

# Les réfugiés du Liberia et de Sierra Leone en Guinée forestière (1990-1996)\*

**Wim Van Damme**  
Médecin

Entre 1990 et 1995, quelque 500 000 réfugiés du Liberia et de Sierra Leone arrivèrent en Guinée. Venus par vagues successives, ils s'installèrent principalement dans les zones où vivaient des populations de même ethnie (figure 1). Dans cet article, nous décrivons ces différentes vagues de réfugiés, comment s'est faite leur installation et l'assistance médicale dont ils ont bénéficié. Tout d'abord, entre janvier 1990 et avril 1991, il y eut quatre importantes vagues de réfugiés, soit environ 350 000 personnes qui représentaient les « premiers arrivants ». Par la suite et jusqu'à la fin de 1992, ce fut une période de relative accalmie. Puis, jusqu'en 1995, plusieurs petites vagues de réfugiés continuèrent à arriver en Guinée, soit environ 150 000 « derniers arrivants ».

Ce résumé des événements est trop succinct pour être vraiment précis. Tout d'abord, les vagues se sont échelonnées et chevauchées dans le temps. Chaque grande vague se traduisait par une venue soudaine de groupes importants pendant quelques semaines, suivie d'arrivées plus faibles qui s'étaient étalées sur plusieurs mois jusqu'à l'afflux suivant. Ensuite, ceux qui formaient ces flux ne provenaient pas d'un même lieu ; leurs origines géographiques pouvaient être multiples. Par exemple, la plupart des réfugiés de la troisième vague provenaient du comté de Loffa au Liberia et s'installèrent en grand nombre sur

---

\* Cet article a été traduit de l'anglais par Paulette Géraud.

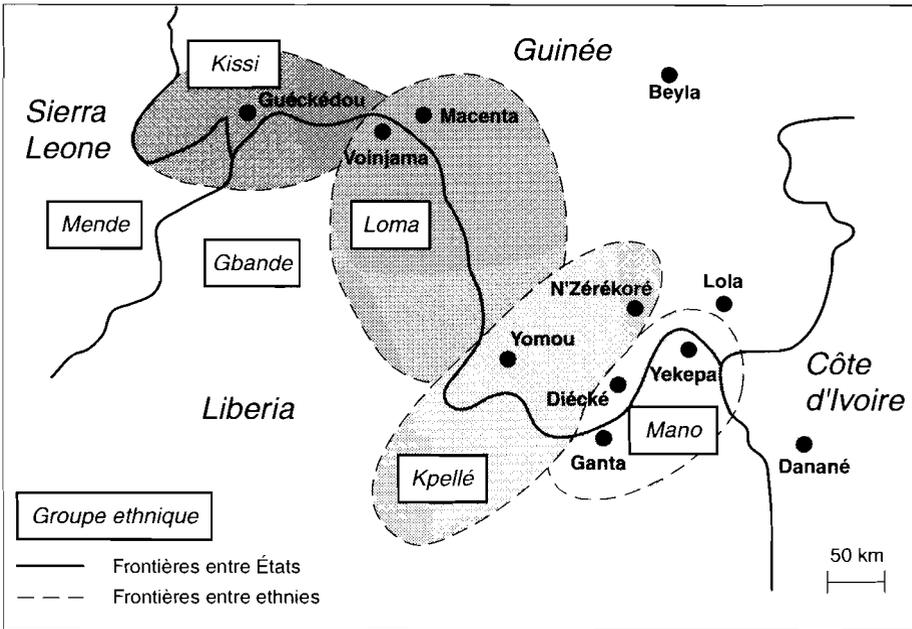


Figure 1  
Carte ethnique de la région frontalière.

les territoires des préfectures de Yomou, Macenta ou Guéckédou en Guinée ; toutefois, certains de ces réfugiés venaient de régions beaucoup plus éloignées et s'installèrent ailleurs.

Les quatre importantes vagues (1990-1991) étaient assez homogènes, dans le sens où la plupart des réfugiés présentaient des caractéristiques communes, telles que origine ethnique, origine géographique et degré de dénuement. Néanmoins, il existait aussi des différences. Par exemple, les réfugiés ruraux de la première vague amenèrent très peu de biens personnels, mais établirent rapidement des liens étroits avec la population rurale et s'intégrèrent économiquement par la pratique de l'agriculture de subsistance locale. Quant aux réfugiés urbains de la deuxième vague, ils apportèrent davantage de biens personnels et participèrent à l'économie monétaire urbaine. Les petites vagues suivantes (1992-1995) furent plus hétérogènes. Les différences entre ces diverses vagues de réfugiés eurent d'importantes conséquences en termes de besoins, de processus d'auto-prise en charge et d'assistance.

## ■ Premiers arrivants (1990-1991)

Le 12 décembre 1989, le Front patriotique national du Liberia (NPFL) dirigé par Charles Taylor attaqua Butuo situé dans le comté de Nimba au Liberia, à partir de la Côte-d'Ivoire. Le président du Liberia, Samuel Doe, déclara « qu'il allait transformer le comté de Nimba en une zone déserte où même les fourmis ne pourraient survivre ». Cette menace et les persécutions qui s'ensuivirent de la part des Forces Armées du Liberia forcèrent de nombreux habitants du comté de Nimba à fuir vers la frontière la plus proche. Au début du mois de janvier 1990, environ 10 000 réfugiés de la tribu Mano arrivèrent à Yomou, dans la région de Diecké, en Guinée (vague 1, figure 2). Ils s'installèrent en bordure de la frontière, dans les villages Mano de Guinée, parmi les membres de leur ethnie. Les réfugiés étaient sans ressources mais en bonne santé, car ils n'avaient pas eu à subir de privations.

### *Première vague : réfugiés ruraux du comté de Nimba (janvier-mars 1990)*

Dans un premier temps, les réfugiés partagèrent les cases des Guinéens ou bien occupèrent des bâtiments publics comme les écoles. Rapidement, ils entreprirent de construire leurs propres cases dans les endroits indiqués par la communauté d'accueil. Cela entraîna l'agrandissement des villages existants ou la création de villages jumelés n'ayant qu'un seul nom. La taille des groupements de réfugiés était souvent égale ou même supérieure à celle des villages locaux. Chaque communauté gardait son identité. Les Guinéens étaient les « citoyens » et les Libériens les « réfugiés », chaque groupe ayant ses propres chefs traditionnels.

Ces villages jumelés étaient le résultat des seules interactions entre réfugiés et communautés locales. Aucun acteur extérieur, pas plus le gouvernement guinéen que les agences étrangères, n'était intervenu dans ce processus. Tout montrait que les mécanismes d'auto-prise en charge, qui s'étaient spontanément mis en place, étaient effectifs. Cette solution fut possible car il n'y avait pas de véritable urgence, l'afflux des réfugiés ayant eu lieu progressivement et sans un trop grand nombre à la fois. Aucune région ne fut submergée et aucune épidémie grave ne se produisit.

## Les mesures d'assistance

L'inspecteur régional du ministère de la Santé publique (MSP) et son homologue de Médecins sans frontières (MSF) travaillaient déjà ensemble dans le cadre du programme des soins de santé primaires. Ils firent une première évaluation des besoins, quasiment dès l'arrivée des réfugiés. Il s'agissait de visites sur le terrain visant à évaluer les conditions de vie des nouveaux arrivés et de discuter avec les chefs des communautés. Ils en conclurent que les réfugiés disposaient effectivement de nourriture et de logement mais qu'il fallait d'urgence assurer les soins curatifs de base, les vaccinations contre la rougeole et s'occuper de l'hygiène locale. Jugeant que les réfugiés n'étaient pas en mesure d'assumer les frais médicaux, le MSP et MSF décidèrent de les accueillir gratuitement au dispensaire de Diecké. Ils décidèrent également d'ouvrir d'autres structures sanitaires provisoires, plus petites, dans les zones d'implantation de réfugiés qui se trouvaient à plus de dix kilomètres de distance des dispensaires existants (Touré et Van Damme, 1990). Ces nouveaux postes de santé offraient des services gratuits tant aux réfugiés qu'aux Guinéens et pouvaient référer les patients au dispensaire qui, à son tour, pouvait les envoyer en cas de besoin à l'hôpital de N'Zérékoré, situé à environ 80 kilomètres.

Des équipes mobiles de vaccination motorisées furent immédiatement mises en place. Deux équipes de deux infirmières disposant de mobylettes entreprirent de vacciner les enfants de six mois à cinq ans résidant dans les zones d'accueil, indépendamment de leur situation vaccinale antérieure et de leur nationalité. La majorité des réfugiés et des gens du pays utilisaient directement l'eau des marigots et l'usage des latrines était quasiment inexistant. On estima que l'accroissement rapide de la population risquait de contaminer dangereusement les sources d'eau potable et MSF engagea des spécialistes afin de protéger les sources et creuser des latrines.

Dès le début, un système de surveillance nutritionnel et épidémiologique fut mis en place dans les postes de santé. Chaque semaine, l'infirmière de chaque poste remplissait un rapport visant à détecter, dès leur apparition, les épidémies de maladies transmissibles et connaître les plus importantes causes de morbidité et de mortalité. Les infirmières mesuraient aussi le poids-taille de tous les jeunes enfants qui venaient en consultation dans les postes de santé. La proportion d'en-

fants souffrant de malnutrition servait d'indicateur pour évaluer la situation nutritionnelle de l'ensemble de la population (Van Damme, 1993).

### **Supervision et coordination**

Les médecins du MSP et de MSF équipèrent les postes de santé, assurant chaque semaine approvisionnement et supervision. Le gouverneur de la zone forestière mit sur pied un groupe de travail *ad hoc* chargé de la coordination du programme d'assistance aux réfugiés, baptisé PARL (Programme d'assistance aux réfugiés libériens). MSF accepta de travailler en étroite collaboration avec le MSP et sous son autorité, comme il l'avait fait précédemment dans le cadre du programme de soins de santé primaire.

MSP et MSF étaient convaincus qu'il était préférable, plutôt que d'adopter des mesures directives, de laisser le plus de liberté possible aux réfugiés et de soutenir l'hospitalité offerte par la population d'accueil. Ils estimaient que permettre aux réfugiés de s'installer librement au milieu des membres de leur ethnie était la meilleure solution ; l'assistance apportée visait à soutenir ce processus. Les responsables du MSP et de MSF pensaient que tout était en ordre du point de vue médical mais que la pénurie alimentaire allait rapidement devenir un problème majeur. Pour prévenir toute catastrophe, ils insistèrent pour qu'une aide alimentaire soit rapidement fournie.

Les missions d'évaluation des agences des Nations unies (notamment l'Unicef et le HCR) et du gouvernement central qui visitaient régulièrement la région ne mirent jamais réellement en cause cette analyse, pas plus que les décisions des acteurs locaux auxquels elles faisaient, semble-t-il, confiance. La réputation de MSF, en tant qu'organisme d'assistance médicale reconnu, semble avoir joué un rôle important dans cette attitude. La zone forestière était en outre très loin de Conakry. Les médias accordaient fort peu d'attention à cet afflux de réfugiés et le gouvernement n'y voyait pas une menace.

### **Augmentation du nombre de réfugiés**

En février et mars 1990, les combats dans le comté de Nimba entre le Front patriotique national du Liberia (NPLF) et les Forces armées du Liberia s'intensifièrent. Dans des circonstances similaires aux précé-

dentés, les réfugiés ruraux Mano affluèrent en grand nombre dans les zones frontalières des préfectures de N'Zérékoré et de Lola. Ils s'installèrent de la même manière que précédemment décrit, au sein des membres de leur ethnie. À la fin du mois de mars 1990, les Nations unies estimaient leur nombre à 97 000. Durant la même période, un nombre égal de réfugiés, la plupart Gio et Mano, fuirent vers la Côte-d'Ivoire où ils furent également autorisés à s'installer librement parmi les membres de leur ethnie, de l'autre côté de la frontière.

Dans les préfectures de N'Zérékoré et de Lola, le MSP et MSF appliquèrent le même programme d'assistance qu'à Yomou. À Lola, MSF n'était pas encore actif, mais envisageait d'intervenir l'année suivante. Les préparatifs faits, MSF lança le programme de soins de santé primaire avec le PARL.

Fin mars 1990, ces 97 000 réfugiés purent bénéficier de soins médicaux gratuits dans 18 postes de santé nouvellement créés, quatre dispensaires et trois hôpitaux. Le MSP avait recruté d'autres aides-soignants autochtones ainsi que des infirmières diplômées et des médecins de Conakry. Ce recrutement fut facile, car en Guinée un grand nombre de personnel médical récemment diplômé était au chômage.

Si la plupart des réfugiés étaient des agriculteurs qui avaient trouvé refuge dans les zones rurales, il existait néanmoins une exception importante. Thuo accueillit environ 10 000 réfugiés de Yekepa, ville minière située à trois kilomètres de la frontière du Liberia, siège de la société minière libérienne (LIMCO) qui exploitait le minerai de fer du mont Nimba. LIMCO employait des ouvriers de l'industrie venus de tout le Liberia. Nombre d'entre eux se réfugièrent à Thuo et s'installèrent de l'autre côté de la frontière près du poste de douane où, *de facto*, un camp de réfugiés surgit quasiment du jour au lendemain. Les réfugiés de Thuo étaient ethniquement et socialement très différents des autres réfugiés et de la population d'accueil. Beaucoup apportèrent des voitures, des biens personnels et même de lourdes machines servant au travail de la mine. Ils faisaient des aller-retour entre Yekepa et Thuo pour amener leurs biens personnels, mais la plupart passaient la nuit à Thuo. D'autres continuèrent vers la Côte-d'Ivoire ou la ville de N'Zérékoré. LIMCO continua à payer leurs salaires pendant encore quelque temps afin d'assurer la sécurité des machines et des équipements.

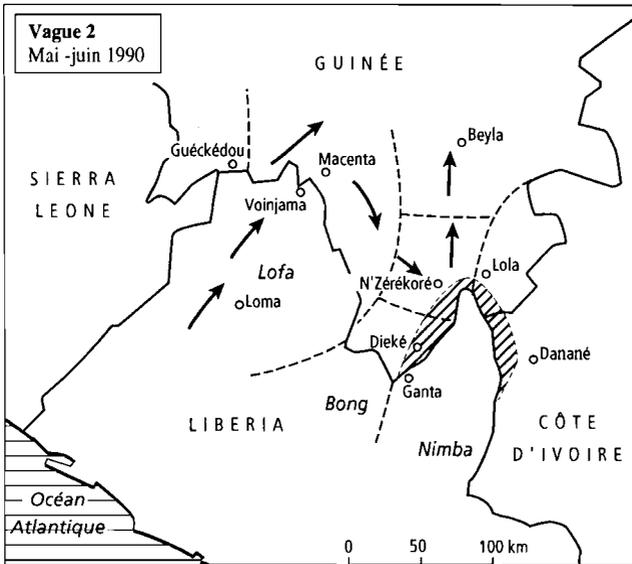
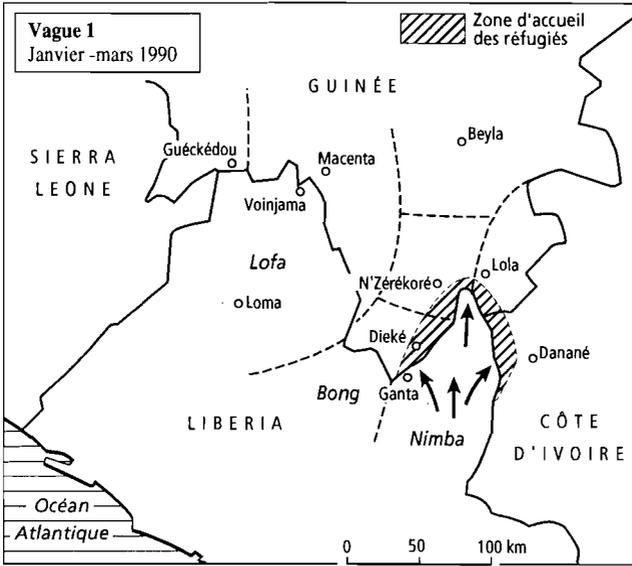
Au cours des quatre à cinq premiers mois, les réfugiés reçurent uniquement des soins curatifs de base et furent vaccinés contre la rougeole. Il y eut quelques distributions de rations alimentaires mais en quantités purement symboliques. Cependant, il ne fut observé aucun signe de pénurie alimentaire. Les prix des denrées sur les marchés locaux restèrent stables et la malnutrition n'augmenta pas. Les efforts d'investissement pour améliorer l'alimentation en eau et creuser des latrines furent toutefois infructueux. Il n'y eut pas d'enregistrement des réfugiés, les autorités locales se contentant de faire une simple estimation de leur nombre. Durant les premiers mois, toutes les parties impliquées : réfugiés, population locale, gouvernement d'accueil, MSP, MSF, HCR et donateurs, furent persuadées que ce problème était temporaire et que les réfugiés retourneraient bientôt chez eux. Il était clair qu'il s'agissait ici d'un cas où « tous prenaient collectivement leurs désirs pour la réalité ».

### *Deuxième vague : réfugiés urbains ou rapatriés ? (mai-juin 1990)*

Entre mai et juin 1990, quand le NPFL progressa au Liberia et s'empara successivement des villes, un grand nombre de Mandingues s'enfuirent vers la Guinée où on les appelait « Conianke » ou « Malenke ». Les Mandingues avaient des racines guinéennes. Beaucoup étaient allés au Liberia dans les années 1960 et 1970 pour faire du commerce. Ils revinrent en Guinée par route, apportant avec eux des biens personnels importants. Durant la même période, nombre de Mandingues et de Krahn trouvèrent asile en Sierra Leone (Leach, 1992).

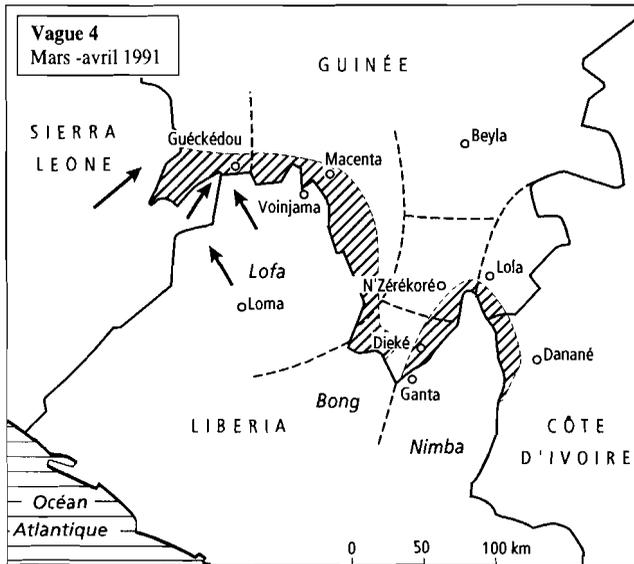
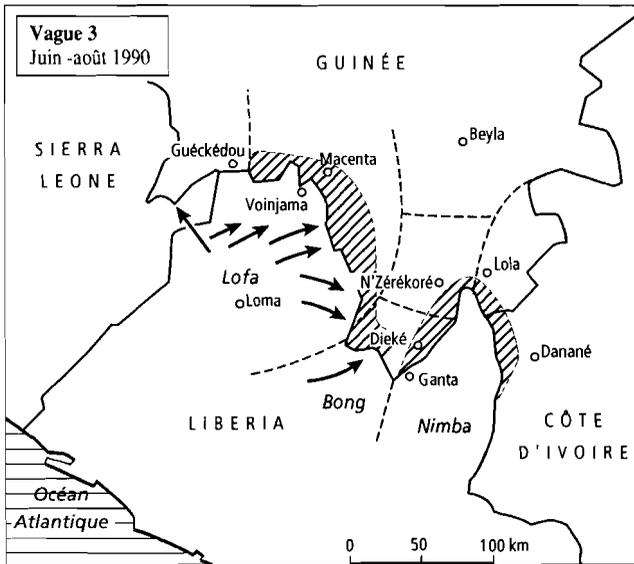
Contrairement aux réfugiés ruraux, ils ne fuyaient pas l'armée libérienne, mais le NPLF qui voyait en eux des ennemis, car ils avaient soutenu l'ancien président Samuel Doe<sup>1</sup>. Les Mandingues se réfugièrent dans les villes, essentiellement N'Zérékoré et Macenta où vivaient déjà de grandes communautés Conianke, qui travaillaient principalement dans le commerce. D'autres continuèrent leur route vers Beyla et la Haute-Guinée, leur région d'origine (vague 2, figure 3).

<sup>1</sup> Le 5 janvier 1990, au tout début de la guerre, Samuel Doe, qui cherchait à élargir sa base populaire, avait déclaré que « tous les Mandingues résidant au Liberia devaient être considérés comme des citoyens libériens ».



Cartographie : A. Le Fur-AFDEC.

Figure 2  
Arrivées des réfugiés en Guinée.



Cartographie : A. Le Fur-AFDEC.

■ Figure 2 (suite)  
Arrivées des réfugiés en Guinée.

Dès le début, des doutes apparurent quant à la légitimité de leur statut de réfugiés et à leurs besoins d'assistance par rapport à la première vague ou à la population d'accueil. Le HCR proposa de les considérer comme rapatriés plutôt que comme réfugiés<sup>2</sup>. MSF proposa de traiter de la même manière réfugiés urbains et population locale et de ne pas offrir la gratuité des soins de santé. Le gouvernement guinéen jugea, cependant, inacceptable d'établir une distinction entre réfugiés ruraux et urbains. Pour lui, cela revenait à opérer un choix fondé sur des critères ethniques plutôt que sur les besoins. Il est probable que ce jugement fut influencé par le fait que les Mandingues urbains étaient influents et se faisaient entendre, car ils avaient de nombreux parents dans l'administration guinéenne. Les expatriés de MSF et du HCR qui avaient proposé ces distinctions fondées sur « l'ethnicité » furent même menacés d'expulsion s'ils maintenaient leurs propositions.

### **L** même assistance...

En avril 1990, la Croix-Rouge guinéenne commença à enregistrer les réfugiés et à distribuer des vivres (CDC, 1991). C'était le bon moment car la période annuelle de disette s'étendait de juin à août. Il fut donc décidé que tous les réfugiés, tant ruraux qu'urbains, bénéficieraient de la même assistance, c'est-à-dire gratuité des soins médicaux et distribution de rations alimentaires. Les réfugiés durent s'organiser en groupes de 50 personnes, furent enregistrés à ce titre et reçurent des cartes d'alimentation. Dans les zones urbaines, les services publics de santé où travaillait souvent une pléthore d'employés, purent facilement faire face à ce surcroît de soins aux réfugiés. Ils reçurent des quantités supplémentaires de médicaments et de nouveaux équipements médicaux. À plusieurs reprises, les réfugiés demandèrent que d'autres dispensaires soient créés à leur intention. Mais le MSP et MSF, qui ne voulaient pas créer un système de soins parallèle pour les

---

<sup>2</sup> Selon la convention de 1951 (HCR, 1992) relative au statut des réfugiés : un réfugié est une personne « qui ... craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays... ». Une personne rapatriée est une personne qui revient dans son pays d'origine après avoir été réfugiée dans un autre pays.

réfugiés, rejetèrent leurs demandes. Les réfugiés bénéficiaient de soins gratuits dans le cadre des services de santé existants qui recevaient en contrepartie de leur surcroît de travail des subsides supplémentaires.

### ... mais pas pour tout le monde

Le gouvernement de Guinée et le HCR décidèrent que l'assistance aux réfugiés serait limitée à la région forestière. Ils estimaient que si les « réfugiés » allaient s'installer loin des frontières, c'était la preuve qu'ils ne cherchaient pas refuge mais qu'ils « rentraient » au pays. Les réfugiés qui iraient s'installer en dehors de la zone forestière ne recevraient aucune aide, sauf pour le transport. En conséquence, la plupart des réfugiés restèrent dans cette zone ou bien allèrent s'y établir. Il était difficile d'évaluer le nombre exact de réfugiés hors de cette région, car ils ne furent jamais enregistrés autrepars. Limiter l'assistance aux réfugiés installés dans la région forestière fut l'une des rares décisions du gouvernement central à l'égard des réfugiés. La raison officielle invoquée était que le « système d'assistance aux réfugiés » dans la région forestière permettait d'enregistrer et d'aider les réfugiés ; il n'était donc pas nécessaire de l'étendre à d'autres régions. Ainsi, tous les réfugiés arrivant par bateau à Conakry, la capitale, furent transférés dans la région forestière. Le fait que les réfugiés soient confinés dans une des zones reculées du pays était considéré comme une heureuse conséquence d'une véritable décision politique.

La préfecture de Beyla, où s'étaient installés quelque 30 000 réfugiés mandingues, était un cas limite. Beyla n'avait pas de frontière avec le Liberia, mais faisait administrativement partie de la région forestière. Bien que, de fait, la plupart de ces « réfugiés » revenaient d'un séjour plus ou moins long au Liberia, ils furent enregistrés comme réfugiés à Beyla et reçurent une aide alimentaire. Néanmoins, MSF estima qu'un programme d'assistance médicale aux réfugiés à Beyla n'était pas une priorité et était difficile à organiser car cette préfecture disposait de rares services de santé<sup>3</sup>. Par contre, un projet

<sup>3</sup> En 1990, le système de santé de la préfecture de Beyla était encore fort peu développé. Pour une population de 160 000 personnes, dispersées dans une vaste zone de savane, il n'y avait que 30 lits d'hôpital et cinq dispensaires.

visant à étendre les services de santé à l'ensemble de la préfecture de Beyla fut adopté.

### *Troisième vague : réfugiés ruraux du comté de Loffa (juin-août 1990)*

En juin 1990, les combats s'étendirent à l'ensemble du Liberia, touchant notamment les comtés de Bong et de Loffa. Environ 20 000 réfugiés s'enfuirent vers l'Ouest à Yomou, 13 000 à Macenta et 16 000 vers l'Est à Guéckédou (vague 3, figure 2). La majorité était d'origine ethnique guerzé, toma et kissi. La plupart des Gbande du comté de Loffa s'enfuirent vers les zones mende en Sierra Leone. Les liens ethniques avec la population d'accueil continuèrent à déterminer le lieu d'implantation des réfugiés. Le PARL fut élargi afin de couvrir ces nouvelles zones. À Macenta, le MSP, MSF et la Mission philafrique organisèrent l'assistance médicale, alors qu'à Guéckédou, le MSP s'en chargea seul avec un financement du HCR.

En juillet 1990, la prise de Monrovia par le NPFL paraissait imminente et cette perspective préoccupait beaucoup les gouvernements de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Les États-Unis et les Nations unies étaient peu disposés à intervenir. En août 1990, les États membres de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) décidèrent de déployer une force multinationale de maintien de la paix sous contrôle nigérian, l'Ecomog. La CEDEAO mit également en place au Liberia un gouvernement intérimaire d'unité nationale dirigé par Amos Sawyer. L'Ecomog parvint à empêcher la prise de pouvoir de Monrovia par le NPFL, mais eut peu d'impact sur la guerre qui sévissait en dehors de la capitale. La victoire totale du NPFL fut donc évitée. Il contrôlait néanmoins plus de 95 % du Liberia. Le contrôle de l'Ecomog se limitait à Monrovia et à un corridor le long de la côte, entre Monrovia et la Sierra Leone, ouvrant ainsi un passage aux réfugiés de Monrovia. L'insécurité augmentant cependant à l'intérieur du Liberia, de nombreux réfugiés, ruraux et urbains, continuèrent à affluer en Guinée. Ils rejoignirent les rangs des réfugiés et les zones d'implantations des précédentes vagues. Entre-temps, une scission s'était produite au sein du NPFL, entre le courant majoritaire dirigé par Charles Taylor et une faction dirigée par Prince Johnson, le Front patriotique national indépendant du

Liberia (FPNIL). En septembre 1990, Prince Johnson kidnappa dans l'enceinte de l'Ecomog le président Samuel Doe qui, par la suite, fut tué (Schuster, 1994).

Durant cette période, plusieurs organisations humanitaires fournirent une aide aux territoires contrôlés par le NPFL ainsi qu'à Monrovia. Ces efforts contribuèrent à maintenir une grande partie de la population au Liberia, soit dans leur région, soit en tant que personnes déplacées à l'intérieur du pays. Sans l'assistance apportée au Liberia, il est probable que le nombre de réfugiés en Guinée aurait été beaucoup plus élevé.

### *Quatrième vague : les réfugiés de Sierra Leone (mars-avril 1991)*

Début 1991, la guerre qui sévissait au Liberia gagna la Sierra Leone. El Hadj Kouroumah, un Mandingue libérien opposé au NPFL, prit le contrôle des réfugiés libériens en Sierra Leone, ainsi que des anciens membres des Forces armées du Liberia, et mit sur pied une nouvelle guérilla, le Mouvement de libération unie (Ulimo). Thomas Sankoh, un chef d'opposition sierra-léonien, allié du NPFL, avait de son côté créé le Front révolutionnaire uni (RUF). En mars 1991, le NPFL et le RUF lancèrent une offensive contre Ulimo et pénétrèrent en Sierra Leone. L'ensemble de la zone frontalière entre le Liberia et la Sierra Leone devint un champ de bataille où s'affrontaient factions libériennes (Ulimo et NPFL) et sierra-léoniennes (RUF et Armée de Sierra Leone) qui forgeaient de fragiles alliances (Richards, 1996 ; Leach, 1992).

#### **Afflux de réfugiés à Guéckédou**

La conséquence fut un afflux massif de nouveaux réfugiés en Guinée, environ 100 000 (vague 4, figure 2), essentiellement issus des ethnies kissi et mende de Sierra Leone. La majorité arriva dans la préfecture de Guéckédou en mars et avril 1991. Se trouvaient également parmi eux des Libériens gbande qui avaient précédemment trouvé asile en Sierra Leone. Quand leurs hôtes furent obligés de s'enfuir, ils partirent avec eux en Guinée. Les Mende et les Gbande n'avaient pas de membres de leur ethnie en Guinée. Ils s'installèrent dans la préfec-

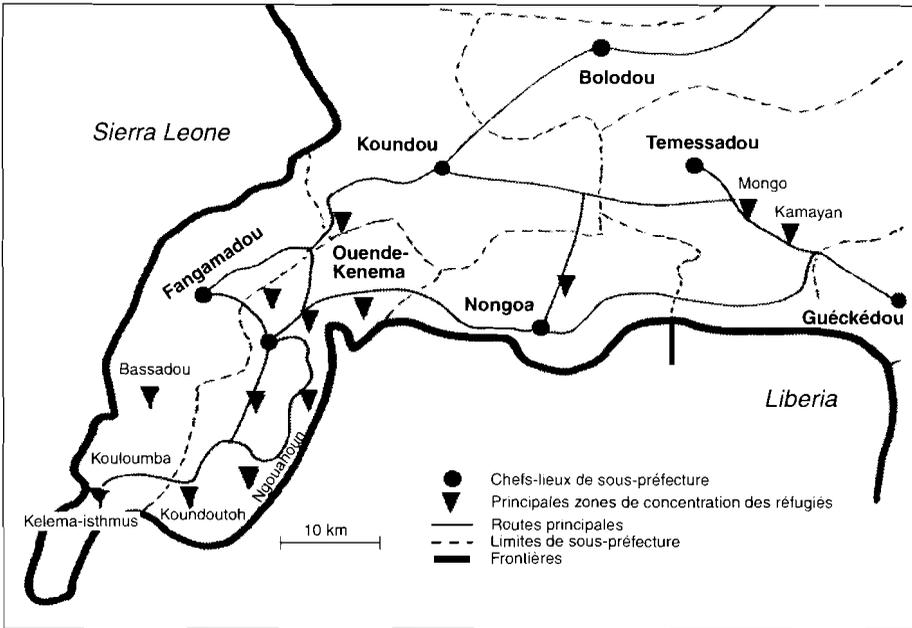


Figure 3  
 Zones d'installation des réfugiés dans la zone de Guékédou.

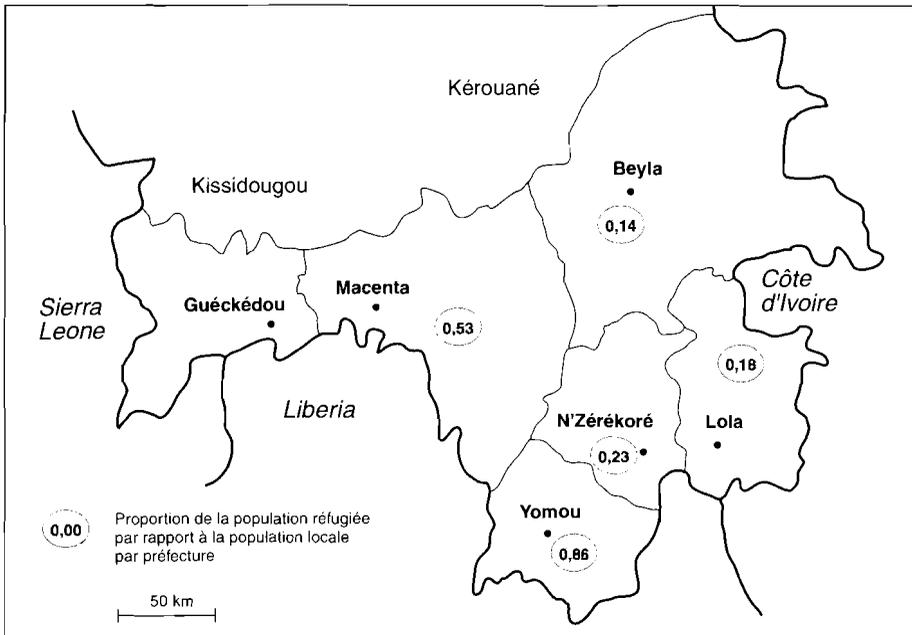


Figure 4  
 Taux de concentration des réfugiés dans la région forestière guinéenne (juin 1995).

ture de Guéckédou, où leur nombre surpassa largement celui de leurs hôtes (Fangamadou et Ouende-Kenema, figures 3 et 4). Les Kissi, quant à eux, se fixèrent essentiellement avec les membres de leur ethnie à Guéckédou.

### Rôle plus actif du gouvernement guinéen et du HCR

Environ 20 000 réfugiés mende se fixèrent d'abord en Guinée dans l'isthme de Kelema qui pénètre en Sierra Leone (figure 3), où ils furent la cible des raids de la guérilla. Les autorités guinéennes décidèrent alors que ces réfugiés devaient quitter l'isthme. C'est ainsi que quelque 26 000 réfugiés se trouvèrent rassemblés à Kouloumba, un endroit qui comptait moins de 1 000 habitants, créant *de facto* un camp de réfugiés alors que les autres zones d'accueil de la préfecture de Guéckédou étaient dispersées et difficiles d'accès.

Ce fut, en un très court laps de temps, un afflux massif. Le gouvernement guinéen et le HCR jouèrent à ce moment-là un rôle plus actif dans le cadre du PARL et participèrent aux décisions concernant cette fois l'implantation des réfugiés. Ceux-ci défrichèrent la brousse, le HCR délimita les contours du camp et procura des bâches en plastique pour couvrir les cases. À cette époque, d'autres organismes intervinrent également. L'Unicef s'occupa avec efficacité de l'alimentation en eau et des latrines. Dès les premières semaines, le Programme alimentaire mondial (PAM), la Croix-Rouge et l'Agence adventiste d'aide et de développement (Adra) prirent en charge l'enregistrement des réfugiés et l'aide alimentaire. Bien que ne revêtant pas un caractère dramatique, l'état de santé et nutritionnel des nouveaux réfugiés était plus mauvais que celui des précédentes vagues de réfugiés. Les processus spontanés d'auto-prise en charge étaient moins efficaces qu'auparavant. Ce nouveau mode d'installation des réfugiés put être qualifié « d'auto-installation guidée ».

### Assistance médicale

La Direction préfectorale de la santé (DPS) de Guéckédou avait pu gérer avec efficacité le PARL destiné aux 16 000 réfugiés arrivés en 1990. Cependant, l'énormité des besoins des 100 000 nouveaux réfugiés était telle que le HCR et le MSP demandèrent à MSF d'intervenir également à Guéckédou, où le *Deutsche Gesellschaft für Technische*

*Zusammenarbeit* (GTZ) assistait déjà le MSP dans le cadre du programme de soins de santé primaire. MSF accepta sans enthousiasme, insistant pour que GTZ s'engage davantage. Mais GTZ répondit qu'il fallait clairement distinguer l'aide au développement de l'aide humanitaire et qu'il était préférable que ces deux types d'intervention soient assumés par des agences différentes, à savoir, respectivement, GTZ et MSF. Le SMD continua à gérer le PARL, MSF apportant une assistance technique et logistique au MSP. Entre-temps, le nom du programme d'assistance aux réfugiés avait été modifié pour devenir PARLS : Programme d'assistance aux réfugiés libériens et sierra-léoniens.

Le mauvais état des pistes permettant difficilement de transférer à l'hôpital les enfants souffrant de malnutrition, des centres nutritionnels furent créés dans la périphérie de la préfecture de Guéckédou. Pour la même raison, le MSP décida en janvier 1992 de construire un hôpital rural à Koundoutoh (figure 3), au centre de la zone où se trouvaient les réfugiés, et d'y affecter un médecin guinéen à plein temps. Pour les opérations chirurgicales, il fallait cependant envoyer les malades à Guéckédou. Ce problème de transport des malades fut un cauchemar jusqu'au moment où, vers juin 1992, Koundoutoh put disposer à demeure d'une ambulance.

### *Aperçu général des quatre vagues de réfugiés (1990-1991)*

Chacune des quatre vagues de réfugiés était assez homogène en soi, mais il y avait entre elles de grandes différences. La plupart des réfugiés s'étaient installés au milieu de la population locale. Cependant, à Thuo et à Kouloumba, des camps comprenant respectivement 10 000 et 26 000 réfugiés avaient été *de facto* créés. Aucune instance gouvernementale ou organisation humanitaire ne l'avait décidé ou organisé. Cette situation était due aux conditions locales, notamment à l'absence de relations ethniques étroites entre réfugiés et population d'accueil, et à la forte concentration de réfugiés dans ces deux zones (tableau 1).

Vague (Date d'arrivée)	Origine	Estimation du nombre et état à l'arrivée	Zone d'installation en Guinée (Figure 2)	Mode d'installation
Première vague ou vague Nimba (janvier-mars 90)	Ruraux Mano du comté de Nimba.	Environ 100 000, pauvres et démunis, en bonne santé.	Zones frontalières rurales de Yomou, N'Zérékoré et Lola.	Installation autonome au sein des membres de leur ethnie ; camp <i>de facto</i> à Thuo (10 000).
Deuxième vague ou vague urbaine (mai-août 90)	Mandingues urbains de différentes villes du Liberia.	Environ 100 000. Biens personnels importants ; en bonne santé.	Villes de Macenta et N'Zérékoré. Plus déplacements vers Beyla et la Haute-Guinée.	Installation autonome au sein des membres de leur ethnie.
Troisième vague ou vague Loffa (juin-août 90)	Ruraux Guerzé, Toma et Kissi des comtés de Loffa et Bong.	Environ 50 000, pauvres et démunis, en bonne santé.	Zones rurales de Yomou (Guerzé), Macenta (Toma), et Guéckédou (Kissi).	Installation autonome au sein des membres de leur ethnie.
Quatrième vague ou vague de Sierra Leone (mars-avril 91)	Ruraux Kissi et Mende de Sierra Leone et ruraux Gbande du Liberia.	Environ 100 000, pauvres et démunis, sous-alimentés mais encore en assez bonne santé.	Régions rurales de Guéckédou.	Kissi : installation autonome au sein des membres de leur ethnie Mende et Gbande : « auto- installation guidée » en zones rurales (mais pas de liens ethniques ; camp <i>de facto</i> à Kouloumba) (26 000).

■ Tableau 1  
Aperçu général des vagues de réfugiés arrivant en Guinée  
en 1990-1991.

## ■ Une période de calme relatif (juin 1991-juin 1992)

### *Mouvements de population*

De juin 1991 à juin 1992, un statu quo relatif régna au Liberia et en Sierra Leone. Il n'y eut pas d'importants mouvements militaires et les tensions diminuèrent dans de nombreuses régions. Des négociations de paix se déroulaient dans les deux pays, sans pour autant aboutir à une solution. L'aide humanitaire couvrait de vastes régions et il n'y eut pas d'afflux massifs de nouveaux réfugiés en Guinée. Cela n'empêcha cependant pas des mouvements de population de se produire au sein des pays et entre les États. Ces mouvements étaient essentiellement liés aux conditions de sécurité et au calendrier agricole. Lorsque les conditions de sécurité le permettaient, les réfugiés retournaient dans leur région d'origine craignant qu'une trop longue absence menace leurs droits fonciers et autres possessions. Les hommes partaient souvent les premiers, laissant femmes et enfants en Guinée où ils étaient en sécurité et bénéficiaient d'une aide. Ils partaient au début de la période culturale pour mettre en valeur leurs terres. Parallèlement, nombre de ceux qui étaient restés dans leur pays d'origine trouvaient que la situation y devenait trop difficile et s'exilaient en Guinée. Dans l'ensemble cependant, le nombre de réfugiés en Guinée n'augmenta pas ; au contraire, il commença à diminuer.

Le recensement des réfugiés enregistrés ne reflète pas la réalité en raison de ces déplacements incessants et du mode d'installation dispersé. En l'absence d'un programme de rapatriement officiel, les réfugiés qui rentraient dans leur pays d'origine ne signalaient pas leur départ au HCR. Et de nouveaux réfugiés ne parvenaient pas à se faire enregistrer, car ils étaient souvent soupçonnés – parfois à juste titre – de vouloir se faire inscrire une deuxième fois. Durant cette période de relative stabilité, on espérait parvenir à des accords de paix définitifs au Liberia et en Sierra Leone et au rapatriement des réfugiés (UNHCR, 1991). Néanmoins, tout le monde commençait à se rendre compte que des mesures d'aide à plus long terme s'imposaient et qu'il était nécessaire de soutenir davantage la recherche d'autonomie alimentaire des réfugiés (Diallo, 1991).

## *Renforcement du programme d'assistance aux réfugiés libériens et sierra-leoniens (PARLS)*

Durant cette période, l'assistance médicale fut renforcée et développée (Ministère de la Santé et MSF, 1992). Une plus grande attention fut apportée aux activités qui, au début, avaient été jugées moins prioritaires, telles que la surveillance prénatale et le planning familial. Les effets négatifs des PARLS sur le système de santé guinéen devinrent plus évidents. Dans certaines régions, les Guinéens préféraient faire cinq ou six kilomètres à pied pour bénéficier de la gratuité des soins dans les postes de santé récemment créés plutôt que d'aller en consultation dans leurs propres dispensaires où ils devaient payer. Dans les régions à forte concentration de réfugiés, les dispensaires accueillaient souvent trois ou quatre fois plus de réfugiés que de Guinéens, ces derniers ayant l'impression de ne plus disposer de leurs propres dispensaires. Le personnel de santé guinéen estimait que les réfugiés leur donnaient un surcroît de travail qui leur était mal rémunéré. Les réfugiés étaient mécontents du système de santé guinéen. D'après eux, non seulement les soins étaient différents de ceux dont ils bénéficiaient au Liberia mais ils étaient également de moindre qualité. Souvent, ils estimaient également que le personnel de santé guinéen était moins compétent que nombre d'agents de santé réfugiés qui vivaient parmi eux et dont beaucoup ne trouvaient pas d'emploi dans les services de santé officiels. Si ces derniers étaient employés, c'était uniquement en qualité d'interprètes. Des projets visant à améliorer les relations entre les réfugiés et les services de santé guinéens, par la création d'un réseau de visiteurs à domicile, furent mis en place (Van Hauwaert, 1992). D'interminables négociations eurent lieu, MSF et la Mission Philafricaine insistant pour que les réfugiés contribuent progressivement au paiement des soins afin de mettre un terme au sentiment d'injustice qui régnait du fait de soins gratuits pour les réfugiés et payants pour les Guinéens. Mais le HCR et le MSP craignaient les conséquences néfastes d'une telle décision et la repoussaient sans cesse.

L'aide alimentaire arriva comme prévu. Elle se limitait cependant à de l'huile et du riz. Il était rare qu'il y ait une distribution de rations alimentaires équilibrées comportant des haricots ou des lentilles. D'importantes fraudes existaient néanmoins dans l'enregistrement des réfugiés et les autorités locales, ainsi que les commerçants détour-

naient une part importante de l'aide alimentaire. Les vivres arrivaient souvent sur le marché local où le prix du riz atteignit son niveau le plus bas, bien inférieur au prix pratiqué avant l'arrivée des réfugiés. L'éducation des enfants de réfugiés fut assurée grâce au doublement des classes dans les écoles alors existantes et à la construction de plusieurs nouvelles écoles. L'enseignement des réfugiés se faisait en anglais, en dehors du système d'enseignement guinéen basé sur le français. Les enseignants et les directeurs étaient des réfugiés, la coordination et la supervision étant assurées par le International Rescue Committee (IRC).

Si la plupart des réfugiés s'en sortaient relativement bien avec une aide limitée, par contre les femmes chefs de famille, les mineurs et les personnes âgées non accompagnées avaient besoin d'une assistance supplémentaire. Pour ces personnes « vulnérables », le HCR entreprit d'organiser un service social et fit appel à l'Église catholique et aux comités de réfugiés, mais sans jamais réussir à mettre en place des programmes consistants. Il fallut plusieurs années pour qu'enfin l'Église protestante évangélique (EPE) et le Service jésuite aux réfugiés (JRS) parviennent à organiser des services d'orientation et d'assistance pour les personnes vulnérables. « Favoriser l'autonomie économique » était devenue une expression à la mode, mais hors quelques enquêtes visant à étudier les ressources dont disposaient les réfugiés, peu de choses furent faites (Oulare et Keita, 1992).

## ■ Derniers arrivants (1992-1995)

Vers la fin de 1992, le processus de paix n'avait toujours pas progressé au Liberia. Les conflits internes au sein du NPFL et de l'Ulimo aboutirent à de nouvelles scissions, à la création de factions et à une recrudescence des combats. En septembre 1994, l'Ulimo finit par attaquer le quartier général du NPFL à Gbarnga, ensuite repris par le NPFL qui lança une importante offensive contre le territoire sous contrôle de l'Ulimo. En Sierra Leone, la situation n'était guère meilleure. Le conflit avait gagné de vastes zones, forçant un grand nombre de personnes à quitter leurs foyers et, soit à se concentrer autour des villes, soit à s'enfuir en Guinée.

Durant cette période, le degré de violence devint tel que l'on assista aux plus atroces violations des droits de l'homme jamais enregistrées dans l'histoire récente (Omaar, 1990 ; Schuster, 1994), notamment l'amputation des deux mains de nombreuses paysannes (Amnesty International, 1996 ; Richards, 1996). Toutes les factions pratiquaient largement la stratégie de la terre brûlée qui perturbait fortement la situation de sécurité alimentaire au Liberia et en Sierra Leone. En même temps, les organisations humanitaires rencontraient beaucoup de difficultés pour apporter une aide alors que dans certaines régions régnait une véritable famine.

Les réfugiés installés en Guinée en 1990-1991 s'en sortaient relativement bien. Il n'y avait pas de situations désespérées de dénuement extrême ou de famine. On avait le sentiment que « les réfugiés étaient intégrés ». La couverture médiatique était donc faible et les donateurs leur prêtaient peu d'attention. Les principaux problèmes semblaient être l'absence d'enregistrement fiable des réfugiés et le détournement de l'aide alimentaire. Les donateurs encourageaient donc le HCR et le PAM à améliorer les mécanismes de contrôle et à réduire l'aide alimentaire.

### *Les mouvements de part et d'autre des frontières*

Étant donné la détérioration de la situation au Liberia et en Sierra Leone, de nouveaux réfugiés commencèrent à affluer en Guinée. Ils ne formaient plus d'importantes vagues, mais une succession de petites vagues. Les réfugiés qui arrivèrent pendant cette période n'avaient pas choisi immédiatement de passer en Guinée. Ils avaient d'abord essayé de rester chez eux aussi longtemps que possible. Lorsqu'on leur demandait pourquoi ils n'avaient pas quitté leur pays plus tôt, ils répondaient souvent qu'ils habitaient loin des régions frontalières et avaient d'abord essayé de se débrouiller plus près de chez eux ; ils disaient aussi qu'ils n'avaient jamais été en Guinée et n'y connaissaient personne, ou bien qu'ils ne savaient pas où aller lorsqu'ils seraient en Guinée. D'autres soulignaient que le fait de quitter leur pays mettrait en péril leur avenir à leur retour, une fois les problèmes résolus. C'est pourquoi, au début du conflit, ils avaient essayé de rester dans leur village en affrontant les épreuves, ou bien s'étaient

déplacés à l'intérieur de leur pays, le Liberia ou la Sierra Leone. C'est seulement, une fois ces options devenues réellement impossibles, qu'ils avaient décidé de fuir en Guinée.

La plupart des réfugiés arrivés entre 1992 et 1995 avaient donc été auparavant des « déplacés ». Quelques-uns avaient changé de lieux plusieurs fois. Certains avaient connu pendant plusieurs années de terribles épreuves, proches du travail forcé ou de l'esclavage, dans leur propre pays. C'est pourquoi la plupart d'entre eux souffrait de malnutrition ou bien était malade à leur arrivée et ne possédait rien, pas même de vêtements. Les familles avaient souvent éclaté et de nombreuses femmes étaient devenues chefs de famille. Nombre de réfugiés ne savaient où aller, étaient épuisés à leur arrivée et n'avaient pas la force de se prendre en charge. Cette différence fondamentale entre les premiers et les derniers arrivants montre clairement la diversité des vagues de réfugiés analysée par Kunz (1973 ; 1981), qui a également été relevée au Sud-Soudan (Harrell-Bond, 1986) et dans l'Est-Soudan (Mulholland, 1985 ; Kuhlman, 1990).

Lorsque la situation le permit, les réfugiés retournèrent dans leur pays d'origine – provisoirement ou définitivement. Quand les conditions de sécurité s'améliorèrent, le mouvement se fit principalement en direction du pays d'origine. Quand l'insécurité augmenta, il se fit en sens contraire.

### *Trois exemples de petites vagues de réfugiés et « nouvelles approches d'assistance »*

Entre 1992 et 1995, on a pu observer plus de dix vagues de réfugiés, soit quelque 150 000 personnes. La plupart arrivèrent dans les préfectures de Yomou, Macenta et Guéckédou qui accueillèrent déjà la majorité des réfugiés (figure 2). Lorsque le conflit s'étendit en 1995 à des zones de plus en plus vastes en Sierra Leone, les réfugiés se dirigèrent vers de nouvelles zones en Guinée : environ 9 000 s'installèrent à Kissidougou et 24 000 à Forécariah, le long de la côte.

Nous étudions ci-dessous l'afflux de réfugiés à Guéckédou (juin 1993), à Yomou (septembre 1994) et à Forécariah (janvier 1995). Il montre clairement le changement de nature à la fois de la population réfugiée et des modes d'assistance (tableau 2).

Date d'arrivée	Événement déclencheur	Évaluation du nombre et/ou état sanitaire à l'arrivée	Zone d'accueil en Guinée et mode d'installation
Juin 1993	Conflits dans la zone de Kailahun (Sierra Leone) et du comté de Loffa (Liberia).	En mauvaise santé. Taux de malnutrition élevé.	Arrivés dans la zone frontière de Guéckédou puis transférés par le HCR dans de petits camps (Nyaedou et Fandouyema), bon accès à la terre.
Sept.1994	Attaque de l'ULIMO contre le quartier général du NPFL à Gbarnga.	27 000 réfugiés généralement en mauvaise santé.	D'abord dans des camps de transit : Diecké, Bignamou et Betha (Yomou). En janvier 1995, transfert par le HCR à Noonah ; peu d'accès à la terre (8 000 seulement sont acceptés, les autres s'installent seuls, sans assistance).
Janvier 1995	Attaque de Kambia par le RUF.	24 000 réfugiés, en bonne santé.	Forécariah, s'installent eux-mêmes au milieu des membres de leur ethnie, puis sont incités par le HCR à aller dans des camps.

Tableau 2

Aperçu général de trois des dernières petites vagues de réfugiés en Guinée, 1992-1995.

### Nouveaux réfugiés à Guéckédou (juin 1993)

En juin 1993, plusieurs groupes de réfugiés arrivèrent sur le territoire de la préfecture de Guéckédou et s'installèrent près de la frontière. Ils étaient en mauvaise santé et dépourvus de tout. Peu de temps après leur arrivée, ils reçurent une aide alimentaire et des soins médicaux. Le HCR mit en place plusieurs petits camps de 1 000 à 3 000 personnes, loin de la frontière (par exemple à Nyaedou, Fandouyema et Boodou<sup>4</sup>). Le HCR négocia pour que les réfugiés puissent disposer

<sup>4</sup> Le camp de Boodou fut créé à l'intention des anciens guérilleros devenus des réfugiés, loin de la frontière et à l'écart des autres réfugiés qui souvent leur étaient hostiles. Plus tard, des réfugiés « civils » furent aussi installés à Boodou.

de terres à Nyaedou et à Boodou et leur apporta une aide pour qu'ils puissent les cultiver. Néanmoins, nombre de réfugiés préférèrent se débrouiller seuls, sans aide, et rejoignirent la masse des précédents réfugiés, estimant que parmi eux ils pourraient mieux s'en sortir. De plus, beaucoup de réfugiés enregistrés dans les camps n'y séjournaient pas en permanence (« camps fantômes »).

### **De Gbarnga à Noonah, sous-préfecture de Yomou (septembre-décembre 1994)**

Suite à l'attaque lancée par l'Ulimo contre le quartier général du NPLF à Gbarnga, environ 27 000 nouveaux réfugiés arrivèrent dans la préfecture de Yomou en septembre 1994. Beaucoup, y compris les adultes, souffraient de malnutrition. Ils formaient un groupe très disparate. Nombre d'entre eux étaient d'anciens citadins appartenant à différentes ethnies. Très rapidement, le HCR et le PAM fournirent une aide alimentaire d'urgence et construisirent des camps de transit à Diecké, Bignamou et Betha. Ces camps de transit, considérés comme provisoires, comprenaient des abris collectifs de 15 mètres de long sur sept mètres de large pouvant héberger jusqu'à 200 personnes chacun. Dans un tel environnement, il était difficile de maintenir des conditions d'hygiène suffisantes et une épidémie de choléra se déclara bientôt dans le camp de transit de Diecké.

En novembre 1994, à la recherche d'une solution plus appropriée, le HCR décida de construire un nouveau camp à Noonah. Un camp typique fut édifié et les hommes du camp de transit furent transportés en camion à Noonah pour défricher la brousse et construire des cases avec des matériaux locaux et des bâches en plastique. Le nouveau camp resta toutefois quasiment vide jusqu'à ce que le HCR exige que les réfugiés y habitent pour les enregistrer. De nombreux réfugiés refusèrent cependant d'y vivre (voir encadré). Ce refus de dépendre des organismes humanitaires a également été observé dans d'autres situations de réfugiés (Harrell-Bond, 1986 ; Bascom, 1995 ; Van Damme, 1995).

### **De Kambia à Forécariah (janvier 1995)**

En janvier 1995, le Front révolutionnaire uni (RUF) attaqua Kambia et força environ 24 000 Sierra-léoniens à fuir vers Forécariah, près

**Camp de réfugiés de Noonah et « accord de non-assistance »**

Noonah est un petit village guinéen. La majorité de la forêt qui l'entoure fait partie de la Forêt Sacrée, où seuls peuvent pénétrer ceux qui ont été initiés selon les rites locaux. Le HCR créa le camp de Noonah pour réinstaller les nouveaux réfugiés. Mais 8 000 seulement acceptèrent d'y aller, car ils savaient qu'il leur serait difficile d'y obtenir des terres ou d'y trouver un emploi. Les autres, environ 19 000, refusèrent de se rendre à Noonah, en sachant que ce refus entraînerait l'absence de gratuité de l'aide alimentaire ou des soins médicaux. Officiellement, ils devinrent des réfugiés non enregistrés.

C'est là un cas d'« accord de non-assistance », les conditions unilatéralement imposées par le HCR n'étant pas acceptables pour les réfugiés. Ce refus était dû en partie aux mauvais souvenirs laissés par les organisations humanitaires chez les réfugiés. Ceux-ci ne faisaient plus confiance au HCR et aux organisations chargées de mettre en œuvre ses décisions lorsqu'elles promettaient que les réfugiés recevraient des rations complètes dans le camp de Noonah. Au début, ces organisations n'avaient pas été capables, en effet, de distribuer l'aide alimentaire prévue. De nombreux réfugiés estimèrent à juste titre qu'ils avaient peu de chances de parvenir à l'autonomie économique dans le camp de Noonah. Ils préférèrent compter sur eux-mêmes plutôt que sur le système d'aide.

La sévérité du HCR fut due au fait qu'il ne parvenait pas à distinguer les « véritables nouveaux réfugiés » des « faux nouveaux réfugiés » (soit que les réfugiés tentent de se faire enregistrer deux fois, soit que des Guinéens essaient de se faire enregistrer comme réfugiés). Séparer les nouveaux réfugiés des anciens était bien sûr une solution à ce problème, car très peu de « faux nouveaux réfugiés » accepteraient d'aller au camp de Noonah. Mais, en même temps, cela empêchait de reconnaître un grand nombre des « véritables nouveaux réfugiés ».

Les réfugiés qui refusèrent étaient probablement ceux qui avaient le plus de chances de s'en sortir seuls et de devenir autosuffisants. Toutefois, nombre de ceux qui avaient accepté de vivre au camp de Noonah retournaient périodiquement sur leurs premiers lieux d'installation ou bien allaient vivre dans les villages guinéens aux alentours de Noonah, ne revenant au camp que les jours de distribution de l'aide alimentaire.

En 1995, les faits montrèrent que ceux qui avaient refusé d'aller vivre dans le camp de Noonah avaient eu raison. Bien qu'en matière de distribution de vivres, le camp ait été prioritaire, cette aide était insuffisante et le taux de malnutrition augmenta fortement. En 1995, la situation s'était détériorée dans de nombreuses zones, mais elle était encore pire dans le camp de Noonah.

de Conakry. Si la plupart des réfugiés étaient en bonne santé, ils n'emmenèrent néanmoins aucune provision. Ils s'installèrent dans des zones où vivaient des membres de leur ethnie avec lesquels ils avaient conservé d'étroites relations. Cet afflux de réfugiés ressemblait beaucoup aux première et troisième vagues de 1990 : des réfugiés ruraux, en bonne santé et s'en sortant relativement bien.

En juin 1995, le HCR encouragea les réfugiés installés à Forécariah à aller dans des camps. Ils furent informés que c'était uniquement là que nourriture et assistance médicale leur seraient fournies. En novembre 1995, la plupart des réfugiés s'y étaient installés bien qu'ayant précédemment vécu au milieu des Guinéens sans problèmes majeurs. Cette politique correspondait donc à la nouvelle approche, plus interventionniste, adoptée par les organisations humanitaires dans la région forestière, même si elle ne s'imposait pas pour répondre aux besoins des réfugiés.

Ces trois exemples montrent que les résultats de la « nouvelle approche humanitaire » étaient très différents d'un endroit à l'autre. À Guéckédou, elle fut assez efficace mais sans aucun doute plus onéreuse que la précédente. À Noonah, dans la région de Yomou, ce fut un échec complet (voir encadré). À Forécariah, la réinstallation des réfugiés dans des camps fut inutile et chère.

### *Nouveaux organismes d'aide et nouveaux aspects du PARLS*

Les nouveaux réfugiés avaient besoin d'une plus grande assistance et le système d'aide humanitaire était prêt à la leur fournir. Tous les enfants furent vaccinés contre la rougeole, des enquêtes nutritionnelles furent réalisées et, là où c'était nécessaire, des centres de nutrition furent créés. L'alimentation en eau fut également assurée dans tous les nouveaux lieux d'installation. Cependant, pendant l'année 1995, le système d'aide humanitaire ne réussit généralement pas à fournir une quantité suffisante de nourriture (Davis, 1996), d'où une forte augmentation de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition parmi les réfugiés. Pour faire face à cette situation, le HCR renforça les programmes destinés aux personnes vulnérables. Cependant, si les enfants mal nourris sont relativement faciles à détecter, identifier

les femmes chefs de famille et les personnes âgées isolées au milieu d'une population extrêmement mobile est bien plus difficile. Pour essayer de réduire les irrégularités durant la distribution de l'aide alimentaire, un contrôle des rations fut institué. À chaque distribution, un contrôle eut lieu pour déterminer la quantité réelle de denrées reçues par les réfugiés. Il devint rapidement clair que, même à la fin de la chaîne de distribution, il y avait des problèmes. Le HCR et le PAM décidèrent alors de modifier le système de cartes d'alimentation : la distribution n'aurait plus lieu par groupes de 50 bénéficiaires mais au niveau familial. Pour les réfugiés, ce système de distribution était beaucoup plus juste.

Un plus grand soutien fut apporté aux activités génératrices de revenus, essentiellement la production de riz. Les années précédentes, cette aide consistait en la distribution d'outils agricoles et de semences. Par la suite, la priorité donnée à l'amélioration de l'accès à la terre, principalement grâce à l'exploitation de nouveaux marigots, eut de meilleurs résultats.

Cette approche de l'aide, plus interventionniste, entraîna la participation de nouveaux acteurs. Jusqu'en 1993, le PARLS était essentiellement pris en charge par le HCR, le PAM et les ONG qui opéraient déjà dans la région forestière. Les seules nouvelles ONG à s'y associer furent l'ADRA (Agence adventiste d'aide et de développement) et l'IRC (International Rescue Committee). Cependant, entre 1993 et 1995, d'autres ONG commencèrent à intervenir telles que l'Action contre la faim, le Service jésuite pour les réfugiés (JRS) et l'Église protestante évangélique. Début 1996, GTZ prit le relais de MSF à Guéckédou et de Oxfam à Forécariah. Par la suite, GTZ remplaça aussi l'ADRA pour le transport de l'aide alimentaire. En moins de deux ans, GTZ devint l'un des principaux acteurs du PARLS.

Les réfugiés des années 1990-1991 étaient très différents de ceux arrivés entre 1992 et 1995. Les besoins des derniers arrivants étaient plus grands et leurs moyens de s'en sortir seuls, moins efficaces. Le tableau 3 présente les principales caractéristiques des premiers et des derniers arrivants.

De même qu'au fil du temps, la nature des réfugiés et l'attitude de la population d'accueil ont évolué, de même l'attitude générale et l'approche du système d'aide se sont modifiées. Les réfugiés qui, au début, parvenaient à survivre par leurs propres moyens devinrent dépen-

Premiers arrivants Quatre importantes vagues (1990-1991)	Derniers arrivants Succession de petites vagues (1992-1995)
<b>Nature des réfugiés</b>	
Quand les conflits affectent la zone où ils vivent, ils choisissent d'abord de fuir en Guinée. Ils s'installent près de la frontière et ont des liens ethniques, souvent de la famille, en Guinée.	Quand les conflits affectent la zone où ils vivent, les gens luttent d'abord pour rester dans leur pays. Mais quand la situation devient trop difficile, ils fuient en Guinée (déplacés à l'intérieur de leur pays, puis réfugiés). Il y a parfois des réfugiés qui étaient retournés dans leur pays et qui doivent fuir à nouveau (réfugiés, rapatriés, puis à nouveau réfugiés).
<b>Situation générale des réfugiés</b>	
Les réfugiés n'ont ni trop souffert, ni trop longtemps, avant de fuir en Guinée et sont généralement en bonne santé. À leur arrivée, les groupes de réfugiés sont relativement homogènes car de la même ethnie ; ils étaient en relation avant le conflit.	De nombreux réfugiés souffrent de malnutrition et sont en mauvaise santé à leur arrivée. Beaucoup de familles avaient éclaté avant leur arrivée en Guinée. Les groupes de réfugiés sont hétérogènes, les ethnies sont mélangées ; ils ne vivaient pas ensemble auparavant.
<b>Caractéristiques de l'installation dans la zone d'accueil</b>	
Les réfugiés arrivent dans des zones où vivent des membres de leur ethnie et où il n'y a pas encore de réfugiés. La population qui les accueille est en général très hospitalière. Le système d'aide n'est pas encore en place dans la zone d'arrivée et aucun enregistrement des réfugiés n'a eu lieu jusqu'alors. La plupart des réfugiés n'attendent pas d'aide, pas plus que leurs hôtes.	La population d'accueil soutient déjà un grand nombre de réfugiés. Les nouveaux réfugiés et leurs hôtes ont peu ou pas de liens ethniques. Les zones d'arrivée sont souvent considérées par la population d'accueil comme « saturées » par les réfugiés. Le système d'aide est déjà en place et les premiers réfugiés ont été enregistrés. La logique « enregistrement = aide alimentaire » est déjà en vigueur. En tant que déplacés dans leur propre pays, certains ont reçu une aide alimentaire. À leur arrivée en Guinée, ils s'attendent à ce que la « communauté internationale » les soutienne. La population locale et les réfugiés déjà présents comptent sur l'aide des organisations humanitaires pour les nouveaux réfugiés.
<b>Mode d'installation dans la zone d'accueil</b>	
Installation autonome au sein de la population d'accueil : les réfugiés se mêlent à la population des zones frontalières. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, ils construisent leurs propres cases ; ils sont souvent intégrés du point de vue spatial dans les villages existants ou dans des villages jumelés.	Le HCR essaye de séparer les anciens et les nouveaux réfugiés. Il prépare des camps loin de la frontière (par exemple, à Kamayan, Nyaedou, Boodou et Noonah). Pour être enregistrés, les nouveaux réfugiés doivent s'y installer. La population de ces camps est mélangée et reçoit une aide des organisations humanitaires. Après quelque temps, ces camps deviennent des « camps fantômes » : les réfugiés sont souvent absents, cherchent des possibilités de travail ailleurs. Les réfugiés vulnérables et dépendants restent souvent seuls dans les camps. Au moment de la distribution de l'aide alimentaire, les réfugiés retournent dans les camps.

I Tableau 3

Caractéristiques des réfugiés et de leur accueil en Guinée, 1990-1995.

dants de l'aide extérieure. Dans une certaine mesure, ce changement d'approche est compréhensible, compte tenu du changement des conditions de vie des réfugiés. Mais du point de vue de l'approche générale, ce changement n'a pas été très opportun, comme signalé plus haut. Les tableaux 4 et 5 comparent les réponses de la population d'accueil et du système d'aide apportées aux premiers et aux derniers arrivants.

## ■ Modes d'installation des réfugiés

### *Nombre et répartition*

En juin 1995, le HCR avait officiellement enregistré en Guinée 603 750 réfugiés, dont 578 846 dans la seule zone forestière<sup>5</sup>. À la fin de 1995, le recensement des réfugiés dans le monde (World Refugee Survey) estimait le nombre de réfugiés en Guinée à 640 000 (Immigration and Refugee Services of America, 1996). Ces chiffres représentaient en gros 10 % de la population de Guinée. À l'échelle mondiale, c'était le pays où existait l'une des plus fortes concentrations de réfugiés. À la fin de 1995, dans la région forestière, un habitant sur trois était un réfugié.

Le HCR distinguait les réfugiés enregistrés en 1990-1993 de ceux enregistrés en 1994-1995, les premiers étant appelés les « anciens » et les derniers les « nouveaux » réfugiés. Cette distinction ne correspond pas exactement à celle établie entre premiers (1990-1991) et derniers arrivants (1992-1995). Les anciens et les nouveaux réfugiés avaient droit à des quantités de nourriture différentes, les anciens réfugiés étant censés être autosuffisants depuis 1996 contrairement aux nouveaux. Cette distinction fut maintenue malgré les études qui montraient que l'insécurité alimentaire n'était pas liée à la date d'arrivée mais à la zone d'installation (Davis, 1996).

La concentration des réfugiés était différente d'une préfecture à l'autre. À Guéckédou, en juin 1995, il y avait davantage de réfugiés que de

<sup>5</sup> Toutes les statistiques démographiques doivent être traitées avec précaution car elles ne sont pas très fiables.

Premiers arrivants Quatre importantes vagues (1990-1991)	Derniers arrivants Succession de petites vagues (1992-1995)
<b>Attitude générale de la population d'accueil et du système d'aide à l'égard des réfugiés</b>	
Accueil collectif cordial et générosité. La plupart des gens pensent « C'est un problème temporaire, nous devons aider ces réfugiés pendant ces quelques mois difficiles, après ils retourneront chez eux ». L'aide des donateurs afflue.	Approche directive. Beaucoup de gens pensent « Ce problème dure plus longtemps qu'on ne le pensait » et « Beaucoup de réfugiés abusent de l'aide ». Les donateurs commencent à imposer des conditions pour que l'aide alimentaire soit mieux utilisée. Les « anciens » réfugiés arrivés en 1990-1993 sont censés être intégrés et autosuffisants.
<b>Approche générale du système d'aide</b>	
Profil bas : un système d'aide limité qui est mis en place bien après l'arrivée des réfugiés. Durant la première vague, le HCR n'était pas présent en Guinée. Le MSP et MSF adoptent un profil bas. Le HCR ne devient réellement opérationnel qu'au bout de quatre à cinq mois.	Le système d'aide conduit par le HCR, principal acteur, prévaut. Il est pleinement opérationnel à l'arrivée des réfugiés.
Le système d'enregistrement est laxiste durant les première et deuxième vagues, et assez libéral durant les troisième et quatrième vagues. Au début, les distributions sont mal ciblées. De grandes quantités de vivres sont détournées. Le prix des denrées alimentaires sur le marché local chute et atteint son plus bas niveau.	Différents acteurs ont montré les effets pervers de l'aide alimentaire. Le HCR commence donc à contrôler les enregistrements et les fraudes. L'aide alimentaire diminue pour les anciens réfugiés. Quand les nouveaux réfugiés arrivent dans les mêmes zones, des contrôles et vérifications stricts ont lieu.

**Tableau 4**

Réponses apportées aux différentes vagues de réfugiés en Guinée, 1990-1995.

Guinéens. Le taux de concentration était également très élevé à Yomou et Macenta. À l'intérieur des préfectures, ce taux variait aussi (figures 4 et 5).

Les réfugiés mano, guerzé, toma et kissi vivaient essentiellement dans les zones rurales parmi les membres de leur ethnie. Les réfugiés mandingues vivaient principalement dans les villes. Les réfugiés mende et gbande qui n'avaient pas de membres de leur ethnie en Guinée s'étaient installés au sud-ouest de Guéckédou où le taux de concentration des réfugiés était le plus élevé (figure 5). Le lieu d'installation des réfugiés était principalement déterminé par l'origine ethnique et les contacts trans-frontaliers ainsi que par l'origine rurale ou urbaine.

	Premières arrivants Quatre importantes vagues (1990-1991)	Derniers arrivants Succession de petites vagues (1992-1995)
Assistance médicale	Ensemble de mesures minimales.  Au début, soins curatifs de base, vaccinations contre la rougeole, surveillance épidémiologique et contrôle nutritionnelle sont considérés être des activités suffisantes.	Ensemble de mesures plus complètes.  Centres nutritionnels, programme d'alimentation supplémentaire et animateurs de santé s'ajoutent aux activités précédentes.
Aide Alimentaire	Les réfugiés vivent plusieurs semaines, voire plusieurs mois, sans aide alimentaire, sans conséquences graves pour leur santé.	Les réfugiés reçoivent des rations d'aide alimentaire dès les premiers jours ou les premières semaines.
Alimentation en eau	L'amélioration des installations sanitaires villageoises (par exemple protection des puits peu profonds existants) est d'abord tentée. De nouveaux puits et des forages avec des pompes à main sont installés quelques mois plus tard.	Dans les camps, de nouveaux puits et des forages sont très tôt creusés.
Habitat	Au départ, aucune aide n'est donnée pour la construction des cases. Après plusieurs mois, quelques bâches en plastique sont distribuées.	Une aide pour la mise en place des camps et la construction d'abris est donnée dès le début.

■ Tableau 5

Contenu du PARLS (Programme d'assistance aux réfugiés libériens et sierra léoniens) en Guinée, 1990-1995.

### « Intégration » des réfugiés d'origine urbaine ?

Environ 30 % des réfugiés, en majorité mandingues, s'installèrent dans les principaux centres urbains : N'Zérékoré, Guéckédou et Macenta. Ayant leurs racines en Guinée, leur statut, réfugiés ou rapatriés, restait objet de débat. La plupart, enregistrés comme réfugiés, bénéficiaient d'une aide alimentaire et de soins médicaux. Qu'ils soient considérés comme « réfugiés », « rapatriés » ou « citoyens », les Mandingues avaient le monopole du commerce dans les villes.

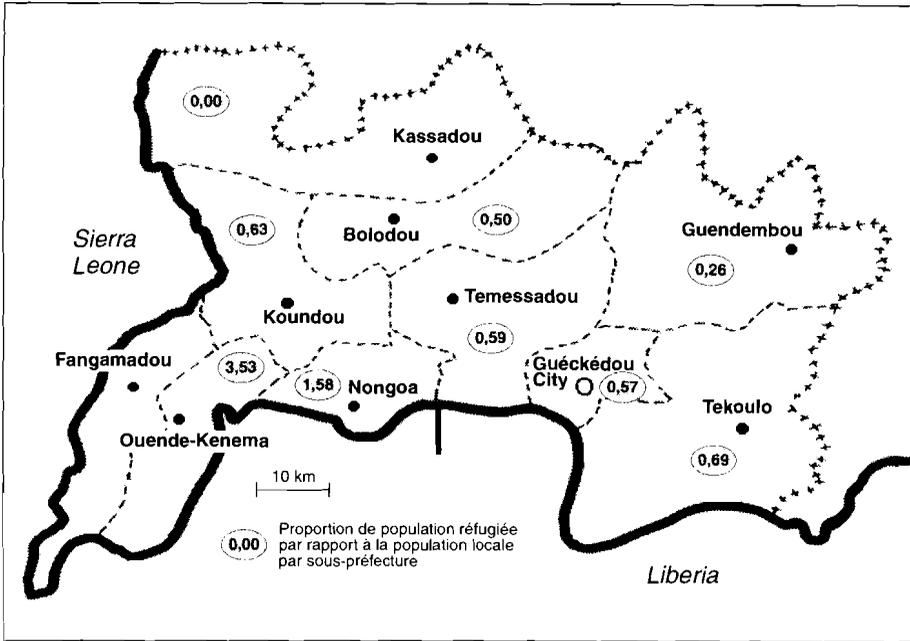


Figure 5  
Taux de concentration des réfugiés  
dans la préfecture de Guékédou (fin 1995).

À l'arrivée des réfugiés du Liberia, les villes de la région forestière furent transformées. En 1990, le nombre de voitures y tripla ou même quadrupla. Les Mandingues qui avaient emmené la plupart de ces voitures furent souvent obligés de les vendre lorsque leurs ressources diminuèrent.

Ces réfugiés s'intégrèrent dans la vie économique citadine, mais leur brusque augmentation marginalisa davantage les groupes ethniques de forêt (Mano, Guerzé, Toma et Kissi), ce qui exacerba les tensions qui existaient déjà. Les tribus de forêt étaient loyales à l'égard du NPFL qui avait persécuté les Mandingues au Liberia. En juin 1991, les tensions entre Guerzé et Mandingues s'accrurent fortement à N'Zérékoré, aboutissant à des conflits qui firent plus de deux cents morts. À Macenta aussi, les tensions entre les Mandingues, connus dans la région sous le nom de Tomamania, et les Toma augmentèrent.

rent. Plusieurs centaines de personnes furent tuées. En même temps, la libéralisation politique en Guinée permit aux tribus de forêt de s'exprimer plus ouvertement et le fait qu'ils soient majoritaires au sein de certains conseils municipaux, notamment à N'Zérékoré, leur permit de renforcer leur pouvoir.

Le sur-enregistrement des réfugiés suscitait de graves problèmes dans les villes. De nombreux marchands et autorités locales obtenaient des cartes d'alimentation, dans certains cas pour plusieurs groupes de 50 bénéficiaires. Parmi la population réfugiée, les Mandingues des villes étaient ceux qui se faisaient le plus entendre et avaient davantage de conscience politique. Lorsque la distribution de l'aide alimentaire devint irrégulière, les réfugiés des villes protestèrent auprès des services du HCR. Quand l'aide alimentaire vint à diminuer, comme en 1995, des pressions politiques furent exercées en faveur des réfugiés des villes afin d'éviter les tensions.

La plupart des réfugiés des villes s'en sortaient relativement bien, du moins économiquement. Ils avaient néanmoins beaucoup perdu dans leur migration forcée en Guinée. De nombreux Mandingues avaient été tués au Liberia et une partie de leurs biens avait été pillée ou détruite. Certains se retrouvaient sans ressources, avaient perdu leur réseau de relations sociales et étaient venus grossir les rangs des pauvres des bidonvilles.

### *Réfugiés ruraux : entre « intégration » et « ségrégation »*

De nombreux réfugiés vivaient dans les villages guinéens. Pour une personne de l'extérieur, il était très difficile de les distinguer des autochtones. Ce mode d'installation peut être qualifié d'*intégration spatiale*. D'autres réfugiés vivaient dans des « villages jumelés » : les réfugiés s'installaient aux abords d'un village avec lequel ils entretenaient de bonnes relations. Ce mode d'installation peut être qualifié de *cohabitation pacifique*. D'autres vivaient dans des « nouveaux villages » à l'écart, assez proches d'une agglomération pour entretenir avec elle des relations sociales et économiques, mais assez éloignés pour conserver leur propre identité (*séparation spatiale*). À l'autre extrémité de cet éventail, se trouvaient les réfugiés qui vivaient dans

de « véritables camps ». Bien que non voulue, cette situation peut être qualifiée de *ségrégation spatiale*<sup>6</sup>.

### Importance des différents modes d'installation

Guéckédou était la préfecture où la densité de réfugiés était la plus forte et qui comptait le plus grand nombre de camps. Une étude détaillée de la situation à Guéckédou à la fin de 1995 donne une idée de l'importance quantitative des différents modes d'installation.

Selon les estimations des agents de santé, sur 273 388 réfugiés officiellement enregistrés, 90 790 (33 %) vivaient fin 1995 dans 45 « camps » ; 60 647 réfugiés dans les neuf plus grands camps, dont 24 434 dans le camp de Kouloumba<sup>7</sup>. Les 30 143 restants étaient enregistrés dans 36 camps dont la population variait de 2 788 à 273. Néanmoins, nombre de ces « camps » étaient en fait, soit des nouveaux villages, soit des village jumelés. Cela veut dire que dans la préfecture de Guéckédou, deux tiers des réfugiés ne vivaient pas dans les camps mais étaient intégrés à la population locale, ou vivaient dans des regroupements de moins de 300 personnes. Dans les autres préfectures, la proportion de réfugiés vivant dans des camps était encore plus faible.

Bien souvent, les réfugiés officiellement enregistrés dans les camps n'y résidaient pas mais vivaient parmi les Guinéens. Ils retournaient au camp lors de la distribution de vivres. Ce phénomène était particulièrement important à la saison des pluies, quand l'agriculture nécessitait beaucoup de main-d'œuvre. Les camps étaient alors désertés ; quelques personnes seulement y restaient, les autres s'étant installées de manière semi-permanente dans les villages à l'extérieur des camps. Beaucoup de cases étant fermées ou s'effondrant et la végé-

<sup>6</sup> Dans le cas notamment de Kouloumba, le camp naquit d'une « prise de pouvoir » : le taux de concentration des réfugiés était si élevé (26 000 réfugiés pour quelque 1 000 Guinéens) que le village se fondit dans le camp.

<sup>7</sup> Un des rôles des agents de santé était d'évaluer le nombre de personnes vivant réellement dans le camp de réfugiés où ils travaillaient (qui était souvent très différent du nombre de réfugiés enregistrés). Il s'agissait d'inspecter les maisons. Si une maison était habitée et normalement entretenue, on estimait que tous les membres de la famille enregistrés y résidaient effectivement. C'était probablement un critère très large (« sensible »).

tation revenant à l'état sauvage, on appelait ces camps « camps fantômes ».

On estimait qu'environ moins de 20 % des réfugiés de la région forestière vivaient dans de vrais camps, 25 % dans de nouveaux villages ou des villages jumelés et que plus de la moitié était intégrée dans les villages et villes. Le degré d'homogénéité des réfugiés variait fortement selon les situations. Les situations dites « d'intégration spatiale » et de « cohabitation pacifique » étaient généralement assez homogènes ; les réfugiés qui avaient d'étroits liens de parenté avec les Guinéens s'installaient librement parmi les leurs. Les situations de « séparation spatiale » et de « ségrégation spatiale » étaient souvent plus hétérogènes : plusieurs groupes ethniques, différents de la population d'accueil, étant mélangés.

### **Mode d'installation et degré d'autonomie**

Ces modes d'installation sont le résultat des facteurs suivants :

- 1) l'ethnie et les relations de parenté entre réfugiés et population d'accueil, elle-même ethniquement différente ;
- 2) la date d'arrivée et la durée du séjour des réfugiés en Guinée ;
- 3) le degré de laisser-faire ou de directivité du HCR et donc le degré de liberté des réfugiés pour s'installer ;
- 4) le degré de concentration des réfugiés et leur rythme d'arrivée ;
- 5) le type d'utilisation des terres et les possibilités foncières offertes aux réfugiés ;
- 6) le degré d'intensité des relations sociales entre réfugiés et population d'accueil.

La plupart des réfugiés étaient des agriculteurs. En Guinée, la plupart devinrent des paysans sans terres. Les communautés autochtones possédaient la terre, même si elles ne l'exploitaient pas. Les réfugiés devaient avoir l'autorisation des Guinéens pour exploiter la terre ou pour avoir accès aux ressources communautaires, telles que le bois ou le chaume pour le toit des cases. Les Guinéens les employaient souvent comme journaliers agricoles. Certains réfugiés avaient accès à des terres qui auraient normalement été laissées en jachère. Au départ, mesure exceptionnelle, ils pouvaient l'exploiter pendant un an. Les Guinéens pensaient que leur présence était un phénomène

provisoire. Un petit nombre seulement de réfugiés obtinrent l'autorisation de défricher la forêt et d'exploiter de nouvelles parcelles.

Dans la région forestière, la principale ressource économique inexploitée était les bas-fonds. Ils étaient fertiles et bien adaptés à la culture du riz. Peu de Guinéens, à part les Kissi, les avaient jusque-là utilisés. Mais de nombreux réfugiés avaient pratiqué la culture du riz de bas-fonds au Liberia et en Sierra Leone et quelques-uns purent y avoir accès en Guinée. Mettre en culture des bas-fonds qui n'avaient jamais été cultivés était cependant une tâche difficile. Enlever les arbres, creuser des canaux et construire des digues demandaient de gros investissements qui n'étaient pas rentables pour une seule récolte. À partir de 1995, le HCR négocia avec les communautés autochtones pour que les réfugiés puissent avoir accès aux bas-fonds. Le HCR rémunéra le travail des réfugiés et apporta une assistance technique pour les premiers travaux ; les communautés autochtones autorisèrent l'exploitation pour cinq ans.

Le degré d'autonomie des réfugiés dépendait donc, non seulement des ressources agricoles disponibles, mais aussi de l'autorisation des Guinéens pour y avoir accès. Cela dépendait fortement de leur mode d'installation. Les réfugiés qui pouvaient s'intégrer au milieu des communautés autochtones jouissaient d'un degré plus élevé d'autonomie, leurs moyens d'existence et ceux de la communauté d'accueil étant étroitement liés. Ils partageaient la vie des Guinéens, travaillaient dans leurs exploitations et participaient pleinement à l'économie agricole de subsistance. La cohabitation pacifique des réfugiés qui vivaient dans des villages jumelés ou dans les nouveaux villages leur permettait également, avec le temps, d'atteindre un niveau satisfaisant d'autonomie. Comme ces réfugiés pouvaient s'installer librement, ils se répartissaient au mieux pour tirer parti de toutes les opportunités économiques. La situation de ceux qui vivaient à l'écart dans des camps était beaucoup plus difficile<sup>8</sup>. C'est pourquoi ils quittaient les camps pour chercher à mieux s'intégrer.

---

<sup>8</sup> Il semble qu'il n'y avait pas de grandes différences entre les camps créés par le HCR qui poussait les réfugiés à s'y installer (comme à Noonah) et les camps créés *de facto* par les réfugiés (comme à Thuo et à Kouloumba).

Ignorant la diversité des situations ci-dessus décrites, le personnel des organismes humanitaires et des instances gouvernementales avaient tendance à parler « des réfugiés », sans distinction. Le nom donné au lieu d'installation était, invariablement, le nom d'un village guinéen suivi du mot « camp ». Noonah est, par exemple, un petit village guinéen et le camp des réfugiés fut appelé Noonah camp. Mais aussi à Badou, où une centaine de réfugiés vivaient dans des cases dans une partie du village, le quartier des réfugiés fut appelé Badou camp. Toutes les installations de réfugiés, villages jumelés, nouveaux villages ou véritables camps étaient toujours qualifiées de « camps ». C'était, dans une certaine mesure, une manière de distinguer la population d'accueil des réfugiés, mais la proportion relativement faible de réfugiés vivant dans les camps, très visible pour les personnes de l'extérieur, façonnait à elle seule l'image que les organismes humanitaires et les autorités locales avaient des réfugiés. « Mettre tous les réfugiés dans le même sac », ne permettait pas de se rendre compte que les mécanismes de prise en charge des réfugiés et leur degré d'autonomie pouvaient être très différents d'une communauté à l'autre.



Les réfugiés arrivèrent en Guinée par vagues successives entre 1990 et 1995 et la plupart s'installèrent librement au milieu de la population d'accueil. Leurs modes d'installation furent très divers, allant de l'intégration spatiale à la ségrégation spatiale. Les éléments les plus importants qui déterminèrent leur mode d'installation furent : l'origine, urbaine ou rurale ; les liens ethniques ; l'accès aux ressources agricoles disponibles. Les modes d'installation déterminèrent dans une grande mesure le degré d'autonomie auquel les réfugiés pouvaient parvenir. L'assistance se transforma au fil du temps, en partie en raison des changements des besoins des réfugiés, mais aussi en raison d'une politique plus interventionniste. L'efficacité des techniques d'auto-prise en charge des réfugiés et du soutien de la population d'accueil diminua au cours des années. Par contre, l'aide humanitaire extérieure augmenta.

## Bibliographie

- Amnesty International, 1996 —  
*Sierra Leone : towards a future founded on human rights*, London.
- Bascom (J.), 1995 —  
« The new nomads. An overview of involuntary migration in Africa », *The Migration Experience in Africa*. (eds J Baker & TA Aina), Nordiska Afrikainstitutet, Sweden : 197-219.
- CDC, 1991 —  
Health and nutritional status of Liberian refugee children, 1990. *Weekly Epidemiological Record* 66 : 112-115.
- Davis (A.), 1996 —  
« Review of the programme of food assistance to Liberian and Sierra Leonean refugees in Guinea ». *Report of a consultancy mission conducted by MSF* (December 1995), Brussels, MSF : 1-46.
- Diallo (M. A.), 1991 —  
*Réflexion et suggestion sur la stratégie de la transition de « l'assistance d'urgence » aux « programmes de développement » au profit des réfugiés libériens et sierra léonais*, N'Zérékoré.
- Harrell-Bond (B. E.), 1986 —  
*Imposing Aid ; Emergency Assistance to Refugees*. Oxford University Press, Oxford.
- Immigration and Refugee Services of America, 1996 —  
*World Refugee Survey : an annual assessment of conditions affecting refugees, asylum seekers, and internally displaced people*, Washington, USCR.
- Kuhlman (T.), 1990 —  
*Burden or Boon ? A Study of Eritrean Refugees in the Sudan*. Free University Press, Amsterdam.
- Kunz (E. F.), 1973 —  
The refugee in flight : kinetic models and forms of displacement. *International Migration Review* 7 : 125-146.
- Kunz (E. F.), 1981 —  
Exile and resettlement : refugee theory. *International Migration Review* 15 : 42-51.
- Leach (M.), 1992 —  
*Dealing with displacement : refugee-host relations, food and forest resources in Sierra Leonean Mende communities during the Liberian influx*, Sussex : Institute of Development Studies.
- Ministère de la Santé & MSF, 1992 —  
*Manuel poste de santé. Programme d'assistance aux réfugiés en Guinée forestière*. N'Zérékoré.
- Mulholland (K.), 1985 —  
Cholera in Sudan : an account of an epidemic in a refugee camp in eastern Sudan. *Disasters* 9, May-June 1985 : 247-258.
- Omaar (R.), 1990 —  
*Liberia : flight from terror. Testimony of abuses in Nimba county*, Human Rights Watch, New York, Washington, London.
- Oulare (A.), Keita (F.), 1992 —  
*Enquête socio-économique sur la situation des réfugiés libériens et sierra-léonais en Guinée forestière*, Conakry, UNHCR.
- Richards (P.), 1996 —  
*Fighting for the Rain Forest. War, Youth & Resources in Sierra Leone*. The International African Institute, Oxford.

- Schuster (L.), 1994 —  
« The final days of Dr Doe ». In *Africa*.  
(ed. B. Buford), Granta, London :  
39-95.
- Touré (M.L.), Van Damme (W.),  
1990 —  
*Plan d'assistance médico-sanitaire  
aux réfugiés libériens en Guinée  
forestière et interférences avec le  
système de santé*, ministère de la  
Santé, N'Zérékoré.
- UNHCR, 1991 —  
*Draft contingency plan for the  
repatriation operation to Liberia*,  
UNHCR, Conakry.
- UNHCR, 1992 —  
*Handbook on Procedures and Criteria  
for Determining Refugee Status*  
*Under the 1951 Convention and the  
1967 Protocol Relating to the Status  
of Refugees*. UNHCR, Geneva.
- Van Damme (W.), 1993 —  
Nutritional surveillance at the curative  
consultation in Guinea. *Medical News*  
- *Médecins Sans Frontières* 2 : 13-17.
- Van Damme (W.), 1995 —  
Do refugees belong in camps ?  
Experiences from Goma and Guinea.  
*Lancet* 346 : 360-362.
- Van Hauwaert (W.), 1992 —  
*Argumentation pour la création  
d'un réseau d'animateurs de santé  
auprès de la population réfugiée  
de la préfecture de Guéckédou*,  
MSF, N'Zérékoré.