre des programmes d'aide alimentaire et nutritionnelle. Les interventions ont commencé à s'ouvrir à d'autres approches plus larges de soutien à la sécurité alimentaire via des programmes « semences et outils », de réhabilitations agricoles diverses, et plus

récemment, dans le cadre des actions de démobilisation et de ré-intégration des combattants démobilisés et de rapatriement des réfugiés, de développement d'activités dites « génératrices de revenus ».

17. OBSERVATIONS FAITES AU COURS DE LA MISSION

Les observations réalisées au cours de cette mission en Sierra Leone peuvent se classer en six catégories :

- celles liées à la connaissance des systèmes agraires de la Sierra Leone et de leur diversité;
- celles liées aux conditions créées par la décennie de destruction ;
- celles liées à la complexité de la gestion des questions foncières, notamment pour les attributions de terre aux « anciens combattants des deux camps, pour les rapatriés et pour les des femmes seules;
- celles liées à la faiblesse des références aux actions en milieu urbain et aux activités non agricoles en zone rurale ;
- celles liées aux difficultés logistiques ;
- celles liées aux enjeux de ressources humaines dans un contexte d'évolution d'une situation et des besoins vers la réhabilitation et le développement ;

17.1. LA PHASE DE DIAGNOSTIC : COMPRENDRE LA DIVERSITE

Si la campagne sierra léonaise peut apparaître monotone avec ses alternances forêts-rizières, elle n'en possède pas moins une grande diversité. Pour chaque terroir villageois, les équations « marais-terres de coteaux », « terres arables –terres non cultivables », « terres en riz – terres en tubercules » et « terres en cultures vivrières – terres en cultures de rente » sont spécifiques et dépendent d'une série facteurs comprenant :

- les disponibilités foncières et la densité démographique ;
- les types de sol et la topographie de la zone;
- la proximité des marchés et la solidité des filières de commercialisation.

Pourtant, de ces facteurs dépendent fortement les besoins en intrants, les calendriers agricoles, les durées possibles des périodes de soudure et le degré de résilience du système agricole.

L'analyse systématique de ces différents facteurs ne semble pas être toujours présente et assez détaillée dans les interventions dans le secteur agricole. Il est possible qu'un approfondissement de la connaissance du contexte, qu'ont les intervenants dans le secteur de la sécurité alimentaire, des contraintes agro-écologiques et économiques dans lesquels ils interviennent amènerait une amélioration de la qualité des actions. Ceci permettrait en tout cas d'éviter approximations et erreurs.

L'une des conséquences importantes de cette diversité est qu'elle forme le pilier central des politiques de résilience des populations rurales : variété des cultures (céréales, tubercules), étalement des périodes de récoltes (lié à la diversité de la durée des cycles des différentes plantes et cultivars utilisés). Travailler au renforcement de cette résilience devrait être au cœur des programmes de sécurité alimentaire.

Le système de gestion foncière au niveau des villages et des « chiefdoms » est évidemment une contrainte majeure pour permettre au secteur de jouer son rôle d'absorption de la main d'œuvre. Pour les ONG et intervenants extérieurs, ces relations de pouvoir sont une entrave considérable à la mise en œuvre d'activités agricoles nouvelles (maraîchage, arboriculture fruitière), donnant notamment un plus fort rôle et des responsabilités plus importantes aux femmes. Ces dernières sont en effet en majeure partie exclues d'un vrai accès à la terre.

L'agriculture sierra léonaise est une agriculture abondamment étudiée avant la guerre et les références sont très nombreuses et intéressantes. Certes, les années de conflit ont modifié de nombreuses caractéristiques de cette agriculture, entraînant le risque qu'une partie de l'information soit devenue obsolète. Il n'est pas évident que cette richesse documentaire soit utilisée de façon optimale pour l'analyse et les diagnostics des systèmes agraires sierra léonais « post-crise ».

17.2. PHASE DE CONCEPTION

17.2.1. Comprendre les capacités

Pour définir correctement un programme, il importe d'assurer son adéquation optimale aux besoins et aux capacités des populations ciblées. La prise en compte des disponibilités de main d'œuvre est une contrainte majeure.

La Sierra Leone : comprendre la gestion de la force de travail dans des campagnes ravagées

Une large partie du pays porte les stigmates des années de guerre. Dans les zones visitées lors de la mission, ces traces du conflit et de la difficile « post-crise » sont très prégnantes :

- villages et maisons détruites dans lesquels les processus de reconstruction seront nécessairement longs et coûteux ;
- agro-écosystèmes à l'abandon ou en cours de reconquête dans lesquels la relance des économies rurales est difficile ;

Les temps de travail pour la remise en valeur des parcelles de marais ou de coteaux qui ont été abandonnés pendant des années sont considérables. Théoriquement, une famille agricole compte en général sur des parcelles dans plusieurs états :

- parcelles de marais nettoyées de ses joncs et carex ;
- parcelles de coteaux de première année, de deuxième année et de troisième année ;
- parcelles proches du village cultivées de façon quasi-permanente en condiments et tubercules;
- parcelles d'arbres fruitiers plus ou moins bien entretenues.

Il faudrait pouvoir compter sur les productions des parcelles les plus avancées dans le cycle des rotations (en première, deuxième ou troisième année de culture) tandis qu'on met en valeur de nouveaux champs. Lors des retours au village, les familles rurales se trouvent face à des contraintes de calendrier agricole considérables avec peu de ressources alimentaires puisque les champs ont été abandonnés. L'aide alimentaire octroyée par le PAM et le HCR est notoirement insuffisante (2 mois de vivre par famille octroyés lors de l'arrivée sur les points de transit) pour permettre de faire face correctement à cette période de remise en route de la production agricole.

17.2.2. Travailler sur des niches : Sierra Leone des villes, Sierra Leone des champs

Depuis quelques années les ONG se sont engagées dans une voie assez nouvelle appelée « les AGR » ou activités génératrices de revenus. On compte parmi ces AGR le soutien à l'artisanat par la formation et la distribution de « kits d'outils », des activités de « micro-finance ». La gamme d'activités incluses dans ce secteur comprend un certain nombre de « grands classiques » (couture, teinture, menuiserie, coiffure) et d'autres plus rares mais néanmoins importants (forgerons, transformation des produits agricoles).

En Sierra Leone, on observe ces phénomènes surtout en zones urbaines et péri-urbaines. Ces AGR sont parfois mises en œuvre par d'anciens réfugiés, qui mettent ainsi en application ce qu'ils ont pu apprendre dans les camps. En effet, depuis le début des années 98-99, ce type de programme destiné aux réfugiés s'est beaucoup développé en Guinée.

Y sont aussi impliqués les « anciens combattants », qui ont reçu la formation ad-hoc lors des programmes de DDR.

Les études de marché sont en général assez sommaires et l'appui à la mise en place de filière est souvent inexistant. Si ce n'est pas toujours grave, vu l'aspect très basique des activités, il peut y avoir parfois saturation de certains secteurs (coiffure) et déficits dans d'autres.

17.3. PHASE DE MISE EN PLACE

17.3.1. Des difficultés logistiques considérables

Pays pluvieux (Freetown compte parmi les records mondiaux de pluviométrie avec plus de 4m d'eau par an), dont les terres souvent argileuses dans des bas de collines deviennent facilement des océans de boue, et sous équipée en terme de réseau de pièces détachées, la Sierra Leone pose, pour les programmes de soutien à la sécurité alimentaire, tous les problèmes logistiques que l'on peut imaginer. Ceci affecte évidemment la commercialisation des produits agricoles dont l'écoulement ne peut se faire qu'avec des surcoûts de transport considérables.

La mise en place des programmes est de facto fortement contrainte par ces difficultés et il n'est pas rare de voir des programmes s'interrompre pendant la saison des pluies, qui représente pourtant une partie importante de la période de soudure.

17.3.2. Gestion des compétences : la nécessaire évolution des profils des équipes

Dans un contexte d'évolution d'une situation de crise vers des conditions plus proches du développement, mais dans laquelle un certain nombre d'incertitudes demeurent, la question des ressources humaines est extrêmement prégnante. La précarité des financements et les incertitudes sur les évolutions possibles de la situation font que les ONG continuent d'envoyer des personnels jeunes sur un mode de rotation rapide des équipes.

De plus, il n'est pas évident que les interventions dans ce secteur de la relance agricole de post-crise s'appuient toujours sur une réelle compétence des ONG (pas d'expertise au siège, expatriés eux-même peu expérimentés), ni sur un juste management des équipes (comment les stratégies de terrain sont-elles discutées collectivement), ni sur un juste dimensionnement des ressources humaines (il a été régulier de voir des volontaires travaillant sur des zones immenses, d'accès difficile et fatigant, par manque de moyens financiers pour correctement « staffer les programmes »).

Les ONG françaises en particulier pratiquent des politiques salariales et de statuts du personnel très « malthusiennes ». Il est évident que ceci entraîne nécessairement des « fuites des cerveaux », et notamment des plus expérimentés, vers d'autres familles associatives qui payent mieux et donnent une meilleure sécurité de l'emploi.

SECTEUR DE L'HABITAT, DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

18. SITUATION DANS CES SECTEURS

18.1. LE SECTEUR DE L'HABITAT

Des zones entières du pays ont été dévastées par un conflit qui basait une partie de ses pratiques sur la terreur et une politique de terre brûlée. Aussi les destructions dans l'habitat ont-elles été très considérables tant en zone rurale que dans les centres urbains.

Cette situation de dégradation de l'habitat a encore été aggravée par l'abandon de zones entières, une partie des habitants se réfugiant en Guinée, parfois pour près de dix ans, le reste fuyant vers les villes de l'intérieur.

18.2. LE SECTEUR DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

L'accès à l'eau traditionnellement le plus courant est la rivière et le marais. La topographie et la géologie de la Sierra Leone font de ces deux ressources une richesse quantitative. Mais la qualité de l'eau obtenue à ces sources là est souvent faible. Les puits, déjà rares avant la guerre, se sont souvent dégradés naturellement. D'autres ont été endommagés volontairement, ou même pollués pour faire fuir les populations.

L'utilisation de latrines était très rare avant la guerre, non seulement dans les villages mais aussi dans la plupart des petites bourgades. Dans un pays forestier à faible densité de population, le « bush » était toujours là.

19. LES PROGRAMMES OBSERVES

19.1. LE SECTEUR DE L'HABITAT

Les maisons traditionnelles sierra léonaises sont carrées, avec toit « 4 pentes » (souvent en chaume), avec parfois une terrasse couverte (signe de richesse). La plupart du temps construites en brique de terre sèche, il a été fréquent d'en voir quelques-unes en torchis appliqué sur armature bois ou bambou.

Vu l'ampleur des besoins, les intervenants dans la zone ont dû avoir un sentiment d'incapacité. Les hectomètres carré de tôle ondulée à importer ont sans doute été assez dissuasifs. De fait, à part la distribution de bâches plastique par le HCR lors de l'arrivée des rapatriés en provenance de Guinée dans les lieux de transit, et les programmes en faveur des réfugiés libériens, on n'a pas vu de programmes d'appui à l'habitat.

Les populations doivent se débrouiller elles-mêmes pour reconstruire leurs maisons, avec les matériaux locaux. Le phénomène de dépendance se fait fortement sentir ici. Dans les camps, il y avait plus d'appui à la construction et à l'entretien des maisons. Ceci entraîne une récurrence élevée de plaintes de la part des populations.

Les seuls programmes de construction observés ont été ceux de la construction ou réhabilitation d'infrastructures pour les services de la santé et de l'éducation. A part de sombres histoires de corruption et de détournement des matériaux, il ne semble pas qu'il y ait eu de difficultés techniques.

19.2. LE SECTEUR DE L'EAU ET DE L'ASSAINISSEMENT

Il a été possible de voir différents programmes « puits » et « latrines » mis en place par différents acteurs. Les modèles de puits, de pompes à main, et de latrines choisis sont assez variables, avec différents degrés d'adaptation au contexte.

Pour les puits à réhabiliter (pour cause d'écroulements internes ou de pollutions trop importantes), la stratégie classique, sans doute la bonne et la plus efficace, est de recreuser un puits à quelque distance du premier.

Plusieurs points forts apparaissent de façon globale :

- il y a une tentative assez systématique de lier ces types de programmes avec de l'éducation à l'hygiène;
- pour les programmes ayant une composante « équipement des puits avec une pompe à main », il y a assez systématiquement un gros effort pour assurer que soient créés des « comités d'utilisateurs », et que soient formés des « responsables d'entretien des pompes »;
- de façon générale, il y a une bonne réflexion sur les positionnements respectifs des puits, des marais, des marigots et des latrines, afin de limiter les risques de contamination.

Quelques points faibles apparaissent aussi :

- dans les villages, les latrines sont souvent peu utilisées, du fait de la proximité de la forêt et la faible densité démographique;
- plusieurs observations ont été réalisées de prototypes très inadaptés, avec notamment des dalles trop lourdes en ciment et sans doute trop coûteuses. Des gains d'efficacité et d'efficience sont sans nul doute facile à obtenir;

- il y a régulièrement des problèmes de calendrier des chantiers, liés à la fois à des retards dans les attributions financières, à des difficultés organisationnelles et logistiques. Ceci conduit à des mises en place d'actions « puits » à l'entrée ou durant la saison des pluies, alors que les nappes phréatiques sont les plus hautes. Les puits ainsi creusés et busés doivent être sur-creusés durant la saison sèche suivante, et re-busés mais cette fois avec un diamètre inférieur. Ceci entraîne à la fois l'obligation de faire un chantier en deux temps (y compris avec une période d'indisponibilité de l'eau pendant la deuxième opération) et une diminution des quantités d'eau stockées dans le cuvelage, et donc limite l'eau disponible. Heureusement, il semble qu'en général les taux de réapprovisionnement soient assez rapides.

LE SECTEUR DE LA SANTE ET DE LA NUTRITION

20. LE CONTEXTE SANITAIRE

20.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

La Sierra Léone occupe toujours la 174^{ème} et dernière place de l'indice de développement humain du PNUD. Les événements des dernières années ont rendu difficile le recueil et la synthèse de données fiables. Même s'il convient de nuancer celles qui sont disponibles, les indicateurs de base restent préoccupants :

Taux brut de mortalité: 30 pour 1.000 habitants

Taux de mortalité infantile :182 pour 1.000 naissances

Taux de mortalité avant 5 ans : 316 pour 1.000 naissances

Taux de mortalité maternelle : 1.800 décès pour 100.000 naissances. Il est considéré comme le plus élevé au monde

Espérance de vie à la naissance : 40 ans.

Sur le plan vaccinal, la couverture est de 74% pour le BCG, 44% pour le DTC3, 37% pour la rougeole et 46% pour la polio3.

Le paludisme, endémique dans la région, continue d'être le plus important problème de santé, suivi des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et des diarrhées. La plupart des cas de paludisme sont dus à Plasmodium Falciparum ; 60% de la population est porteuse du parasite. L'un de principaux obstacles de la lutte antipaludique est la résistance à la Chloroquine. Des cas de résistance au Fansidar® sont aussi apparus.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est estimé à 7% mais, avec les déplacements de population et les faits de guerre, ce chiffre est à interpréter avec précaution. La situation nutritionnelle s'est notablement améliorée depuis la fin du conflit. Au cours du premier semestre 2003, Action Contre la Faim (ACF) a constaté, dans les districts de Bombali et Tonkolili un taux d'admission dans les centres nutritionnels thérapeutiques (CNT) moins élevé qu'en 2002. Les causes de la malnutrition n'en sont pas moins présentes : l'association de pathologies (notamment paludisme et diarrhées), les pratiques d'allaitement et de sevrage,

les interdits alimentaires et la qualité de l'eau et de l'environnement sont à l'origine de la dégradation du statut nutritionnel chez les enfants.

20.2. LE SYSTEME DE SANTE

20.2.1 Organisation du système de soins public

Les années de conflit conjuguées aux destructions physiques des infrastructures de santé et à l'exode de nombreux médecins et autres professionnels de la santé ont laissé un système de santé exsangue. Les ressources humaines actuelles présentent un double déficit : quantitatif, notamment en médecins, et qualitatif en raison de la faiblesse de la formation initiale et de la quasi-absence de formation continue.

Le système de santé s'intègre aujourd'hui dans le grand ensemble de la reconstruction de la Sierra Léone, avec l'aide internationale comme premier acteur de financement. Le plan de développement sanitaire prévoit de décentraliser la décision et la gestion des ressources au niveau du district sanitaire. Pour sa part, dans le cadre du projet sectoriel « *Health Sector Support Programme ou HSSP* », la Commission européenne consacre au secteur de la santé une enveloppe de 25 millions d'Euros sur cinq ans. Ce projet a défini plusieurs axes prioritaires :

- Appui au district et à la décentralisation
- Renforcement institutionnel : développement des ressources humaines et de la formation paramédicale
- Appui au secteur pharmaceutique et à la mise en place d'une politique de recouvrement des coûts
- Bonne gouvernance : création d'un comité de pilotage et d'un fonds alloué au district, géré par les représentants de la société civile.

Avant le conflit, le système de santé s'articulait autour d'un réseau de 730 formations sanitaires et de 21 hôpitaux de district. Au premier échelon de la pyramide sanitaire, on distingue trois catégories de formations sanitaires ou *PHU*: le centre de santé, le poste de santé et le poste de santé materno-infantile.

Selon nos interlocuteurs, la difficulté d'accès aux services de santé n'est pas un phénomène né de la guerre bien que celle-ci l'ait considérablement aggravée. Au cours de trois dernières années, des efforts remarquables ont été entrepris pour implanter de nouvelles infrastructures et réhabiliter les formations sanitaires endommagées. Les progrès enregistrés en termes de couverture sanitaire sont manifestes, avec l'ouverture, en 2002, de 221 *PHU*.

Parmi les grands défis à relever par le système de santé de la Sierra Léone, on retient :

- la pérennisation des acquis par un engagement à tous les niveaux incluant la décentralisation du système et son financement
- l'accès équitable aux soins et aux services de santé
- le contrôle du paludisme.

20.2.2. Système traditionnel, système privé et auto-médication

L'utilisation des recours traditionnels ou privés, peu documentée, vient compléter celle des services de santé moderne. Les informations collectées à ce sujet, quoique fragmentaires, indiquent que le premier réflexe est souvent le recours à la médecine traditionnelle. Pour le suivi de la grossesse et l'accouchement, les femmes s'adressent avant tout aux accoucheuses traditionnelles.

Selon nos interlocuteurs, il n'y a pas d'antagonisme entre services modernes et services traditionnels. Les raisons économiques, le fait qu'un tradipraticien accepte les paiements en nature, les croyances liées à la sorcellerie, au mauvais œil, au non-respect d'un interdit semblent concourir à l'utilisation du système traditionnel, surtout dans les zones rurales.

Il existe également une tradition herboriste thérapeutique très riche dont les ONG médicales ont parfois constaté les effets néfastes. En outre il faut souligner l'importance des tabous alimentaires : certains concernent les œufs, les volailles et le millet. Le boulgour, les patates douces, le manioc et l'eau chaude à laquelle on ajoute du sucre ou du sel ont la réputation de donner la diarrhée aux enfants. Ces interdits alimentaires qui concernent les femmes et les nourrissons seraient étroitement liés aux sociétés secrètes féminines.

Le développement non maîtrisé du secteur privé est manifeste en milieu urbain. L'augmentation croissante de cabinets privés et de pharmacies, surtout à Freetown, laisse présager de son ampleur. Quant à l'automédication, il est difficile d'avoir une idée exacte sur l'ampleur de cette pratique.

20.2.3 L'offre de soins des ONG

Les ONG ont joué et jouent encore un rôle essentiel dans le domaine de la santé. Bien que quelques-unes se soient retirées, on en compte près d'une vingtaine à ce jour qui assurent une grande part de l'activité médicale et sanitaire. Présentes pendant la guerre, et à base essentiellement humanitaire, elles sont actives dans tous les types de structures sanitaires, du service de santé primaire à la gestion et au fonctionnement de certains services hospitaliers, notamment ceux de maternité et de pédiatrie. Plus récemment, on voit apparaître des ONG appartenant à diverses obédiences religieuses.

21. PRINCIPAUX CONSTATS LE LONG DU CYCLE DE PROJET

21.1. PHASE DE DIAGNOSTIC

L'accès aux soins pour les populations les plus démunies est un souci qui s'inscrit dans les interventions des ONG médicales. Il est clair que ces dernières ont permis l'amélioration de l'accessibilité géographique. Grâce à leur appui, beaucoup d'infrastructures fonctionnent à nouveau et disposent de l'équipement nécessaire pour mener à bien leurs activités.

Si jusqu'à présent beaucoup d'opérateurs ont continué à concentrer leurs actions sur la couverture géographique et à se répartir le territoire d'intervention afin d'appuyer les formations sanitaires, plusieurs ONG reconnaissent les limites de cette approche « standard », insuffisante dans le contexte de la reconstruction.

Entre l'objectif de mieux comprendre les populations à servir et la nécessité d'une mise en œuvre rapide, le choix se porte souvent sur la dernière option. Les contraintes de temps, la

forte rotation des expatriés et une demande qui excède l'offre, surtout dans les services hospitaliers, incitent les ONG à rester dans l'opérationnel et un fonctionnement *d'urgencier*.

A l'heure de la reconstruction, il ne s'agit donc plus de « *faire à la place de* » mais de prendre un temps de réflexion et d'analyse, non seulement du contexte mais également de ses propres capacités. Cela implique une réactualisation de la problématique et un diagnostic de situation pertinent qui, pour appréhender des pratiques quotidiennes, exige l'intégration d'autres paramètres : une meilleure compréhension de l'environnement socio-culturel, des comportements et des recours aux soins.

Malgré des années de présence et de travail sur le terrain, rares sont les ONG en mesure de dire si les formations sanitaires qu'ils appuient répondent aux attentes et aux besoins des populations. Au cours des visites en zone rurale, on a également observé le faible taux de fréquentation de certains centres de santé malgré l'assistance humanitaire. Il pourrait être intéressant de dresser une typologie des obstacles essentiels à l'utilisation des services de santé.

Jusqu'à présent, pour les raisons précitées, la dimension socioculturelle n'a pas toujours été appréhendée à sa juste mesure. La société sierra léonaise fonctionne suivant des repères, une compréhension du monde, de la maladie et de l'alimentation spécifiques. L'importance des sociétés secrètes sur la santé et la nutrition est mal connue et la définition des programmes dans le futur devra nécessairement passer par une connaissance beaucoup plus fine de cette société marquée par les séquelles de la guerre, de sa structure, et de ses rapports à la maladie.

21.2. CONCEPTION DE L'ACTION

21.2.1 Contingente de l'action politique et du contexte économique

La plupart des interventions dans le domaine de la santé ont pour objectif premier de satisfaire les besoins de base de la population sierra léonaise : sauver les vies humaines et atténuer la souffrance par des soins médicaux appropriés. Ceci renforce le sentiment de dépendance des autorités sanitaires vis à vis de l'assistance.

Les difficultés de réorienter l'assistance d'urgence alors que les besoins restent inchangés et que la capacité du Ministère est encore trop faible, font que beaucoup d'ONG se trouvent aujourd'hui dans une impasse. Néanmoins, dans le futur, on voit mal comment les programmes de santé pourraient se résumer à des mécanismes favorisant la couverture géographique des services de soins.

Bien qu'un travail de réflexion sur la sortie de crise ne soit pas dans la tradition des humanitaires, beaucoup de responsables d'ONG reconnaissent qu'il leur faut sortir du modèle standard (réhabilitation des infrastructures, distribution de médicaments, appui aux centres nutritionnels) et lier les interventions des projets au niveau micro aux questions plus larges de la politique nationale. Les désengagements progressifs des bailleurs vis-à-vis des programmes d'assistance amènent également les ONG à repenser leur rôle.

La question du financement des soins constitue une priorité pour les donateurs et les autorités sanitaires sierra léonaises, qui réfléchissent aujourd'hui sur la mobilisation et l'allocation des ressources et sur la problématique de l'équité. Les opérateurs sont donc amenés à reconsidérer eux aussi la réflexion sur la participation financière des populations et ce qu'il est raisonnable

d'en attendre. Il est en effet évident que la pauvreté de la population rurale pèse clairement sur l'accès aux soins et les solutions qui peuvent être développées localement. Dans l'année à venir, on peut espérer qu'une stratégie nationale de recouvrement des coûts, transparente et clairement définie, aidera les ONG à mieux définir leur cadre d'intervention.

21.2.2 Des stratégies de sortie douloureuses

La tendance actuelle est de se désengager des actions d'urgence, notamment dans le domaine de la nutrition. Dans bien des cas, la stratégie de sortie est problématique comme le montrent les tentatives de désengagement des CNT et des Centres Nutritionnels Supplémentaires (CNS). Bien que la fermeture de ces centres soit le signe d'une amélioration de la situation nutritionnelle, elle met malheureusement en avant le caractère non-pérenne de ces structures, surtout à l'échelon des CNT.

Malgré les efforts d'intégration aux hôpitaux de référence, ces derniers ne sont pas en mesure de reprendre une structure totalement financée par une ONG, coûteuse en personnel, en logistique et en produits thérapeutiques. Au déficit en ressources humaines et financières dont souffrent les structures publiques, s'ajoute une prise en charge inadéquate, par manque d'expérience ou de réactivité, la malnutrition n'étant pas toujours considérée comme une priorité par le personnel de santé. Tous ces éléments pénalisent sérieusement la prise en charge de l'enfant malnutri, et l'adressage à une structure de référence compétente reste un vrai défi.

Dans la conception de programmes futurs, on peut donc se demander si la passation d'un CNT est possible, voire souhaitable. Simultanément, les expériences alternatives au CNT pour traiter la malnutrition aiguë sévère sont en cours d'étude. C'est dans ce cadre qu'ACF-F poursuit une étude sur le Traitement Thérapeutique basé sur la Communauté ou *Community based Therapeutic Care*. Un essai clinique du traitement à domicile suivant un protocole précis a été mis en place en Sierra Leone dans la zone de Makeni. Bien que l'étude présente des résultats positifs, le traitement à domicile ne semble pas, pour l'instant, en mesure de résoudre le traitement de la malnutrition sévère. Celui-ci reste toujours dépendant d'un hôpital ou d'un CNT et d'un soutien médical.

21.2.3 Repenser les stratégies de sortie

Dans des contextes similaires de sortie de crise, la régression que les hôpitaux de référence ont connu lors du retrait de l'aide a été documentée. Par exemple, au Rwanda, les hôpitaux jadis massivement soutenus par les ONG en termes financiers et humains ne doivent plus compter aujourd'hui que sur la seule participation financière de la population. Vu le faible pouvoir d'achat des utilisateurs, le départ des agences humanitaires aurait dû être compensé par une injection massive de la part de l'Etat, ce qui n'a pas été le cas, les budgets reçus étant dérisoires. Aussi beaucoup de ces hôpitaux, confrontés au cercle vicieux du manque de motivation, de la détérioration de la qualité des services et de l'abandon progressif des services par la population, font-ils peine à voir pour quiconque les a connus bondés. En Sierra Leone, pourra-t-il en être autrement ?

L'hôpital de Kono est en ce sens illustratif. Dans le bras de fer qui a opposé la Direction de l'hôpital et l'équipe de jeunes expatriés de l'ONG, cette dernière a préféré se retirer, jugeant inacceptable la corruption qui affectait les services de santé. Le tableau positif des acquis, notamment en réhabilitation, cache en fait des tendances inquiétantes. Aujourd'hui, quelques

mois après le départ de l'ONG, l'hôpital continue de fonctionner, bien que confronté à des difficultés financières et à un faible taux d'occupation des lits. La baisse de fréquentation est manifeste pour le service de pédiatrie, très fréquemment congestionné ailleurs et ici quasiment vide.

Le contraste est d'autant plus frappant que Kono, zone diamantifère et de retour, enregistre une flambée démographique. Selon les discussions avec quelques familles, parmi lesquelles celles rentrées de Guinée Forestière, le coût prohibitif des soins à l'hôpital de Kono est la principale raison de la faible utilisation des services de santé, en particulier pour les soins curatifs et l'hospitalisation. Si l'on comprend bien cette décision de retrait de l'assistance, on peut aussi postuler qu'un vrai diagnostic de situation aurait mis en lumière la situation, et permis l'élaboration d'une stratégie propre avec des opportunités de changement. Ne pas soutenir l'hôpital équivaut d'une certaine manière à instaurer une incitation forte à ce que le personnel de santé applique une tarification « sauvage », ou se concentre sur les activités lucratives dégageant de la marge bénéficiaire.

Doit-on s'étonner que, pour augmenter son revenu, le personnel de santé pratique assez facilement une tarification informelle ou des détournements en médicaments? Compte tenu du coût élevé de la vie en Sierra Léone, le besoin minimum pour un fonctionnaire et sa famille est évalué de 400 à 500 \$US par mois. Le salaire d'un infirmier s'élève à environ 70 \$US; celui d'un médecin ne dépasse pas 120 \$US. Les mécanismes de rémunération actuels incitent donc les professionnels de santé à développer des stratégies de survie préjudiciables au fonctionnement et à la déontologie des services de santé. Ce phénomène n'appartient pas seulement à la Sierra Léone.

Dans la mesure où ces pratiques ont de graves effets pervers sur le système et pénalisent avant tout les populations, notre conviction est qu'il est au contraire capital de s'y attaquer. Nous ne contestons pas que certaines solutions nécessitent des choix politiques difficiles tant pour les ONG que pour le Ministère de la Santé et de nouveaux arbitrages.

21.3. MISE EN ŒUVRE

Bien que la plupart des ONG affichent explicitement leur volonté de participer au développement du système de santé, elles sont confrontées, au quotidien, à plusieurs enjeux, susceptibles de créer démotivation et rotation importante:

- le rôle des facteurs socio-politiques, notamment la corruption qui constitue un environnement préjudiciable au système de santé.
- une demande supérieure à l'offre
- des résultats qui ne sont pas à la hauteur des efforts engagés, surtout dans le domaine du paludisme

21.3.1. Les pratiques occultes

Les entretiens avec les ONG médicales ont souligné de manière récurrente l'inefficacité des pouvoirs publics et les crédits détournés. Les dotations en nature n'empêchent pas les services de santé de pratiquer une politique de recouvrement des coûts mal conçue avec tous les effets pervers qu'elle comporte. A terme, les tarifications incontrôlées peuvent détourner les patients des services publics en raison des capacités financières limitées et des coûts prohibitifs, notamment hospitaliers.

La gratuité des soins, lorsqu'elle existe, relève davantage d'un principe que d'une réalité. La tarification des services reste particulièrement discriminante pour les plus démunis. Les mécanismes de prise en charge des « indigents » fonctionnent très mal : le clientélisme dominant conduit à délivrer des certificats sans relation avec la véritable indigence, et on estime aujourd'hui que 65% des patients bénéficient d'exemptions. Face à ce problème, les ONG médicales ont adopté les stratégies suivantes :

- un contrôle externe visant à prévenir les détournements et refacturations sauvages ;
- un retrait de l'assistance motivé par l'impossibilité à changer ou améliorer l'environnement de travail.
-

Dans le premier cas, les acteurs humanitaires reconnaissent s'épuiser, travailler dans un climat de suspicion, les partenaires devenant de potentiels « fraudeurs ». Comme on l'a vu à Kono, la deuxième solution ne résout pas le problème de la corruption qui renvoie également au débat sur l'efficacité et l'efficience de l'aide au secteur de la santé : doit-on se détourner de l'Etat ? Comment contribuer au renforcement des capacités du système de santé ?

21.3.2 Une demande supérieure à l'offre

Selon nos interlocuteurs, introduire systématiquement l'accès aux soins peut se révéler coûteux et peu efficace car la multiplication d'infrastructures en zone rurale n'a pas permis une amélioration notable de l'état de santé. Alors que dans certaines zones les centres de santé affichent un faible taux de fréquentation, les services hospitaliers appuyés par des ONG sont en revanche engorgés, surtout les services de pédiatrie qui doublent, voire triplent leur capacité d'hospitalisation.

Chez les enfants malades, les délais entre le début de la maladie et le recours aux soins sont décrits comme beaucoup trop longs. Le paludisme représente la première cause d'hospitalisation et frappe de nombreux enfants. Les humanitaires travaillant dans ces services conviennent qu'ils sont découragés par l'ampleur du problème.

21.3.3 Un impact limité dans le traitement curatif du paludisme

En dépit des énormes investissements humains et matériels, l'impact des interventions en matière de prise en charge thérapeutique du paludisme ne semble pas évoluer comme on l'espérait.

Plus personne n'ignore que le paludisme a un important coût direct (dépenses publiques pour la prévention et traitement de la maladie) et indirect mesurables (perte de productivité ou de revenu associé à la maladie ou au décès) et qu'il entrave sérieusement le développement économique. Les économistes lui attribuent un déficit de croissance annuel pouvant atteindre jusqu'à 1,3% dans certains pays d'Afrique.

Le protocole du Ministère de la Santé recommande la Chloroquine en traitement de première intention et le Fansidar® en traitement de deuxième intention. En Sierra Léone, on estime que sur les 61% d'enfants fiévreux de moins de 5 ans prenant des médicaments anti-paludiques, environ 59% reçoivent un traitement de Chloroquine.

La résistance à la Chloroquine, connue dans la zone depuis plusieurs années et estimée par différents intervenants entre 40% et 60%, est préoccupante mais ne semble pas entraîner une grande réactivité, que ce soit de la part du Ministère de la Santé, de l'OMS - dans le cadre du partenariat mondial « Faire reculer le paludisme »- ou des bailleurs de fonds.

Dans la pratique, ce sont les ONG, Médecins Sans Frontières (MSF) en tête, qui ont relancé le débat. Elles interrogent la position du Ministère, soupçonné de privilégier les intérêts des firmes pharmaceutiques locales. Le relatif manque d'intérêt des bailleurs a également été abordé. Enfin les ONG s'étonnent de la passivité de l'OMS et lui reprochent de s'aligner de manière inconditionnelle derrière les représentants du Ministère de la Santé. Cette perception est largement partagée par beaucoup d'ONG, même si certaines adoptent une approche plus nuancée, débattent du coût de traitement et se réfugient derrière le protocole thérapeutique du Ministère.

MSF est une des rares ONG à utiliser l'association thérapeutique contenant de l'Artémizine (traitement de trois jours à base d'Artézunate) et Amodiaquine. Chez un adulte, le coût d'un traitement de première intention est estimé à 0.13 \$ alors qu'il atteindrait entre 1 et 3 \$ pour l'association thérapeutique à base d'Artémizine.

La considération financière doit-elle prendre le pas sur la pertinence du médicament ? La stratégie est-elle de cautionner une politique thérapeutique dont on observe régulièrement les limites? Afin de documenter de manière plus précise la résistance à la Chloroquine, une enquête d'efficacité a été menée conjointement par plusieurs ONG (MSF, Merlin et Concern) et devrait être prochainement publiée. Ces efforts à la fois de documentation scientifique et de collaboration méritent d'être mentionnés. Souhaitons aussi qu'ils soient le premier pas vers une prise de conscience collective.

21.3.4 Suivi-adaptation des programmes et évaluation

En pratique les ONG médicales ont tout un système de rapport et d'audit interne. Face aux donateurs comme ECHO, il y a un dialogue permanent sur les objectifs et les difficultés avec des missions de suivi évaluation sur le terrain. Plusieurs évaluations, commanditées par les bailleurs de fonds, présentent les résultats des actions et leur impact sur les populations visées et les zones investies.

L'autre type d'évaluation, destinée à l'apprentissage, est plus rare. Nombre d'ONG se déclarent intéressées à tirer des leçons de l'expérience, mais là encore cela demande de sacrifier du temps à l'opérationnel. En Sierra Leone on constate aussi que la forte rotation des travailleurs humanitaires pénalise la diffusion des leçons tirées. Il s'agit souvent d'un personnel jeune et inexpérimenté qui privilégie l'action au détriment d'un travail de réflexion. Les contrats de courte durée ne leur laissent malheureusement pas le temps d'un travail de réflexion.

CONCLUSION

Cette mission dans les pays du Golfe de Guinée centrée sur la zone Guinée forestière –Sierra Leone met le doigt sur quelques-uns des grands défis auxquels est confrontée l'action humanitaire contemporaine :

22. DYNAMIQUE DE DEPLACEMENT DES POPULATIONS

22.1. DES CAMPS « 5 ETOILES » : LIEUX DE VIE OU FACTEURS D'ATTRACTION

Les acteurs humanitaires comparent souvent ces espaces à des « *camps cinq étoiles* ». Le visiteur de passage peut d'ailleurs s'y tromper au regard de l'allure urbaine des camps avec ses écoles, ses ateliers professionnels, ses marchés, ses dispensaires, ses boutiques de vidéo et ses restaurants.

Comme on l'a constaté, l'encadrement des camps s'appuie sur des impératifs logistiques qui ont pour objectif de fournir aux réfugiés les meilleurs services possibles dans des circonstances difficiles. Le passeport du réfugié est une carte de rationnement qui identifie son détenteur et garantit des droits à la nourriture, à l'hébergement et à des services de base sur un territoire limité. Vivant dans les camps, sous perfusion humanitaire, les réfugiés sont amenés à vivre des bouleversements dans leurs habitudes culinaires, d'habitat et culturelles. L'organisation des camps amène également une redistribution des fonctions entre hommes et femmes, entre aînés et cadets, par exemple concernant la médiation intracommunautaire entre réfugiés et agences humanitaires, le recensement des personnes et des besoins, ou les fonctions auprès des organisations humanitaires comme enseignants, vigiles ou agent de santé communautaire. On peut imaginer qu'à terme cette redistribution des fonctions induira une redistribution des pouvoirs entre les catégories sus-citées.

Comment les réfugiés se positionnent-ils à l'intérieur d'un espace aussi soigneusement régulé ? Sur le terrain on constate qu'ils réinterprètent les pratiques humanitaires d'une façon très particulière, par le biais de stratégies qui leur permettent à la fois de répondre aux critères de sélection des opérateurs, et de détourner le système de l'aide humanitaire à leur avantage. Les pratiques de « *recyclage* » sont variées et jouent sur les identités nationales et les glissements de statut : des réfugiés peuvent devenir citoyens (lorsqu'il s'agit, par exemple, de défricher et cultiver les terres autour des camps à l'initiative de projets destinés aux populations locales) et à l'inverse des citoyens peuvent changer d'identité et prendre le statut de réfugié en échangeant les cartes de rationnement.

Néanmoins, au-delà de ces pratiques que le HCR et le PAM s'efforcent de juguler, il est important de ne pas perdre de vue la trajectoire souvent dramatique des réfugiés, qu'ils soient sierra léonais, libériens ou ivoiriens. Les occupants des camps ont vu leurs vies bouleversées, ont enduré nombre de souffrances et ont expérimenté la violence et l'arbitraire. Outre le fait d'être totalement dépendants de l'aide, et de ne pas maîtriser la durée du séjour (dépendante d'un retour de la paix), le caractère normalement temporaire des camps de réfugiés, tout en suscitant des espoirs de retour, crée une situation d'attente déstabilisante.

22.2. DES LENDEMAINS INCERTAINS POUR TOUS

Au fil des derniers mois, une majorité des réfugiés sierra léonais est rentrée au pays, retour facilité par le HCR (transport au-delà de la frontière, délivrance d'un kit avec ustensiles de cuisine, lampe à pétrole, etc...). Aujourd'hui néanmoins on dénombre dans les camps de l'Albadariah environ 15.000 réfugiés qui semblent peu désireux de rentrer, malgré les programmes d'encouragement au retour mis en place par le HCR.

Paradoxalement le statut de réfugié semble devenu plus attrayant que le retour au pays. Certains évoquent des problèmes de sécurité ; d'autres appréhendent de retrouver, dans leur

village d'origine, d'anciens combattants responsables d'exactions en temps de guerre. De fait, leurs craintes sont assez compréhensibles si l'on considère l'excellent niveau d'accès aux services de base offert dans les camps et la situation de vulnérabilité qui prévaut de l'autre côté de la frontière : « *Quand vous partez d'ici vous ne savez pas ce qui vous attend ! Là bas, il n'y a pas d'école, pas d'eau et on ne sait même pas avec quel argent on va construire la maison* » Réfugié sierra léonais, Camp de Boreah.

La longue durée de séjour dans les camps peut parfois induire une perte de capacité d'initiative, notamment chez les jeunes, ce qui peut poser des difficultés d'intégration lors de leur retour en Sierra Léone.

Les retours doivent théoriquement être « volontaires ». Comment assurer que les retours peuvent se mettre en place sans pression exagérée sur les réfugiés (*push factor*) et avec suffisamment d'attractivité (*pull factor*) et d'assurance sur la sécurité dans les zones d'accueil ?

Les campagnes d'information « *Home, go home* » leur paraissent dérisoires comme incitation au retour, et beaucoup ont le sentiment de ne pas être compris. Par exemple, les préoccupations des réfugiés par rapport aux semences qu'ils ne pourront pas récolter s'ils sont contraints de partir ont été à peine prises en considération. Plusieurs témoignages de réfugiés indiquent aussi un manque de consultation quant à leur retour en Sierra Leone : « *Personne ne nous demande pourquoi nous ne voulons pas partir* » Comité de réfugiés de Boreah

Pour les réfugiés ivoiriens et libériens, au cœur de la brousse guinéenne, sans maison et sans citoyenneté, hésitants entre aller dans les camps de transit, se fondre dans la population, ou attendre la moindre occasion pour rentrer au pays, l'avenir reste peu prévisible. Quelques questions résument ces interpellations :

- Dans ces contextes d'extrême mobilité, se mettent en place à la fois des processus de rapatriement (retour des camps après parfois près de dix ans d'exil dans des zones dévastées et sans infrastructures) et la perpétuation de dynamiques d'accueil de réfugiés venant d'un autre pays voisin : comment gérer équité, adaptation, réactivité ?
- Comment gérer au mieux l'articulation réfugiés/environnement villageois et naturel (tensions, nuisances...) ? Quand les camps se videront, comment peut-on gérer l'effet de « déflation » créée par le départ des réfugiés et des organisations humanitaires dans une zone modifiée et perturbée au niveau économique, environnemental, social, par une telle présence ?
- Comment éviter que les niveaux et modalités d'assistance dans les camps ne créent des dynamiques de dépendance ou des niveaux d'exigence pour une assistance humanitaire à laquelle les populations entourant les camps ou vivant dans les zones de retour n'ont pas et n'auront jamais accès ? Que faire pour éviter le développement du « syndrome du camp » (caractérisé par la perte d'initiative, et l'attitude plaintive et revendicatrice) : l'assistance assure la survie matérielle mais quid du soutien à la vie, à

la capacité de décision, à la vie culturelle, au désir d'initiative, au désir et à la capacitation au retour ?

23. LES ENJEUX DU LIEN URGENCE-REHABILITATION-DEVELOPPEMENT

Cette mission double sur la Guinée et la Sierra Leone soulève, autour du thème du lien « urgence-réhabilitation-développement ou *LRRD* un certain nombre de questions. La prégnance de ces interrogations à travers la sous-région et, de façon plus large, sur les situations de sortie de crise, auxquelles sont confrontés les acteurs de l'urgence et du développement est permanente :

Quelles peuvent être les « stratégies de sortie » pour les ONG d'urgence qui ne souhaitent intervenir que durant cette phase de la « gestion de la crise » ?

L'action dans des situations de sortie incertaine de crise durable pose spécifiquement toute une série de questions. Dans ce type de scénario stratégique d'évolution choisie par la communauté internationale, la priorité est à la consolidation de la paix et à la reconstruction de l'Etat. L'impact de cette hypothèse sur la réflexion stratégique des acteurs est évidemment centrale. Il faut saluer les efforts des ONG eu égard à un contexte difficile, aux besoins et aux goulots d'étranglement du système de santé. Cependant leur capacité d'action est limitée par une absence de vision à long terme, un important *turn over* et la faible détermination des acteurs locaux à s'engager dans de véritables changements.

Comment assurer que les modes de financement qui se mettront en place pour la phase de « post-urgence » pourront à la fois accompagner les dynamiques de lien « urgence-réhabilitation-développement » sans interruption des programmes, et permettre de faire face aux multiples « mini-urgences » qui ne manqueront pas d'émerger ?

L'élaboration par les services de la Délégation de la Commission Européenne de Guinée et de Sierra Leone d'un instrument financier est innovant pour la mise en place d'un programme « *LRRD* ». Cet instrument devrait permettre de faire face à la situation classique et souvent dramatique du creux de financement entre le départ d'ECHO et la mise en place des lignes de financement pour le développement de la Commission.

Comment passer des modalités d'assistance gratuite caractéristiques de l'aide humanitaire, à des processus payants (recouvrement des coûts, micro-finance) avec participation des populations, qui sont à la base des processus de développement ?

L'équilibre budgétaire en général, le financement du système de santé en particulier sont des questions essentielles qui engagent la crédibilité et la pérennité du système mis en place. Même si les ressources de l'Etat sont largement insuffisantes, la question de l'allocation est aussi en relation avec la bonne gouvernance. Face à la maladie, les populations adoptent plusieurs stratégies de recours aux soins, souvent mal connues et peu prises en compte. Les tarifications occultes semblent agir négativement sur la demande de soins et pénaliser les ménages en situation de vulnérabilité financière, particulièrement ceux qui rentrent au pays après plusieurs années passées dans les camps.

Quelles stratégies et ressources humaines pour les ONG souhaitant accompagner cette phase de réhabilitation, singulièrement différente de la phase d'urgence ?

Les échanges de savoir-faire entre urgenciers et développeurs sont encore trop rares. Le processus de reconstruction du pays peut-il créer de nouvelles bases ? L'initiative d'ECHO et de la CE, conçue comme un outil de transition permettant de planifier une action sur trois ans et de pérenniser les activités de l'urgence, pourrait le laisser espérer.

24. AMELIORER LES PRATIQUES FACE A L'ETHIQUE : LA QUALITE EN CHEMIN

On relève un certain nombre de points très positifs pour l'avenir des pratiques des acteurs sur le terrain:

- ***La mise en place par les Nations Unies d'un système d'information (de fond, conjoncturelle, cartographique) très efficace.*** Ce Système d'Information pour la Sierra Leone (SISL) d'OCHA, dans la ligne émergente des HIC (Humanitarian Information System), est une vraie innovation qui se met en place dans diverses situations de crise et répond à un vrai besoin.
- ***La réactivité des organisations est citée comme un aspect positif dominant*** par l'ensemble des acteurs interviewés. Ce point fort se traduit de façon unanime par l'efficacité d'une aide en terme de rapidité d'intervention, de distribution alimentaire, d'hébergement et d'accès aux soins pour les réfugiés.
- ***L'efficacité porte essentiellement sur les modalités de mise en œuvre de l'aide*** dans les camps de réfugiés, son suivi (nombre de réfugiés, origine, nombre de personnes dépendantes, nombre d'enfants non accompagnés, de femmes chef de famille...) et ses résultats directs soumis aux indicateurs standards (rations distribuées, monitoring, taux de mortalité, de morbidité, couverture vaccinale, eau potable ...).
- ***Un réel développement créatif des programmes de prise en charge de nouveaux secteurs***, comme les violences individuelles faites aux femmes et aux enfants ou l'éducation dans les contextes de réfugiés et de post-crise. La réalité de l'impact de cette évolution reste encore à évaluer, mais elle représente néanmoins un progrès important.
- ***Une réflexion de plus en plus poussée autour des questions de participation*** dans l'action humanitaire et de l'impact de ces « nouvelles façons de faire » sur l'adaptation des programmes et sur le *LRRD*.
- ***Un apprentissage des responsabilités civiques et d'une promotion des femmes*** : A travers l'aide humanitaire, réfugiés sierra léonais, libériens ou ivoiriens connaissent

des processus de transformation. De retour dans leur pays d'origine, on peut imaginer que certains réfugiés seront à même d'introduire une dynamique de changement.

Les impacts positifs et négatifs de l'aide humanitaire peuvent être décrits aujourd'hui sur plusieurs champs :

- ***Un écart important de condition de vie*** entre les réfugiés et les populations locales en terme d'alimentation (pas de problème de nutrition dans les camps alors qu'il existe dans les villages), d'accès aux soins (les urgences sont prises en charge dans les camps mais pour les autres soins les villageois doivent faire appel aux structures de santé locales), d'eau et d'assainissement (quelques puits ont cependant été installés dans les villages), d'activités génératrices de revenus (quelques villages en bénéficient avec certaines organisations).
- ***Un inversement des flux des marchés*** (souvent, ce sont les villageois qui viennent dans les camps pour les marchés et non les réfugiés qui vont dans les villages) ***et du coût des denrées*** (en particulier le riz).
- ***Une déforestation importante*** a été la conséquence immédiate de l'installation des camps, liée à la carbonisation massive des arbres par les réfugiés; par ailleurs la méconnaissance des essences d'arbres chez les réfugiés a entraîné un abattage d'arbres rares ou anciens.
- ***Un désenclavement de certains villages qui pose question*** car un village qui fonctionnait de façon autonome jusqu'alors devient plus ou moins dépendant d'une assistance de proximité qui prendra fin un jour, sans avoir forcément mis en place des actions de développement permettant une évolution favorable. Certes les villages bénéficient actuellement d'accès routiers, d'accès aux soins ou d'autres prestations, mais pour combien de temps encore et avec quelle perspective de relais ?
- ***Des camps de transit qui durent*** et dont les réfugiés ne peuvent bénéficier d'activités génératrices de revenus ou de formations tant que les camps conservent cette appellation. Le camp de Nonah en est un exemple. De plus ce camp est bâti sur une zone à termites, ce qui fait que toutes les constructions en bois se fragilisent et demandent à être reconstruites en dur (travaux déjà en cours), ce qui génère un coût supplémentaire.
- ***Une revente d'une partie des rations alimentaires*** par les réfugiés pour avoir du « cash » et acheter des condiments et épices. La nourriture distribuée n'étant pas adaptée à l'alimentation des réfugiés (ils mangent habituellement du riz alors qu'on

leur donne essentiellement du boulgour), ils revendent également une partie de leur ration mensuelle pour acheter d'autres céréales.

- ***Une mauvaise gestion mensuelle des rations*** par les réfugiés, liée soit à la revente des denrées évoquée précédemment, soit au syndrome « d'abondance » constaté après la distribution. Ce qui entraîne parfois une sous-alimentation en fin de mois avant la distribution suivante. Une distribution à intervalles plus courts éviterait peut-être ce phénomène mais l'état des routes et les distances entre les lieux de stockage et les camps ne permettent pas cette alternative.
- ***Un phénomène de recyclage chez les réfugiés*** qui se font enregistrer plusieurs fois afin de bénéficier de rations supplémentaires.

Certaines organisations revendiquent un « haut niveau de prise en charge » avec un déploiement de matériel et d'effectif humain important (jusqu'à onze expatriés sur une base visitée). Mais de nombreuses questions demeurent, auxquelles les réponses apportées par les humanitaires diffèrent considérablement :

- Comment garder un positionnement d'indépendance et d'impartialité (si ce n'est même de neutralité) quand il y a une injonction globale à l'intégration des actions dans les plans de l'Etat renaissant, dont par ailleurs la stratégie et les options techniques peuvent être parfois très discutables (question du traitement de la malaria) ?
- Comment articuler l'action des civils (ONG, aides bilatérales et multilatérales) et des militaires (UNAMISL) alors que la tendance d'implication des seconds dans la sphère des premiers est très régulièrement observée (actions civilo-militaires) ?
- Dans les camps, les questions de coordination et de protection restent prégnantes. On peut s'interroger sur la stratégie du HCR de « délégation » de ces deux tâches à des ONG. Représente-t-elle seulement une mesure d'économie ou amène-t-elle un réel mieux ?

25. LES GRANDES INTERROGATIONS SUR L'AVENIR

Si la plupart de nos observations prennent place essentiellement dans des registres techniques ou affectant de façon opérationnelle les pratiques des acteurs humanitaires, les membres de l'équipe n'en ont pas moins été extrêmement sensibles à la détresse des populations et aux « nuages noirs » qui demeurent hélas très présents :

- Que faire des nombreux points d'interrogation qui demeurent en Sierra Léone du fait que la plupart des « causes de la crise » sont encore présentes (surcroît de pouvoir des Paramount Chiefs et pratiques de corruptions qui y sont liées, inégalité perçue de

traitement entre la Côte et les franges de l'intérieur, absence de perspectives pour les jeunes dans une société paralysée par le conservatisme du système traditionnel, etc.) ?

- Le domaine de l'extraction et du commerce des diamants reste un secteur difficile sur lequel les intérêts nombreux entraînent de nombreux dérapages de « gouvernance ». Comment garder une position humanitaire respectée et respectable dans un contexte où la gestion des richesses du pays génère de la corruption, sous l'œil bienveillant de mafias et d'entreprises occidentales ?
- Si l'action humanitaire ne doit sans doute pas poser publiquement la question de l'absence de justice rendue, suite aux atrocités de la guerre, comment gérer celle de l'impunité des crimes ?

ANNEXES

ANNEXE N°1 : TERMES DE REFERENCE

MISSION DU PROJET QUALITE EN GUINEE

1. INTRODUCTION

Une équipe pluridisciplinaire au sein du groupe URD mène un **programme de recherche opérationnelle** intitulé : le Projet Qualité. Ce Projet est conduit en partenariat avec plusieurs ONG humanitaires et en échange régulier avec les institutions internationales. L'un des objectifs de cette recherche est l'élaboration d'un outil d'aide méthodologique destiné aux organismes d'aide humanitaire (siège et équipes de terrain), afin d'améliorer la mise en œuvre de tout le cycle d'un projet. L'objectif final de ces travaux de recherche opérationnelle est bien évidemment l'amélioration du service rendu aux bénéficiaires de l'aide. Afin de mener cette recherche opérationnelle, l'équipe du Projet Qualité effectue plusieurs missions dans différents pays dont la Guinée. Ceci permet de rencontrer des organismes d'appui travaillant dans différents secteurs et différents contextes : visites de projets, entretiens avec les acteurs, les autorités locales, les bénéficiaires de l'aide, ateliers de restitution et débats, communication des rapports pour susciter des réponses, sont autant de modalités de recueil des informations nécessaires à l'élaboration de ce projet Qualité. La Guinée forestière abrite depuis plus de dix ans d'importantes concentrations de réfugiés qui sont arrivés en plusieurs vagues de la Sierra Leone et du Libéria voisin, deux pays touchés par des conflits internes dramatiques. Plus récemment, le conflit ivoirien a lui-même induit de nouvelles arrivées de réfugiés en Guinée voisine. Les pratiques humanitaires que l'on trouve dans cette région couvrent toute la gamme des activités que l'on peut voir dans le cadre de programmes pour réfugiés. : accueil d'urgence, programmes « care and maintenance », appui aux villages au voisinage des camps, préparation aux retours, etc. Programmes techniques, enjeux de protection, intégration entre urgence et développement : il y a là un domaine à explorer très riche pour à la fois capitaliser des expériences très riches et approvisionner les travaux d'élaboration de l'outil Qualité.

2. OBJECTIF GENERAL

Faire un état des lieux de la pratique de l'aide réalisée par les différents acteurs humanitaires dans les zones des réfugiés afin d'identifier les opportunités d'amélioration des projets en terme de qualité.

3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

3.1. Objectif N°1:

Collecter les informations permettant de compléter les données déjà recensées dans d'autres contextes sur les pratiques d'aide, et notamment collecter les informations spécifiques aux contextes de réfugiés.

Actions: identifier les informations pertinentes pour la démarche qualité, et notamment compléter la connaissance au niveau des diagnostics suite aux précédentes missions déjà effectuées par des membres du Groupe URD en Guinée ; identifier les domaines concernés (santé, nutrition, agriculture et sécurité alimentaire) ainsi que les axes transversaux pertinents (protection, genre, environnement, lien urgence-développement, etc.) à prendre en compte dans l'étude. Elaborer le dispositif d'enquête sur les domaines identifiés et sur les différentes phases du cycle de projet(identification et

diagnostic, mise en œuvre, suivi, évaluation). Réaliser la collecte des données complémentaires auprès des organismes d'appui, bénéficiaires et acteurs. recueillir les données autres mais suffisamment significatives par rapport à l'objectif global

3.2. Objectif N°2: Analyse des pratiques (santé, agriculture, sécurité alimentaire)

Après confrontation des analyses entre les différents membres de l'équipe et suite à une restitution, il y aura rédaction d'un rapport et circulation d'un premier draft ; retirer les éléments importants à la fois en terme de qualité en général pour l'amélioration de l'outil qualité en particulier.

3.3. Objectif N°3 : Repérer les opportunités d'amélioration des projets en terme de cycle de projet

S'appuyer sur les études en cours et spécialement cette mission pour en extraire les éléments significatifs: étapes méthodologiques de projet. points positifs. points à améliorer ; Pratiquer une enquête spécifique à partir d'une grille (entretien semi-directif) issue du projet qualité en cours d'élaboration ; croiser les données et proposer des axes d'amélioration

3.4. Objectif N°4 : Communication des résultats d'enquête

Restitution et échanges avec les partenaires d'appui sur le terrain ; restitution et échanges avec les sièges à Conakry ; restitution au retour à Paris, suite à la circulation du rapport de mission ; mise en ligne du rapport final sur les sites web du Groupe URD (www.urd.org) et du Projet Qualité (www.projetqualite.org)

4. METHODE

Echanges constructifs avec les organismes d'appui (restitutions, guide d'entretien) ; Participation et implication des bénéficiaires à l'étude (rencontre de ceux-ci, discussion sur les impacts des actions) ; Montage des grilles d'enquête avec une trame commune, mais avec des différenciations suivant le domaine. Typologie des zones à étudier ; Etude sur le terrain à partir des grilles d'enquête, d'observations, d'entretiens, de visites sur sites

5. CALENDRIER

5.1. Travaux de préparation de la mission

Ceux-ci commencent par l'atelier interne de l'équipe de la mission, le week-end du 1-2 novembre 2002, aboutissant aux présents Termes de Références. Diverses tâches ont aussi été prévues pour la période avant départ :

Communication du draft des Termes de Référence aux organismes d'appui pour obtenir des feed-back ; Organisation de la logistique de la mission ; Mise à jour de l'information bibliographique.

5.2. Déroulement de la mission

La mission s'est donnée le calendrier suivant :

| Jours | Lieu | Taches à réaliser |
|-------------|-------------|--|
| 24/126/11 | Conakry | Rencontre des partenaires (bailleurs, organismes d'appui) |
| 27/11- 1/12 | N'Zérékoré | Enquêtes auprès des organismes d'appui et des bénéficiaires, visite des réalisations et restitutions |
| 2/12- 6/12 | Kissidougou | Enquêtes auprès des organismes d'appui et des bénéficiaires, visite des réalisations et restitutions |
| 07-09/12 | Conakry | Restitution |

5.3. Activités post-mission

Ensuite, la mission se donne 1 mois pour la préparation du premier draft du rapport qui sera mis en circulation.

6. COMPOSITION DE L'EQUIPE

L'équipe sera composée des spécialistes suivants : Georges Jay, spécialiste de l'agriculture et de la sécurité alimentaire ; Christine Bousquet, spécialiste de santé publique ; Anne-Lise Haffner, spécialiste « qualité » ; Collègue national mis à disposition par une ONG locale spécialisée

7. ORGANISMES ET PERSONNES A RENCONTRER

Les institutions et organisations à rencontrer : Institutions nationales : Ministères à Conakry, Préfets et services techniques des préfectures ; Organisations internationales : HCR, PAM, FAO, OMS, CICR ; Organisations Non Gouvernementales : MSF, ACF, SCF, EDMDR,

MISSION DU PROJET QUALITE EN SIERRA LEONE

1 INTRODUCTION

Cette mission s'inscrit dans le cadre du Projet Qualité dont l'un des principaux objectifs est l'élaboration d'un outil d'auto-évaluation destiné aux acteurs humanitaires, afin d'améliorer le service rendu aux bénéficiaires. En partenariat avec plusieurs ONG, le Groupe URD a conduit des études de cas dans différents contextes, notamment au Honduras, au Salvador et en Afghanistan. Ces travaux s'appuient sur un processus de recherche opérationnelle ; ils analysent non seulement la qualité et l'évolution des programmes mais tirent également des leçons sur les actions menées dans le cadre des crises durables et des sorties de crise.

Suite à ces travaux et afin de compléter l'information recueillie, il est apparu nécessaire de prendre en compte les actions humanitaires orientées vers la problématique des réfugiés et des déplacements de population et d'effectuer une mission dans le Golfe de Guinée (Guinée Conakry et Sierra Léone). En effet, cette zone se caractérise, depuis plus de dix ans, par une série de crises qui a provoqué des déplacements massifs chez les populations sierra léonaises et libériennes.

Après onze années de guerre civile, la situation semble évoluer favorablement en Sierra Leone. Les combats ont cessé au cours du premier semestre 2001 et le désarmement des différents combattants (milices gouvernementales et groupes rebelles) s'est achevé en janvier 2002 sous le contrôle de l'ONU. Les élections générales du 14 mai 2002 ont parachevé ce processus de retour à la paix intérieure et à la reconstruction mais la capacité du gouvernement à consolider son autorité et à mettre en œuvre des réformes institutionnelles reste encore fragile.

2 OBJECTIFS

L'objectif général de cette mission est d'établir un état des lieux des actions menées en faveur des populations affectées par la crise et leur prise en charge dans les programmes de retour et de reconstruction.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- **Objectif # 1 :** A partir de la collecte d'informations, suivre la dynamique des retours et comprendre l'adaptation des programmes à ces évolutions en analysant plus particulièrement les pratiques d'aide dans les domaines de l'agriculture, de la sécurité alimentaire, de la santé et de la nutrition.

- **Objectif # 2 :** Analyser les axes transversaux pertinents au contexte de l'aide en Sierra Léone. Ces derniers concernent en particulier :
 - l'impact socio-économique, y compris les questions de genre ;
 - les interactions entre aide et mouvements de populations ;
 - la liaison urgence-réhabilitation-développement ;
 - les processus de consultation et participation mis en œuvre ;
 - la protection des populations.

Seront aussi analysées les contraintes opérationnelles pesant sur l'action:

- les questions de logistique et d'accès ;
- les questions de sécurité ;
- les politiques des bailleurs ;
- les ressources humaines (nationales et internationales) ;
- la coordination.

Objectif # 3 : Repérer les opportunités d'amélioration des projets, croiser les données et proposer des axes d'amélioration en particulier sur (1) les pratiques d'aide dans les différents domaines cités ci dessus et au cours des différentes phases du cycle de projet ; (2) sur l'outil Projet Qualité, notamment en ce qui concerne le processus du cycle de projet et les critères d'évaluation se rapportant à ses différentes phases.

Objectif # 4 : Restituer le bilan de la mission et débattre des principales conclusions et recommandations avec les différentes parties prenantes (acteurs humanitaires, bailleurs de fonds).

3 METHODE

Afin d'appréhender la diversité des problématiques humanitaires et la dynamique des retours en zones urbaines et rurales, la mission s'attachera à analyser les actions menées à Freetown et dans le District de Kénéma.

A partir d'une grille d'entretien et d'analyse élaborée pour le recueil de l'information, les méthodes de collecte de données s'appuieront sur des entretiens ouverts avec les représentants des ONG internationales, le CICR, les agences des Nations unies, les autorités locales et les bailleurs de fonds. Les observations de terrain et des visites de sites combinées aux discussions formelles et informelles avec les acteurs humanitaires compléteront le recueil d'information. En raison du délai affecté à cette mission, les contacts auprès des bénéficiaires seront opportunistes.

4 COMPOSITION DE L'EQUIPE

L'équipe multidisciplinaire sera composée de :

- François Grünewald, Ingénieur agronome, spécialiste en sécurité alimentaire et chef d'équipe
- Christine Bousquet, Spécialiste en santé publique
- Dr Hugues Maury, Spécialiste en Assurance Qualité.

Plusieurs membres de l'équipe sont familiers avec la Sierra Léone et la problématique des réfugiés et des déplacés.

5 PLAN DE TRAVAIL ET CALENDRIER DES ACTIVITES

Une phase préparatoire a précédé le travail de terrain, permettant de développer les présents Termes de Référence, de rechercher et d'analyser la documentation, et de mettre en place une méthodologie commune.

Le travail de terrain, d'une durée de deux semaines, fera suite à la mission en Guinée et se déroulera du 6 au 20 décembre.

Les résultats escomptés sont les suivants :

- un processus de feedback auprès des opérateurs rencontrés prenant en compte les délais impartis et les contraintes logistiques ;
- un rapport de mission : au retour de la mission, un rapport final rédigé en français sera remis au plus tard le 10 janvier 2004. Le texte principal du rapport n'excèdera pas 30 pages, auxquelles viendront s'ajouter le résumé synthétique présentant les résultats et les recommandations et les annexes. Ce rapport, traduit en anglais dans le mois suivant, sera largement diffusé auprès des opérateurs et des bailleurs de fonds ;
- une restitution organisée dans le cadre de la présentation de l'Outil Qualité (France, mars 2004) afin de débattre des résultats de la mission avec les partenaires du Projet Qualité.

ANNEXE N° 2 : ITINERAIRE MISSION, PERSONNES RENCONTREES

PARTIE GUINEE

24/11/03 Paris – Dakar – Conakry

25/11/03 Entretien avec M. R. Oliver et Me A. Barry, Département Santé et Nutrition, PAM

26/11/03 Entretien avec Me C. Bohot, Chef de Mission, MSF-B

Entretien avec M. T. Merkelbach, Chef de Délégation, CICR

27/11/03 Départ Conakry – N'Zérékoré

Présentation du projet Qualité à M. C. Ortega, Chef de la Sous Délégation HCR

28/11/03 Entretien avec M.M.P Gina, Coordinatrice de Programme GBV, ARC

Entretien avec M. F.Gillet, Coordinateur de terrain, MSF-S

Entretien avec M. S. Bonino, Chef de Base, ACF-E

29/11/03 Visite du camp de Nonah

Me K.Keita, Responsable Distribution, PAM

M. B.Y. Bitra, Président, Comité du camp

M.P. Koivogi, Programme Eau et Assainissement, ACF-E

M. M.Kanté, Coordinateur du BCR

30/11/03 Visite du camp de Lainé

M. L.Sherif, Sous Préfet de Lainé

M.O.Nonamou, Coordinateur du BCR

Comité de réfugiés et M. M.Camara, Point focal HCR

Equipe technique ACF-E

Entretien avec des villageois, Lainé

01/12/03 Entretien avec Me E.Isaac, Coordinatrice Santé Mentale, ACT

Entretien avec M. M.Cissé, Volet Formation Professionnelle, SCF-USA

Présentation du Projet Qualité, Réunion de Coordination, HCR

Entretien avec le Dr A.F Sandouno, Chef de Bureau FISCR/CR

Entretien avec Dr L.Diarra, Coordinateur, OMS N'Zérékoré

Entretien avec M E. Labande, Chef de Bureau, PAM

02/12/03 Visite du camp de Kola

M. M. Lamah, Chef de District

M. M.Kama, Administrateur du BCR et. Koné, Point focal HCR

Représentant du Comité des Réfugiés de Kola

Discussion de groupe avec des animatrices de santé

Visite du poste de santé de la Croix Rouge

Visite du poste de santé du Ministère, Kola et entretien avec M. Kalivogui, Agent de Santé

03/12/03 Entretien avec le Dr Bangourah, Directeur Régional de la Santé, N'Zérékoré

Présentation du Projet Qualité au Dr ; Mustapha, Responsable Santé et Nutrition, HCR, N'Zérékoré

Départ N'Zérékoré – Kissidougou

Entretien avec Me C.Villar, Chef de Base, ACF-E

04/12/03 Entretien avec M. S.Sangaré, Administrateur social, FISCR

Entretien avec M. M. Mbanda, Coordinateur de Programme, Caritas

Entretien avec Dr Prosper, Coordinateur Médical, MSF-Belgique

05/12/03 Réunion avec les représentants du village, Boreah

Visite du camp de Boreah :

Entretien avec M. M.Kabah, Administrateur, BCR

Entretien avec M. C.Fogana, Agent de Liaison, MSF-B

Entretien avec les représentants du Comité des Réfugiés

06/12/03 Entretien avec M. P. Villedieu, Coordinateur Régional, EDR

Entretien avec le Dr S. Kabalah, Médecin, DPS

Travail d'équipe : mise en commun de la collecte d'information

07/12/03 Retour Kissidougou – Conakry, voie terrestre

Débriefing en équipe

08/12/03 Entretien avec M. Ari Toubo Ibrahim, représentant FAO en Guinée

Entretien avec M. Jacques Biau, attaché de coopération, SCAC, ambassade de France

09/12 Entretien avec M. Moussa Bah, coordinateur des opérations à l'AFVP

Entretien avec Mme Veerle Smet, Union Européenne

Entretien avec M. Hakan Falkell, , Deputy Country Director

Retour sur Paris pour une partie de l'équipe

PARTIE SIERRA LEONE

08/12/03 Conakry – Freetown

Entretien avec M. D. Berrendorf, Assistant Technique/ECHO et Yan Byram, Assistant Technique/CE

09/12/03 Entretien avec M. R.Attinger, Assistant Technique, Coopération française et D.Baduel, NaCSA

Entretien avec le Dr P.Crépin, Assistant Technique, UE/Ministère de la Santé

Entretien avec M. I.Conteh, Chargé des Relations Extérieures

Entretien avec M. F.Malardeau, Chef de Mission, ACF

10/12/03 Entretien avec M.S Doyon, Chef de Mission, MSF-F

Entretien avec Me R. Magoga, Chef de Mission, MSF-B

11/12/03 Freetown – Makéni

Visite du TFC et discussion avec le personnel d'ACF, Makéni

Entretien avec Me I. Bertrand, Infirmière nutritionniste, ACF, Makéni

12/12/03 Visite des services de pédiatrie et de maternité, Hôpital Gouvernemental de Makéni, MSF-H

Entretien avec le Dr D. Ilustre, MSF-H

Visite du CNS de Masouba, MOH/ACF

Makéni - Koidu

13/12/03 Entretien avec le Dr D.Bome, Médecin, Hôpital Gouvernemental de Koidu

Visite d'un point de distribution du HCR; discussions avec les familles rentrées de Guinée Forestière

Entretien avec M. B.Gorry, Responsable de Programme, PU

Entretien avec M. A. Cippia, Ingénieur, COOPI

14/12/03 Visite du village de Yendéma, Programme Eau et Assainissement, PU

15/12/03 Entretien avec M. S.Maina, Responsable de Programme, MERLIN

Koidu - Kénéma

16/12/03 Prise de contacts

Entretien avec Mrs D. Wright, Assistante de Programme, UNHCR

Entretien avec M. D.Baduel, Coordinateur Général, NaCSA

Entretien avec M. M. Gbouma, Coordinateur Régional, Kénéma, NaCSA

Visite du camp de Largo et entretien avec les représentants du comité des réfugiés

17/12/03 Visite du camp de Tobanda et entretien avec les représentants du comité

Entretien avec le Dr Conteh, Service Fièvre de Lassa, Hôpital Gouvernemental de Kénéma

Entretien avec Me A.Benton, Consultante GBV, IRC

Entretien avec M. M.Burns, Coordinateur, MENTOR

18/12/03 Kénéma – Freetown

Entretien avec M. R. Révoltier, Conseiller des Affaires Etrangères

19/12/03 Entretien avec M. D. Brigham, Chef de Mission, Merlin

Entretien avec le Représentant du DFID à Freetown

Entretien avec Me. B. Martin, Coordinatrice GBV, IRC

Débriefing M. D. Berrendorf, Assistant Technique, ECHO et M. Yan Byram, Assistant Technique CE

20/12/03 Freetown – Conakry

Debriefing: M. J-M. Bouvard, Attaché de Coopération, Ambassade de France et M. R. Attinger, Assistant Technique, Coopération française

Conakry - Dakar

21/12/03 Dakar – Paris