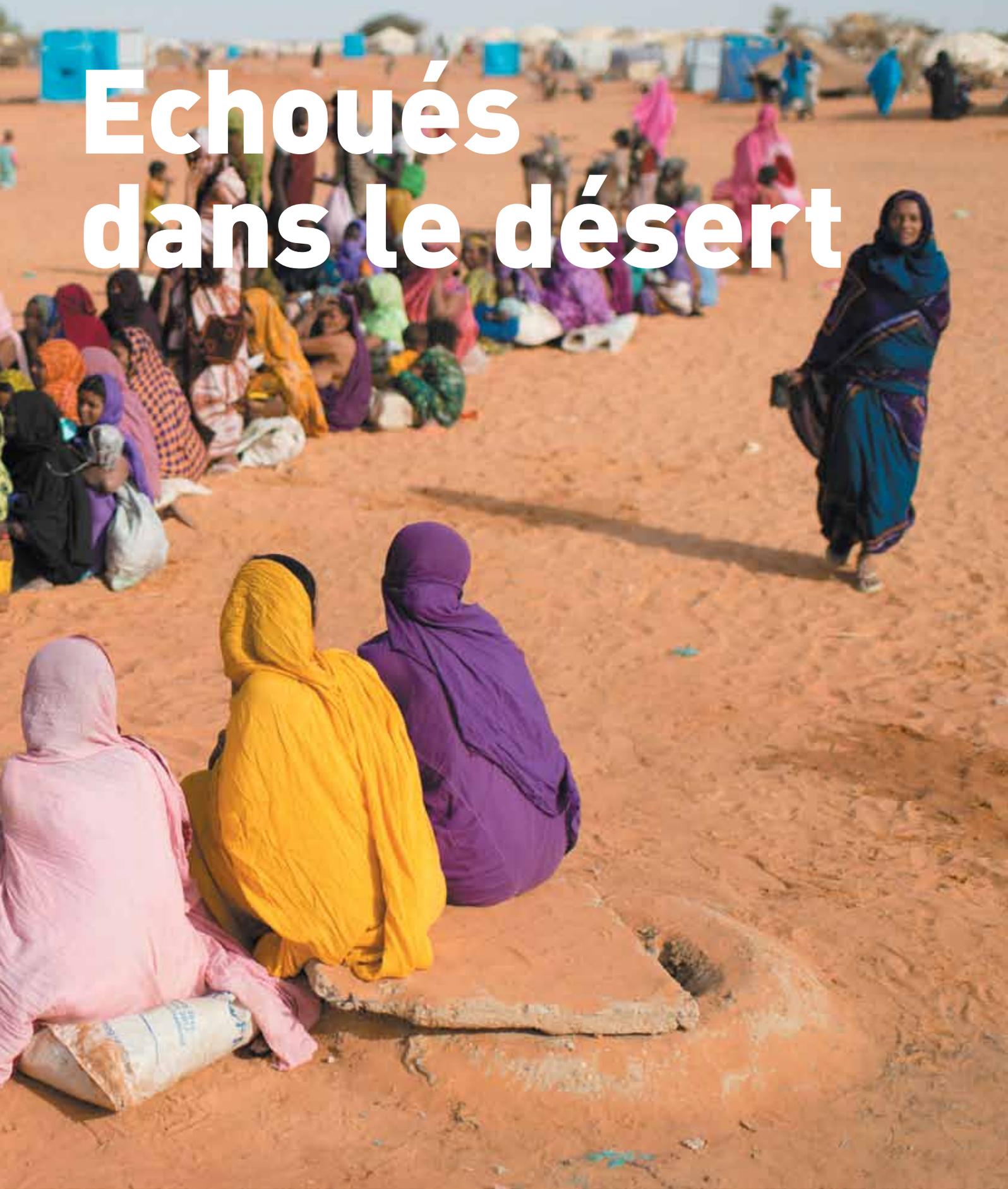


Echoués dans le désert



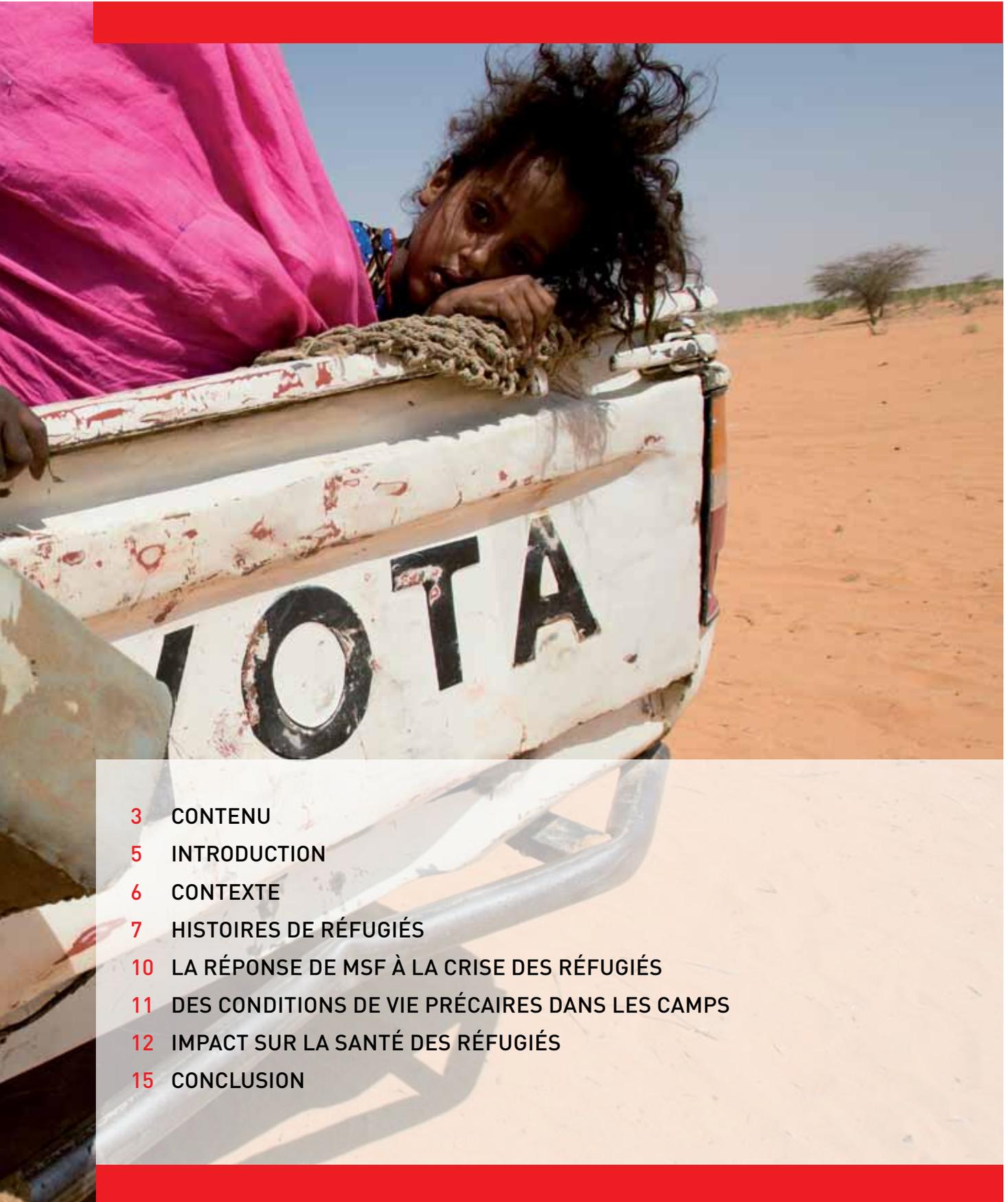
Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation médicale humanitaire indépendante et neutre constituée de professionnels de la santé et de personnel logistique. MSF soigne les patients en se basant sur leurs besoins médicaux et non sur leur race, leur religion, leur sexe ou leur appartenance politique.

Avril 2013

Mise en pages : www.okidokidesign.net - Yesmine Sliman Lawton



CONTENU



- 3 CONTENU
- 5 INTRODUCTION
- 6 CONTEXTE
- 7 HISTOIRES DE RÉFUGIÉS
- 10 LA RÉPONSE DE MSF À LA CRISE DES RÉFUGIÉS
- 11 DES CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES DANS LES CAMPS
- 12 IMPACT SUR LA SANTÉ DES RÉFUGIÉS
- 15 CONCLUSION



© Nyani Quarmyne

INTRODUCTION

Le récent conflit au Mali, qui a débuté en janvier 2012, a poussé des centaines de milliers de personnes à fuir, à l'intérieur du pays et vers les pays frontaliers. Selon les Nations Unies, plus de 270 000 personnes ont été déplacées au Mali, et environ 170 000 se sont réfugiés dans les pays voisins, principalement au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger. La Mauritanie accueille le plus grand nombre d'entre eux avec près de 68 000 personnes enregistrées par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)¹.

En Mauritanie, le camp de Mbera est situé dans une région isolée et aride, à trente kilomètres de la frontière avec le Mali. Pour survivre, les réfugiés dépendent entièrement de l'assistance extérieure et de l'aide humanitaire, notamment pour couvrir leurs besoins fondamentaux comme la nourriture, l'eau, les abris et les soins médicaux.

Jusqu'à présent, l'intervention d'organisations telles que le HCR et le Programme Alimentaire Mondial (PAM) n'a pas permis une réponse suffisamment rapide pour faire face aux différents afflux de réfugiés. Des taux de malnutrition élevés ont été reportés chez les enfants seulement quelques semaines après leur arrivée dans le camp.

Avec des températures atteignant 50 degrés, les réfugiés reçoivent seulement 11 litres d'eau par jour, et les abris et installations sanitaires ont été largement insuffisants. Même si cette situation s'est récemment améliorée, elle reste néanmoins extrêmement précaire, et les organisations d'aide doivent maintenir leur réponse aussi longtemps que nécessaire.

Depuis février 2012, Médecins Sans Frontières (MSF) prodigue des soins de santé aux réfugiés. Au cours des dernières semaines, l'offre de soins et le support nutritionnel ont été étendus pour faire face à la dégradation de l'état de santé des populations vivant dans le camp.

En raison des fondements ethniques et politiques de cette crise, il est peu probable de voir prochainement les réfugiés retourner au Mali. Le défi pour les organisations d'aide est aujourd'hui de mettre en œuvre des programmes permettant de rehausser leurs conditions de vie au niveau de standards humanitaires acceptables.

¹ Voir <http://data.unhcr.org/MaliSituation/country.php?id=132>

CONTEXTE

La crise des réfugiés du Mali a une origine ethnique et politique complexe. Les Touaregs, peuple berbère du nord du Mali, conservent depuis longtemps des velléités d'indépendance. Un soulèvement armé touareg échoue en 1990, mais la chute du régime libyen de Kadhafi va précipiter le retour de combattants touaregs donnant ainsi une nouvelle tournure au conflit en janvier 2012. Peu de temps après, le mouvement indépendantiste touareg, appelé Mouvement national pour la libération de l'Azawad (MNLA), prend le contrôle du nord du Mali. La première vague de réfugiés arrive alors en Mauritanie, principalement des Touaregs ayant gardé en mémoire les représailles subies au début des années 1990.

Entre mars et juin 2012, d'autres groupes armés, notamment Al-Qaida au Maghreb islamique (AQMI), le Mouvement pour l'unicité et le jihad en Afrique de l'Ouest (MUJAO) ou encore Ansar Eddine entrent en conflit avec les combattants du MNLA qui étendent leur contrôle sur plusieurs territoires du nord du Mali. A Bamako, la capitale située au sud du pays, ces troubles vont conduire en mars 2012 à un coup d'Etat militaire. Au même moment, une deuxième vague de réfugiés, provenant de toutes les communautés maliennes, arrive dans le camp mauritanien.

Entre juin 2012 et janvier 2013, les principales villes du nord du Mali et leurs environs sont administrées par différents groupes armés imposant la charia (loi islamique) sur leurs territoires. Peu de nouvelles arrivées de réfugiés sont recensées en Mauritanie durant cette période, mais d'importants déplacements de populations internes ont lieu, avec des centaines de milliers de personnes fuyant du nord vers le sud du Mali.

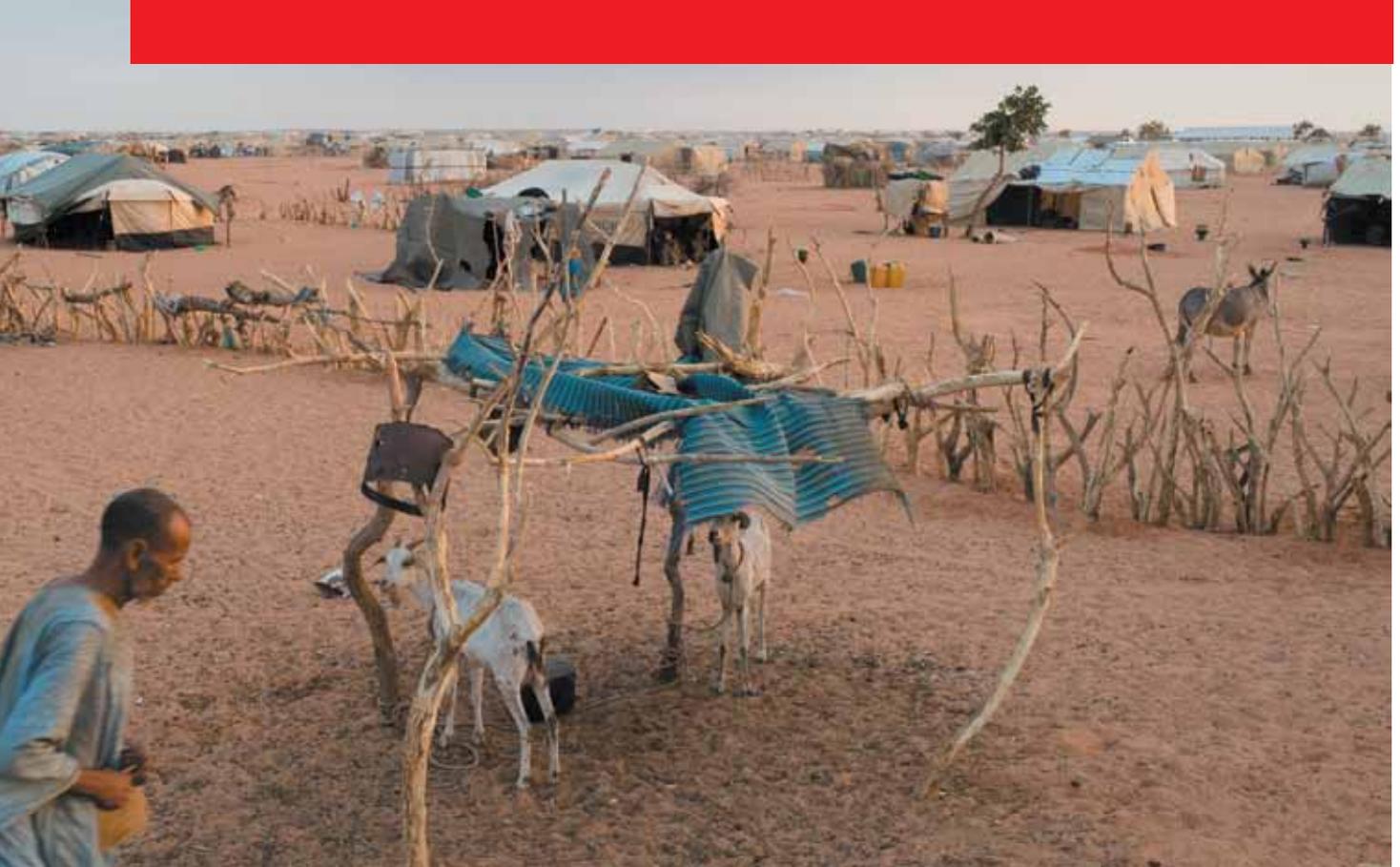
En janvier 2013, les négociations entamées entre certains groupes de l'opposition et le gouvernement malien de transition échouent. Les groupes armés mènent aussitôt une offensive vers le sud, allant jusqu'à menacer Bamako. Pour stopper leur avancée, l'armée française joint ses forces aux troupes maliennes. En quelques semaines, les groupes armés ont déserté les principales villes des régions du nord. L'intervention militaire française et ses bombardements aériens ont causé la panique de la population nomade, entraînant l'arrivée d'une troisième vague de réfugiés en Mauritanie. A son apogée, environ 1300 personnes atteignent chaque jour le point de transit de Fassala, à la frontière entre la Mauritanie et le Mali.

Depuis l'intervention de l'armée française, la situation au nord du Mali reste très instable. Les groupes armés ont recours à des tactiques de guérilla : mines au bord des routes, attentats à la bombe dans des zones densément peuplées. De son côté, l'armée malienne est accusée de mener des représailles contre les populations touarègues et arabes restées sur place. Cette insécurité, couplée au déplacement d'une partie importante de la population, a mené à un effondrement de l'économie locale, les denrées alimentaires se raréfiant.

Les réfugiés arrivés en Mauritanie en mars 2013 citent ainsi l'insécurité alimentaire et l'écroulement des services de base comme principales raisons de leur départ.



HISTOIRES DE RÉFUGIÉS



© Nyani Quarmyne

Entre février et mi-mars 2013, MSF a mené une centaine d'interviews de réfugiés, dans le camp de Mbera et aux points de transits de Fassala à la frontière entre le Mali et la Mauritanie.

Ces interviews offrent un aperçu de la situation, mais ne prétendent pas être représentatives de la complexité ethnique du conflit et de la crise qui en résulte aujourd'hui. Cet aperçu permet néanmoins d'avoir une idée plus précise de certains enjeux sous-jacents et montre que la peur de voir ressurgir d'anciennes tensions ethniques et politiques est un des principaux facteurs à l'origine de ces déplacements. Ces témoignages révèlent aussi que cette crise s'inscrit dans la durée et qu'elle requiert une réponse soutenue de la part des organisations d'aide.

PROFILS DE RÉFUGIÉS

La plupart des réfugiés du camp de Mbera sont des éleveurs de bétail, nomades ou semi-nomades. Dépendant économiquement de leur bétail, environ 55% des nomades interviewés par MSF dans le camp de Mbera ont confié leurs troupeaux à des membres de leur famille – souvent des hommes jeunes – restés au Mali. De temps en temps, ces hommes rejoignent Mbera pour un court séjour avant de repartir pour le Mali.

La composition ethnique des personnes interrogées montre la même diversité que celle présente dans le nord du Mali. Les trois principaux groupes ethniques

représentés sont les Touaregs (65%), les Arabes (26%) et 9% d'autres groupes ethniques. La majorité (97%) des interviewés sont issus de la région de Tombouctou.

CAUSES DE LA FUIITE

Environ la moitié (45%) des personnes interviewées dans le camp de Mbera ont fui de manière préventive, par crainte de représailles de la part de l'armée malienne ou de la population locale. De nombreuses personnes ont eu le temps d'emporter des biens, des vêtements, de l'argent et même une partie de leur bétail.

« J'ai laissé trois de mes fils au Mali, dans notre village, pour prendre soin du bétail. Avec les autres sages, on a pris la décision de partir par peur de l'armée malienne. J'ai déjà perdu des frères et des cousins en 1992. J'ai vu beaucoup d'atrocités et j'ai perdu beaucoup d'êtres chers dans ce conflit. J'ai aussi perdu presque tous mes animaux. Cette fois-ci on est parti tôt. Personne ne sait quand est-ce que nous serons de retour mais vu mon âge je n'ai plus envie de m'exiler tous les dix ans. Nous voulons une solution durable. Je ne veux pas mourir à Mbera, je veux mourir chez moi, entouré de toute ma famille, sur ma terre natale. »

Ibrahimou, 71 ans

Près de 24%² des réfugiés ont fui des combats qui mettaient en danger directement leur vie ou celles des membres de leur famille.

« Je suis né à Bamako et je n'avais pas de problèmes avec mes voisins. Les choses ont changé après l'éclatement des violences en janvier 2012. Du jour au lendemain, on ne pouvait plus sortir de chez nous. Nos voisins nous menaçaient et nous insultaient. Il a fallu se cacher pour éviter tout affrontement. Pour eux, les « peaux blanches » sont des rebelles. J'ai été très affectée par l'agressivité des paroles et des gestes de mes anciens voisins et amis. »

Mamadou (nom d'emprunt), venant de Bamako

Environ 3% des personnes interrogées ont fui suite à la prise de pouvoir des groupes islamistes dans des villes comme Tombouctou, Gao et Kidal.

« Après la prise de contrôle de Tombouctou par Ansar Eddin, notre vie à tous a changé. Les jihadistes payaient les jeunes hommes pour qu'ils intègrent leur mouvement. Nous, les femmes, on a particulièrement souffert. J'étais obligée de couvrir tout mon corps avant de sortir. Les femmes n'avaient plus le droit de parler ou de saluer les hommes dans la rue. La vie était très dure pour nous. Avec ma famille, on est resté trois mois sous le régime d'Ansar Eddin, mais quand j'ai été menacée par la police islamiste à cause de mes habits, qui n'étaient pas assez couvrants, j'ai préféré quitter la ville définitivement. »

Maymouna, 21 ans, venant de Tombouctou

Une personne sur cinq (20% des interviewés) est arrivée après l'intervention militaire française.

« J'ai fui avec ma famille à cause des bombardements. Ils n'ont pas bombardé notre campement mais quand ils ont commencé à bombarder Tombouctou, on entendait le bruit au loin. J'avais peur, j'ai fui en laissant mon mari avec le bétail et quelques membres de la famille. Je venais d'accoucher alors le trajet n'était pas facile. Je suis tombée malade, mes enfants aussi. On vomissait et on avait de la diarrhée. Notre famille a pris de la nourriture et de l'eau mais la chaleur et le transport ont rendu le voyage pénible. »

Awa (nom d'emprunt), Tombouctou

² Ces combats incluent des menaces directes et indirectes de l'armée malienne ou de milices qui combattent pour elle, ainsi que des bombardements et autres menaces directes.





Parmi les réfugiés arrivés depuis moins de deux semaines au moment de l'enquête, 8% déclaraient avoir fui en raison de la raréfaction de la nourriture, de la chute des activités économiques et de l'effondrement de services de base tels que les soins de santé.

« La vie est devenue très dure. Je n'avais plus rien à donner à mes enfants. Il n'y avait plus rien à manger, les commerces étaient ou vides ou fermés. Il n'y avait plus de marché pour le bétail. Je ne pouvais plus rester, j'ai des enfants encore petits à nourrir. »

Halima, 24 ans, venant de Léré

LA RÉPONSE DE MSF À LA CRISE DES RÉFUGIÉS



© Nyani Quarmyne

Dès fin février 2012, suite à l'afflux des premiers réfugiés, MSF a démarré des activités médicales et nutritionnelles pour les réfugiés et les populations locales dans le district de Bassikounou, en Mauritanie.

MSF procure gratuitement des soins de santé primaires, secondaires et des consultations prénatales. Les équipes médicales ont initialement mis en place deux centres de santé dans le camp de Mbera, et soutenu deux postes de santé, un à Mbera et l'autre à Fassa, près de la frontière.

À partir de janvier 2013, avec l'arrivée d'un nouvel afflux de réfugiés, MSF a rapidement installé un troisième

poste de santé. À ce moment-là, le nombre de consultations est passé de 1500 à 2500 par semaine.

Depuis le début de l'intervention d'urgence, les équipes médicales MSF ont assuré au total plus de 85 000 consultations, 200 accouchements et pris en charge près de 1000 enfants sévèrement malnutris.

L'hôpital le plus proche étant situé à plus de 200 kilomètres, MSF a aussi installé une salle d'opération dans le village de Bassikounou afin de permettre une prise en charge médicale rapide et de pouvoir stabiliser les cas graves avant de les transférer vers l'hôpital de Néma.

Protéger les enfants de la rougeole est une des priorités sanitaires dans les camps où MSF intervient. Une épidémie de rougeole peut en effet s'avérer dévastatrice pour des enfants qui vivent dans la promiscuité et qui souffrent souvent de malnutrition chronique. En soutien aux autorités sanitaires, MSF a ainsi vacciné près de 10 000 enfants depuis mars 2012.

L'organisation a également déployé du personnel médical d'urgence pour répondre aux besoins dans les camps de réfugiés maliens du Niger et du Burkina Faso. Au Mali, elle mène également des programmes d'aide médicale dans les régions de Mopti, Gao, Sikasso et Tombouctou.

DES CONDITIONS DE VIE PRÉCAIRES DANS LES CAMPS

« On a mis deux jours pour arriver à Fasalala, on était fatigué mais en vie et en sécurité, c'était la chose la plus importante. Maintenant, il faut qu'on s'adapte à la vie de Mbera mais c'est très difficile pour nous. Ma fille a accouché ici et on n'avait rien pour le bébé. Il souffre désormais de malnutrition et il est admis au programme de MSF. La nourriture ici ne correspond pas à ce que nous mangions d'habitude. Nous sommes des nomades, il nous faut de la viande et du lait caillé. Ici, ils nous donnent du riz et de l'huile. Moi j'étais déjà pauvre au Mali mais ici c'est encore pire, je n'ai absolument rien. En plus, je me sens complètement étrangère et loin de mon pays. Je veux que le nord retrouve la paix pour que je puisse enfin rentrer. »

**Azarra (nom d'emprunt),
40 ans, venant de Tombouctou**

Depuis mars 2012, MSF n'a cessé d'attirer l'attention sur les conditions d'accueil déplorables en Mauritanie et leur impact sur la santé de près de 70 000 réfugiés³. En janvier 2013, l'assistance humanitaire a été mise sous pression avec l'afflux massif de 15 000 réfugiés. Trois mois plus tard, un certain nombre de mesures ont été prises et on observe une amélioration dans l'approvisionnement de l'aide dans le camp. Néanmoins, sachant que la crise des réfugiés risque de perdurer, le défi consistera à maintenir une assistance appropriée conforme aux standards de l'aide humanitaire.

³ <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=5797&cat=field-news>, <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5921>, <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6005&cat=press-release>, <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=6091&cat=field-news>, <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=6534>, <http://www.doctorswithoutborders.org/news/article.cfm?id=6634>

PROBLÈMES D'HYGIÈNE

Lors de la création d'une extension du camp pour accueillir les nouveaux réfugiés arrivés en janvier 2013, les équipes de MSF ont constaté qu'il n'y avait que quatre latrines pour 12 000 personnes. Or, les standards humanitaires⁴ préconisent une installation pour 20 personnes maximum. De plus, les réfugiés n'avaient pas reçu de kits d'hygiène comportant du savon et des jerricans durant cinq mois. Pour remédier à cette situation, deux distributions de savons ont été assurées et des latrines supplémentaires sont en cours de construction afin d'améliorer l'assainissement dans le camp.

MANQUE D'EAU

Les réfugiés et les populations locales n'ont pas un accès suffisant à l'eau potable, notamment dans cette zone désertique. A Mbera, un réfugié ne reçoit que 11 litres d'eau par jour au lieu des 20 litres nécessaires. Or, l'eau est surtout essentielle pour prévenir les pathologies liées à un manque d'hygiène. Avec des températures avoisinant 50 degrés, il faut veiller à ce que les réfugiés, en particulier les jeunes enfants et les personnes âgées, puissent s'hydrater régulièrement. L'approvisionnement en eau est d'autant plus important que la région est en proie à la sécheresse et à l'insécurité alimentaire. De plus, l'accès à l'eau est notamment problématique pour les réfugiés ayant besoin d'abreuver leur bétail en Mauritanie.

MANQUE D'ABRIS

Certaines personnes arrivées en janvier ont confié être restées plus de quatre semaines sans abri. Ces réfugiés, arrivés à la hâte, s'étaient ainsi affairés à construire des abris de fortune avec des morceaux de tissu et du bois. Aujourd'hui, si la plupart des familles ont reçu une tente, quelque 2000 personnes continuent de vivre sous des tentes collectives « d'accueil » dans l'attente d'être logés.

⁴ http://www.refbooks.msf.org/MSF_Docs/En/Refugee_Health/RH.pdf

IMPACT SUR LA SANTÉ DES RÉFUGIÉS

« A notre arrivée à Mbera, mon bébé est tombé malade, il a perdu l'appétit et ne tétait plus. Les docteurs m'ont dit qu'il est mal nourri. Même moi j'ai perdu du poids et je me sens affaiblie. Les conditions dans le camp sont rudes. La nourriture ne suffit pas et les enfants ont besoin de lait. Ici, on ne nous en donne pas. Nous sommes des nomades, on a besoin de lait, c'est la base de notre alimentation. On a vendu la tente qu'on a reçue pour pouvoir s'acheter de quoi manger. Beaucoup de personnes font ça ».

Awa (nom d'emprunt), 32 ans,
originaire de Tombouctou

La majorité des maladies traitées par MSF lors des consultations médicales dans les camps sont directement liées aux mauvaises conditions de vie, ainsi qu'au manque d'accès à l'eau et à la nourriture. Chaque semaine, le centre de santé MSF de Mbera enregistre en moyenne 1000 cas d'infections respiratoires, 200 cas de diarrhée, 100 cas d'infections cutanées et 30 cas de paludisme.

En novembre 2012, une enquête de mortalité rétrospective menée par MSF a également mis en évidence un taux de mortalité de 3,22/10 000/jour chez les enfants de moins de deux ans⁵, un taux qui dépasse les seuils d'urgence. Ainsi, on peut conclure que les enfants de moins de deux ans résidant dans le camp meurent deux à trois fois plus qu'ailleurs en Mauritanie.

Parmi les décès enregistrés durant la période de l'enquête, 43% concernaient des enfants de moins de 5 ans; 13% touchaient des enfants de moins de 2 ans; et 22% des personnes de plus de 60 ans. Les principales causes de mortalité dans le camp, étaient liées à 24% à la fièvre, à 27% à la diarrhée et à 16% aux infections respiratoires.

⁵ Selon l'enquête menée par MSF en novembre 2012, le taux de mortalité brut est de 0,76/10 000/jour et le taux de mortalité est de 1,46/10 000/jour pour les enfants de moins de 5 ans.

SITUATION NUTRITIONNELLE GÉNÉRALE EN 2012

En novembre 2012, une enquête nutritionnelle menée à Mbera révélait que près d'un enfant sur cinq (17%) était malnutri et que 4,6% des enfants souffraient de la forme la plus sévère de malnutrition après leur arrivée dans le camp.

Les réfugiés dépendent entièrement de la distribution mensuelle de denrées alimentaires du Programme Alimentaire Mondial (PAM) pour se nourrir. Les denrées alimentaires sont composées de 12 kg de riz, 3 kg de légumineuses, 1,5 kg de CSB (mélange de maïs et de soja), 0,75 kg d'huile et 0,6 kg de sucre. Cependant, cette aide alimentaire reste inadaptée aux besoins des enfants et aux coutumes alimentaires des réfugiés. Les mères n'ont reçu ni lait, ni aliments adaptés pour nourrir leurs enfants. Le riz permet en effet de soulager la faim mais il ne peut en aucun cas remplacer les nutriments dont les enfants ont besoin. La distribution d'éléments tels que les protéines, les matières grasses, les vitamines, les glucides et les minéraux est indispensable à la croissance et au développement de l'enfant. L'aide n'étant pas adaptée à leurs coutumes alimentaires, des familles ont confié à nos équipes qu'elles étaient contraintes de revendre une partie des rations pour se procurer un peu de lait ou de viande afin de nourrir leurs enfants.

MSF recommande de distribuer aux familles des rations alimentaires qui contiennent du CSB ++, fabriqué à partir de lait, d'huile et de sucre, afin de répondre aux besoins nutritionnels des enfants de moins de deux ans qui souffrent de malnutrition modérée.

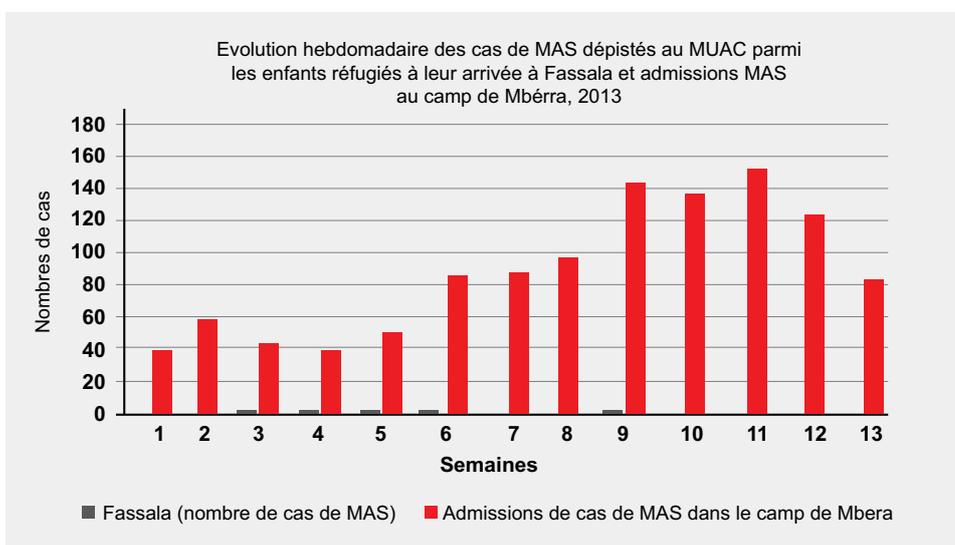
LA MALNUTRITION EN HAUSSE EN 2013

Entre janvier et février 2013, le programme nutritionnel de MSF a enregistré une augmentation des admissions hebdomadaires, passant de 42 à 106 enfants sévèrement malnutris. Fin février, la grande majorité des admissions dans le programme (85%) concerne des enfants récemment arrivés en Mauritanie.



© Nyani Quarmyne

Or, le dépistage nutritionnel opéré par MSF à la frontière indique que la grande majorité des enfants⁶ sont pourtant arrivés en Mauritanie en bonne santé. Au poste de santé de Fassala, les équipes médicales ont en effet effectué un dépistage systématique de la malnutrition à l'aide du MUAC qui mesure le périmètre brachial des enfants de six mois à cinq ans. Ainsi, l'analyse comparative des données médicales démontre que les enfants récemment arrivés ont développé des problèmes de malnutrition après avoir séjourné entre six et huit semaines dans le camp.



Outre le caractère inadapté de la nourriture distribuée, des retards dans l'obtention de l'aide alimentaire ont poussé les réfugiés à partager les rations avec les nouveaux arrivants. Cette pression a contribué à une augmentation du taux de malnutrition chez les enfants. Le manque de qualité nutritionnelle de la nourriture distribuée et les conditions de vie difficiles ont également joué un rôle. A Fassala, où a lieu l'enregistrement des réfugiés, MSF a constaté que ceux-ci ne disposaient pas d'aide alimentaire à leur arrivée. Ainsi, une famille arrivant dans le camp de Mbera après la distribution des rations peut se retrouver à attendre quatre semaines avant de pouvoir bénéficier d'une assistance alimentaire. Aucune distribution de nourriture spécifique n'a donc été prévue pour ces nouveaux arrivants, ce qui a constitué un facteur aggravant la vulnérabilité des enfants.

⁶ Si le bracelet, une fois serré, indique la couleur rouge, cela signifie que l'enfant souffre de malnutrition aiguë sévère. Orange, il s'agit d'une malnutrition aiguë modérée. Jaune signifie que l'enfant est « à risque » et le vert indique qu'il n'y a pas de problème. Entre janvier et février, le dépistage de près de 4000 enfants a mis en évidence 96 % de MUAC verts, près de 3% de MUAC jaunes et moins d'1% MUAC rouges.



© Nyani Quarmyne

CONCLUSION

En Mauritanie, les réfugiés maliens vivent aujourd'hui reclus dans ces camps proches de la frontière malienne, et restent complètement dépendants de l'aide extérieure pour l'intégralité de leurs besoins élémentaires, comme les denrées alimentaires, l'eau, les abris et les soins médicaux.

Au cours de leur route vers la Mauritanie, la majorité des réfugiés n'ont pas connu de problèmes de santé particuliers. Mais à l'arrivée dans les camps, la rudesse des conditions de vie, la nourriture inappropriée, le manque d'eau et d'abris ont entraîné une détérioration de leur état de santé. Les jeunes enfants qui vivent dans le camp depuis plusieurs semaines ont désormais plus de risques de tomber dans la malnutrition.

Jusqu'à présent, l'aide humanitaire déployée est insuffisante. Même si les conditions d'hygiène, l'approvisionnement en eau et en nourriture se sont récemment améliorées, les réfugiés dépendent encore exclusivement de l'assistance extérieure et de l'aide humanitaire.

La présence de réfugiés à la frontière entre le Mali et la Mauritanie risque de perdurer. La majorité d'entre eux racontent leur crainte de représailles de la part de l'armée malienne ou d'autres groupes ethniques s'ils étaient restés au Mali. Cette peur semble prendre racine dans le souvenir de tensions politiques et ethniques qui se sont déroulées quelques dizaines d'années avant. Ces enjeux sont aujourd'hui loin d'être résolus, et couplés à l'insécurité permanente et aux difficultés économiques du Nord Mali, il est à craindre que ces réfugiés ne retourneront pas prochainement sur leur terre natale.

Aujourd'hui, le défi est donc de continuer à fournir une assistance à la hauteur des besoins. MSF demande à toutes les organisations d'aide d'envisager un soutien continu afin de pouvoir maintenir des standards adéquats et des conditions de vie suffisantes pour tous ceux dont le futur s'envisage désormais dans les camps.

