

Regard rétrospectif sur la résilience sanitaire des populations du district sanitaire de Korhogo pendant le conflit militaro-politique de 2002 à 2008 (Côte d'Ivoire)

Fofana Memon, Ouattara N. Paul-Kevin, Traoré Ramatou
Sociologues Université Péléforo Gon Coulibaly –Korhogo

Résumé : Revenant sur la question des stratégies de guérison convoquées par les populations pendant les crises militaro-politiques, ce papier, aussi modeste fut-elle, est une contribution au débat sur les formes et expressions de résilience en matière de santé. Il repose sur le constat selon lequel il y a un écart entre les modèles de soins en période de "normalité sociale" et celle "d'anomie sociale". Cet écart se perçoit aussi bien en manière de stratégie, de pensée que de réaction. Sur cette base, l'objectif de cette étude est de comprendre les modèles et les expressions de résiliences développées par les populations pour faire face au maintien de leur santé pendant la période de conflit militaro-politique en Côte d'Ivoire, plus précisément dans le district sanitaire de Korhogo. Ces modèles et expressions sont considérés comme résultant du fonctionnement d'un système de relations sociales légitimées par des productions idéologiques, s'actualisant dans des pratiques et attitudes socialement et culturellement localisés. Au plan méthodologique, le texte repose sur une approche qualitative axée sur des focus group et des entretiens semi-structurés.

Mots clés : résilience, crise militaro-politique, santé, modèle de soin, population

Summary: Returning to the question of the healing strategies that people have called for during the military-political crises, this paper, as modest as it is, is a contribution to the debate on forms and expressions of resilience in health. It is based on the finding that there is a gap between models of care in times of "social normality" and "social anomie". This gap can be perceived as a strategy, a thought or a reaction. On this basis, the objective of this study is to understand the patterns and expressions of resilience developed by the population to cope with the maintenance of their health during the period of military-political conflict in Côte d'Ivoire, more specifically in the region Health district of Korhogo. These models and expressions are considered as resulting from the functioning of a system of social relations legitimized by ideological productions, actualizing themselves in socially and culturally localized practices and attitudes. Methodologically, the text is based on a qualitative approach focusing on focus groups and semi-structured interviews.

Key words: resilience, military-political crisis, health, care model, population

Date of Submission: 02-04-2019

Date of acceptance: 17-04-2019

I. CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

L'analyse des conditions de vie des populations selon l'approche par les besoins de base, considère qu'un individu doit pouvoir satisfaire certains besoins fondamentaux qui sont nécessaires à l'atteinte d'une certaine qualité de vie (Wodon et al, 2008). La santé, l'hygiène, l'assainissement, l'accès à un Centre de Santé et aux médicaments officiels, constituent un stock essentiel de ces besoins de base. Leur satisfaction permet aux populations d'avoir un cadre de vie agréable même si elle ne suffit pas à sortir de la pauvreté, notamment monétaire.

Ces besoins sont considérés comme des biens publics dont la mise à disposition au profit des populations est du domaine de l'Etat. Ce dernier, par le biais de ses institutions et agences d'exécution, pourvoit à la satisfaction des besoins de santé de base au profit des populations. Cependant, nos Etats n'ont toujours pas été en mesure de faire face à cette exigence de gouvernance dans le cas de chocs exogènes tels que les crises militaro-politiques.

La Côte d'Ivoire, à l'instar de la majorité des pays ayant connu des situations de crises militaro-politiques n'échappent pas à ce tableau. Le déclenchement de la crise armée du 19 septembre 2002 a entraîné en effet, une rupture dans la réponse de l'Etat en matière de satisfaction des besoins de base, notamment,

l'hygiène, l'assainissement du cadre de vie, la disponibilité et l'accès aux soins de santé, dans les zones Centre, Nord et Ouest (CNO) du pays¹. La quasi-totalité des services publics chargés d'apporter cette réponse ont tous, soit été fermés, ou soit ont été saccagés; favorisant ainsi une interruption des programmes de santé prioritaires et des dysfonctionnements du système de santé dans ces zones assiégées (voir tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Régions et districts de santé dont le fonctionnement est perturbé par la crise

Région	Districts assiégés	Districts non assiégés mais affectés
Bandama	Bouaké Est, Bouaké Ouest, Béoumi, Dabakala, Katiola, Sakassou	
Denguélé	Odienné	
Bafing	Touba	
Bas Sassandra	Tabou	San Pédro
Haut Sassandra	Vavoua	Daloa
Grands Lacs		Tiébissou, Yamoussoukro
Marahoué		Zuénoula
Montagnes	Man, Bangolo, Biankouma, Danané, Toulepleu Duékoué, Guiglo	
Savanes	Korhogo, Boundiali, Ferkessédougou, Tengréla	
N'Zi Comoé M'Bahiakro		
Worodougou	Séguéla, Mankono	
Zanzan	Bouna Bondoukou	
12	23	8

Source : Direction des Ressources Humaines, Ministère délégué chargé de la Santé, 2013

Les agents des services de santé des zones assiégées, pour la plupart, ont dû quitter leurs localités de fonction, abandonnant du coup, les populations à elles-mêmes. Ainsi, le principal problème observé à cette époque a été la désorganisation de l'offre de santé publique et privée. Cette désorganisation s'est traduite essentiellement par une proportion importante de la population n'ayant pas suffisamment accès à des soins préventifs et curatifs de qualité. D'où la prévalence de certaines maladies telles que le paludisme (28,6%), la diarrhée (15,6%), la tuberculose et les infections respiratoires aiguës (MICS, 2006).

Cette situation caractérisée par l'absence de services publics pour satisfaire les besoins de base des populations des zones CNO, a davantage détérioré les conditions de vie des ménages desdites zones, déjà éprouvés par les effets récessifs des programmes d'ajustement structurel et les incertitudes politiques qui ont suivi le coup d'Etat militaire de 1999.

Ainsi donc, depuis le début de la crise militaro-politique en 2002, la Côte d'Ivoire a été déclarée par les fournisseurs de médicaments comme une zone à haut risque. Ils ont exigé que les éventuelles commandes de médicaments des grossistes soient réglées au comptant. Cette situation a davantage influencé la disponibilité des médicaments dans les pharmacies privées exerçant sur le territoire national. De même, la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) avait été contrainte de suspendre pendant deux semaines ses activités d'approvisionnement en médicaments des structures de santé de l'intérieur du pays à l'exception des districts de Daoukro et de Yamoussoukro alors que les structures d'Abidjan étaient régulièrement approvisionnées. Puis les livraisons ont repris dans les zones accessibles avec des laissez-passer délivrés par l'Etat-major des Armées.

Les organisations humanitaires assuraient l'approvisionnement de quelques structures encore ouvertes. Ainsi MSF² approvisionne quelques pharmacies du district de Korhogo. Mais cet approvisionnement restait très insuffisant pour satisfaire l'ensemble de la population du district de Korhogo, zone occupée par la rébellion. En ce qui concerne les vaccins, l'INHP³ n'a pas été en mesure d'approvisionner les zones occupées, la plupart de ses antennes régionales ayant été pillées. La majorité des professionnels de santé ont quitté le district sanitaire de Korhogo pour aller exercer dans les villes sous contrôle gouvernementale.

Ces données indiquent donc que les populations des ex-zones assiégées d'une manière générale et ceux des villages en particulier, se trouvaient être dans une situation sanitaire critique et précaire due à la défaillance des infrastructures de base de soin.

Dans ce contexte caractérisé par l'absence des services publics de soins dans les districts sanitaires des zones ex-CNO en générale et plus particulièrement le district sanitaire de Korhogo, l'on est en droit de

¹ Ces zones étaient les zones occupées ou assiégées par la rébellion de Septembre 2002

² Médecin sans frontière

³ Institut Nationale d'Hygiène publique

s'interroger sur les mécanismes de résilience sanitaire de la population. Ainsi donc, quels ont été les mécanismes de résilience sanitaire développés par les populations du district de Korhogo pour faire face à leur problème de santé ? C'est à cette interrogation que le présent texte tente d'apporter des éléments de réponse à la lumière du contexte socioculturelle des communautés à l'étude.

II. APPROCHE CONCEPTUELLE : LA RESILIENCE SANITAIRE

Selon Durkheim (1983), toute étude de recherche doit débiter par la clarification des concepts afin de mieux circonscrire les contours de l'étude. Ainsi, la première démarche du chercheur doit être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache bien de quoi il est question. En nous appuyant sur cette première et la plus fondamentale de toute vérification scientifique, une terminologie préalable du concept de "résilience sanitaire" s'avère nécessaire quant à la compréhension de l'objet de la présente étude.

Ainsi, le concept de résilience, apparu dans le langage après la 2^{ème} guerre mondiale est l'un des termes les plus employés à l'heure actuelle. Il a fait fortune et revient dans toutes les conversations à quelques niveaux que ce soit. Il constitue le point focal de nombreux colloques et de nombreuses conférences sur le plan national et international.

Mais autant il est facile d'employer ce terme, autant il est difficile de le saisir dans son contenu car il renferme une réalité complexe. Son étymologie renvoie aux notions de résistance et de rebond à l'issue d'un choc. C'est la traduction anglaise au XVII^e siècle qui, retenant le participe présent du mot latin, *resiliens*, lui donnera le sens de « rebond » comme réaction après un choc (Koffi. J.M. 2014).

La littérature reconnaît, cependant, que le concept a d'abord été utilisé par les sciences exactes telles la Science Physique avant d'être utilisé aujourd'hui par les autres sciences en occurrence les sciences sociales et humaines. En Physique, la résilience traduit la capacité pour un métal de résister à un choc en conservant sa forme initiale. Il s'agit de la résistance des matériaux à l'impact d'une masse reçue à sa surface unitaire (Kg/cm^2) ou à une torsion qui lui est imposée. La résilience traduit donc originellement l'idée d'une capacité de résistance à un choc physique (Koffi. J.M. 2014).

Pour ETH Zurich (2009) « On entend par résilience la capacité d'un système ou d'une société à pouvoir venir à bout rapidement d'une catastrophe soudaine ou d'une crise et à rétablir la capacité de fonctionner et d'agir le plus vite possible. La capacité de résistance et la capacité de régénération des systèmes techniques et sociaux constituent donc les dimensions centrales de ce concept »⁴. Mais « Quel que soit le domaine, le terme résilience traduit toujours la même idée : un retour « à la normale » et le développement d'une « capacité d'adaptation » après un choc ou une rupture/fêlure. »⁵.

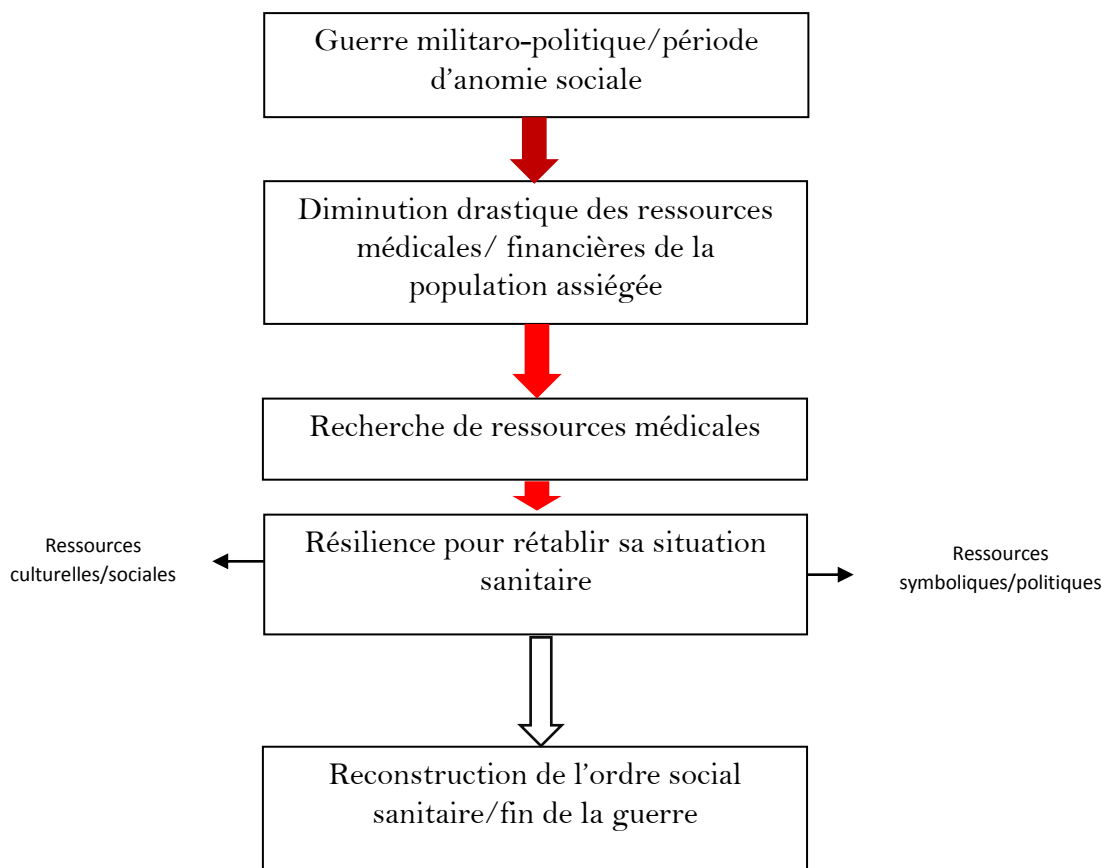
Du point de vue contextuel, c'est-à-dire dans le cadre de la présente étude, nous définissons la résilience sanitaire comme étant la capacité de la population à s'adapter et à rebondir pendant et après la crise militaro-politique qui a engendré une crise sanitaire dans les zones sous contrôle de la rébellion. De ce point de vue nous convenons avec la littérature que la résilience se mesure à deux grands niveaux : le niveau d'adaptation face au choc et le niveau de rebondissement après ou pendant le choc. La présente étude s'intéresse au premier niveau de la résilience sanitaire, c'est-à-dire le niveau d'adaptation.

A cet effet, les entretiens et observations ont permis de construire le modèle de la résilience sanitaire de la population d'étude pendant la période de crise militaro politique.

⁴ ETH Zurich, 2009, La résilience: un concept pour la gestion des catastrophes et crises, *in* *Politique de sécurité: analyses du CSS*, N° 60 • septembre 2009, p1

⁵ Groupe régional pour la Nutrition en Afrique de l'Ouest, 2013, Guide pratique pour concevoir et évaluer le renforcement de la résilience dans les politiques et les programmes de nutrition

Graphique 1 : Modèle de la dynamique de la résilience sanitaire selon le champ de la présente étude



En période d'anomie sociale, les populations mobilisent des ressources pour s'adapter à la situation sanitaire que la guerre leur impose. C'est l'ensemble des ressources utilisées par la population pour se résilier que la présente étude tente de comprendre. Autrement dit, il s'agit donc de comprendre les mécanismes d'adaptation sanitaire des populations des zones assiégées en générale et particulièrement du district sanitaire de Korhogo pendant la crise militaro politique en Côte d'Ivoire.

2.1 Brève littérature sur la Théorie des conflits

La multi dimensionnalité pour approcher les questions de conflits et de résilience des populations face à un choc, aujourd'hui, vient du fait que les problèmes ne sont plus isolables: il existe des interactions entre les sphères économique, naturelle, santé et socioculturelle. Une analyse des stratégies de résilience de soins pendant la période de conflits demande donc de repérer les différentes dimensions du phénomène considéré et de déterminer ces stratégies de soins des acteurs.

Les conflits apparaissent généralement comme la manifestation d'un dysfonctionnement dans la société. Cette conception des conflits comme « pathologie sociale » ou encore « pathologie de l'intégration sociale », remonte aux travaux d'Emile Durkheim (Lincoln et al. 1984). Pour ce dernier une société « normale » implique la mise en œuvre de mécanismes d'intégration (solidarité mécanique ou organique) qui limitent considérablement la conflictualité, l'augmentation du nombre et de l'intensité des conflits.

La société peut générer aussi un défaut « pathologique » d'intégration. Il pense que les conflits sociaux ont tendance à se développer quand les solidarités traditionnelles tendent à disparaître et concentrent d'ailleurs là où l'anomie est forte. On note l'anomie chez Durkheim lorsque les normes sociales deviennent moins prégnantes ou contradictoires, ce qui amène les individus à ne plus savoir comment orienter leurs conduites et à se livrer à leurs passions. Cette analyse a été prolongée par les fonctionnalistes américains comme Talcott Parsons (1982), qui ont développé une vision organique de la société constituée d'organes et qui ont chacun une fonction. Le conflit est alors perçu comme le dysfonctionnement d'un organe. En reprenant la distinction de Durkheim entre le « normal » et le « pathologique », Parsons va considérer que le conflit est une pathologie, c'est-à-dire une maladie qui peut remettre en cause le bon fonctionnement du corps social. Il met ainsi l'accent

sur une vision très consensuelle de la société: celle-ci exclurait simplement les conflits par la puissance de ses normes et de la socialisation, lesquelles fabriqueraient des hommes incapables de dissensus⁶.

Sur cette base, DFID (2010⁷) considère une approche intégrée pour l'atteinte de quatre objectifs nécessaires à la construction de sociétés et d'Etats paisibles. Il s'agit, entre autre : - d'adresser les causes et les effets des conflits et de la fragilité des Etats et construire des mécanismes de résolution des conflits; - d'établir des processus de règlements politiques inclusives de conflit; - de développer les fonctions principales de l'Etat; - de répondre aux attentes des populations. Pour ces auteurs, adresser ces quatre objectifs, requiert que les acteurs nationaux impliqués dans les conflits interagissent.

Ces objectifs sont fortement corrélés et forment un cercle vertueux aidant à maintenir une dynamique positive en renforçant les relations entre l'Etat et les communautés pour assurer la protection de la santé individuelle et collective.

Toutefois, si la littérature, offre une meilleure compréhension de la théorie des conflits, des mécanismes de consensus sociaux pour la protection de la population, elle reste limitée du point de vue de la stratégie de résilience thérapeutique développée par une communauté en période de crise militaro-politique. Même si dans les travaux de la Banque Mondiale (2011), des enquêtes ont été réalisées dans certains pays objet du rapport, la méthodologie utilisée n'est pas participative. A partir de ce qui précède, notre approche méthodologique, consiste à déterminer les mécanismes de résiliences sanitaires de soins développés par les communautés du district sanitaire de Korhogo en l'absence d'offre de soins conventionnel.

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

3.1 Outils d'enquête

L'approche a essentiellement été qualitative avec la réalisation d'entretiens individuels et de focus group. Des guides d'entretiens ont été élaborés. Avant leur administration, une petite monographie du lieu d'enquête a servi de support à la connaissance du milieu.

Les entretiens ont été articulés autour des différents renseignements que l'acteur prend en compte quand il doit choisir pour traiter une maladie, à la perception des différentes alternatives thérapeutiques et des contraintes effectives en vigueur. Le focus group a consisté au renseignement d'une matrice situationnelle sur le cadre de vie par les participants.

3.2 Déroulement et choix des acteurs à l'étude

La phase de terrain a duré 21 jours, de façon discontinue au cours de l'année 2018-2019. Ce travail a été structuré en quatre phases: d'abord, une phase préparatoire qui a consisté à la construction de la revue documentaire sur l'objet de l'étude, la préparation des outils et l'enquête proprement dite (Contacts avec les autorités locales, entretiens avec les cibles).

A cet effet, les axes d'orientation théorique de l'exploration documentaire ont eu comme vecteurs disciplinaires, les articles scientifiques, des rapports de séminaires, de colloques etc. En tant que principal outil d'investigation, la recherche documentaire s'est effectuée durant tout le long du travail et a porté sur une littérature aussi diverse que variée.

Précisons que les enquêtes de terrain ont été réalisées dans le cadre d'une approche qualitative basée sur la Théorie enracinée ou *grounded theory*⁸. Ensuite une phase de dépouillement et d'analyse des données et enfin la phase de la rédaction du papier.

Le choix des populations cibles a été réalisé sur la base de la technique de réseaux. Les critères d'inclusion sont:

- Avoir vécu la crise de 2002 à 2008 dans le district sanitaire de Korhogo
- Avoir un âge supérieur ou égale à 20 ans pendant la période de crise
- Avoir été malade au moins deux fois pendant cette période
- Avoir recours à un traitement pendant cette période de maladie

⁶ SYLLA Kalilou et al, (2018). Incidence socio-économique du conflit politico-militaire de 2002 en côte d'ivoire ; <http://www.ejbss.com/recent.aspx/>

⁷ (DFID (2010). Building Peaceful States and Societies A DFID Practice Paper. Department for International Development. Printed in the UK),

⁸La théorie ancrée, aussi appelée *Grounded theory*, est une méthode provenant des sciences sociales selon laquelle la théorie se crée à partir des données de la recherche. Cette théorie est beaucoup utilisée en recherche qualitative mais peut aussi s'appliquer dans la recherche quantitative. Au lieu de commencer par l'hypothèse, la recherche commence par la collecte de données. A partir des données recueillies, les éléments clés sont identifiés grâce à une série de codes ou de thématiques

3.3 Technique et qualité des acteurs à l'étude

Pour accéder à la population cible, la technique de réseau a été la technique principale de l'étude. Car pour nous, la seule approche étudiant les mécanismes décisionnels en prenant réellement en compte leur dimension collective est l'étude des réseaux, où l'individu, acteur est replacé au sein de son groupe social.

Sur la base de la technique de réseaux, les travaux de terrain ont mobilisé au total 41 acteurs directs et indirects. Mais, les dimensions thérapeutiques étant souvent (mais rarement de façon étayée) présentées comme résultant de la vive concurrence entre le service public de soin et le service de soin traditionnel, nous nous sommes penchés sur un échantillon de 3 guérisseurs. Ce qui porte au total à 44 le nombre d'acteurs à l'étude.

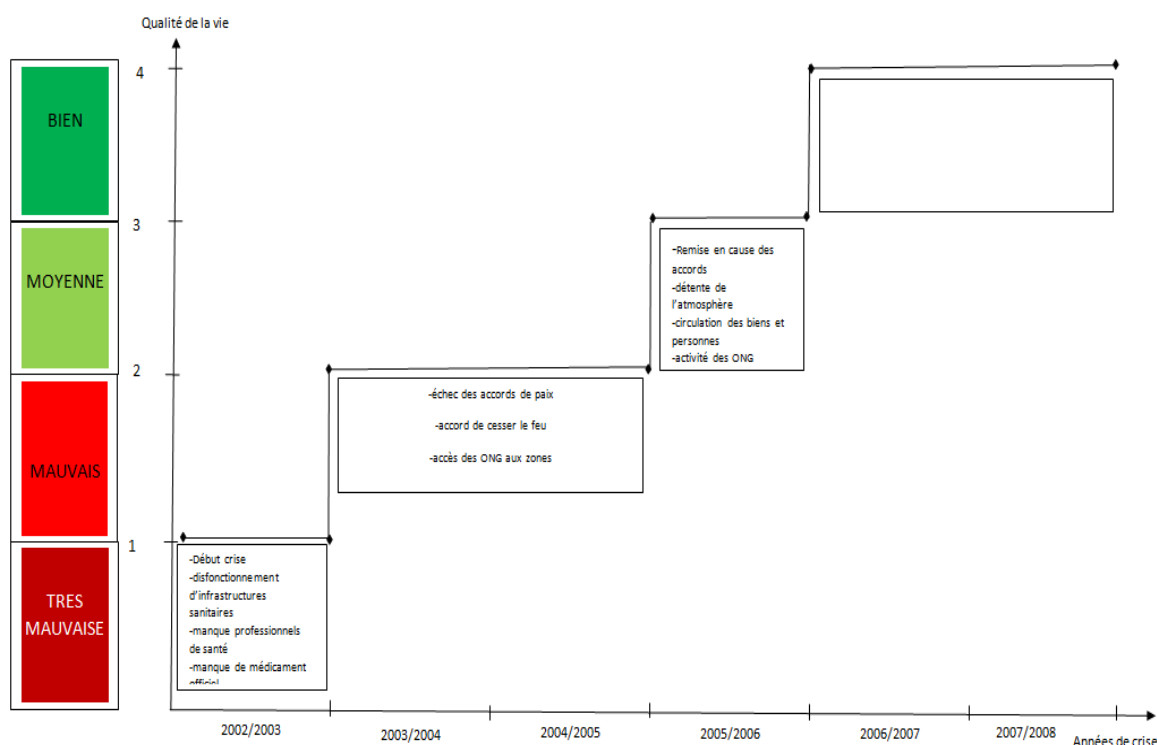
3.4 Méthode d'analyse:

L'analyse des données de l'enquête s'est faite au moyen de la méthode de l'analyse sociale ou social analysis qui s'est articulée autour de la diversité sociale des opinants, des institutions, normes et comportements. Tout comme le pense Patton, 2002 :432, le défi de l'analyse qualitative consiste à donner une signification à la masse de données recueillies. Cela suppose de réduire le volume des renseignements bruts, d'éliminer les données changeantes, de déceler les tendances significatives et de construire un cadre de référence qui permet de communiquer l'essence de ce que les données révèlent. Le processus thérapeutique en période de crise dans le district sanitaire de Korhogo est mise en œuvre très vigoureusement, non seulement à travers les approches «captivantes» du «wébérisme sociologique» mais aussi à travers la théorie interactionniste.

Cette dernière approche théorique « analyse les comportements en termes de stratégies d'acteurs ou de groupes d'acteurs en considérant que ces stratégies valorisent les marges de manœuvre, aussi minimes soient-elles, que possède tout acteur social, même dominé, dans ses relations avec les institutions et les autres acteurs » (Chauveau, 1994). Cette théorie est proche de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg (1977) qui structure que les conduites des agents sont toujours rationnelles, parfois limitée. Nous cherchons donc à expliquer le construit social en matière de résilience sanitaire à partir du jeu des acteurs à l'étude

Ainsi, les mécanismes thérapeutiques dans le district sanitaire ont été saisis à travers les propos, les discours et les comportements des acteurs directs et indirects à l'étude. Ainsi, pour produire des données complète et riche, la transcription a souvent été faite en verbatim. De ce point de vue, nous nous inscrivons dans l'optique de l'individualisme méthodologique en tant que démarche intellectuelle privilégiant la compréhension des attitudes et des comportements des acteurs sociaux (Olivier de Sardan, 2000). Tout simplement parce que nous admettons avec Chauveau (1997 :195) pour dire que les acteurs sociaux ont toujours des raisons, bonnes ou mauvaises, d'agir comme ils le font.

IV. AVIS DES POPULATIONS SUR LA NATURE DE LA SITUATION SANITAIRE DE 2002 A 2008



2002/2003 : période qualifiée par les opinants de "très mauvaise". La crise politico-militaire qui a secoué la Côte d'Ivoire en septembre 2002 a provoqué dans les zones dites "rebelles" le dysfonctionnement des infrastructures sanitaires, le départ des professionnels de santé vers la zone gouvernementale et la rupture de la livraison des médicaments officiels, entraînant par voie de conséquence une fragilisation des ménages du point de vue de la santé.

De l'avis des enquêtés, les maladies récurrentes dans le département pendant la période de crise sont par ordre d'ampleur, le paludisme, la méningite, la tuberculose, la hernie et les maladies mystiques provoquées par les sorciers disent-ils. Les maladies logées dans la variable "autres" sont les problèmes d'hépatites et d'insuffisances rénales.

Les populations pensent qu'elles sont exposées à une très grande vulnérabilité en ce qui concerne l'accès à la nourriture, à l'eau potable, à des soins préventifs ce qui pourrait avoir un effet négatif sur leur santé. C'est le début de l'adaptation des populations du district sanitaire à l'étude aux chocs sanitaires qui se sont présentés à elles.

2003/2005 : "Période mauvaise". Un petit sentiment de joie a marqué les différentes communautés des zones assiégées en raison d'une part, de la cessation des hostilités et d'autre part, du début d'un accord de paix. Cette situation d'accalmie va entraîner un rapprochement des populations aux humanitaires, dans le souci de soutenir les populations vulnérables qui sont confrontés aux effets néfastes de la guerre depuis 2002. Ce rapprochement des ONG humanitaires reste encore très insuffisant pour couvrir les besoins sanitaires des populations des zones assiégées en générale et en particulier des populations du district sanitaire de Korhogo. En d'autres termes, ce rapprochement des ONG reste dérisoire pour permettre à la population de rebondir face au choc sanitaire. Par exemple, de l'avis des opinants, une épidémie de choléra due à l'utilisation de l'eau de marigot a affecté des communautés en dépit de l'existence d'une pompe au village.

Les producteurs en effet, lorsqu'ils sont au champ ne disposent pas d'eau potable. Ils consomment l'eau du marigot. C'est une période de pauvreté généralisée qui se traduit par l'absence de nourriture au sein du village. La majorité de la population consommait plus de patates récoltées au début de la crise.

Les zones Ex-C.N.O n'étaient plus ravitaillées en denrées de première nécessité (riz, sucre, huile, lait, poisson etc, en provenance d'Abidjan. Ces aliments sont devenus ainsi des denrées rares pour la population exception faite aux autorités de la rébellion. Cette affirmation transparait de façon voilée dans les propos d'un enquêté en ces termes « Le riz étant rare, les populations n'avaient droit qu'à un kilogramme par jour et les files d'attente étaient longues et il fallait attendre plusieurs heures pour être servi par les commerçants ». En plus, les banques étant fermées, les populations, particulièrement les salariés, avaient du mal à avoir de la liquidité pour acheter les produits de base.

Cette situation de pauvreté résulte d'une part, des effets néfastes de la guerre (absence de ravitaillement de la ville) et d'autre part, de la destruction des champs par les bœufs. En outre, l'arrêt de l'approvisionnement des producteurs en intrants chimiques, la fermeture des structures de ventes légales des pesticides chimiques et de semences de qualité. Par exemple, certaines sociétés cotonnières, telle que URESCO, ont perdu plus de 15 milliards FCFA d'intrants agricoles qui étaient destinés aux producteurs de coton.

La surenchère des Forces Nouvelles sur les convois des camions chargés d'intrants chimiques, la fermeture de l'ANADER et le dysfonctionnement des sociétés cotonnières et des coopératives ont eu des répercussions sur l'encadrement des producteurs et les rendements agricoles.

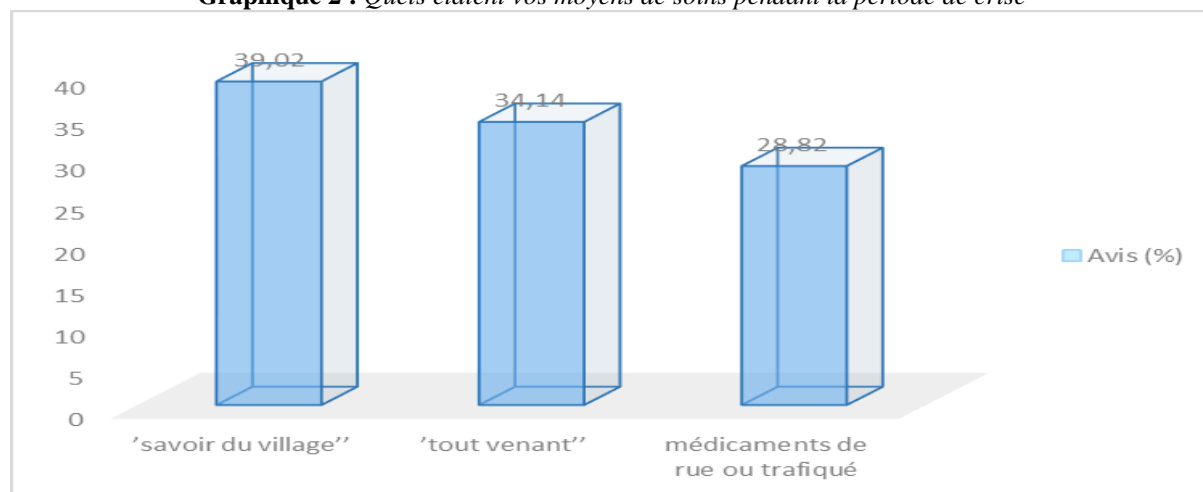
2005/2006 : "période moyenne". Pour sortir de la crise militaro-politique et ressouder les liens sociaux sanitaires assez dégradés, des accords de paix se sont succédés au chevet de la Côte d'Ivoire. A partir de la période de 2005/2006 en effet, les accords de paix, malgré leur remise en cause perpétuelle par quelque partie prenante aux discussions, ont commencé à redonner un sentiment d'espoir et d'espérance à la population. 2005/2006 a été marquée par une détente de l'atmosphère sociale renforçant un peu plus la circulation des biens, des personnes et des ONG engagées dans l'humanitaire. De l'avis des interviewés depuis le début de l'affrontement militaire jusqu'à la deuxième moitié de 2007, les populations acculées par une pauvreté grandissante étaient livrées à elles-mêmes en matière de soins de santé. Ainsi en cas de maladie grave ou d'accident, les familles nanties financièrement et qui possèdent des parents "bien placés ou riches" à Abidjan, évacuent leur malade à Abidjan ou à l'extérieur du pays pour des soins adéquats. Les familles dépourvues de cette caractéristique économique et devant l'échec de leurs pratiques thérapeutiques profanes « acceptent de voir leur malade mourir à la maison et procèdent ensuite à l'enterrement ». De leur avis, la plupart des familles pauvres ou appauvries par la guerre ont plusieurs fois été frappées par ces types d'évènement malheureux qui ont plongé des communautés dans une profonde amertume.

2007/2008 : "période jugée bonne par les opinants". L'année 2007 marque le début des accords de Ouagadougou qui ont conduit le pays à une élection présidentielle en 2010. Les populations estiment que c'est à partir de cette date que la paix a commencé à "venir en Côte d'Ivoire" avec la Flamme de la Paix à Bouaké, le redéploiement progressif de l'administration, des professionnels de santé, le renforcement de la circulation des

biens et des personnes, le retour réel des organisations d'aide humanitaire et de la société civile. Ainsi, 2007/2008 a été pour la communauté une période de grand espoir et d'espérance renouvelée dans les familles avec la présence de l'Etat et des partenaires au développement sanitaire. Cette période est qualifiée par les opinants comme étant la phase finale de l'adaptation et le début du rebondissement de la population face à la situation de crise sanitaire.

V. DYNAMIQUE D'ADAPTATION THERAPEUTIQUE DE 2002 A 2008

Graphique 2 : Quels étaient vos moyens de soins pendant la période de crise



D'un point de vue utilitariste, on peut concevoir que la dynamique d'adaptation de soin pendant la période de crise dans le district sanitaire de Korhogo se fait suivant trois logiques stratégiques. La première logique d'adaptation : celui du recours aux 'savoir du village' selon les termes employés par les opinants. La deuxième logique d'adaptation : celui du 'médicament tout venant'. La troisième logique d'adaptation: celui des médicaments de rue ou trafiqués. La formule d'évacuation à Abidjan ou dans les pays tels que le Mali, le Burkina-Faso étant associé à chaque logique d'adaptation.

5.1 La première dynamique d'adaptation: le village soigne la ville pendant la période de crise

S'appuyant sur des méthodes profanes, les processus de guérison pendant la période de crise dans le district sanitaire de Korhogo s'inscrit dans une démarche significative amorcée depuis septembre 2002 : celui de la pratique fondée sur les ressources thérapeutiques du village. Pendant la crise militaro-politique en effet, les populations du district sanitaire de Korhogo logées dans la classe pauvre et /ou moyenne compensaient l'absence des offres de soins conventionnels par des ressources thérapeutiques de leur village. Ici, ces ressources renferment les savoirs locaux de guérisons basés sur les écorces, les feuilles et les racines d'arbres à vertus thérapeutiques. L'entretien avec un certain nombre d'entre eux a permis d'avoir le nom de certains de ces produits et les indications thérapeutiques de chaque plante (voir tableau ci-dessous).

Tableau 1: Plantes et indications thérapeutiques

Plantes	phénomènes morbides/indicateurs thérapeutiques	Partie utilisée	Modes d'administration
<i>kolokolo-bourou</i>	Rhumatisme	F	Friction
	Stimulant	F	Purge
<i>kobétourou</i>	Diabète	F	Boisson
	Diarrhée	F	Purge
	Paludisme	F	Boisson, lavage
<i>dabadaba</i>	Paludisme, tuberculose	F	Boisson, lavage
<i>zababourou</i>	Fièvre	F	Boisson
	méningite	F	Boisson
<i>zababourou</i>	Fièvre	F	Boisson, lavage
	hypertension	F	Boisson
	Contraception	F	Boisson

<i>kobétourou</i>	Contre la sorcellerie, céphalées	H	pommadé
-------------------	-------------------------------------	---	---------

Légende: F= Feuille ; R= racine, H= huile

Le recours à la ressource thérapeutique villageoise semble essentiellement dévolu à la nature de cette forme de soin en réponse à l'inexistence d'offre de santé publique et à l'inefficacité des différentes tentatives de recours aux cliniques exerçant dans l'informel à cette époque. Comme en témoigne le verbatim suivant « *En cas de maladie, pendant la guerre, on partait chercher les feuilles, racines ou écorces des arbres au village pour venir laver et boire afin d'avoir la guérison. C'est ce que nos anciens parents nous ont laissé pour résoudre nos problèmes de santé* ».

Ce discours laisse entrevoir que pour un malade, la dimension rationaliste du choix thérapeutique qui s'offre en premier lieu aux familles modestes est les produits de guérison traditionnels. Et comme le village symbolise la tradition ou est l'origine de la tradition, s'y référer devient un acte de reconnaissance et de réaffirmation de l'identité pour la majorité des familles. Cependant, l'analyse des discours des enquêtés logés dans cette logique d'adaptation thérapeutique laissent entrevoir une unité profonde d'inspiration et de sens. Cette unité profonde réside dans la constitution et la formation du monde dans la mythologie senoufo. Ainsi, les discours libérés autour de la maladie par nos enquêtés épousent les contours de la structure socioculturelle. Pour les cas graves et n'ayant pas les moyens pour évacuer leur malade dans des centres de santé de référence à Abidjan ou à l'extérieur du pays (Mali, Burkina Faso et la Guinée Conakry), les familles, soit 39,02%, évacuaient directement leur malade au village pour y recevoir des traitements adéquats.

Comme susmentionné, ces traitements sont à base de plantes, de feuilles, d'écorces etc. En cas d'épisode morbide chez un agent social, les acteurs mettent en œuvre des stratégies conformes à leur 'rationalité' au double sens Wébérien de rapport aux fins et aux valeurs.

Le recours le plus immédiat et le plus sollicité est, selon nos investigations le village, caractérisé par la médecine traditionnelle, animé par les vieillards et des guérisseurs. Une médication structurée de plante, décoction, produit à base de kaolin, poire à lavement etc. Ils le font soit en faisant appel à ses propres connaissances, soit avec l'aide d'un proche parent de la thérapie, en général des personnes âgées qui ont une certaine expérience de la pharmacopée propre à leur tradition.

Pour les cas graves, les familles pauvres qui représentent plus de 50% de la population à l'étude évacuent directement leur malade au village. A l'analyse l'évacuation au village des cas graves de maladie s'explique par une réticence à l'égard de la charge financière occasionnée par l'hôpital conventionnel et le processus d'évacuation. En outre le choix s'avère décider par la propension des produits médicamenteux du village à soulager le plus durablement possible les effets de la maladie en période de crise. Le contexte de pauvreté individuelle et/ou collective associé à l'absence de la normalité sanitaire (manque de spécialistes, de médecins, d'infirmiers etc.) en effet, a déconstruit la confiance des usagers aux systèmes de soins présents dans le district.

De ce qui précède, l'on est en droit d'objectiver l'hypothèse selon laquelle en période de crise militaro-politique, le village, de part ses pratiques thérapeutiques traditionnelles, soigne la ville et devient alors le substitut des structures de santé conventionnelles.

5.2 La deuxième dynamique d'adaptation, celui du 'médicament tout venant': la crise engendre l'émergence de la juxtaposition thérapeutique chez les populations assiégées

Il s'agit ici de se préoccuper des logiques de soin, de la cohérence de système de diagnostic et de traitement de la maladie des acteurs pendant la crise sociopolitique. Il ressort des opinants que la crise militaro-politique a fait émerger les comportements thérapeutiques axés sur le 'tout venant', c'est-à-dire tous les produits médicamenteux quelle que soit l'origine, sont utilisés pour le traitement de la maladie, '*pourvu que ça soigne*' disent-ils. A l'analyse, c'est l'étiologie qui détermine le système ou l'agent auquel on doit s'adresser, car pour une même nosologie, la cause n'est pas constante. Quand on pense que l'étiologie de la maladie est d'ordre naturel ou surnaturel, on s'adresse à la médecine traditionnelle. Lorsqu'on change d'avis et si l'on pense alors que cette même maladie a une autre origine, on s'adresse à la médecine chinoise et aux cliniques conventionnelles à ciel ouvert qui ont gagné du terrain dans le district pendant la crise.

Mais cela n'exclut pas un recours à la médecine traditionnelle, preuve de leur double appartenance à deux systèmes d'interprétation de la maladie et ainsi de suite jusqu'à la guérison (cas rare) ou au décès du malade. Une sorte de processus circulaire que l'on peut qualifier de conduite thérapeutique juxtaposée. Toutefois, le processus dynamique et tourmenté dans lequel s'inscrivent le diagnostic et la cure médicale des acteurs à l'étude en période de crise n'est cependant qu'un résultat, il est lui-même constructeur d'une part du social. Sinon comment peut-on admettre que les malades quittent un système et sautent allègrement d'une référence à une autre au cours d'une même chaîne de diagnostic et de soins.

Lorsque l'on cherche en effet, à préciser quelles sont les motivations qui conduisent les agents à choisir ou à se référer à une ou des médecines données pour un problème pathologique particulier, les acteurs font systématiquement référence à l'efficacité de la pratique médicale choisie à travers un discours logique liant le choix thérapeutique et l'efficacité. Cette affirmation est confortée par les propos d'un enquêté en ces termes « *Avec la situation de guerre, nous sommes laissés à nous-mêmes, si les premiers soins sont forts pour guérir mon mal, je ne vais plus ailleurs! Je suis à la recherche de la guérison, pour cela j'essaie tous les médicaments!* ». Les médecines utilisées à cet effet, sont la médecine traditionnelle animée par les guérisseurs, la médecine chinoise qui a émergé pendant la crise et les cliniques privées à ciel ouvert animées par les individus se faisant passer pour des professionnels de soins conventionnels.

Les discours libérés au cours de ces différents entretiens traduisent l'idée selon laquelle les acteurs sociaux effectifs cherchent un éventail plus ouvert de réponses, en vue d'une efficacité plus grande que celle que leur offrirait un choix plus restreint. Par ailleurs la quête de l'efficacité mise en avant lors de nos entretiens est le produit d'une construction sociale qui permet au regard de leur vision du monde et de leur conscience sanitaire, l'élaboration d'une représentation collective de l'efficacité des médecines à l'œuvre dans la localité.

Dans une approche anthropologique et psychologique, Pierre C. et Thérèse L. (1990) nous instruisent, à cet effet, que le recours des acteurs à des structures multiples pour un même épisode morbide peut apporter une sécurité psychologique au soignant ou être un facteur de risque. En cas de prescriptions discordantes, voire antagonistes, le patient et sa famille seront remis en face de choix difficile.

De plus, la conduite de juxtaposition des systèmes thérapeutiques des agents sociaux selon l'approche de nos auteurs perturbe l'identification des liens de cause à effet entre la maladie et le traitement et retarde le long processus séculaire par lequel on comprend que toute maladie a une origine naturelle et qu'il peut exister un traitement correspondant dont parle J. Caldwell (1986). Dans cette même vaine théorique, Benoist J. (1997) est catégorique lorsqu'il avance que la juxtaposition thérapeutique ouvre le ciel, il permet l'évasion hors de la cellule irrémédiablement close qu'est l'attente de la mort. Pour le sociologue, ce qui importe ici est non pas de savoir si telle pratique est efficace ou non, mais pourquoi elle est pensée efficace par la société étudiée en période de crise, quelle est sa signification et sa portée sociale, et comment est construite et reconnue cette efficacité. Cela pourrait constituer un champ de recherches futures.

Pour la présente étude retenons que le recours au "tout venant" repose aussi sur la crise de confiance qui s'est installée après le départ des professionnels de soins moderne et la fermeture des cliniques privées.

Les entretiens réalisés avec les acteurs à l'étude, montrent que les relations entre les populations et l'hôpital pendant la crise militaro politique ont été structurée par une crise de confiance. Le vol des matériels du plateau technique et le départ des professionnels de soins ont contribué à la construction de cette crise de confiance.

En outre, de l'avis des populations, pendant la crise, le gardien du CHR et les garçons de salle restés après le départ des agents de santé ont été le substitut direct des infirmiers.

Et avec les rapports spontanés qui caractérisaient la ville à cette période, ces « nouveaux infirmiers » étaient interpellés par les usagers qui fréquentaient l'hôpital aux premières heures de la crise. Conscient de l'histoire professionnelle de ces nouveaux infirmiers, une partie des usagers se sont tournés vers les autres formes de soins thérapeutiques non recommandés par les autorités sanitaires.

L'absence de normalité a engendré un comportement de corruption au niveau des nouveaux agents présent au CHR de Korhogo. Il n'existait en effet, plus de caisse ; les usagers payaient directement les frais de prestation aux agents et les prix variaient d'un agent à un autre. Les nouveaux agents étaient approvisionnés avec des médicaments trafiqués venant des pays limitrophes, le Mali, le Burkina Faso et surtout le Guinée Conakry ou les produits étaient jugés moins chers. Une fois approvisionnée, les agents revendaient ces produits aux usagers au double du prix d'achat, une sorte de mercantilisme ou affaire financière qui ne profitent qu'aux seuls agents de santé. C'est la raison pour laquelle les populations se sont adaptées à la juxtaposition thérapeutique ou encore "médicament tout venant"

5.3 La troisième dynamique d'adaptation: quand les médicaments de rues deviennent les produits officiels de soins de santé

Sur la base des observations, la crise militaro politique contribue à l'émergence des trafics des produits de santé non recommandés par les autorités sanitaires. Autrement dit, la crise militaro politique a transformé les localités assiégées en générale et particulièrement le district sanitaire de Korhogo en une société en « situation ». C'est-à-dire que le désordre et l'illicite s'entremêlent dans une dynamique telle qu'en ce qui concerne les stratégies thérapeutiques, c'est un mélange de tout ce qui est accessible dans la rue.

En l'absence de normalité, le commerce des produits illicites connus sous le nom de médicaments de rue a connu une évolution. Plus de 20% de la population à l'étude se réfère aux médicaments de la rue commercialisée par les femmes. De l'avis des interviewés, ce marché est essentiellement alimenté par des importations frauduleuses en provenance du Mali, du Burkina Faso et surtout de la Guinée Conakry. Ces pays font frontières aux zones assiégées par la rébellion. Ce commerce de médicament à ciel ouvert avait été légalisé

par les autorités de la rébellion dans un espace caractérisé par le désordre. Il s'agit des produits acquis sans ordonnance et sans consultation profonde. Sa familiarité, son accès facile, et moins coûteux et l'efficacité conférée à ces médicaments autorisent un usage pour tout type de soins.

Par ailleurs, conformément aux résultats de la littérature, la consommation de ces médicaments, présente de nombreux inconvénients et parfois de réels dangers. Le véritable danger lié à cela tient au fait que leur composition n'est pas garantie et qu'ils peuvent s'avérer toxiques pour le consommateur. A l'analyse, cette prégnance de l'automédication implique que l'individu peut gérer chacune des étapes-clés de la maladie depuis le diagnostic des causes du symptôme au diagnostic de la guérison.

Dans une perspective méthodologique différente, plusieurs modèles décrivent les étapes constitutives du processus amenant de l'identification des symptômes jusqu'à la guérison, dans une réflexion articulée autour des notions de coûts et de bénéfices attendus : ils s'intéressent « aux différents renseignements que l'acteur prend en compte quand il doit choisir pour traiter une maladie, à la perception des différentes alternatives thérapeutiques et des contraintes effectives en vigueur » (Young, 1981a, p.501). A cet effet, la modélisation proposée par Fournier met en particulier en avant l'identification et l'évaluation subjective des alternatives thérapeutiques (Fournier et al. 1995).

VI. DISCUSSION

L'ensemble des résultats ci-haut commentés s'inscrit, de façon générale, dans une approche analytique du processus thérapeutique en période de crise militaro politique contrairement aux études plus ou moins normatives commanditées par les institutions nationales et internationales.

Au plan scientifique, les résultats se situent dans le prolongement des travaux de recherche de Benoit. J (1997) ; Jean-Mari.T. (2004) sur réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarité, et Entre pratique symbolique et recours thérapeutique ; les problématiques d'un itinéraire de recherche, centre de recherche médecine, science, santé et société.

Cela dit, la présente étude à l'avantage d'interroger en amont les formes de résiliences mobilisées par la population pour solutionner leur problème de santé pendant les crises militaro politiques. Elle précise les dynamiques d'adaptation thérapeutique développées par les communautés pendant la crise militaro-politique en Côte d'Ivoire.

VII. CONCLUSION

Les pays africains, pour la majorité, depuis les indépendances connaissent des cycles de fortes perturbations marqués par des coups d'Etat, des guerres civiles et des rébellions ; toute chose qui pourrait nous amener à penser que l'Afrique soit devenue le théâtre d'expérimentation de tous les genres de conflits du 21ème siècle. Ces conflits perturbent profondément l'accès des populations aux soins officiels de santé.

C'est sur la base de constats amères que le présent papier a eu pour but d'apporter des éléments de compréhension aux mécanismes de résiliences sanitaires de la population du district sanitaire de Korhogo pendant la période de crise militaro politique de 2001 à 2008.

Dans les débats sociologiques opposant les auteurs de la démarche compréhensive (Weber, 1997) à ceux de la démarche explicative (Durkheim, 1950), Bourdieu (1993) souligne que « comprendre et expliquer ne font qu'un ». En application de ce fondement, les entretiens ont cherché d'une part, à expliquer et analyser les mécanismes d'adaptation développés par les populations des zones assiégées en générale et particulièrement du district sanitaire de Korhogo, et de l'autre, le sens et signification que ce dernier donne à ses actions ainsi que la façon par laquelle il se les représente.

Les résultats de cette étude ont montré trois dynamiques d'adaptation de la population à la situation de crise sanitaire. D'abord les populations du district sanitaire de Korhogo logées dans la classe pauvre et /ou moyenne compensaient l'absence des offres de soins conventionnels par des ressources thérapeutiques de leur village. Ici, ces ressources renferment les savoirs locaux de guérisons basés sur les écorces, les feuilles et les racines d'arbre à vertus thérapeutiques. Pour dire ainsi que la dimension sociale des décisions thérapeutiques en période de crise reste la première logique d'adaptation sanitaire de la population en période de crise militaro politique. Avec cette logique d'adaptation l'individu acteur est replacé au sein de son groupe social.

La deuxième et troisième dynamique d'adaptation est ce que l'étude à appeler la juxtaposition thérapeutique ou les "soins tout venant" et les médicaments de rue. En l'absence de normalité sociale, les populations s'adaptent rapidement à ces modes de guérison non recommandés par les autorités sanitaires en période d'harmonie sociale.

BIBLIOGRAPHIES

- [1]. Benoist. J (1997) réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarité.
- [2]. BOBOSSI SERENGBE Gustave, 2002, *Les conséquences socio-sanitaires des récents conflits armés en Centrafrique*, [en ligne] <http://www.santetropicale.com/centrafr/1202.htm>
- [3]. Comité international de la Croix- Genève, [en ligne] in http://www.aidh.org/Femme/sit_cicr02.htm(Consulté le 16/07/15)
- [4]. DFID (2010). Building Peaceful States and Societies A DFID Practice Paper. Department for International Development. Printed in the UK),
- [5]. ETH Zurich, 2009, La résilience: un concept pour la gestion des catastrophes et crises, in *Politique de sécurité: analyses du CSS*, N° 60 • septembre 2009
- [6]. Fournier et al., (1995) Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme, science sociale et santé, Vol 13, N°2, Juin 1995
- [7]. Laliberté Laliberté Danièle, 2007, « Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 23 - n°3 |, [En ligne] <http://remi.revues.org/4207>(consulté 12/07/15)
- [8]. Lincoln JR., Guillot D. (1984). Durkheim and organizational culture. Oxford University Press.
- [9]. Parsons, T. (1982). On institutions and social evolution. University of Chicago Press
- [10]. Rémi, 1999, Conflits armés, prévention et santé publique, in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 833.
- [11]. Coulibaly Brahima, 2015, stratégies de résilience du système sanitaire ivoirien en situation de crise armée : le cas de la ville de Bouaké, *European Scientific Journal* Septembre 2015 edition vol.11, No.26 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431
- [12]. Koffi J.M. (2014). La résilience : origines et évolutions d'un concept polysémique. In : Châtaigner J.M. (ed.) *Fragilités et résilience : les nouvelles frontières de la mondialisation*. Paris : Karthala, 53-62. ISBN 978-2-8111-1109-0
- [13]. SYLLA Kalilou et al, (2018). Incidence socio-économique du conflit politico-militaire de 2002 en côte d'ivoire ; <http://www.ejbss.com/recent.aspx/>
- [14]. Chauveau J-P., (1994), L'anthropologie historique de l'exploitation des ressources maritimes et côtières, in *Dynamique et usages de la mangrove dans les pays des rivières du Sud (du Sénégal à la Sierra Leone)*, Cormier-Salem M-C (éd. Sc.), Paris, ORSTOM, collection Colloques et Séminaires, pp. 85- 86.
- [15]. Chauveau J-P (1997), Jeu foncier, Institution d'accès à la ressource et usage de la ressource : une étude de cas dans le centre-ouest ivoirien, B Contamin et H.Memel Fotê (ed), le modèle ivoirien en questions : crises ajustements, recomposition, Paris Orstome-Karthala. Coll. « homme et société ».
- [16]. De Sardan J-P.O, (2000), Rendre compte des points de vue des acteurs : principes méthodologiques de l'enquête de terrain en Sciences sociales, in *Les enquêtes participatives en débat. Ambitions, pratiques et enjeux ?* Lavigne – Delville Ph., et autres (eds.), Paris, GRET – KARTHALA – ICRA, pp. 421-449
- [17]. Pierre Cantrelle et Thérèse Locoh. (1990), facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest. Les dossiers du CePeD.
- [18]. Patton, M.O (2002) *qualitative research and evaluation methods* (3em ed). Thousand Oaks, CA: sage publications.
- [19]. Jean Benoist. (1997) réflexions sur le pluralisme médical : tâtonnements, alternatives ou complémentarité, revue *Psychosomatische und Psychoziale medizin*. Vol. 1-2, no 26, 1997, pp 10–14
- [20]. Jean-Mari.T. (2004) Entre pratique symbolique et recours thérapeutique ; les problématiques d'un itinéraire de recherche, centre de recherche médecine, science, santé et société.
- [21]. Lévi-Strauss C., (1958), « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale I*. Paris : Plon, pp. 205-226.
- [22]. Quentin Wodon, Hassan Zaman (2008) *Rising Food Prices in Sub-Saharan Africa: Poverty Impact and Policy Responses*, The World Bank Human Development Network & Poverty Reduction and Economic Management Network October 2008, Policy Research Working Paper
- [23]. CROZIER M. & FRIEDBERG E., (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris