

STRATÉGIES DE RÉSILIENCE DU SYSTÈME SANITAIRE IVOIRIEN EN SITUATION DE CRISE ARMÉE : LE CAS DE LA VILLE DE BOUAKÉ.

Coulibaly Brahim

Enseignant-chercheur à l'Université Alassane Ouattara
(Ex-Université de Bouaké), Abidjan, Cote d'Ivoire

Abstract

The military crisis experienced by Côte d'Ivoire has weakened the health system, especially in the area occupied by the rebellion. Our goal here is to show impact strength strategies developed by health actors in Bouaké during the period from 2002 to 2007. A semi-structured interview guide was addressed to representatives of official structures, international and national NGOs which have intervened in the field of health during this period. An interview guide was also addressed to people who have had health problems during the period indicated. These tools have been reinforced by the documentation. It arises from the investigations that facing the failure of the medical system of the Ivory Coast, one attended the emergence of new actors who are ONG international. While offering services of care, they also reinforced the capacities of the local structures (official and ONG main roads) in average equipment, equipment, financial, drugs, formations, etc. By relaying the official structures these new actors placed the emphasis on collaboration, solidarity, the recruitment of staff, the formation, the selection of the activities, the extrinsic motivation, the installation of a mobile private clinic, the orientation of the patients towards the governmental area and the use of the air routes to meet the medical needs for the populations. As for the populations, they had the choice between the recourse to the offers of care of the new actors, self medication and the recourse to the tradipraticians of health. These actions fall under the process of impact strength expressible as regards protection, prevention, promotion and transformation.

Keywords: Impact strength, medical system, armed crisis, Bouake, Ivory Coast, ONG, recourse to the care

Résumé

La crise armée qu'a connue la Côte d'Ivoire a affaibli le système sanitaire surtout dans la zone occupée par la rébellion. Notre objectif ici est de montrer les stratégies de résilience développées par les acteurs de la santé à Bouaké pendant la période de 2002 à 2007. Un guide d'entretien semi-directif a été adressé aux représentants des structures étatiques, d'ONG internationales et nationales qui ont intervenu dans le domaine de la santé pendant cette période. Un guide d'entretien a également été adressé à des personnes ayant eu des problèmes de santé pendant la période indiquée. Ces outils ont été renforcés par la documentation. Il ressort des enquêtes que face à la défaillance du système sanitaire ivoirien, l'on a assisté à l'émergence de nouveaux acteurs qui sont les ONG internationales. Tout en offrant des services de soins, elles ont également renforcé les capacités des structures locales (étatiques et ONG nationales) en moyens matériels, équipements, financiers, médicaments, formations, etc. En relayant les structures étatiques ces nouveaux acteurs ont mis l'accent sur la collaboration, la solidarité, le recrutement du personnel, la formation, la sélection des activités, la motivation extrinsèque, la mise en place d'une clinique mobile, l'orientation des malades vers la zone gouvernementale et l'usage des voies aériennes pour répondre aux besoins sanitaires des populations. Quant aux populations, elles avaient le choix entre le recours aux offres de soins des nouveaux acteurs, l'automédication et le recours aux Tradipraticiens de santé. Ces actions s'inscrivent dans le processus de résilience exprimable en termes de protection, prévention, promotion et de transformation.

Mots clés : Résilience, système sanitaire, crise armée, Bouaké, Côte d'Ivoire, ONG, recours aux soins.

Introduction

Le système sanitaire est déterminant dans la qualité de la santé des populations. Selon l'OMS, c'est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé¹⁵¹. Pour l'Agence canadienne de développement international, « *Le système de santé réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. En outre, un système de santé comporte des politiques et des règlements, ainsi que des services*

¹⁵¹ OMS, 2011 : Systèmes de santé,[en ligne] [http://www.who.int/healthsystems/about/fr/\(consulté le 12/03/2015\)](http://www.who.int/healthsystems/about/fr/(consulté le 12/03/2015))

connexes non liés aux véhicules fiables pour le transport des fournitures médicales - soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé. »¹⁵² Selon cette agence, l'objectif du système de santé est de préserver ou améliorer la santé de la population ; fournir des services qui répondent aux attentes légitimes (médicales et autres) du public ; veiller à ce que tous les ménages aient accès à leur juste part des services publics et qu'ils soient protégés aussi bien les uns que les autres contre les risques liés aux problèmes financiers. C'est à l'intérieur du système de santé que s'inscrit la lutte contre chaque pathologie. Mais les systèmes sanitaires peuvent-ils répondre à leur engagement en période de crise armée ?

Le système sanitaire ivoirien a été affecté par la longue crise militaro-politique qui a éclaté en septembre 2002. Plusieurs partenaires internationaux qui soutenaient des programmes de santé ont interrompu leur collaboration. Ceci a eu pour conséquence le dysfonctionnement des structures sanitaires d'où une prise en charge limitée des malades.

Comment le système sanitaire ivoirien a-t-il pu résister à la crise armée ? Comment les populations ont-elles pu répondre à leur besoin de santé face aux affres de la guerre ? En nous intéressant au système sanitaire, nous voulons savoir les stratégies développées par les différents acteurs pour contourner les difficultés rencontrées pendant la période allant du 19 septembre jusqu'en 2007, qui marque le début des signatures d'un accord entre le Président Laurent Gbagbo et Soro Guillaume Secrétaire général des forces nouvelles dont le facilitateur est le Président Blaise Compaoré du Burkina Faso. Cet accord qui est une étape importante de la décrispation est dénommé : « accord politique de Ouagadougou ». La réponse à ces questions nécessite une brève présentation du système sanitaire ivoirien et la situation qui a prévalu pendant la crise.

Organisation et fonctionnement du système de santé

Les structures administratives

Le système sanitaire ivoirien est de type pyramidal avec trois niveaux qui sont : le niveau central qui comprend: le cabinet du Ministre, les services rattachés au cabinet, les directions centrales et les Etablissements Publics Nationaux (EPN) comme les CHU (Centre Hospitaliers Universitaires) ; le niveau intermédiaire (constitué des directions régionales, chargées de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort) et le niveau périphérique (composé des districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel du système) qui est chargé de la mise en œuvre des soins de santé primaires. Chaque district abrite un réseau de structures de premier

¹⁵² Agence canadienne de développement international, Qu'est-ce qu'un système de santé ?[en ligne] <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/JOS-1116135126-Q57>

niveau et un ou plusieurs hôpitaux. C'est en fonction de cette organisation que l'offre de soins est effectuée.

L'offre de soins

Elle est également organisée sous la forme d'une pyramide à trois niveaux à savoir le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire.

Le niveau primaire qui constitue le point d'entrée dans le système est constitué des établissements sanitaires de premier contact que sont les centres de santé (urbains et ruraux) et les formations sanitaires urbaines.

Le niveau secondaire est représenté par les établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour le niveau primaire. Il s'agit des hôpitaux généraux, de centres hospitaliers régionaux et de certains centres hospitaliers spécialisés.

Le niveau tertiaire est constitué par les établissements sanitaires assurant une fonction de second recours. IL comprend les CHU, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, l'Institut Raoul Follereau, l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) et le SAMU. Face à la crise armée, ce système a connu un bouleversement du fait des déplacements massifs de populations, de l'interruption des programmes de santé prioritaires et des dysfonctionnements du système de santé dans les zones assiégées.

La situation sanitaire à Bouaké depuis le 19 septembre 2002 jusqu'en 2007

La crise sociopolitique en Côte d'Ivoire a affecté tous les domaines d'activité. Le personnel des structures étatiques de la santé a en majorité quitté la ville de Bouaké pour les zones gouvernementales. La peur d'être réquisitionnés, la crainte des armes, l'absence de moyens de subsistance, l'insécurité, etc. rendait le cadre de vie inadéquat pour plusieurs personnes. Le système de santé n'a pas échappé aux conséquences de la crise. La défaillance du système sanitaire s'est manifestée par : l'absence du personnel médical en fuite vers les zones non assiégées), l'absence de matériel et d'équipement, la rareté de médicaments (non ravitaillement des zones assiégées en médicaments), la recrudescence de certaines maladies dues à l'absence de surveillance épidémiologique. L'absence d'hygiène adéquate (réduction et parfois inexistence des sociétés chargées de la collecte des ordures).

Les biens matériels et les équipements

L'idéal pour une meilleure prise en charge sanitaire est de disposer d'un centre de santé bien équipé, tant sur le plan humain que matériel. Mais cela n'est pas le cas pour les périodes de troubles notamment les crises

armées. La destruction du matériel médical dans plusieurs structures sanitaires était récurrente. On peut noter les cas de véhicules de liaison y compris les véhicules de supervision des districts de santé, d'ambulances, de motos, d'ordinateurs, d'imprimantes, de scanner, de photocopieuse, de congélateurs, de réfrigérateurs, de données sanitaires, etc.

Les pathologies récurrentes

La dégradation du cadre de vie et le dysfonctionnement du système de santé ont aggravé les conditions sanitaires des populations restées à Bouaké pendant la crise. Les principales causes de consultation enregistrées à Bouaké selon Médecins Sans Frontières étaient les suivantes : Diarrhées aqueuses, diarrhées sanglantes, infections respiratoires aiguës, asthme, tuberculose (suspicion), fièvre typhoïde, paludisme, rougeole, infections sexuellement transmissibles, infections urinaires, myalgies/arthralgies, gastrites, parasitoses intestinales, affections dermatologiques, affections ophtalmologiques, affections cardiovasculaires, anémie carence vitaminique malnutrition, pathologies mentales, blessures, autres. L'on a assisté à un délaissement total de l'hygiène dans la ville de Bouaké ce qui a favorisé la présence des ordures, de la broussaille, des cadavres, etc. Le manque d'entretien de l'environnement a aggravé (par les maladies qui en ont résulté) les conditions de vie sanitaires.

Approvisionnement en médicaments et vaccins

Depuis le 19 septembre 2002, les fournisseurs ont déclaré la Côte d'Ivoire comme zone à haut risque et exigé que les éventuelles commandes de médicaments des grossistes soient réglées au comptant. Cette situation a négativement influencé la disponibilité du médicament dans les pharmacies privées au plan 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 excepté pour les 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. Dans les zones occupées, les organisations humanitaires assuraient l'approvisionnement des structures encore ouvertes. Ainsi MSF approvisionne les pharmacies des districts de Bouaké. En ce qui concerne les vaccins, l'INHP n'a pas été en mesure d'approvisionner les zones occupées, la plupart de ses antennes régionales ayant été pillées. Avec l'aide de l'UNICEF et du CICR, des approvisionnements en vaccins ont été assurés aux structures sanitaires de la ville de Bouaké.

L'offre des soins

L'offre de soins conventionnelle

L'offre de soins est aussi profondément touchée par la crise sur le plan organisationnel, structurel et économique. Au plan économique, les pertes sont énormes ; la quasi totalité des structures sanitaires ont subi des pertes : du matériel roulant confisqué ou détruit, des équipements de bureau et médicaux ou paramédicaux ont également été pillés et des infrastructures réquisitionnées ou sur utilisées. Dans la ville de Bouaké, du fait de la situation d'urgence, les soins offerts aux populations privilégiaient le curatif par rapport aux activités promotionnelles et préventives. En effet, les agents de santé, en nombre réduit et soumis à de fortes pressions, sont plus préoccupés à répondre à l'urgence par des actes médicaux et chirurgicaux. Quant aux actions de sensibilisation, elles sont réalisées par des ONG. L'inexistence d'ambulances ne favorise pas la référence des malades vers le niveau adéquat et n'est donc pas de nature à assurer la continuité des soins. L'accès aux soins est également limité par le manque de liquidité financière du fait de la fermeture des banques. Certaines organisations humanitaires notamment Médecins Sans Frontières, l'OMS, l'UNICEF, le CICR, la Croix Rouge nationale et Médecins du Monde approvisionnaient ces structures sanitaires en médicaments, renforçaient le personnel et ont procédé à la mise en place de l'opération dénommée "Food for work". Cette stratégie de compensation consistait à récompenser le personnel de santé en leur donnant des vivres par faute de salaire. Elle incitait certains agents présents dans ces zones à se rendre à leurs postes.

Devant toutes ces difficultés et malgré les opportunités de soins conventionnels, une frange de la population trouve son compte dans d'autres offres de soins.

Les autres recours thérapeutiques

En période de stabilité, les populations recourent à différentes voies pour répondre à leur besoin de santé. Elles ont le choix entre les offres de soins conventionnelles et celles dites non conventionnelles. Les troubles ayant affecté le système conventionnel, certaines populations se sont repliées sur les savoirs et savoirs faire locaux et d'autres offres de soins non autorisées par l'Etat de Côte d'Ivoire. Cette situation s'illustre par le cas des malades du cholera qui malgré l'existence d'un minimum nécessaire de prestation de la médecine conventionnelle, se référaient à l'automédication

« Faut dire la vérité hein pendant la guerre surtout au début c'est très dur ici et mon grand fils a eu choléra, c'est normal avec tout ce qui était ici. Je me suis cachée pour aller couper des feuilles que mon papa m'a montrées dans la brousse tout près là pour venir le soigner. Si je n'avais pas fait ça peut être le pire allait arriver ». (Y.A)

« Au début de la crise où c'était encore chaud la même, mon enfant était encore bébé. Il y avait des tirs partout jusqu'à balle perdue est rentrée dans notre maison. Hôpital qui est devant là bas, les gens ont vidé. Donc quand l'enfant a commencé à vomir et chier là, je ne savais pas que c'était choléra. C'est ma voisine qui a vu donc les jeunes de la cour qui sont allés vers une femme qui leur vend feuilles. Sa maison et puis pour nous était tout près. (D. K.) ou à la médecine traditionnelle locale (« Pendant la guerre, ma fille là chialait ça finit pas, et puis tout était de l'eau. C'est ma voisine qui a dit que y a une femme au marché qui soigne ça que peut être c'est choléra. On est parti [...] après une semaine seulement, elle est guérie. J'ai payé 500f. » (T.M) ; « Quand ça chauffait là, moi-même j'ai eu cette maladie. Mon mari et son frère me mettait au dos à tour de rôle. On est parti dans un petit village derrière ici là. Y a un guérisseur là-bas c'est lui qui m'a sauvé la vie gratuitement »). (M. K.) .

L'automédication et le recours à la médecine traditionnelle locale ont été les principaux recours pour certains malades face à la défaillance du système conventionnel.

Les acteurs de la gestion socio sanitaire de la crise à Bouaké

Il est de principe que les communautés internationales se mobilisent pour secourir un pays en situation de difficulté. Mais l'on dénombre plusieurs types de situation de crise. On a les catastrophes naturelles (sécheresses, séismes, épidémies, inondations, tempêtes) les catastrophes industrielles et nucléaires et les guerres.

Contrairement aux catastrophes naturelles, les situations de conflit présentent une autre image quant aux attitudes des différents acteurs. En effet, dans les situations de guerre, il est à noter qu'elle oppose plusieurs camps, chacun des camps espérant le pire pour l'autre. Voir même des tentatives d'empêchement des secours aux victimes. Ces comportements rendent la tâche difficile aux différents acteurs. *« Même les actions les plus louables peuvent en effet engendrer des problèmes. L'aide humanitaire a des conséquences sur les conditions sociales, économiques et culturelles des régions en crise. Elle agit en présence de parties en conflit et de forces militaires, elle est exposée aux intérêts d'acteurs politiques locaux et internationaux, elle doit traiter avec les bailleurs de fond et les médias. Mal pensée, elle peut en outre influencer les marchés locaux, les habitudes sociales et bouleverser les structures hiérarchiques. Les organisations humanitaires se retrouvent ainsi souvent face à des dilemmes politiques,*

économiques ou sociaux, qui les placent face à des choix impossibles et les obligent à renier certains de leurs principes. »¹⁵³

C'est pourquoi il est intéressant de savoir les conditions de résilience du point de vue sanitaire pendant la crise qui a opposé deux principaux camps.

Malgré les défaillances du système sanitaire, plusieurs acteurs se sont impliqués afin de répondre aux besoins des populations dans le cadre des soins conventionnels. Ce sont le Ministère de la santé et les ONG (internationales et nationales).

Le Ministère de la santé

Bien qu'étant victime des affres de la crise, le Ministère de la santé a essayé d'apporter le minimum de soutien aux populations. Mais il s'est préoccupé de la gestion de l'urgence au plan sanitaire et humanitaire ainsi que la gestion des problèmes liés au déplacement massif des personnels de la santé (redéploiement, prise en charge sociale,...). Cette défaillance sera en partie comblée par l'intervention d'organismes internationaux et nationaux.

Les ONG internationales

Les ONG internationales ont contribué à l'amélioration des conditions socio sanitaires des populations de la ville de Bouaké. Les plus actives sur le terrain étaient MSF (Médecins sans frontière), l'OMS, le CICR et l'UNICEF. Organisée en Clusters, les actions de ces structures étaient coordonnées par OCHA et en collaboration avec les autorités en place. Elles ont procédé à des dons et à la réalisation d'actions directes à l'égard des populations.

MSF (Médecins sans frontière)

Médecins Sans Frontières (MSF) est une ONG à but humanitaire. Elle offre une assistance médicale d'urgence aux populations en difficulté dans les situations de conflits armés. C'est en fin 2002 que l'ONG MSF est arrivée dans la ville de Bouaké. Elle a procédé au rééquipement du CHU en matériel Biomédical. Elle a recruté et formé le personnel soignant. Grâce à ces actions, le CHU a pu répondre aux besoins de la population en prenant en compte tous les cas de pathologie. Cette ONG évacuait les cas difficiles à prendre en charge vers la zone gouvernementale. Son plateau technique étant consistant l'ONG s'approvisionnait en médicaments depuis ses différentes sections c'est à dire MSF Hollande, MSF France, MSF Suisse, MSF Belgique. Le transport se faisait en hélicoptère ou en voiture.

¹⁵³ Reymond Philippe ; Margot Jonas ; Margot Antoine., 2007, *Les limites de l'aide humanitaire*, Lausanne,[en ligne] http://infoscience.epfl.ch/record/125461/files/ddns_humanitaire

Les médicaments étaient toujours suffisants, disponibles et gratuits (antibiotiques, médicaments de soins d'urgence, les antis rétroviraux(ARV)). Ces propos des bénéficiaires confirment les actions de MSF à Bouaké : *« J'ai été hospitalisé au CHU pendant cinq jours. Avec les gens de MSF, c'était dans de bonnes conditions. Ils avaient pitié des malades et ils nous accueillait bien. Certains enlevaient même l'argent de leur poche pour aider les malades. C'était gratuit. Tout était cadeau. Je n'ai pas payé cinq franc (5f). »(C.B.)*

« Le choléra, c'est diarrhée et puis on vomit aussi. Ça là c'est grave hein. C'est mon frère qui a eu ça pendant la crise quand ça s'est calmé un peu là. On a pris vélo de mon cousin pour l'envoyer au CHU chez les médecins sans frontières» (B.K.).

Comme le témoigne certains bénéficiaires, l'ONG MSF était active sur le terrain. Ses actions ont été renforcées par celles d'autres ONG internationales comme l'OMS, le CICR et l'UNICEF.

L'OMS

L'OMS est une institution spécialisée de l'ONU qui apporte son aide aux pays membres pour améliorer et développer leurs services de soins et lutter contre les maladies. Elle a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible. Elle combat des fléaux comme le paludisme, la tuberculose, le pian, la syphilis et les maladies moins répandues comme la lèpre, le typhus, la poliomyélite, la diphtérie et la bilharziose. L'OMS a offert de nombreux matériels de santé (KIT traumatique, KIT choléra, KIT médicaux, d'urgence, médicaments / solutés et S.R.O, consommables médicaux, hypochlorite de calcium, moustiquaires imprégnées, préservatifs, autres produits divers, etc.) aux structures présentes pendant la crise à Bouaké. De multiples formations de cadres et agents de santé ont permis à ces derniers d'être mieux outillés pour faire face aux attentes des populations.

Le CICR

Le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance. C'est une organisation impartiale, neutre et indépendante, qui s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels. Le CICR a procédé à la mise en circulation d'une clinique mobile dans la ville de Bouaké

« Heureusement pour moi avant là dans la cour il y avait un tonton qui était notre voisin. Il m'a donné l'eau minérale pour boire. Quand j'ai fini de boire il m'a prise dans sa voiture avec ma maman pour aller dans

l'hôpital de croix rouge. Ils étaient ce jour là au quartier commerce »(K.K.L), des dons de médicaments, des cours de secourisme, la mise à disposition d'ambulance pour le transport des malades. Il a participé à la purification d'eau en donnant des solutions chlorées à la SODECI qui était en rupture de stock). En outre, il a procédé au ramassage des ordures et à la création de décharge.

L'UNICEF

L'UNICEF fournit aux services de protection maternelle et infantile des médicaments, des produits alimentaires et du matériel de lutte contre les maladies qui affectent surtout les mères et les enfants ; étudient les problèmes de nutrition infantile et organise les secours à l'enfance en cas de catastrophe naturelle. L'UNICEF a octroyé des médicaments, du matériel sanitaire et a appuyé l'organisation de séances de vaccination. Le corps médical en place a reçu des formations notamment dans le cadre de la prise en charge des enfants atteints de pathologies diverses (fièvre jaune, polio, rougeole, etc.) mais aussi à titre préventif.

Les institutions internationales ont apporté aux populations de Bouaké une aide de tout ordre en vue de leur offrir un cadre de vie acceptable. Celles exerçant dans le domaine de la santé ont mis l'accent sur les vivres, les médicaments, les formations, le matériel et personnel médical. Notons que les ONG internationales n'étaient pas les seules sur la scène médicale.

Les ONG nationales

Les ONG locales ne sont pas restées indifférentes à la situation sanitaire en voie de dégradation. Elles ont contribué à la sauvegarde de la vie des malades. L'une des plus dévouées est le Centre SAS. Le CSAS est une ONG qui a pour objectif d'offrir une prise en charge de qualité aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et à leurs familles dans les régions de Gbêke, du Bélier, du Hambol, du Poro et de la Bagoué. Elle le fait à travers une prise en charge médicale (la prise en charge des IST, le test de dépistage du VIH/SIDA, la prise en charge des infections opportunistes, l'accès aux soins et aux médicaments de type ARV) et une prise en charge psychosociale (l'accueil, le Conseil Dépistage Volontaire (CDV), le service social adulte et enfant, la cellule des Orphelins et Enfants victimes du VIH).

Malgré les difficultés rencontrées *« Les agents du Centre SAS sont restés à la maison pendant deux semaines sans travailler et durant cette absence, les différentes familles de nos malades nous appellent pour nous annoncer la mort de leurs parents. »(Responsable du Centre SAS), le CSAS a résisté en utilisant des stratégies lui permettant de répondre aux besoins des patients. Au début de la crise, le Centre SAS donnait les moyens de transport*

aux malades qui se rendaient à Abidjan tous les trois mois pour des consultations au Centre Antituberculeux d'Adjamé. Ne pouvant pas toujours répondre aux besoins des usagers de cette façon, la structure a procédé à l'envoi de l'un de ses membres à Abidjan pour le ravitaillement du centre en médicaments.

Ces propos du premier responsable expriment la situation du centre pendant les moments difficiles : « *Nous mettions tout en œuvre pour rapprocher les soins des lieux d'habitation afin de minimiser les coûts, la fatigue et permettre leur accessibilité à toute personne vivant avec le VIH lorsqu'est survenue cette nouvelle crise. Les innombrables grèves, le coût élevé du transport, les entraves à la libre circulation et l'insécurité sur les routes, ont entraîné une grande augmentation des perdus de vue, car les patients dans les zones reculées avaient parfois du mal à rallier le centre. De plus, la fermeture des banques nous a privés de fonds pour faire face à certaines situations, comme les interventions médicales d'urgence, l'achat de carburant pour le déplacement de l'équipe de soins à domicile et la recherche des perdus de vue, l'appui nutritionnel... A cela s'est ajouté le fait que l'équipe du CSAS, par manque de moyens de déplacement dû au vol de son véhicule, ne pouvait aller vers ceux qui étaient au-delà de la commune de Bouaké. Nous nous sommes organisés comme nous avons pu afin de suivre les bénéficiaires auxquels nous avons distribué des ARV d'avance. Mais tout était compliqué !* »¹⁵⁴ Ajoutons que le centre SAS doit ses efforts aux ONG internationales comme le souligne le responsable du pôle psychosocial : « *Nous avons toujours bénéficié de leur appui, le Centre SAS là c'est les organisations internationales qui nous aident hein. En fait, on a notre bailleur qui s'appelait ensemble contre le SIDA qui est devenu maintenant SIDACTIONS, c'est eux qui nous aident depuis 1997 jusqu'à ce jour* ». (Responsable du pôle psychosocial). Le centre SAS s'est aussi impliqué dans une cellule de crise créée par la préfecture et la Direction régionale du ministère des Affaires sociales. Cette cellule qui comprenait, Espace confiance, Solidarité plus et Chigata avait pour objectif de renforcer leurs capacités d'action. En plus du Centre SAS, on pouvait noter l'intervention d'autres ONG comme N'Zrama, Renaissance Santé Bouaké(RSB).

Ces ONG locales doivent la réalisation de leur activités au partenariat ou à la collaboration avec les ONG internationales comme Sidaction, Fondation France, le PAM, l'UNICEF, Solidarité Sida, ECS, FHI, PEPFAR, CICR, etc.. Ces acteurs dans l'ensemble ont collaboré avec les autorités

¹⁵⁴ BASTIEN (Vincent) et LACROIX (clémentine), 2013 : Côte d'Ivoire : quel bilan après la crise ? In *Transversal* n° 66, décembre 2012/ février 2013

militaires présentes à Bouaké et les autorités gouvernementales dans les zones non assiégées pour parvenir à leurs objectifs.

Les stratégies de résilience

La théorie de la résilience

La théorie de la résilience renferme de nombreux concepts dont les auteurs ne parviennent pas à s'entendre sur une définition précise. 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* »¹⁵⁵. 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.* »¹⁵⁶C'est donc dans ce sens que nous allons expliquer les capacités dont le système sanitaire a du user pour répondre à ses besoins habituels.

Notons que si jusque là les chercheurs ne s'entendent pas sur une définition, c'est parce que les objets auxquels s'applique la résilience sont forts différents tant par leur nature, leur degré de constitution et l'environnement dans lequel ils existent. Dans le même sens, les caractéristiques du choc peuvent donner la possibilité de recourir à une ou des définitions déjà connues pour expliquer la résilience. Mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'on peut engager plusieurs moyens de résilience dans la nécessité de considérer celle-ci comme un phénomène pluridimensionnel. Autrement dit la réponse à un système en situation de choc ; le choc pouvant affecter un ou plusieurs éléments ou même le système dans sa totalité, la résilience concernera cet ordre d'affectation pour se rétablir.

Dès lors il est indéniable qu'il s'agit là d'une situation pluridimensionnelle pour rejoindre la position du Groupe régional pour la Nutrition en Afrique de l'Ouest : « *Il est question de la résilience, non plus d'une matière inerte et simple, mais d'un tout ou d'un système complexe. La résilience se caractérise par une certaine capacité d'autorégulation qui permet aux systèmes de retrouver leurs conditions de départ ou de maintenir leurs fonctions initiales dans un environnement dynamique et changeant. Là où la métallurgie voit dans la résilience une résistance due à la nature même*

¹⁵⁵ 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

¹⁵⁶ 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

de la matière, il s'agit maintenant d'une réaction d'un système qui met en jeu des contre-forces tenues en réserve pour refaire l'équilibre brisé; forces qui modifient l'environnement de manière à préserver les conditions favorables au maintien des structures. »¹⁵⁷

C'est dire que le système tel qu'il se présente est une réalité complexe. Or les systèmes complexes ne peuvent être pleinement compris par l'analyse de leurs parties distinctes (Cilliers 1998), parce qu'ils émergent des interactions entre leurs parties ou composants (Cilliers 1998, 2005; Eoyang 2004).

La capacité de sa résilience est liée aux interactions entre ses différentes composantes. Celles-ci sont interdépendantes et interconnectées. L'une ne peut agir sans l'apport de l'autre ; et c'est l'ensemble de ces interactions qui déterminent la résilience du système entier d'où la nécessité d'une conception holistique de la résilience. Selon Béné et al (2012), et également selon la définition partagée au Sahel et en Afrique de l'Ouest, la résilience a trois dimensions : la capacité d'absorption, la capacité d'adaptation, la capacité de transformation¹⁵⁸ .

En considérant ces trois dimensions nous analyseront la présente situation à partir des catégories de mesures de protection sociales proposées par Devereux et Sabates-Wheeler¹⁵⁹ (2004) qui sont : les mesures de protection¹⁶⁰, de prévention¹⁶¹, de promotion¹⁶² et de transformation¹⁶³ .

¹⁵⁷ 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, p3

¹⁵⁸ 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, p5

¹⁵⁹ Devereux, S. et R. Sabates-Wheeler (2004) *Transformative Social Protection*, IDS Working Papers n° 232 (Brighton: Institute of Development Studies).

¹⁶⁰ Mesures ou interventions liées aux actions de secours fournissant une aide immédiate dans les situations d'urgence. Ce sont des *mesures qui soulagent*.

¹⁶¹ Mesures ou Interventions qui cherchent à réduire directement la vulnérabilité des individus ou des groupes aux chocs et à des risques spécifiques. Ce sont des *mesures qui permettent d'éviter la dégradation de la situation et de traiter directement les causes sous-jacentes ou structurelles*.

¹⁶² Mesures ou interventions qui renforcent les capacités et augmentent les effets positifs. Les mesures de promotion permettent à la fois de faire face aux chocs mais de développer en plus des stratégies et des capacités additionnelles de survie. Il s'agit ici des *mesures qui incitent les investissements dans le capital humain par la promotion de la demande (en éducation, santé, diversification des moyens d'existence, promotion des mesures sociales)*.

¹⁶³ Mesures ou interventions qui se concentrent sur l'élimination des obstacles sociaux, culturels et juridiques de réalisation des droits fondamentaux, et qui traitent particulièrement des questions d'équité et d'exclusion sociale, et ces mesures peuvent comprendre la lutte contre la discrimination et le renforcement du pouvoir de décision. Les mesures et

Les actions de résilience

Le tableau ci-dessous récapitule les actions de résilience réalisées par les différents acteurs pour répondre aux problèmes de santé des populations.

Tableau récapitulatif des actions de résilience

Objectifs et activités	Résultats attendus		
	Stabilité/absorber	Flexibilité/Adapter	Changement/transformer
Protection	<p>Existence de quelques structures de santé (infirmeries, maternités, pharmacies, ONG) publiques et privées difficilement fonctionnelles</p> <p>Existence de quelques agents de santé</p> <p>La pluralité des acteurs (émergence de nouveaux acteurs)</p>	<p>Don (matériel et équipement)</p> <p>Réhabilitation et construction de bâtiments neufs</p> <p>Détermination des acteurs</p> <p>Recrutement et formation de personnel médical</p> <p>Traitement ambulatoire</p> <p>Recours à la médecine non conventionnelle (savoir et savoir faire local et autres médecines)</p> <p>Bon accueil des malades</p> <p>Solidarité au sein de la population</p>	<p>Orientation des malades vers la zone gouvernementale</p> <p>Usage des voies aériennes pour le transport des médicaments et du matériel médical</p> <p>Soutien pour le déplacement des malades</p> <p>Priorité accordée aux soins curatifs</p> <p>Ravitaillement en médicaments à partir d'autres pays en fonction des liens avec les organismes demandeurs</p> <p>Usage régulier de la communication téléphonique entre soignant et soignés</p>
Prévention	<p>Vaccination des enfants</p> <p>Sensibilisation de la population</p> <p>Formation du personnel médical</p> <p>Création de décharges et ramassage d'ordures</p> <p>Gestion des problèmes liés au déplacement du personnel et des populations</p>		<p>Aide alimentaire</p> <p>Réorganisation des structures sanitaires en place</p>

interventions transformatives incluent des modifications du cadre réglementaire pour protéger les «groupes vulnérables»

	<p>Tentative de résolution du conflit</p> <p>Soutien de la SODECI pour le traitement de l'eau</p> <p>Aide alimentaire</p>		
Promotion	<p>Incitation extrinsèque des agents à reprendre le travail</p> <p>Recrutement de la population pour des activités lucratives</p> <p>Gratuité des soins</p> <p>Aide alimentaire</p>	<p>Sensibilisation de la population</p> <p>Formation du personnel médical</p>	<p>Sécurisation du personnel au travail</p>
Transformation	<p>Collaboration entre les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé (solidarité)</p> <p>Absence de discrimination entre les bénéficiaires</p> <p>Prise en charge sans distinction des blessés de guerre</p>	<p>Mutualisation des services médicaux</p> <p>Spécialisation des interventions</p>	<p>Autorisation d'intervention par l'Etat des nouveaux acteurs sur le terrain</p> <p>Sous-traitance des organismes internationaux avec les structures locales</p> <p>Dénonciation des exactions par les ONG exerçant dans le domaine des droits de l'Homme</p> <p>Incitation à la cohésion sociale</p>

Les mesures de protection

Même si le personnel médical avait déserté les services médicaux, la présence dans la ville d'un bon nombre d'entre eux avec l'arrivée des intervenants extérieurs était soulageant pour les populations. En plus l'existence de quelques structures (infirmiers, maternités, pharmacies, ONG) publiques et privées quand bien même elles étaient difficilement fonctionnelles s'est avérée réconfortante.

Le bon accueil réservé aux patients et la promotion des valeurs sociales (solidarité et entraide) ont psychologiquement permis de supporter le choc de la crise.

Dans le processus d'adaptation, les dons (matériel et équipement), la réhabilitation et la construction de bâtiments neufs, la détermination des acteurs, le recrutement et la formation de personnel médical, le traitement ambulatoire ont amené les populations à comprendre et accepter la nouvelle situation.

Pour répondre efficacement aux besoins sanitaire des populations, les acteurs ont contourné certaines contraintes en orientant des malades vers la zone gouvernementale, en utilisant les voies aériennes pour l'acheminement des médicaments et du matériel médical, en soutenant les malade pour leur déplacement, en accordant la priorité aux soins curatifs, en se ravitaillant en médicaments à partir d'autres pays.

Du côté des malades, il y a eu une utilisation régulière de la communication téléphonique avec les soignants.

Le recours à la médecine non conventionnelle (savoir et savoir faire local et autres médecines) était la solution pour d'autres. Ces changements de méthodes visaient à éviter l'agonie du système et par conséquent la prolifération des pathologies.

Les mesures de prévention

La vaccination des enfants, la sensibilisation de la population, la formation du personnel médical, la création de décharges et le ramassage d'ordures, le soutien à la SODECI pour le traitement de l'eau, le soutien alimentaire, la gestion des problèmes liés au déplacement du personnel et des populations, les tentatives de résolution du conflit étaient des activités visant à éviter la dégradation de la situation, à éviter ou résister aux pathologies. C'est dans ce sens que les acteurs présents sur le terrain ont réorganisé le système avec les ressources disponibles.

Les mesures de promotion

La situation des acteurs locaux est assez délicate. Un bon fonctionnement du système sanitaire est lié à l'existence d'autres structures comme les banques. Les organismes internationaux ont procédé à des motivations financières, nutritionnelles etc. selon les cas aux personnels locaux devant soigner les malades. Il y'a eu également des recrutements n main d'œuvre au sein de la population pour des activités d'assainissement et bien d'autres moyennant des KITS alimentaires ou tout autre biens nécessaires au bien être des populations.

La gratuité de l'offre de soins permettait aux malades d'accéder facilement aux soins. La formation du personnel médical et la sensibilisation de la population ont augmenté les compétences des concernés en terme de savoir et de savoir faire pour améliorer les conditions de vie sanitaires.

La sécurisation du personnel sur les lieux du travail a été une nouvelle disposition permettant à ceux-ci non seulement de rester dans la ville de Bouaké mais de continuer à s'occuper des malades.

Les mesures de transformation

Certaines dispositions morales et éthiques ont prévalu dans les stratégies de résiliences face à la faiblesse du système sanitaire. Il s'agit de la collaboration entre les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé (solidarité), la sous-traitance des organismes internationaux avec les structures locales, l'évitement de la discrimination entre les bénéficiaires (par exemple la prise en charge sans distinction des blessés de guerre). Ce climat de cohésion a été renforcé par l'accord de l'Etat pour l'intervention des nouveaux acteurs sur le terrain.

C'est l'interaction entre les différents acteurs, les moyens dont ils ont pu disposer et les mesures de protection mises en œuvre qui ont permis au système sanitaire de résister au choc de la crise.

Discussion

Les conditions de vie sanitaires des populations

La crise armée a eu pour conséquence la dislocation du système de santé. L'absence d'équipements, de personnels et de médicaments, ne permettait plus de répondre aux besoins sanitaires des populations. Cette situation a favorisé la prolifération et l'émergence de certaines pathologies.

Ces conditions de vie ne sont pas spécifiques à la crise ivoirienne. Elles sont semblables à celles des autres crises armées survenues partout ailleurs dans le monde. C'est dans ce sens que Rémi Russbach soutient : *« Contrairement aux guerres classiques, dans lesquelles les militaires étaient les plus exposés, ce sont les civils qui sont les premières victimes des conflits armés actuels. Leurs droits, qui sont définis dans les Conventions de Genève, sont régulièrement et systématiquement bafoués. Ce ne sont pas les balles perdues ni les effets directs ou collatéraux des armes qui représentent pour eux le plus grand péril, mais le fait que les biens indispensables à leur survie sont pillés ou séquestrés pour assurer la subsistance des combattants qui vivent à leurs dépens. Outre le pillage, les récoltes sont détruites, les systèmes d'adduction d'eau sont sabotés, les voies de communication sont bloquées et des villages sont incendiés à titre de représailles. Sans sécurité, sans nourriture, sans eau potable, sans abris, sans ressources et sans système de santé, ces populations subissent une augmentation de la morbidité et de la mortalité telle qu'elles peuvent être menacées de disparition¹⁶⁴ »*. Les mêmes conséquences sont relevées par le Ministère des droits humains et repris par Nicolas SHUKU ONEMBA dans le cas de la crise au Congo¹⁶⁵, par Marc Laimé dans le cas des territoires palestiniens

¹⁶⁴ Idem, ibidem

¹⁶⁵ Nicolas SHUKU ONEMBA, 2006, *les impacts environnementaux des conflits armés sur la santé en RDC*, [en ligne]

surtout à Gaza¹⁶⁶. Pursuivant dans le même sens et en relation avec le système de santé, Danièle Laliberté ajoute : « *De multiples phénomènes humains, climatiques et géophysiques, amènent alors des individus, des familles et même des communautés entières à effectuer une migration forcée. Il y a crise humanitaire quand les situations d'urgence déclenchées par des conflits armés, des inondations, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des raz-de-marées et/ou des sécheresses désorganisent la vie de collectivités dans des proportions exceptionnelles, constituent une menace pour la vie d'un grand nombre de personnes et nécessitent des mesures extraordinaires pour assurer la survie, les soins et la protection, parce que les mécanismes de soutien existants ne permettent pas d'y faire face.*¹⁶⁷ » Il insiste pour dire : « *La santé est compromise par la destruction ou l'insuffisance des structures de santé et des équipements sanitaires, la réduction de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments et aux transfusions sanguines sûres et aux condoms. On assiste à la détérioration de la qualité du système de santé, alors que certains programmes nationaux de prévention et de promotion de la santé sont suspendus, et que l'efficacité des systèmes de surveillance des maladies décline. Les prestataires de services subissent une surcharge de travail ou migrent à leur tour afin d'échapper à la crise. Dans le cas des conflits armés, le budget de la santé est souvent transféré vers les dépenses militaires.*¹⁶⁸ »

Pour sa part l'OMS ajoute, « *La guerre est une autre menace pour la santé publique, et pas seulement parce que des personnes meurent au combat. Les conflits armés peuvent détruire les systèmes de soin de santé, laissant les populations désarmées face aux maladies infectieuses, particulièrement les populations déplacées lors des conflits.* »¹⁶⁹ Pour le Comité international de la Croix-Rouge « *Les conflits armés ont de graves répercussions sur la santé de la population tout entière - femmes, hommes et enfants. En raison de l'insécurité qui règne dans les zones de conflit ou de troubles intérieurs, il est difficile, pour les civils, d'avoir accès aux services de santé et de recevoir les soins médicaux et les médicaments que nécessite*

http://www.siffee.org/Actes/actes_bamako_2006/communications/J_Session_7/H_Shuku_Onemba_comm.pdf

¹⁶⁶ Marc Laimé, 2008, *Désastre sanitaire à Gaza : l'eau dans les pays en guerre*, [en ligne] <http://blog.mondediplo.net/2008-03-10-Desastre-sanitaire-a-Gaza-l-eau-dans-les-pays-en> (consulté le 05/07/15)

¹⁶⁷ Danièle Laliberté, 2007, « Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 23 - n°3 |, [En ligne] URL : <http://remi.revues.org/4207>(consulté 12/07/15)

¹⁶⁸ Danièle Laliberté, *ibidem*

¹⁶⁹ OMS, 2007, *Consensus Scientifique sur les menaces pour la santé publique mondiale*, [en ligne] <http://www.greenfacts.org/fr/menaces-sante-publique-mondiale/menaces-sante-publique-mondiale-greenfacts.pdf>(Consulté le 16/07/15)

*leur état. Les services et les infrastructures de santé locaux peuvent être gravement perturbés, et parfois même être partiellement ou entièrement détruits.»*¹⁷⁰

En exemple, Gustave BOBOSSI SERENGBE note les conséquences socio-sanitaires des conflits armés en Centrafrique : « [...] de nombreux malades pendant cette période n'ont pas pu se rendre dans les hôpitaux pour recevoir les soins adéquats. [...] L'abandon de postes par le personnel soignant fuyant les affrontements laisse une population dépourvue de toute possibilité d'accéder aux soins de santé. Cette situation a rendu difficile les ravitaillements des pharmacies des hôpitaux en médicaments essentiels¹⁷¹. »

A travers les écrits ci-dessus, les auteurs montrent les facteurs qui peuvent endommager les conditions de vie des populations. Aussi s'accordent-ils sur le dysfonctionnement du système sanitaire en période de conflits armés confirmant ainsi les résultats sur la situation du système sanitaire à Bouaké. Si la situation sanitaire en période de crise armée est conforme à celle de Bouaké, qu'en est-il du mode de résilience.

Les stratégies de résilience

La guerre en Côte d'Ivoire a créé une situation humanitaire¹⁷². C'est dans ce cadre que certains acteurs reconnus pour ce type de situation ont accompli leur devoir. Il s'agit des ONG humanitaires comme le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), *Save the Children Fund* (SCF), Oxfam, *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere* (CARE) et Médecins Sans Frontières (MSF).¹⁷³ Leurs actions de solidarité, de compassion permettent de secourir les êtres humains en situation de détresse « *C'est dans de telles situations que la présence de volontaires étrangers, qui prennent des risques en apportant leur aide, peut revêtir une signification symbolique essentielle en rappelant certaines valeurs humaines*

¹⁷⁰ Comité international de la Croix-Rouge, 2001, *La situation des femmes dans le monde*, Genève, [en ligne] in http://www.aidh.org/Femme/sit_cicr02.htm(Consulté le 16/07/15)

¹⁷¹ Gustave BOBOSSI SERENGBE , 2002, *Les conséquences socio-sanitaires des récents conflits armés en Centrafrique* , <http://www.santetropicale.com/centrafr/1202.htm>

¹⁷² « Il est généralement admis que l'aide humanitaire vise à sauver des vies, à alléger les souffrances et à assister des victimes en détresse. Elle ne se limite pas aux pays du Sud et concerne aussi des actions de proximité dans le monde développé. L'assistance à des populations en danger de mort ne s'arrête pas non plus aux conflits armés. Elle s'étend également aux victimes de catastrophes naturelles et, dans son acception la plus large, à toute personne en péril, qu'il s'agisse de sinistres ou de situations de grande pauvreté. [...] A l'échelle internationale, la démarche humanitaire est d'abord et avant tout comprise comme une action de secours, qu'il s'agisse de prodiguer des soins, de distribuer une aide matérielle, de protéger juridiquement les victimes ou de leur fournir une assistance morale et spirituelle, y compris de la part d'organisations religieuses.

¹⁷³ Nicolas Lemay-Hébert, 2012, (*Questions internationales*, n° 56, "L'humanitaire", La Documentation française, juillet-août 2012) (Consulté le 16/07/15).

au milieu du chaos. Même si les gestes humanitaires n'ont pas toujours été accomplis de façon purement désintéressée, ce sont des gestes qui font honneur à l'humanité et qui compensent d'autres gestes moins glorieux »¹⁷⁴) très souvent en complément ou en collaboration avec les services étatiques locaux.

Au Mali, face à la crise dans les zones de Kidal, Tombouctou, Gao, et de Mopti (Douentza, Tenenkou, Youwarou, Koro) et Segou (Niono et Macina), les financements de l'OMS et ses partenaires ont permis de relancer la prise en charge médicale et la prévention des maladies au Nord, de même que l'élaboration d'un plan de réponse aux épidémies par le redéploiement du personnel qualifié et la gratuité des soins. Pour renforcer la lutte, une solution innovante commune a été apportée par le Cluster Santé avec les missions humanitaires d'équipes mobiles composées de divers spécialistes nationaux (gynécologue, chirurgiens, médecins anesthésistes sages-femmes, infirmiers spécialisés)¹⁷⁵. De même, la crise en Syrie a vu une mobilisation internationale et nationale pour secourir les victimes, notamment dans le domaine de la santé comme le souligne Ana CHAKER¹⁷⁶, les réseaux associatifs des soignants (composés de médecins et de personnels soignants en Syrie et des médecins de la diaspora) s'organisent avec l'appui des pays comme la France, le Danemark, l'Italie et la Suisse. Certains soignants craignant la répression du régime en place profitent de la nuit pour s'occuper des rebelles blessés. Ces exemples confirment les résultats de notre travail quant à la mobilisation des organismes internationaux et nationaux pour secourir les populations face à la défaillance du système de santé.

Conclusion

La crise armée en Côte d'Ivoire a rendu défaillant le système sanitaire surtout dans les zones assiégées par la rébellion. Les conditions de vie se sont davantage dégradées face à la faible implication de l'Etat. Mais la réponse à cette situation en général et en particulier le domaine sanitaire a vu l'émergence d'autres acteurs. Ils ont secouru les populations en déployant des stratégies par rapport aux moyens disponibles et à la situation qui prévalait. Les populations de leur côté ont collaboré avec ces acteurs en bénéficiant de leurs services sans pour autant négliger la médecine non

¹⁷⁴ Rémi Russbach , 1999, Conflits armés, prévention et santé publique, in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 833.

¹⁷⁵ OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS(OCHA), 2013, *Appel global Mali 2013*, [en ligne] in https://docs.unocha.org/sites/dms/CAP/CAP_2013_Mali.docx(Consulté le 16/07/15)

¹⁷⁶ Handicap international, 2013, Urgence Népal : des médecins Syriens tentent de faire face à un système de santé dévasté

conventionnelle. La combinaison de ces stratégies ont permis de résoudre les problèmes de santé à Bouaké.

References:

Agence canadienne de développement international www.cida.gc.ca, Qu'est-ce qu'un système de santé ?[en ligne] <http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/JOS-1116135126-Q57>

BASTIEN vincent et LACROIX clémentine, 2013 : Côte d'Ivoire : quel bilan après la crise ? in *Transversal* n° 66, décembre 2012/ février 2013

BOBOSSI SERENGBE Gustave, 2002, *Les conséquences socio-sanitaires des récents conflits armés en Centrafrique*, [en ligne] <http://www.santetropicale.com/centrafr/1202.htm>

Comité international de la Croix-Rouge, 2001, *La situation des femmes dans le monde*, Genève, [en ligne] in http://www.aidh.org/Femme/sit_cicr02.htm(Consulté le 16/07/15)

Devereux, S. et R. Sabates-Wheeler, 2004, *Transformative Social Protection*, IDS Working Papers n° 232 (Brighton : Institute of Development Studies).

Eth Zurich, 2009, LA RÉSILIENCE: UN CONCEPT POUR LA GESTION DES CATASTROPHES ET CRISES, in *Politique de sécurité: analyses du CSS*, N° 60, p1

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

Handicap international, 2013, Urgence Népal : des médecins Syriens tentent de faire face à un système de santé dévasté

Laimé Marc, 2008, *Désastre sanitaire à Gaza : l'eau dans les pays en guerre*,[en ligne] <http://blog.mondediplo.net/2008-03-10-Desastre-sanitaire-a-Gaza-l-eau-dans-les-pays-en> (consulté le 05/07/15)

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)

Lemay-Hébert Nicolas, 2012, (*Questions internationales*, n° 56, "L'humanitaire", La Documentation française, juillet-août 2012).

OFFICE FOR THE COORDINATION OF HUMANITARIAN AFFAIRS(OCHA), 2013, *Appel global Mali 2013*,[en ligne] https://docs.unocha.org/sites/dms/CAP/CAP_2013_Mali.docx(Consulté le 16/07/15)

OMS, 2007, *Consensus Scientifique sur les menaces pour la santé publique mondiale*,[en ligne] <http://www.greenfacts.org/fr/menaces-sante-publique-mondiale/menaces-sante-publique-mondiale-greenfacts.pdf>(Consulté le 16/07/15)

OMS, 2011 : Systèmes de santé,[en ligne]
<http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>(consulté le 12/03/2015)
Rémi, 1999, Conflits armés, prévention et santé publique, in *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 833.
Reymond Philippe ; Margot Jonas ; Margot Antoine., 2007, *Les limites de l'aide humanitaire*, Lausanne, [en ligne]
http://infoscience.epfl.ch/record/125461/files/ddns_humanitaire
Shuku Onemba Nicolas, 2006, *les impacts environnementaux des conflits armés sur la santé en RDC*, [en ligne]
http://www.sifee.org/Actes/actes_bamako_2006/communications/J_Session_7/H_Shuku_Onemba_comm.pdf