



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

28 | 2011

Sahel : danger de désert humanitaire ?

Médecins du Monde au Niger : l'hypothèque sécuritaire

Joël Le Corre



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/1011>

ISBN : 978-2-918362-46-3

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 3 avril 2011

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Joël Le Corre, « Médecins du Monde au Niger : l'hypothèque sécuritaire », *Humanitaire* [En ligne], 28 | 2011, mis en ligne le 20 juillet 2011, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1011>

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

Médecins du Monde au Niger : l'hypothèque sécuritaire

Joël Le Corre

Je n'oublie pas ce que ces projets doivent à Oumarou Bachirou, Mamoudou Baro, Hélène Barroy, Jacques-Olivier Baomy, Olivier Bernard, Isabelle Bruand, Lidia Buscail, Jean-Francois Caremel, Karine Diskiewicz, Hama Djibo, Olivier Evreux, Nicolas Guihard, Ramatou Mounkeila, Juliette Poirson, Sabine Rouhier, Habsatou Seyabou, du Niger d'aujourd'hui et d'hier, ainsi qu'à tous ceux qui entourent le programme Sahel de leurs préoccupations attentives.

- 1 **La montée de l'insécurité dans la bande sahélienne a eu des répercussions directes sur les programmes des ONG humanitaires. C'est le cas à Médecins du Monde. Joël Le Corre revient sur le dispositif mis en place par l'association depuis vingt ans, évoquant l'injonction de « désoccidentalisation » que manifeste cette spirale sécuritaire. Le débat ouvert au sein de Médecins du Monde se poursuit dans ce numéro avec les articles de Thierry Comte et Jérôme Larché.**

Une présence durable remise en cause

- 2 En mars 2010, la revue *Humanitaire* ouvrait le dossier de la « désoccidentalisation »¹. Un an plus tard, à la suite de divers événements, plus particulièrement la mort d'un jeune volontaire français d'Action Médicale Internationale, enlevé à Niamey le 7 janvier dernier, elle s'impose par la force aux équipes de Médecins du Monde engagées au Sahel. L'audace des preneurs d'otages et la radicalité de la réponse française confèrent à la présence d'expatriés occidentaux, en particulier français, et sur une très grande partie de la zone, un niveau de risque inacceptable pour notre organisation.
- 3 Si le concept de désoccidentalisation a souvent fait l'objet de débats au sein de l'association, notamment au sein de son « groupe Afrique », personne n'avait probablement imaginé qu'il prendrait brutalement la forme d'un *Berufsverbot*, une sorte d'interdit professionnel à destination des Blancs. Chez Médecins du Monde, cela s'est traduit par un quasi-confinement des volontaires et salariés concernés dans trois

capitales : Ouagadougou, Niamey et Bamako. Le ministère français des Affaires étrangères, a, quant à lui, rappelé en France tous les volontaires internationaux de ses programmes au Niger et au Mali et demandé aux organisations de solidarité internationale de retirer les leurs.

- 4 Médecins du Monde est présente au Niger depuis 1991. De 1991 à 1996, dans une phase d'urgence et de posturgence faisant suite au conflit entre la première rébellion touarègue et l'État nigérien, l'association a apporté un soutien aux personnes déplacées et un appui au processus de paix, par le rétablissement de l'accès aux soins puis l'aide à la relance du système de soins en milieu nomade. Depuis 1997, à l'exception de l'Opération Sourire dont les équipes interviennent deux fois par an dans le pays, les territoires d'évolution de l'association ont été les zones pastorales et agropastorales des régions d'Agadez et de Tahoua, soit une large bande sahélienne et subdésertique s'étendant du nord au sud du pays, de l'Algérie au Nigeria. De 1999 à 2002, Médecins du Monde a contribué au développement sanitaire des populations rurales du district d'Arlit. Ces dernières années, les programmes se sont exclusivement développés dans les districts de la région de Tahoua. À partir de 2006, au travers, en particulier, de la recherche-action « gratuite », l'objectif est de développer l'accès aux soins en zone agricole et agropastorale, dans le cadre d'une politique nationale. Les modes opératoires vont de la substitution à l'assistance technique. Médecins du Monde s'est retirée récemment d'un projet d'observatoire de la santé au bénéfice des travailleurs des mines d'uranium d'Arlit et d'Imouraren, dans la région d'Agadez du fait des attermoissements de l'employeur Areva et de la politique extérieure française.

Expérimentations

- 5 Depuis 2006, notre organisation est présente dans le district de Keita, pour des programmes d'appui aux acteurs étatiques et communautaires (district sanitaire, centres de santé, Coges, Cosan, communes) et d'expérimentation sociale et sanitaire.
- 6 Cette expérimentation sociale et sanitaire (il ne s'agit pas ici, bien sûr, d'expérimentation clinique) est doublement légitime. Intrinsèquement d'abord, car nous sommes une ONG de soignants. Le philosophe Georges Canguilhem appelait les médecins, dans leur exercice, à assumer cette démarche. « *Soigner, c'est faire une expérience (...), accepter de soigner, c'est de plus en plus aujourd'hui, accepter d'expérimenter* »². Et Canguilhem de mettre en garde : « *Sans référence expresse à la norme singulière de santé de tel ou tel malade, la médecine est entraînée, par les conditions sociales et légales de son intervention au sein des collectivités, à traiter le vivant humain comme une matière à laquelle des normes anonymes, jugées supérieures aux normes individuelles spontanées, peuvent être imposées* »³. En contrepoint de cette expérimentation, Canguilhem souligne l'exigence de responsabilité qui s'impose aux médecins à l'égard de leurs patients. Notre responsabilité éthique, à nous, Médecins du Monde, ne s'applique pas seulement à un ensemble indifférencié de bénéficiaires, mais à chacun des individus qui le composent. En ceci, nous nous démarquons des États et des organisations interétatiques pour lesquels peut être défini, par exemple, un taux de mortalité infantile *acceptable* dans un Centre de récupération nutritionnelle intensive⁴.
- 7 Par ailleurs, nos interventions ne s'adressant généralement qu'à une fraction limitée de la population d'un pays, le plaidoyer pour des changements plus globaux s'appuie sur les résultats de ces expérimentations, en sachant que cette administration de la preuve

est souvent nécessaire mais pas suffisante pour une mise à l'agenda politique national voire international du changement souhaité.

- 8 De 2007 à 2010 nous avons engagé, d'abord conjointement avec ACF Espagne, une recherche-action-plaidoyer sur les liens entre malnutrition infantile et fécondité dans les districts de Keita, d'Abalak et de Tchín-Tabaraden. En 2010, l'aggravation de la situation nutritionnelle dans la zone nous a conduits à soutenir les services de santé locaux pour la prise en charge des enfants en état de malnutrition. En 2011, forts de notre expérience antérieure, nous envisageons, sous réserve de l'obtention de financements suffisants, de porter un projet conjoint de planification familiale et de lutte contre la malnutrition infantile dans le district d'Illela, toujours dans la région de Tahoua. Ces activités s'insèrent désormais dans le programme Sahel qui concerne trois pays de la bande sahélienne, le Burkina Faso, le Niger, le Mali et ce, jusqu'à l'horizon de 2013.

Keita

- 9 Nous sommes arrivés à Keita en 2006, au détour de la crise nutritionnelle de l'année précédente⁵. Si le propos initial était de fournir un appui classique à la politique nationale de soins de santé primaires, déclinée localement, la publication en avril 2006 par l'État nigérien d'un certain nombre de textes accordant la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, ainsi que la gratuité de la césarienne et celle des produits de contraception⁶, va amener notre organisation à promouvoir cette innovation en la mettant précocement en œuvre et en en suivant l'application tant au niveau du district que de l'État. Parallèlement, nous nous sommes attachés à contribuer à l'amélioration des services, par un compagnonnage actif, la formation des personnels, la dotation en matériel des centres de santé intègres, la réhabilitation et l'équipement de la maternité régionale de référence, le financement des transports sanitaires des femmes enceintes et des enfants. Nos partenaires ont été l'État nigérien, par le biais de son ministère de la Santé, la direction régionale, l'équipe cadre de district et les professionnels de terrain avec lesquels des liens privilégiés se sont noués au fil du temps. La confiance mutuelle nous a conduits à intégrer de plus en plus nos activités dans la planification sanitaire du district, et à partager nos moyens avec l'équipe cadre.
- 10 Nous avons pu montrer que la gratuité des soins accordée à une population spécifique et couplée à une qualité satisfaisante des services augmentait notablement le recours global à ceux-ci⁷. Et l'on peut supposer, comme cela a été confirmé par ailleurs, que cet accroissement de la fréquentation totale a eu un effet positif sur la mortalité infantile⁸ et sur la mortalité maternelle.
- 11 Cette décision du président nigérien, venant infléchir les orientations de l'initiative de Bamako, a été critiquée pour son manque de préparation et son inconséquence budgétaire, car, rapidement, l'État n'a plus été en mesure d'honorer sa dette à l'égard des formations sanitaires⁹. Nous considérons néanmoins que la levée des barrières financières à l'accès aux soins est l'une des conditions de la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto-juvénile et qu'il est autant de la responsabilité internationale que nationale d'y pourvoir. C'est ce plaidoyer que porte aujourd'hui notre association et c'est l'expérience de Keita qui a inspiré le programme Sahel. Dans ce dernier, nous tentons de mesurer l'écart entre les besoins de financement et les

ressources mobilisables pour en appeler, démonstration à l'appui, à la compréhension des bailleurs de fonds, la perspective d'un autofinancement à hauteur satisfaisante étant, pour une longue période encore, totalement illusoire dans des pays parmi les plus pauvres du monde¹⁰.

Le programme RAP (Recherche Action Plaidoyer)

- 12 Un autre programme expérimental d'importance a été conduit dans trois départements de la région de Tahoua de 2007 à 2010. Il a consisté, avec la participation initiale d'ACF Espagne, d'appréhender conjointement malnutrition et fécondité et d'agir sur les deux termes de l'équation, selon l'hypothèse que la malnutrition infantile endémique que connaît le Niger est en partie liée à son fort taux de fécondité. Une enquête anthropologique a été initialement menée dans les différents groupes ethniques, pour connaître les pratiques familiales et sociales autour de la grossesse, de l'accouchement et de l'alimentation du jeune enfant et les méthodes d'espacement des naissances utilisées ou connues¹¹. Ainsi, ont été déterminés le rôle et la place de chacun dans les processus de décision et la gestion du ménage, l'importance de l'Islam dans sa traduction vernaculaire.
- 13 Les actions menées ont à la fois visé à faire comprendre aux hommes et aux femmes l'intérêt d'un espacement des naissances, à modifier les pratiques nutritionnelles au bénéfice des petits enfants, en diversifiant les apports par des produits locaux, pour un coût supportable, et à aider les formations sanitaires à répondre à la demande de contraception. Les partenaires ont été ici les communautés, les associations islamiques, des ONG locales et les services de l'État nigérien, centres et cases de santé.
- 14 Le temps a manqué pour explorer toutes les facettes de ce projet complexe, ambigu et passionnant. Si l'évaluation finale interroge sa faible intégration au plan sanitaire régional, et les conditions de son transfert et de sa pérennité, elle reconnaît que : « *Dans le contexte du Niger, le projet a été une réussite totale par rapport à la question de l'introduction de la planification familiale dans les ménages, ciblant les hommes et les femmes, ceci grâce à l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation de leurs communautés...* »¹². Forts de cette expérimentation, nous avons proposé qu'elle se prolonge par un programme plus intègre de développement de la planification familiale dans le district d'Abalak. Ce projet, accepté avec intérêt par les autorités sanitaires locales, a été adopté par l'association pour une durée limitée, dans l'attente d'un financement approprié.

Le programme Sahel

- 15 Ce programme est né en 2008, dans la perspective de l'extension temporelle et géographique du programme de Keita en cours depuis 2006. Financé par Europaid et l'AFD, il entre en application en 2009. Il est axé sur des objectifs d'accessibilité à un panier de soins élargi pour le couple mère-enfant et d'amélioration de la qualité des services offerts, dans trois districts du Sahel, au Burkina Faso, au Niger et au Mali. L'accessibilité attendue est à la fois financière, par de nouvelles modalités de paiement des soins, et géographique par l'amélioration du système de référencement. Un plaidoyer national et international sur les exemptions et les modes de financement de la santé, accompagne sa mise en œuvre. Pour documenter scientifiquement ce travail, nous avons fait appel à des chercheurs en économie de la santé connaisseurs des

systèmes de santé africains. C'est le CERDI, de l'université d'Auvergne à Clermont-Ferrand, qui a été retenu. Ce programme est piloté par une coordination régionale, basée à Ouagadougou et des coordinateurs nationaux.

- 16 Au Niger, le district de Keita a vu, en deux ans, le nombre de ses centres de santé passer de neuf à seize ainsi que l'ouverture de son nouvel hôpital, lequel dispose d'un service de chirurgie pratiquant les césariennes. L'exemption de paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans reste en vigueur, bien que l'État rencontre toujours les mêmes difficultés pour en assurer le remboursement. La gratuité de l'accouchement, annoncée depuis 2008, n'est toujours pas appliquée. Les défaillances de l'État conduisent, de fait, à faire payer aux usagers bénéficiaires de l'exemption, les médicaments prescrits ; la performance du système s'en trouve, bien évidemment, altérée.
- 17 Dans ce contexte, notre équipe poursuit son appui technique à l'équipe de district et aux nouvelles formations sanitaires, dans le cadre du plan sanitaire départemental. Un nouveau mécanisme de financement des référencement par la perception de centimes additionnels lors des consultations a été testé¹³. D'autres expériences ont été menées par Médecins du Monde et l'équipe cadre, comme la mise en place d'un tiers payant pour les accouchements et celle de la prime à la performance pour les centres de santé. Le plaidoyer est à la fois local, national et international.
- 18 Le plan quinquennal de développement sanitaire du Niger 2011-2015¹⁴ qui vient d'être rendu public prévoit un accroissement en cinq ans de la dépense de santé de 21,2 U\$ à 27 U\$ par habitant et par an (l'OMS en fixe le montant nécessaire à 34 U\$). Les crédits pour la santé de la reproduction seraient accrus de 31,1 %. La gratuité est maintenue et étendue aux accouchements. Cependant, le financement de cette politique reste encore à garantir.

La sécurité

- 19 Les problèmes de sécurité que nous avons pu connaître dans la région de Tahoua ne sont jamais venus de la population elle-même. Notre organisation a surtissé des liens, tant avec les communautés qu'avec les autorités institutionnelles et coutumières. Elle est connue et appréciée, du fait de la qualité de ses interventions, de son adaptabilité et de la longue durée de sa présence sur la zone. Dans la période récente, Médecins du Monde n'a pas eu à subir au Niger de menace ou de déprédation directes. Le risque est cependant réel. La région de Tahoua est frontalière du Nord-Mali sur une longue distance ; elle est accessible depuis le sud de l'Algérie, en évitant les voies principales. Une tentative d'enlèvement de ressortissants américains, attribuée à AQMI, a eu lieu à Tahoua en novembre 2009. Des vols à main armée de véhicules ont été perpétrés à plusieurs reprises dans la région.
- 20 Des enlèvements suivis parfois de la mort des victimes se sont succédé à proximité de la zone en 2009 et 2010. De ce fait, nous avons pris la décision de ne pas développer le programme de planification familiale prévu dans le district d'Abalak, mais dans celui d'Illélla, moins exposé. L'issue de l'enlèvement de Niamey du 7 janvier dernier a conduit l'association à réunir un atelier consacré à la sécurité, à Paris, et à revoir les organigrammes opérationnels, en consignnant en capitale les expatriés occidentaux. Au

Niger, cela a concerné notre coordinatrice du site de Tahoua, seule expatriée encore en fonction sur le terrain.

- 21 Une autre conséquence de l'insécurité et des mesures de prévention a été de rendre impossible un déplacement à Keita des chercheurs du CERDI, lesquels ont dû y déléguer un consultant national et convoquer à Niamey les personnes-ressources du district. Enfin, ce qui est sans doute aujourd'hui le point le plus problématique, aucun cadre blanc, attaché au projet- que ce soient le coordinateur régional, les logisticiens, administrateurs, responsable de *desk*, chargé de plaidoyer, et responsable de mission - ne pourra se rendre sur les lieux de nos interventions, jusqu'à nouvel ordre. Ceci aura une incidence sur certains aspects du pilotage du programme qui devront désormais s'effectuer à distance.
- 22 Nous n'avons pas le sentiment aujourd'hui que nos collègues nigériens soient menacés au travers de l'association elle-même. Si cela changeait, nous serions amenés à suspendre nos activités.

La « désoccidentalisation »

- 23 Dès 2008, nous avons réduit la présence d'expatriés occidentaux sur le site de Keita ; depuis le début de l'année 2009, c'est une équipe entièrement nationale, sous l'autorité d'un médecin nigérien qui représente Médecins du Monde dans le district. Le coordinateur général du Niger est un médecin burkinabé. Ces décisions n'ont rien à voir avec l'insécurité, mais avec la reconnaissance de l'adéquation des profils des candidats concernés aux postes à pourvoir. Ainsi faisons-nous de la désoccidentalisation sans le savoir. À l'avenir, c'est en le sachant que nous recruterons nos collaborateurs, en puisant dans le vivier de nos missions internationales et en formant les professionnels dont nous, et ces pays, avons besoin. Il nous faudra disposer de plus de cadres dirigeants, de responsables de mission africains. Mais il n'y a aucune justification ni de fatalité à placer « les Noirs au sud, les Blancs au nord ». L'avenir est aux métissages, pas aux crispations identitaires.

De quoi AQMI est-il le nom ?¹⁵

- 24 L'insécurité dans la bande sahélienne nous oblige à nous adapter. Sur le plan opérationnel, il ne devrait pas y avoir d'effet majeur sur les programmes. Le pilotage suivra les nouvelles réalités. La recherche, elle, point d'appui essentiel à l'initiative Sahel, devra sans doute se déconcentrer, voire se décentraliser. Ceci nécessitera de trouver les compétences et d'assurer les formations nécessaires.
- 25 Si, comme l'énonçait Stéphane Vinhas dans cette même revue en mars 2010, toute organisation humanitaire devrait œuvrer à sa disparition sur le terrain de ses opérations¹⁶, au Niger nous n'en sommes pas encore là. Quand bien même notre désir serait-il de contribuer à son émancipation. Mais l'action humanitaire, fut-elle politiquement éclairée, n'a pas seulement la dimension impersonnelle d'un apport de moyens et de savoir-faire : elle est aussi relation, échange, fraternité. En ce sens, l'interdit d'aujourd'hui est une amputation.
- 26 Nous avons le pouvoir, nous, Occidentaux, d'arpenter le monde à notre guise. Le monde, à cet égard, se rétrécit ; tant que certaines paroles publiques plaideront pour le

rejet des migrants à la mer, tant que la politique française sera aussi arrogante et aveugle, nous ne nous en étonnerons pas.

NOTES

1. Humanitaire, *Faut-il « désoccidentaliser » l'aide humanitaire ?*, n° 24, mars 2010. En accès libre sur le site de la revue : <http://humanitaire.revues.org>
2. « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », in *Études d'histoire et de philosophie des Sciences*, Vrin, 1968.
3. *op.cit.*
4. Réunion interagences, Tahoua, avril 2008.
5. Dont la médiatisation internationale a été discutée, voir : « *Niger 2005, Une catastrophe si naturelle* », collectif, sous la direction de Xavier Crombé et Jean Hervé Jézéquel, Karthala, 2007.
6. République du Niger, *Journal officiel* du 27 avril 2006.
7. Plusieurs publications, notamment celles de Valéry Ridde, chercheur de l'Université de Montréal, ont fait état de l'expérimentation de Keita. Citons en particulier: « *User fees abolition policy in Niger: comparing the under five year's exemption implementation in two districts.* » Valéry Ridde, Aissa Diarra, Mahaman Moha, Health Policy, 2010.
8. Rob Yates, DFID Senior Health Adviser, Congrès IHEA, Copenhague, 9 juillet 2007.
9. *Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger*, J.-P. Olivier de Sardan, Valéry Ridde, A. Diarra, A. Ousseini, Publications du Lasdel, mars 2010.
10. « *Health development versus medical relief: the illusion versus the irrelevance of sustainability* », Gorik Ooms, Plos Medicine, August 2006, volume 3/Issue 8.
11. « *Alimentation, soins aux enfants, représentations et pratiques liées à la fécondité dans trois départements de la région de Tahoua* », Rapport final d'enquête, mai 2008, sous la direction de Juliette Poirson, MDM.
12. « *Évaluation externe du projet recherche-action-plaidoyer pour une prise en charge à base communautaire des questions de nutrition et de planification familiale* », sous la direction du Dr Mahaman Moha, oct. 2010, MDM.
13. « *Mutualisation des risques pour améliorer l'accès aux soins d'urgence et gratuité des soins dans le district sanitaire de Keita* », Mamoudou Barro, 2^e conférence de l'Association africaine d'économie et de politiques de la santé, Dakar, 15-19 mars 2011.
14. Plan de développement sanitaire (PDS), 2011-2015, République du Niger, ministère de la Santé Publique, Secrétariat général.
15. Référence au livre d'Alain Badiou *De quoi Sarkozy est-il le nom ?*, Nouvelles Éditions Lignes, 2008 : tout comme le président français, AQMI serait un symptôme...
16. Stéphane Vinhas, « *La désoccidentalisation vue du terrain* », Humanitaire, n° 24, pp. 56-65, mars 2010. En accès libre sur le site de la revue : <http://humanitaire.revues.org>

RÉSUMÉS

La montée de l'insécurité dans la bande sahélienne a eu des répercussions directes sur les programmes des ONG humanitaires. C'est le cas à Médecins du Monde. Joël Le Corre revient sur le dispositif mis en place par l'association depuis vingt ans, évoquant l'injonction de « désoccidentalisation » que manifeste cette spirale insécuritaire. Le débat ouvert au sein de Médecins du Monde se poursuit dans ce numéro avec les articles de Thierry Comte et Jérôme Larché.

INDEX

Index géographique : Niger

Mots-clés : Enjeux humanitaires, Insécurité, Médecins du Monde (Mdm)

AUTEUR

JOËL LE CORRE

Joël Le Corre est médecin retraité. Il a travaillé pendant près de quarante ans dans des communes de la Seine-Saint-Denis, comme médecin de santé publique, tout en conservant une pratique clinique en centre de santé. Il a été chargé de programmes de coopération décentralisée en Éthiopie et en Algérie. En 2008, il a été coordinateur médical de Médecins du Monde au Niger. Depuis 2009, il est responsable de mission Niger et coresponsable des missions Sahel pour cette association.