



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

27 | 2010

Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ?

Médecins du Monde en Khyber–Pakhtunkhwa, Pakistan

Marc Tyrant et Stéphane Berdoulet



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/876>

ISBN : 978-2-918362-45-6

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 19 décembre 2010

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Marc Tyrant et Stéphane Berdoulet, « Médecins du Monde en Khyber–Pakhtunkhwa, Pakistan », *Humanitaire* [En ligne], 27 | 2010, mis en ligne le 19 janvier 2011, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/876>

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

Médecins du Monde en Khyber-Pakhtunkhwa, Pakistan

Marc Tyrant et Stéphane Berdoulet

- 1 **Le 18 juin 2009, Médecins du Monde (Mdm) démarrait une offre en soins de santé primaire via deux cliniques mobiles dans le district de Swabi, en Kyber-Pakhtunkhwa (KPK, ex-NWFP) au Pakistan. Il s'agissait alors de répondre au plus grand déplacement de population qu'à connu le Pakistan depuis sa création, suite à l'offensive militaire lancée contre les insurgés de la vallée de Swat. Aujourd'hui, cinq équipes mobiles travaillent auprès des personnes affectées par la crise, sur trois districts.**

Retour sur expérience

- 2 L'objectif de cet article est de partir de l'expérience du projet et de dessiner les contours de la valeur ajoutée de Médecins du Monde dans le contexte de cette crise. Du postulat d'une légitimité pour agir, sur la base de notre expertise de ce type de crises et de cet environnement spécifique, la réponse humanitaire a évolué par des allers-retours constants entre les caractéristiques ontologiques de l'organisation – ce qu'elle veut faire et permet de faire – et la compréhension toujours plus fine des dynamiques de cette crise – en termes de contraintes et opportunités. Ainsi, par cette méthodologie du « jeu de miroir », inscrite au cœur de sa démarche stratégique, Mdm a cherché maintenir l'équilibre entre une réponse adaptée aux besoins et les risques afférents au contexte pour le projet et les équipes.
- 3 Après une courte généalogie du projet en cours, il semble intéressant d'illustrer de manière concrète le « jeu de miroir » effectué, en privilégiant des éléments relatifs au cadre de l'intervention, aux rapports avec la population affectée et aux acteurs impliqués dans cette crise. De là, nous pourrions examiner ce que nous avons appris.

La crise de la Vallée de Swat

- 4 MdM a pu rapidement démarrer une intervention, après une mission exploratoire d'évaluation des besoins nés de l'intervention militaire pakistanaise dans sa périphérie. A ce jour, le projet perdure avec « mobilité, réactivité et performance » pour mots-clés résumant ses orientations stratégiques.
- 5 L'origine de la crise remonte en partie à l'existence d'activités militantes en zone tribale (FATA) et dans la vallée de Swat, KPK depuis le milieu des années 2000. Après une longue période de tergiversations des autorités et de réponses ambiguës, au travers d'accords éphémères de dévolution, une intervention militaire de grande ampleur débute en avril-mai 2009 sous les pressions internationales.
- 6 Les opérations provoquent immédiatement un afflux massif de près de trois millions de déplacés, s'ajoutant au demi-million qui avait précédemment fui d'autres zones de combat, mettant rapidement en évidence l'impréparation des autorités. Cependant, les caractéristiques de la situation concernent notamment la tendance des populations à se regrouper au sein de familles hôtes, plutôt que dans des camps (qui hébergent seulement 20% des déplacés). Il faut également noter que dans le calendrier agricole, la crise survient peu avant les récoltes et impacte immédiatement les niveaux de stocks à court et moyen termes. Enfin, beaucoup des infrastructures locales sont détruites par la violence des combats.
- 7 Malgré l'ampleur des conséquences, le gouvernement ne fait pas appel à l'aide internationale et qualifie cette crise de « trouble à l'ordre public ». Cela limite de facto les responsabilités des acteurs au conflit et le champ d'intervention des acteurs de la solidarité.

Où sommes-nous un an et demi plus tard ?

- 8 Le projet se décline aujourd'hui en cinq cliniques mobiles opérant dans différents sites des districts de Swabi, Buner et Kohat. Les équipes offrent des soins de santé primaire et ce avec plus de 2500 contacts médicaux par semaine. La liste des sites d'interventions a évolué depuis le démarrage des activités : d'abord sur Swabi, dans les localités d'accueil des déplacés, puis dans Buner qui, selon les lieux, voyaient des populations arriver et se regrouper, transiter sur la route vers le Sud ou fuir les combats, notamment dans la division de Chargazai. Enfin, deux équipes ont été montées pour intervenir sur Kohat ; district d'accueil des déplacés fuyant les zones tribales, théâtres de nouvelles opérations militaires, comme l'Agence d'Orakzai. A ce jour, une sixième équipe est recrutée pour répondre aux besoins des populations présentes dans le district de Hangu. Jusqu'à 14 lieux voyaient les équipes MdM ; 6 sont encore couverts aujourd'hui.
- 9 Un tel déploiement s'est organisé autour de trois axes ou orientations stratégiques, illustrés par trois substantifs. En premier lieu, la mobilité ou le fait de vouloir et pouvoir rejoindre les gens là où ils sont. Les raisons de la crise et le contexte du KPK poussent les populations – pour celles qui en ont l'opportunité – à quitter leurs villages avant les combats, pour se réfugier chez des parents éloignés et à revenir rapidement chez eux, sitôt la fin des hostilités en phase aigüe. Les victimes se déclinent en déplacés,

hôtes, retournés et left-behind (ceux qui sont restés derrières par manque de moyens ou d'opportunités), selon les moments ou les histoires.

- 10 En deuxième lieu, la réactivité, c'est-à-dire la capacité à se doter d'un potentiel d'évaluation initiale et de réponse rapides, en constituant des équipes alliant professionnalisme et souplesse. La succession des crises en KPK et en zones tribales, suite à la multiplication des théâtres d'opérations militaires a logiquement appelé à l'appropriation de la dynamique d'évaluation et de proposition d'interventions entre les mains de personnels capables de faire le lien entre les spécificités d'un lieu et celles du projet.
- 11 En dernier lieu, la performance, soit l'aptitude à mettre en œuvre un programme efficace, dans la limitation maximum des risques et avec un degré optimal d'acceptance. Ainsi, au-delà de l'offre de soins proposée, deviennent cruciaux le choix du personnel mis en première ligne et l'implication de la communauté dans la définition de la réponse médicale, dans les retours sur les perceptions et les attentes des membres et dans l'analyse continue des risques, et ceci sur la base d'un compromis constamment renouvelé et réaffirmé.
- 12 Si le démarrage d'une telle action a été rendu possible, c'est en partie grâce à l'expertise technique et contextuelle, accumulées tout au long des différents projets menés dans le pays, ou relevant des parcours individuels des acteurs impliqués¹, mais c'est aussi grâce à l'image de l'organisation dans la région et dans les représentations d'acteurs-clés.²
- 13 Toutefois, cette crise nous a amenés à nous poser continuellement des questions sur notre légitimité, notre posture et les conditions de notre efficacité. C'est ainsi qu'a été développée une stratégie qui cherche à répondre aux besoins des populations, dans le cadre des « conditions des possibles » que déterminent le contexte et l'organisation elle-même.

L'effet miroir ou « MdM et les crises pakistanaises »

- 14 Accéder aux populations civiles, victimes du conflit, dans les zones exposées aux combats, et maintenir une offre de soins adaptée aux besoins implique d'appréhender le cadre d'intervention avec un mandat, des objectifs et des moyens déterminés. Du questionnement continu et « en miroir » de l'un et l'autre des aspects naît cette nécessaire adaptation. Voici quelques exemples choisis autour de l'expérience du projet MdM.
- 15 Le cadre d'intervention est tout d'abord un conflit de nature extrêmement complexe où se rencontrent et se confrontent des dynamiques compétitives sur des questions d'ethnicité, de vision du monde et de projet de société, de pressions et leviers relevant de la politique internationale et de la stratégie de certains pays militairement engagés dans la région. La négation du conflit par les officiels pakistanais qui parlent « d'opérations de rétablissement de l'ordre et du droit » empêche la validité de l'approche diplomatique, dans un contexte géopolitique imbriquant pourtant les deux côtés de la « Ligne Durand ».³
- 16 Différents acteurs occupent la scène, en commençant par les militaires, corps de loin le plus organisé et le plus efficace, auquel le gouvernement fait appel en cas de besoin (au Pakistan, « l'armée a un pays »). Belligérant, l'armée a une histoire, notamment depuis

- « l'ère Musharraf » en général et surtout dans la manipulation des acteurs violents en KPK (insurgés, milices) et la mise en œuvre d'accords temporaires locaux. L'armée a aussi ses propres obsessions (des complots et de la sécurité nationale) et son agenda (par exemple, la revendication du contrôle des opérations d'aide pour « gagner les cœurs et les esprits »).
- 17 Il y a l'administration, tentaculaire et incontournable, mêlant à la fois souci du bien commun et agendas individuels des décideurs, et pourtant nécessaire partenaire. On trouve aussi les insurgés, aussi insaisissables qu'omniprésents, dont les stratégies et les lectures impactent les conditions sécuritaires et les attitudes des populations vis-à-vis des autres acteurs. Les acteurs internationaux, notamment les agences des Nations unies, les puissances engagées dans la guerre en Afghanistan et plus largement dans la guerre contre le terrorisme, et certains bailleurs de fonds ne sont pas neutres ou n'ont pas les services aux populations comme objectifs prioritaires. Qu'une ONG soit à leur contact et collabore peut colorer la perception que les autres acteurs auront à son rencontre. Opèrent également les organisations islamistes pakistanaises en situation de concurrence, comme à l'époque du tremblement de terre de 2005. Sans oublier la position toujours délicate des humanitaires à travailler en transparence et en coordination les uns avec les autres, et en distanciation de rôles et d'intention avec les acteurs cités précédemment. Ce travail réflexif est une première facette du miroir.
- 18 Un défi s'ouvre alors sur la manière dont une ONG peut être perçue comme véritablement « non-gouvernementale » et au service des victimes, imposant de sortir des ambiguïtés et de travailler sur les perceptions et les conséquences de nos interventions sur les équilibres en place. Ceci peut s'appréhender d'abord par le biais de la compréhension des populations et de leurs dynamiques. C'est le deuxième jeu de miroir.
- 19 Sans donner tous les éléments présents, il est important d'identifier au moins les plus importants. Le fait, par exemple, d'apprendre à connaître le contexte socio-culturel au quotidien, dans sa profondeur historique et anthropologique, c'est-à-dire sans simplification abusive, permet de comprendre le contexte et de questionner ses pratiques et son image. Voir que l'origine de la crise réside en partie dans l'investissement par les insurgés des interstices laissé par l'Etat, comme le besoin d'une « justice efficace » des populations, modifie inmanquablement la vision manichéenne erronée d'un conflit entre Etat et Talibans. Les règles de vie sociales (le « Code Pashtoun », Pakhtunwali) et religieuses questionnent notre posture laïque et non confessionnelle. Reconnaître la légitimité des pouvoirs traditionnels apparaît vite comme la garantie de l'accès au plus grand nombre. Se situer en hôtes (mehman : notion d'acceptation et de protection ; être en sécurité dans la maison de son ennemi) amène à penser la manière dont MDM exprime auprès des populations sa conscience de n'être qu'un « invité » et à accepter au sein de MDM que la transformation sociale restera dans une large mesure l'affaire des Pakistanais.
- 20 Au-delà du contexte, le mandat de secourir les populations vulnérables dans l'urgence implique d'identifier les exclus de l'aide en général comme les « tribaux », les Chiites et les déplacés non enregistrés et d'assurer la mobilité de nos réponses et la non conditionnalité de nos services. Plus spécifiquement, c'est aussi déchiffrer les restrictions sociales limitant par exemple l'accès aux soins des femmes, enfants, familles monoparentales, et de proposer des soins délivrés par du personnel féminin.

- 21 Dernière reflet du miroir, « l'étiquetage » des besoins. Cela renvoie par exemple au positionnement et au dessin d'une réponse d'urgence dans un contexte où le système de santé connaît des problèmes structurels (personnel insuffisant et négligé, couverture sanitaire « mitée », obstacles à l'accès aux soins, ressources, dysfonctionnements institutionnels) et est conjoncturellement déstabilisé. Dans un second temps, c'est réfléchir sur la manière de répondre à l'urgence de manière efficace, en avouant que c'est déjà s'engager dans une correction des dysfonctionnements, et d'éviter d'interrompre ce processus quand l'urgence n'est plus.
- 22 Cette approche méthodologique grossièrement filée autour de la métaphore du « miroir » permet donc, encore à ce jour, de maintenir une offre de soins dans le cadre d'une stratégie définie. Pour aller plus loin, il est désormais important de synthétiser ce que nous avons appris à ce jour de cette expérience en cours.

Les leçons de l'expérience

- 23 Un certain nombre de leçons peuvent être tirées. Elles aident à orienter les modalités d'intervention (positionnement et approches opératoires) pour ce contexte particulier, et dans une certaine limite, à élaborer des recommandations plus larges.
- 24 D'abord, on voit la légitimité de l'espace humanitaire, au nom du droit des gens à bien vivre – l'impératif humanitaire, particulièrement dans un tel conflit qui refuse sa place à la diplomatie. En effet, malgré l'implication d'acteurs internationaux (afghans, américains, etc.), le gouvernement pakistanais se cambre sur sa qualification de simple problème interne de « loi et ordre ».
- 25 Toutefois, on touche aux limites de la définition de l'urgence humanitaire, quand la succession des crises diminue la résilience des victimes et quand l'hésitation à agir sur les faiblesses structurelles du système de santé fait craindre de nouvelles crises et génère le sentiment de « trahison » chez ceux qui nous accueillent. La réponse proposée est le plaidoyer en gestation sur la base des analyses développées au travers d'une enquête large sur les obstacles à l'accès aux soins auprès de plus de six cents foyers. Le présupposé est donc que le retour à la normale est encore dans l'urgence et que le désengagement doit être progressif.
- 26 La recherche de légitimité oblige à se créer une « identité pakistanaise ». Celle-ci se construit en développant le réseau, en travaillant avec et sur les perceptions des communautés (organisation de jirga), en réintégrant d'anciens personnels (de l'époque du tremblement de terre) et en recrutant localement (dans les districts d'interventions), ou encore en fidélisant ce corps MdM pakistanais. A terme, l'appui à des ONG locales (comme MCWAK) peut être source d'une symbiose renouvelée.
- 27 Ensuite, il y a la gestion de la sécurité, sur la base d'une analyse de risques et d'une définition des moyens de mitigation. La première ligne de protection, dans une stratégie d'acceptance, sera la population avec laquelle il faudra répondre aux besoins réels et aux frustrations, en collant aux réalités locales et en désamorçant les conflits dans l'œuf. La seconde ligne sera le personnel avec lequel se travaille une culture de confiance et de partenariat responsable. Reste évidemment une large part non contrôlable qui fragilise le projet et nécessite un ensemble d'outils idoines d'analyse continue.

- 28 Reste la question de la plus-value de MdM dans ce contexte spécifique ou, pour le dire différemment, de ce qu'on peut attendre de MdM dans une situation tellement volatile et un contexte global de crises répétées (à la vue de la stratégie militaire et des pressions internationales d'une part, et des catastrophes naturelles d'autre part). Notre réponse réside dans les trois axes stratégiques : mobilité, réactivité et performance. Les inondations à l'été 2010 et notre réponse rapide prouvent la pertinence de l'approche dans la couverture des besoins médicaux d'une partie des populations affectées dans les districts de Charsadda, Nowshera et Kohat⁴.
- 29 Il apparaît aisément que ces conclusions ne permettent pas de reproduire ailleurs et point par point la réponse MdM dans ses dimensions techniques et dans ses décisions opérationnelles, eu égard à la spécificité du contexte. Toutefois, il est intéressant de réfléchir à la façon de partager l'apprentissage permis par une telle intervention.
- 30 La question se pose en interne des modalités à mettre en œuvre pour intégrer cette expérience dans la conscience et la culture de l'ONG. Comment capitaliser sur l'axiome que l'organisation a laissé développer cette stratégie grâce à une prise de risque financier initiale et sur une confiance donnée à « l'équipe projet » ?
- 31 En externe, on pourra réfléchir sur la manière dont cette expérience peut être partagée et éventuellement influencer sur les choix d'autres acteurs, y compris hors du champ humanitaire.
-

NOTES

1. Equipe expatriée expérimentée (évaluation, coordination), connaissant la zone, et renforcée par des personnels nationaux qui avaient travaillé avec MdM en 2005 lors du tremblement de terre.
2. MdM est présent depuis 1996 au Pakistan, au travers aujourd'hui d'un projet long terme auprès des femmes victimes de violence, au Punjab, et en 2005 au lendemain du tremblement de terre
3. La ligne Durand est le nom donné à la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan, établie le 12 novembre 1893 par un accord entre l'émir Abdur Rahman Khan et sir Mortimer Durand pour l'Empire britannique. Elle divise artificiellement des tribus pachtounes qui partagent la même langue, la même organisation sociale.
4. Lire l'article de Boris Martin sur ce thème dans le prochain numéro de la revue. En attendant, le lecteur intéressé par la mission MdM dans le contexte des inondations se rendra sur le site www.medecinsdumonde.org/fr/A-l-international/Pakistan

RÉSUMÉS

Le 18 juin 2009, Médecins du Monde (Mdm) démarrait une offre en soins de santé primaire via deux cliniques mobiles dans le district de Swabi, en Kyber-Pakhtunkhwa (KPK, ex-NWFP) au Pakistan. Il s'agissait alors de répondre au plus grand déplacement de population qu'à connu le Pakistan depuis sa création, suite à l'offensive militaire lancée contre les insurgés de la vallée de Swat. Aujourd'hui, cinq équipes mobiles travaillent auprès des personnes affectées par la crise, sur trois districts.

INDEX

Index géographique : Pakistan

Mots-clés : Catastrophe naturelle, Urgence

AUTEUR

MARC TYRANT ET STÉPHANE BERDOULET

Marc Tyrant et Stéphane Berdoulet sont respectivement responsable de la Mission Urgences Pakistan et responsable de projets au département Urgences de Médecins du Monde