

Le Mali en guerre : en action humanitaire et développement dans le domaine de la santé

Hubert Balioue

Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Marseille

Alors qu'une insécurité grandissante avait gagné depuis 2010 les régions septentrionales du Mali, empêchant toute présence étrangère et limitant les interventions des ONG, l'Armée malienne a été défaite en janvier 2012 par le Mouvement national de libération de l'Azawad, (MNLA) renforcé par des combattants venus de Libye et allié aux mouvements djihadistes. Le 22 mars 2012, une mutinerie de militaires conduisit à un coup d'État, qui renversa le Président en exercice, un mois avant le premier tour des élections auxquelles il ne se serait pas présenté. Profitant de la confusion qui s'est alors installée à Bamako, les différentes forces en présence se mutualisèrent pour refouler les troupes présentes en dehors de la zone baptisée Azaouad et proclamée indépendante le 6 avril 2012. Les nouveaux occupants se livrèrent à un déchainement de violence, de destruction, de meurtres, de viols, tandis que la charia salafiste s'abattait sur les 1,4 millions d'hommes, de femmes et d'enfants qui vivaient dans cette zone sahélo-saharienne de près de 800 000 km². Devant la domination des forces d'occupation et les exactions commises, la quasi-totalité des représentants de l'État central se replièrent sur la partie libre du pays, située au sud.

Situation humanitaire après le coup d'État

Des hôpitaux et de nombreux centres de santé communautaires furent pillés et parfois saccagés (arrachages de portes, de fenêtres, de tôles, etc.). Craignant pour leur sécurité, la plupart des personnels soignants quittèrent également la zone occupée. On assista en conséquence à un effondrement du système de santé, privant les populations de toute possibilité d'accès à une offre formelle de soins. Consultations, hospitalisations, vaccinations, dépistages, traitements des patients souffrant d'infection par le VIH ou la tuberculose, etc., furent interrompus.

Devant la violence perpétrée par ces nouveaux maîtres, 200 000 personnes partirent vers les pays voisins (Niger, Burkina, Mauritanie et Algérie) et se retrouvèrent pour la plupart dans des camps de réfugiés organisés et soutenus par les organisations spécialisées des Nations Unies (UNHCR), de l'Union européenne (la Direction générale ECHO), et non gouvernementales (MSF, Croix Rouges, etc.). Par ailleurs, 300 000 autres personnes se rendirent dans la zone libre du pays et s'installèrent dans les villes de l'axe Mopti-Bamako. Seuls deux camps virent le jour : un à Mopti-Sévaré (regroupant près de 600 personnes), l'autre à proximité de la capitale. La plupart des déplacés furent en effet soit accueillis par des parents ou des relations sociales, soit hébergés dans des logements en location. Non seulement leurs conditions de vie furent précaires, mais ils se retrouvèrent devant des difficultés financières majeures pour faire face aux loyers, aux charges quotidiennes et aux dépenses de santé, malgré la gratuité qui leur était officiellement accordée par le Ministère de la Santé. Au fil du temps, des tensions apparurent au sein de nombreuses familles d'accueil, qui ne parvenaient plus à faire face au poids supplémentaires de leur présence.

Des ONG firent de l'aide à ces familles un de leurs axes d'intervention privilégiés. Ce fut notamment le cas de la Croix Rouge et de l'ONG ACTED, qui concentra ses activités sur la distribution de nourriture, ainsi que des programmes de « travail contre paiement » (principalement des travaux d'assainissement et de protection de l'environnement) et de distribution de coupons alimentaires.

La disparition de la légitimité de l'État qui fit suite au coup d'État conduisit à la suspension de l'aide internationale et à l'arrêt des grands programmes de développement, sauf des projets humanitaires ou touchant directement les populations. A la crainte ressentie par les étrangers pour leur sécurité et celle de leur famille s'ajouta la fermeture du Lycée français de Bamako, autant de motifs de départ pour nombre d'entre eux. La disparition des activités touristiques et des rencontres internationales (conférences, ateliers, etc.), la réduction des missions d'experts, entraînèrent la fermeture de nombreux hôtels tandis que les restaurants attendaient les clients. La forte diminution des services et des consommations intermédiaires s'ajouta à l'arrêt de nombreux chantiers liés à des financements étrangers (moins de 20 % du secteur du Bâtiment et travaux publics (BTP) et à la sidération de la société (moins 10 % du commerce) à l'origine d'une forte régression de l'activité économique du pays qui entra en récession. Fort heureusement, la qualité de la pluviométrie dans un pays où 70 % de la population vit de l'agriculture (mil, riz, coton, etc.) et de l'élevage, ainsi que le maintien de la production minière (activités aurifères) permirent de limiter la décroissance du PIB qui fut seulement de moins 1,2 % en 2012, alors qu'en janvier, le taux annoncé pour la même année était de plus de 6 %. Devant la forte baisse de ses ressources (diminution des taxes douanières, suspension des aides budgétaires, etc.), le budget 2012 de l'État passa de 1 483,5 à 988,6 milliards de FCFA, soit une diminution de 33 %. Pour faire face à cette baisse de près d'1 milliard d'US\$ de ses ressources, l'État accorda sa priorité aux dépenses de salaires, aux dépenses militaires et aux dépenses de souveraineté, privant la plupart des services, et, notamment ceux de la santé, de leurs budgets de fonctionnement.

Assistance humanitaire internationale

Devant la catastrophe humanitaire qui s'en est suivie, les ONG nationales et étrangères se mobilisèrent immédiatement pour apporter leurs soins aux 900 000 personnes restantes qui se trouvaient coupées du reste du pays. Leurs interventions furent remarquables. Les ONG comme MSF, MDM, ALIMA, ACF, Save the children, les Croix Rouge, CARE,... (dont certaines étaient déjà présentes au Mali depuis plusieurs années) purent montrer d'emblée leur professionnalisme. Les risques majeurs de prises d'otage interdisant toute présence de volontaires « blancs de type européen », elles recrutèrent des médecins et autres professionnels de santé maliens (provenant parfois d'autres pays africains). En quelques semaines, une part des activités reprit dans les hôpitaux, des centres de santé de référence et un certain nombre de centres de santé communautaires (CSCOM). Bénéficiant de ressources humaines et d'un approvisionnement fournis par les ONG, les soins et les produits pharmaceutiques y étaient donnés gratuitement. Forts de leur neutralité, des accords entre certaines ONG et des représentants de forces d'occupation facilitèrent leurs interventions.

En dehors des pillages et des saccages des structures de santé qui pouvaient relever de membres non contrôlés des forces d'occupation (mais qui pouvaient aussi être considérées

comme des symboles du pouvoir de Bamako), aucune exaction directe à l'encontre de professionnels de santé n'a été révélée : les occupants considéraient en effet que l'aide humanitaire et notamment les soins médicaux étaient des activités nécessaires à leur implantation et ne devaient donc pas être entravées, à condition qu'elles ne relèvent pas directement du pouvoir central de Bamako.

Les grandes organisations internationales (OMS, UNICEF, HCR, etc.), multilatérales (ECHO¹) ou bilatérales (Pays-Bas, Canada, États-Unis, France, Espagne, etc.) se mobilisèrent également sans délai, apportant essentiellement leur soutien matériel et financier aux ONG présentes sur le terrain.

Comme elles le font devant les situations d'urgence, les organisations des Nations Unies mirent en place 9 « clusters² » dans les domaines essentiels (santé, nutrition, éducation, sécurité alimentaire, agriculture, abri, eau, assainissement et hygiène (WASH), etc.) pour assurer la coordination de l'aide humanitaire. Leur direction fut confiée à leurs agences, comme l'OMS pour la santé et l'UNICEF pour la nutrition. Certains furent décentralisés au niveau régional, confiant à une ONG spécialisée leur animation. La coordination inter-clusters fut assurée par l'Office de coordination des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA).

Pendant toute l'occupation, la libre circulation des populations entre zones libre et occupée fut une réalité. Les parents vivant dans la première ont toujours pu envoyer de l'argent ou des produits essentiels à leur famille restée dans la seconde, en faisant face aux coûts additionnels des convoyeurs et des éventuels autres intermédiaires. L'essentiel était de respecter les directives des nouveaux pouvoirs djihadistes, en adoptant les attitudes et tenues vestimentaires qu'ils imposaient. Profitant de cette porosité, des médecins (y compris des fonctionnaires) pouvaient se rendre en toute discrétion dans leur circonscription. Des initiatives remarquables furent ainsi prises. C'est ainsi que l'Ordre national des Médecins du Mali organisa (avec notamment l'aide financière de la France et de l'OMS) cinq missions successives de professionnels de santé maliens, qui se rendirent dans les différents cercles de la zone occupée pour dispenser des soins dans les hôpitaux et les centres de santé de référence. C'est également ainsi que l'ONG lyonnaise « Santé Mali Rhône Alpes » (SMARA) procéda à la réhabilitation et à la relance des activités de Centres de Santé Communautaires de la région de Tombouctou, qu'elle appuyait depuis plus de 20 ans, et put donc poursuivre ses appuis antérieurs malgré l'occupation.

Si l'on ajoute à ces expériences tous ces médecins et infirmiers maliens qui ont accepté de se rendre dans la zone occupée pour y travailler sous contrat avec les ONG malgré les conditions restrictives et les risques, on peut affirmer que les événements de 2012 ont révélé les capacités de résilience de la société civile malienne devant le drame qu'elle subissait.

Dans la zone libre du pays, les ONG poursuivirent leurs engagements, en faisant face à la suspension de la plupart des projets soutenus par des partenaires bilatéraux. Nombre d'entre elles durent s'engager dans le soutien aux personnes déplacées. L'une des approches les plus remarquables fut celle de la coopération néerlandaise qui organisa le financement par appel d'offres d'ONG devant soutenir les actions de santé dans les districts sanitaires.

¹ Office d'Aide Humanitaire de la Communauté Européenne

² Les clusters (grappes ou groupes en anglais) sont des réunions de travail entre ONG, Agences des Nations unies, bailleurs et parfois autorités locales, destinés à coordonner l'aide humanitaire.

Le coup d'État du 22 mars avait été par ailleurs d'une violence extrême. Au-delà de sa dimension politique, des homicides et des arrestations qui l'accompagnèrent, il fut également l'occasion de pillages et de saccages dont celui du Ministère de la Santé et de certains de ses services administratifs. Le traumatisme fut tel que pendant la période qui lui fit suite une certaine confusion s'instaura à Bamako. Mais elle fut progressivement maîtrisée et trois mois plus tard les différentes administrations avaient retrouvé l'essentiel de leur fonctionnalité d'avant 2012, même si certaines avaient dû trouver refuge dans de nouveaux locaux, où elles se retrouvaient parfois à l'étroit dans des bureaux exigus.

Contrairement à ce qui a été véhiculé par certains, la reconnaissance par la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et les principales capitales étrangères de la nomination le 12 avril 2012 du Président de l'Assemblée Nationale, aux fonctions de chef d'État intérimaire, conformément à la Constitution, a donné toute sa légitimité au pouvoir en place, malgré sa faiblesse objective compte tenu des événements. On peut affirmer par ailleurs que fin juin 2012 le Ministre (nommé fin avril), son cabinet (reconduit) et toute son administration (identique à elle-même) étaient alors parfaitement opérationnels. Or, l'analyse des événements montre que de juin 2012 à février 2013, le mois de la libération du territoire national, si l'action humanitaire a été d'une efficacité indiscutable, les organismes spécialisés ont évolué sans tenir compte autant qu'ils auraient pu et dû le faire, du contexte national du Mali et de ses responsables officiels. Ainsi la plupart des ONG, les Nations Unies et certains autres partenaires ont conduit leurs interventions comme si l'État n'était pas en mesure d'assurer ses fonctions. Certes, ils se sont soumis aux principes de la diplomatie, en obtenant les autorisations et en respectant les procédures administratives requises pour intervenir au Mali et en tenant informés de leurs activités les responsables du Ministère de la Santé. Mais dans les faits, ils ont décidé eux-mêmes des actions à mener et de leurs propres modalités d'intervention.

De plus, les différents clusters mis en place par les Nations Unies ont effectivement permis de regrouper de façon régulière autour des mêmes tables et par internet, le maximum d'intervenants (ONG, organismes d'aide,...), contribuant ainsi à leur information réciproque et à la coordination de leurs interventions. Cependant, ces clusters ont fonctionné top souvent comme des « ministères bis », qui invitaient les directeurs des administrations centrales aux réunions que présidaient des experts des Nations Unies. Les résultats à court terme ont été à la hauteur de leurs compétences. Mais si les services de l'État ont été « sonnés » pendant les 2 ou 3 premiers mois, justifiant ainsi l'intervention des ONG et le rôle des clusters pour faire face à la situation d'extrême urgence que vivait le pays, dès le mois de juillet, ils étaient de nouveau parfaitement opérationnels.

Cette prise en main de l'action sanitaire par l'aide internationale a été amplifiée par l'utilisation du canal des ONG pour permettre aux États et institutions partenaires d'atteindre les populations, compte tenu des contraintes institutionnelles qui ne leur permettaient plus d'apporter de façon directe des financements aux instances gouvernementales. Or dans le contexte général du Mali, il aurait été très important que les

acteurs de l'aide internationale soient davantage conscients de l'importance du leadership national sur la conduite des actions humanitaires.

Un des témoignages les plus éloquents de cette difficulté de l'État à reprendre l'exercice de son leadership sur les actions de santé est l'utilisation des directeurs régionaux et des médecins chefs de district des zones occupées à des tâches liées à la zone libre. Or non seulement ils étaient toujours officiellement en fonction, mais de plus leur connaissance de leur circonscription constituait un atout certain pour conduire les actions humanitaires depuis Bamako.

Les effets de cette situation ont été loin d'être négligeables.

Les uns étaient largement positifs. Ils ont concerné (i) la remise en fonction des établissements de soins dans les zones d'intervention des ONG (MSF dans les cercles de Tombouctou et Gourma-Rharous, MDM Belgique dans la région de Kidal et les cercles de Gao et Ansongo, ALIMA dans le cercle de Diré,...), (ii) la dispensation de soins gratuits, d'une aide alimentaire et d'autres services essentiels:

Mais d'autres étaient négatifs. Ils ont porté sur (i) l'accentuation du sentiment d'abandon par l'État des zones occupées, (ii) la disparition de toute gouvernance du système de santé de ces zones, (iii) la mise en retrait des services de l'État, qui a eu pour conséquences non seulement un manque d'efficacité et d'efficience dans les actions entreprises, mais aussi un affaiblissement du processus de développement, qui devra prendre progressivement le relais des actions humanitaires d'urgence. Il est en effet essentiel que la gestion des événements comme ceux de 2012 n'impose pas au Mali une double peine en contribuant à affaiblir le socle sur lequel repose son développement.

Le Mali pouvait garder le leadership des décisions et interventions- le Développement rester l'objectif principal

La reprise en main par l'État de son leadership était possible et souhaitable dès le mois de juillet 2012. A partir de cette date, plusieurs mesures auraient pu et dû être prises :

- un réajustement des clusters aurait dû leur permettre de se placer progressivement à côté et non devant l'administration. La symbolique ayant son importance dans de telles circonstances, quelques signes visibles auraient pu aisément marquer ce changement. Ils auraient pu comprendre l'organisation des réunions officielles des clusters santé et nutrition dans une des salles de réunion du Ministère de la Santé, la convocation des réunions et la signature des documents officiels par le Secrétaire Général ou un de ses collaborateurs, l'octroi de la présidence des réunions des deux clusters au Secrétaire Général du Ministère de la Santé ou à un de ses collaborateurs, ...
- la mise en place d'une « Cellule Nord » structurée au sein du Ministère de la Santé. Constituée des Directeurs Régionaux de la Santé et des médecins chefs des districts (départements) de la zone occupée, sa direction aurait dû être confiée à cadre supérieur du Ministère de la Santé ayant une très bonne connaissance de la zone occupée. Un local adéquat aurait dû être mis à la disposition de cette cellule, afin de lui permettre de travailler en équipe et de les réunir aussi souvent que nécessaire avec les autres acteurs de l'action humanitaire. Totalement dégagés de toute autre

activité, ces cadres auraient ainsi pu continuer à exercer leurs fonctions vis-à-vis de leur circonscription depuis Bamako.

- l'élaboration d'un Plan d'Opération (PO) par chacun des 14 districts sanitaires concernés. La création de la cellule Nord aurait notamment permis à chacun des 14 médecins chefs de district d'animer l'élaboration par les différents acteurs de sa circonscription d'un PO pour l'année 2013. Auraient été associés à ce travail de programmation les ONG et partenaires, les maires des communes, les présidents des ASACO, des associations de femmes, de jeunes,... Grâce au PO ainsi produit, chaque district disposerait ainsi d'un document rigoureux, parfaitement légitime, cohérent et permettant à chacun des acteurs de savoir de façon précise ce qu'il avait à faire, en coordination parfaite avec les autres et en ayant l'assurance que les financements nécessaires étaient disponibles. De plus, les exigences de la reprise du processus de développement du district auraient été respectées.
- l'utilisation d'autres voies de financement possibles. Si le soutien des partenaires aux ONG devait être maintenu et même renforcé, compte tenu de l'importance majeure de leurs activités, il aurait été également souhaitable d'utiliser de façon progressive le canal des communes pour assurer le financement de la remise à niveau et du fonctionnement des formations sanitaires des zones occupées. En effet, si l'État déconcentré ne pouvait plus agir sur le terrain, l'État décentralisé restait pleinement opérationnel à travers la présence permanente de membres des conseils communaux. La procédure, qui aurait pu être utilisée, aurait permis à d'autres membres des Conseils communaux d'organiser les transferts de financements ou d'intrants, comme les médicaments, sans possibilité d'utilisation frauduleuse des crédits. Elle aurait de plus contribué à renforcer la place des communes dans le champ institutionnel malien.
- la mise en place et la gestion d'un site web facilement accessible. S'appuyant sur un logiciel approprié dont le Ministère de la Santé a par ailleurs un besoin urgent pour renforcer ses capacités d'action, il aurait permis à tous les acteurs de l'action humanitaire de disposer de toutes les informations requises pour agir et ce, en toute transparence.

Tout laissait penser en 2012 que la situation allait se prolonger tout au long de l'année 2013 et peut-être au-delà, mais fort heureusement, elle n'a duré que 9 mois et s'est terminée par la libération du Nord après l'intervention française en janvier 2013.

Les humanitaires invités à revoir leurs modalités d'intervention

Ce constat fait au Mali invite les acteurs de l'action humanitaire à s'interroger sur leurs modalités d'intervention. En effet, qu'ils agissent dans le cadre de la médecine individuelle (comme le fait un SAMU) ou collective, ils se concentrent sur l'efficacité à court terme de leurs interventions et sont amenés à négliger le contexte institutionnel au sein duquel ils évoluent. S'ils sont les seuls à pouvoir agir, comme c'était le cas au Mali pendant les 3 mois qui ont fait suite au coup d'État, leur engagement se justifie pleinement. Mais dès que l'analyse de la situation montre que les structures nationales sont en mesure de reprendre leur leadership après l'avoir perdu, ou ont retrouvé leurs capacités comme ce fut le cas au Mali à partir du mois de juillet 2012, l'adoption de nouvelles modalités d'intervention s'imposent.

Elles s'imposent d'abord pour des raisons de souveraineté nationale et donc de légitimité. N'en déplaise à certains, la responsabilité de protéger les personnes d'un pays appartient d'abord et avant tout à l'État qui gouverne ce pays. Il appartient aux organisations étrangères venues aider sa population à la suite d'une catastrophe humanitaire, comme ce fut le cas au Mali, d'aider cet État à réaffirmer ses responsabilités en reprenant en main l'exercice de son leadership.

Le manque de réaction des pouvoirs publics que l'on a pu constater au Mali à la suite du coup d'État peut être attribué à 3 causes principales : (i) la sidération de la société en général et de la classe politique en particulier qui a résulté de la brutalité des événements, (ii) le sentiment de honte qui a marqué tous les maliens devant ce drame et leurs conséquences, (iii) l'idée selon laquelle « *la main d'en haut domine celle d'en bas* » : la force financière des partenaires reste encore un des déterminants majeurs des conduites des instances gouvernementales et de leurs administrations, qui sont à la recherche permanente de ressources additionnelles et se retrouvent en conséquence dans une attitude de dépendance vis-à-vis des partenaires.

Fort heureusement, l'aide internationale a commencé à retrouver partiellement sa place depuis l'adoption de la feuille de route par le Parlement malien le 29 janvier 2013, qui engageait le pouvoir en place vis à vis d'une sortie de crise programmée. De plus, la conférence des donateurs « Ensemble pour le renouveau du Mali », tenue à Bruxelles le 15 mai 2013 a permis d'annoncer une contribution de 3,25 milliards d'euros de financements sur deux ans dont 280 millions d'euros provenant de la France et 500 millions de l'Union Européenne. La mobilisation d'une première partie de ces financements, la bonne campagne agricole et la vigueur du secteur minier permettent d'espérer une croissance de 4,8 % du PIB en 2013.

Conclusion

En conclusion, les organisations humanitaires ont joué un rôle majeur pendant et après l'occupation grâce à leur professionnalisme et leur engagement. Mais les situations entre les pays ne sont pas toujours les mêmes.

Au Mali, leurs modalités d'intervention étaient parfaitement justifiées pendant les 3 premiers mois de l'occupation. Mais à partir du 4^e mois, il aurait été souhaitable qu'elles facilitent la reprise de son leadership par l'administration malienne en l'aidant à accomplir sa mission pour des raisons de souveraineté et d'efficacité à court, moyen et long terme.

L'exemple du Mali pose le problème des modalités d'intervention de l'aide humanitaire d'urgence. Si la gravité de la situation exige la mobilisation sans délais de la solidarité internationale, elle ne justifie pas tout, car après la phase d'urgence, il y a le retour du développement, qui relève d'abord de la responsabilité du pays. Si les capacités d'intervention d'un État sont affaiblies, les acteurs de l'action humanitaire doivent l'aider à les retrouver dès que possible. La reprise en main par l'État de son leadership est fondamentale, car en dépendent la relance du processus de développement et parfois, comme au Mali, le renforcement de la cohésion nationale.