

POLITIQUE ÉTRANGÈRE ET DIPLOMATIE DE LA SANTÉ MONDIALE

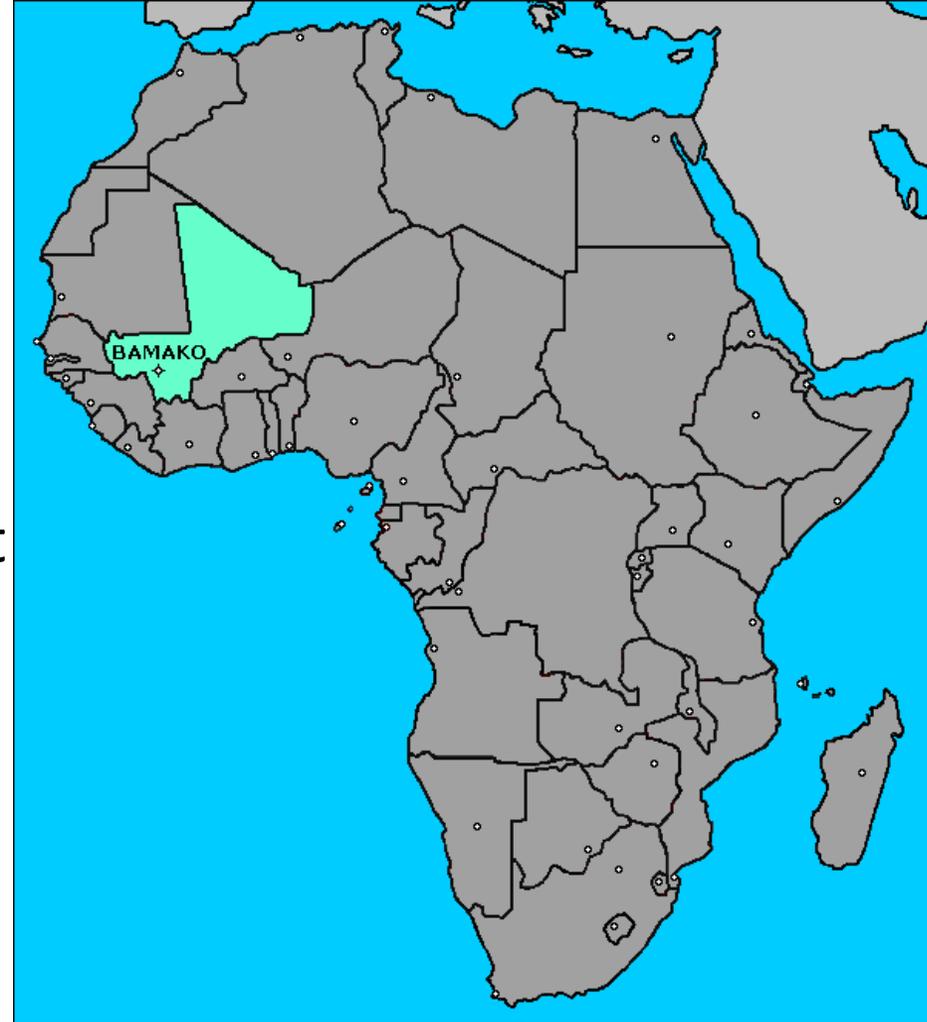
**LE MALI EN GUERRE : ENTRE
ACTION HUMANITAIRE ET
DEVELOPPEMENT DANS LE
DOMAINE DE LA SANTE**

Hubert Balique

18 juin 2013

1. LE MALI

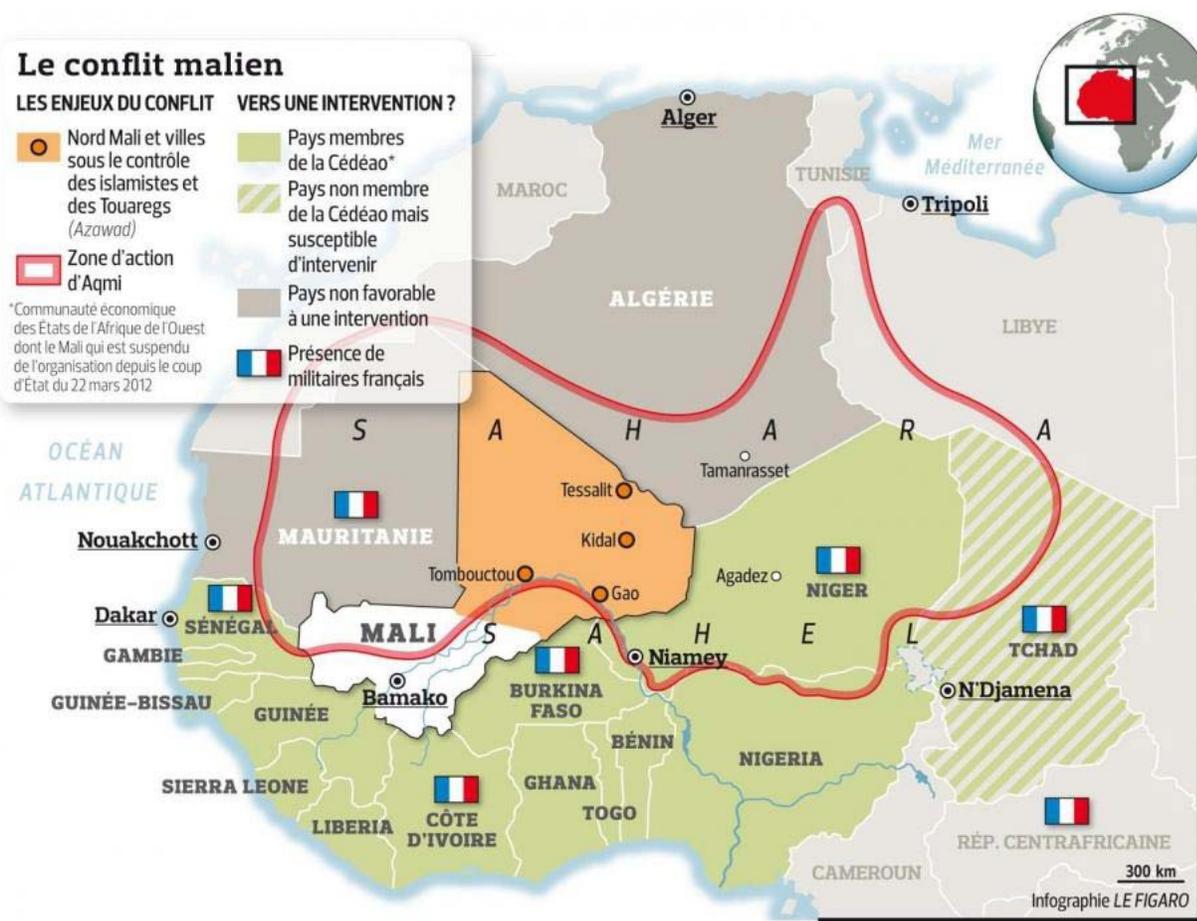
- Le Mali : 1 240 000 km²
(2 fois et demi la France)
- Soudan français jusqu'en 1960
- 15 000 000 hab. (70 % ruraux)
- PIB/habitant: 680 US\$
(France: 40 000)
- 6 % de croissance annoncée avant
les évènements (janvier 2012)
- Plus de 5 000 docteurs en
médecine
- Dépenses santé: 34 euros par
habitant (France: 2 700)



2. RAPPELS SUR LES EVENEMENTS AU MALI

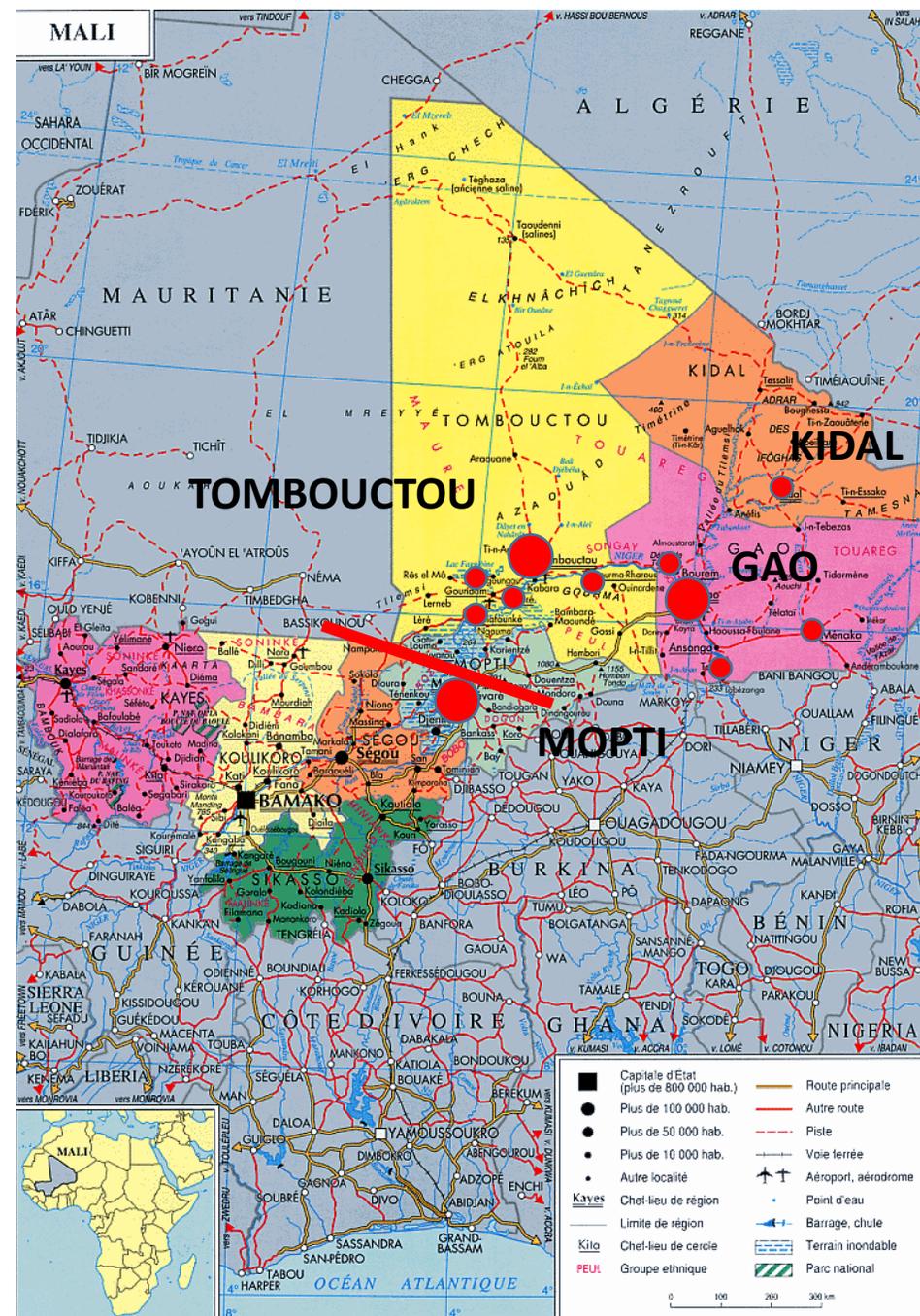
- 17 janvier 2012: début des hostilités contre l'armée malienne
- 22 mars 2012: coup d'Etat à Bamako
- Avril 2012 :
 - Occupation des régions de Gao, Tombouctou et Kidal, ainsi que le cercle de Douentza,
 - Repli de l'administration sur la zone libre du pays,
 - Suspension d'une grande partie de l'aide internationale et des programmes de développement
 - Récession économique en 2012
 - Réduction de 33 % du budget 2012 de l'Etat:
 - Priorité aux salaires des agents de l'Etat et à la défense.
 - Disparition des budgets de fonctionnement des services publics.

Division du pays en 2 zones



3. LES REGIONS OCCUPEES

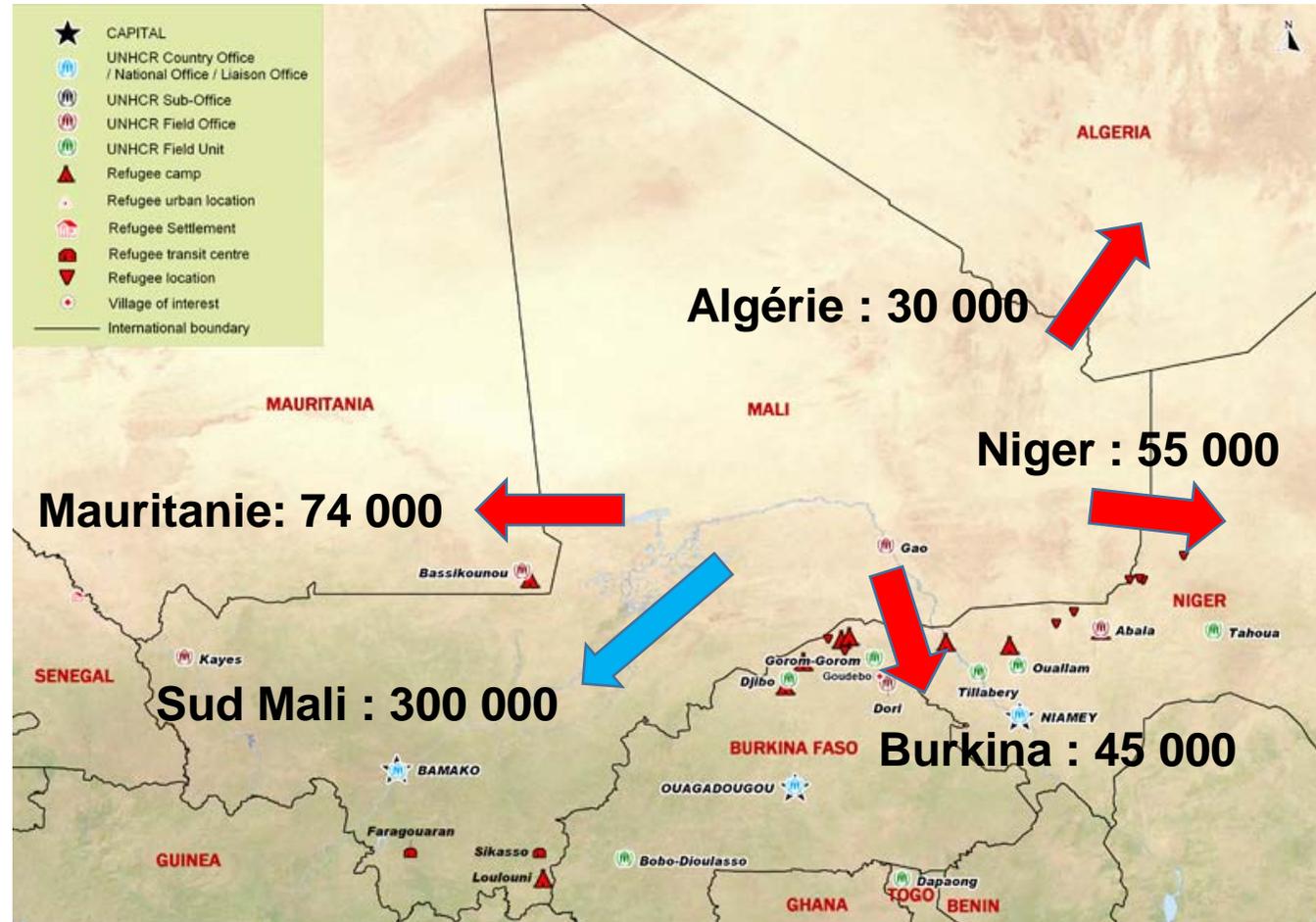
- 1,4 millions d'hab.
 - Tombouctou: 730 000
 - Gao: 600 000
 - Kidal: 70 000
- Songhaïs, Peuls, Touaregs, Arabes,...
- 2 hôpitaux généraux
- 10 hôpitaux de district
- 161 Centres de santé communautaires (CSCOM)



4. LES CONSEQUENCES

4.1. Humaines:

- Insécurité, exactions
- Effondrement de la vie économique et sociale
- Départ de:
 - 204 000 réfugiés vers les pays voisins
 - 300 000 déplacés vers la zone libre du pays (Bamako, Mopti, Ségou,...)



4. LES CONSEQUENCES

4.2. Sanitaires:

- Dans la zone occupée:
 - effondrement du système de soins : pillages, saccages, retrait des ressources humaines, arrêt d'activité de la plupart des hôpitaux et des centres de santé communautaires.
- Pour les réfugiés (hors du Mali):
 - prise en charge totale par les ONG et les organisations internationales (HCR, MSF, CR,...) dans des camps.
- Pour les déplacés (à l'intérieur du Mali):
 - difficultés financières, problèmes pour faire face aux loyers, aux dépenses quotidiennes (alimentation,...) et aux dépenses de santé (malgré une gratuité officielle des soins)

5. REPONSE HUMANITAIRE IMMEDIATE

(1)

- Mobilisation des ONG (déjà présentes pour certaines):
 - MSF, MDM, Croix Rouge, ALIMA, ACF, Save The Children, CARE,...
 - Recrutement **de professionnels de santé maliens** ou parfois d'autres pays africains (risques de prises d'otages),
 - Remise en fonction limitée d'un grand nombre de Centres de Santé, des hôpitaux de district et des hôpitaux régionaux.
 - Prise en charge de certaines formations sanitaires: soins d'urgence, produits pharmaceutiques, récupération nutritionnelle,...

5. REPONSE HUMANITAIRE IMMEDIATE (2)

- Mobilisation des Partenaires Techniques et Financiers:
 - Nations Unies:
 - Mise en place des « **clusters** » (groupes) par OCHA (*Office de Coordination des Affaires Humanitaires*) pour coordonner l'action humanitaire,
 - 10 clusters dont ceux de la santé (pilote par l'OMS), de la nutrition (Unicef), de WASH (Water, sanitation and Hygiene)
 - Coopérations multilatérales:
 - ECHO (Office d'Aide Humanitaire de la Communauté Européenne)
 - Coopérations bilatérales: Pays bas, Canada, Etats Unis, France, Espagne,...
- Mobilisation nationale:
 - Conseil National de l'Ordre des Médecins: envoi de 5 missions médicales successives de volontaires maliens (médecins, infirmiers,...) pour dispenser des soins en zone occupée.
 - Mobilisation financière des populations de la zone libre pour aider les familles de la zone occupée.

5. MODALITES D'INTERVENTION

- Respect des principes de la diplomatie :
 - Information des pouvoirs publics
 - Obtention des autorisations requises pour intervenir
- Mais intervention des ONG humanitaires et des agences internationales, comme si l'Etat n'était pas en mesure d'assurer ses fonctions:
 - **Marginalisation des instances nationales: les CLUSTERS fonctionnent comme des ministères bis.**
 - Utilisation du canal des ONG pour mobiliser leurs financements.
- Difficultés de l'Etat à reprendre son leadership:
 - Utilisation des médecins des zones occupées à des tâches liées à la zone libre.
- Or, si l'Etat a été « sonné » juste après le coup d'Etat du 22 mars:
 - Un Président de la République intérimaire mais **légitime** à partir du 12 avril 2012,
 - Gouvernement et ses ministres en fonction à partir du 17 avril.
 - Administrations présentes et opérationnelles en juin 2012.

6. LES EFFETS

- Positifs:
 - Remise en fonction des établissements de soins dans les zones d'intervention des ONG
 - Dispensation de soins gratuits et d'une aide alimentaire
- Négatifs:
 - Mise en retrait des services de l'Etat,
 - Accentuation du sentiment d'abandon par l'Etat des zones occupées,
 - Disparition de toute gouvernance du système de santé de ces zones
- Tout laissait penser en 2012 que la situation allait se prolonger toute l'année 2013 et peut être au-delà.
- Heureusement, la situation n'a duré que 9 mois : libération du Nord après l'intervention française (Janvier 2013)

7. LA REPRISE EN MAIN PAR L'ETAT DE SON LEADERSHIP ÉTAIT POSSIBLE ET SOUHAITABLE

- Auraient pu être réalisés à partir de juin 2012:
 - un réajustement des **clusters à côté et non devant l'administration**
 - la mise en place d'une « **Cellule Nord** » structurée au Ministère de la Santé:
 - Constituée des Directeurs Régionaux de la Santé et des médecins chefs des districts (départements) de la zone occupée
 - Reprise de leurs fonctions vis-à-vis de leur circonscription depuis Bamako
 - l'élaboration d'un **Plan d'Opération** par chacun des 14 districts sous la direction de leur médecin chef avec les ONG, les Partenaires, les maires, les représentants des populations (ASACO,...),
 - une répartition des rôles entre chaque acteur sous la coordination du médecin chef de district aidé par des ONG
 - l'utilisation d'autres voies de financement possibles:
 - Poursuite en le renforçant du soutien des partenaires aux ONG
 - Mais utilisation progressive du canal **de l'Etat décentralisé (communes)** pour assurer le financement de la remise à niveau et du fonctionnement des formations sanitaires.

8. CONCLUSION (1)

- 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^{ème}, importance de faciliter la reprise de son leadership par l'administration malienne en l'aidant à accomplir sa mission.
 - Pour des raisons de **souveraineté**,
 - Pour des raisons d'**efficacité** à court, moyen et long terme

8. CONCLUSION (2)

- L'exemple du Mali pose le problème des modalités d'intervention de l'aide humanitaire d'urgence
- L'urgence exige souvent la mobilisation de la **solidarité internationale**.
- Mais elle ne justifie pas tout, car après l'urgence, il y a le retour du **développement**, qui relève d'abord de la **responsabilité du pays**.
- Si un Etat a perdu ses capacités d'intervention, les acteurs de l'action humanitaire doivent chercher à les lui rendre dès que possible.
- La reprise en main la plus rapide possible de son leadership est fondamentale, car la relance du processus de **développement** et le renforcement de la **cohésion nationale** en dépendent.