

Résumé (article pour publication)

Colloque international sur la santé et la mobilité au nord et au sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques 2009. Toulouse (France) du 16 au 18 septembre 2009

Titre de la communication : **Impact des conflits armés sur les recours thérapeutiques et la santé des populations : cas du Congo-Brazzaville**

Par **YABA martin**, Chercheur à l'Union pour l'Etude et la Recherche sur la Population et le Développement (UERPOD), martinyaba@yahoo.fr, (00242) 526.66.01

Introduction

I. Cadre global de l'étude

De 1993 à 1999, soit en espace de six ans, la République du Congo a été affectée par trois guerres civiles. Ces conflits armés ont occasionné d'énormes sinistres et causé des mouvements massifs des populations en direction d'autres localités de l'intérieur comme de l'extérieur du pays. En 1997, on a estimé à environ 650.000 ou 700.000 personnes déplacées¹ et plus de 250.000 en 1998. L'enquête réalisée en 1999, sur la sécurité alimentaire en milieu urbain à Brazzaville², souligne que près de 777.008 personnes ont été contraintes au déplacement vers les forêts ou les zones de sécurité relative telles que Pointe-Noire. De ce fait, ces conflits armés ont amplifié des déficiences déjà constatées au niveau des structures sociales, économiques, sanitaires se traduisant par la fragilisation de la situation humanitaire et sécuritaire accentuée par la pauvreté, la destruction massive des infrastructures, équipements et immeubles administratifs (structures de santé et autres).

Cette communication essaie de porter un regard croisé et comparé sur la situation des ménages aux plans : sanitaire, alimentaire et l'accès à l'eau potable avant, pendant et après les conflits armés. L'analyse combine deux approches : quantitative et qualitative. Dans son volet quantitatif, elle permet de : (i) décrire les caractéristiques individuelles des ménages de la zone d'étude ; (ii) décrire les recours thérapeutiques utilisés par les populations lors des conflits armés ; (iii) apprécier la situation sanitaire et les pathologies observées au niveau des ménages enquêtés ; (v) analyser les opinions des ménages sur l'accès aux ressources en eau ; et les violences sexuelles faites aux femmes. Le deuxième volet de l'analyse porte sur les données qualitatives et fournit une analyse plus approfondie sur plusieurs faits liés aux recours thérapeutiques, aux phénomènes socioéconomiques émergents, aux pratiques culturelles médicales et au traitement.

II. Sources, méthodes de collecte de données et concepts

2.1. Sources, méthodes de collecte de données

La présente analyse se sert de la base de données collectée dans le cadre de l'étude sur le Bilan Social au Congo, réalisée par l'Union pour l'Etude et la Recherche sur la Population et le Développement (UERPOD), en 2001. Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact des conflits armés sur les conditions de vie des populations dans les zones touchées par les conflits, particulièrement dans quatre (4) départements (Pool, Bouenza, Niari et Lékoumou) et de proposer des stratégies susceptibles de contribuer à l'amélioration de la situation sociale des populations et singulièrement des groupes les plus vulnérables.

La méthode utilisée pour la collecte de ces données s'est appuyée sur une approche descriptive intégrant la démarche rétrospective basée sur des données provenant des sources médicales, des registres et les documents administratifs et les entretiens avec les ménages. L'observation directe a

¹ Source : Ministère de la solidarité, 1998

² Enquête réalisée par l'ONG Action Contre la Faim/Office Humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO)

porté sur les traces physiques imprimées par la guerre sur les structures de base. Pour la collecte de ces données, il a été utilisé des guides d'entretien, de questionnaires structurés, fiches de recensement ménage et d'observation directe. L'échantillon utilisé est de type aléatoire, stratifié et représentatif.

Dans le cadre de cette communication, l'analyse a porté sur 315 ménages de trois départements (Pool, Niari et Lékoumou), complétée par des récits biographiques et témoignages portant sur les données ethno-anthropologiques, ainsi que la revue des autres études.

2.2. Définition des concepts de base

- **Recours thérapeutiques**

Dans le cadre de notre communication, les recours thérapeutiques désignent les modes de consultation et de traitement entrepris soit par un individu ou par le réseau social ou une communauté au niveau des systèmes informels (ethnomédecine) et formels (biomédecine) de soins.

- **Santé**

Le concept de santé englobe une vision plus large et comprend des facteurs à la fois matériels et non matériels. Il inclut l'accès à des besoins de santé de base, à une alimentation adéquate en quantité et en qualité, aux services sociaux de base et à l'eau potable. Pour des raisons pratiques de notre communication, nous avons préféré établir une différence entre la santé, l'alimentation et l'accès à l'eau.

- **Migration**

La migration est le fait du changement de domicile, ou de lieu de résidence habituelle et que la vie reprend dans un lieu nouveau ou différent.

- **Conflits armés**

Ce sont des épisodes récurrents qui ont pour fonction la reproduction symbolique du corps social et du cosmos : chasse, guerres (Laburthe-Tolra Ph et Warnier JP 2003), dont les caractéristiques contemporaines sont, selon Graça Machel (1996), « le désordre, le manque de repères et le chaos. Tout est permis dans ce contexte : pillage, destruction des biens et immeubles, enrôlement des enfants dans les rangs des combattants »³.

III- Présentation et analyse des données de l'étude

Cette partie présente les variables de l'analyse approfondie du bilan social. Elles sont de trois ordres, à savoir : la santé, les recours thérapeutiques et les types de pathologies.

3.1 Description des caractéristiques individuelles des enquêtés

Les caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage enquêtés des les trois (3) départements (Pool, Niari et Lékoumou) font ressortir que les ménages sont à 87% tenus par des hommes. L'âge moyen des chefs de ménages est de 51 ans et la tranche d'âge la plus représentative est celle des 35-44 ans avec des proportions atteignant les 27%. L'agriculture est la principale activité de ces lieux et occupe 42% des chefs de ménage et au moins 7% d'entre eux sont au chômage. Ce sont des populations très peu instruites, avec près de 60% sans niveau d'instruction ou de niveau d'instruction primaire.

3.2- Evolution des pratiques thérapeutiques résultant des troubles sociopolitiques

Les recours thérapeutiques ont connu un grand bouleversement suite aux troubles socio politiques. Avant les années de guerre, les populations de ces trois départements recourraient à près de 84% à la

³ Graça Machel, Conséquences des conflits armés sur les enfants, Unicef, 1996.

médecine moderne. La tradithérapie ne représentait à peine que 6%. Pendant les guerres successives du Congo, il y a eu explosion du recours à la tradithérapie. La médecine moderne n'a été utilisée qu'à 6,3%. On notera aussi, comparativement aux années de "paix", qu'une frange de la population se retrouve dans l'impossibilité de recourir à toute forme de thérapie, en période de guerre. Depuis la fin de la guerre, la situation semble retrouver le niveau des années précédant les troubles sociopolitiques.

3.3 Types de pathologies

L'analyse de l'évolution des pathologies, montre que pendant les conflits le paludisme, la malnutrition et la diarrhée ont connu une résurgence, comparativement à la période d'après guerre (respectivement 34,2%, 15,5%, 4,3% pendant la guerre contre 12,8%, 1,5% et 1,5% après). Cependant, l'hypertension, les affections pulmonaires, les rhumatismes et les autres maladies ont augmenté en proportion après la guerre. On pourrait penser que, suite aux chocs aussi bien physiques et moraux que psychologiques reçus par ces populations en périodes de conflits, ces pathologies puissent s'accroître bien au delà de la guerre comme marques indélébiles des traumatismes et autres chocs.

3.4- Appréhension des ménages vis-à-vis de leur situation sanitaire selon la période de référence

Les données collectées mettent en évidence les besoins non satisfaits des populations des départements touchés par les conflits armés en matière de santé (disponibilité des hôpitaux, qualité du personnel médical, qualité des soins, etc.). En effet, aux années d'avant les guerres, 71% des populations enquêtées estimaient que la situation sanitaire de leurs ménages était meilleure contre 19% qui la jugeait moins bonne. Après les guerres, les efforts de reconstruction/construction et de réhabilitation dans le domaine sanitaire sont loin d'avoir atteint les niveaux tant attendus des populations. En effet, 45% des chefs de ménages de ces départements estiment que leur situation sanitaire s'est empirée contre seulement une poignée qui estime le contraire (5%).

3.5. Alimentation

L'analyse des habitudes et préférences alimentaires révèle que l'aliment le plus préféré dans les quatre départements reste bien évidemment le poisson avec environ 30%. Ensuite, la viande (21%), les légumes (20%) et le saka-saka (15%). Les aliments moins consommés sont le riz et le haricot (5%) et le *Gnetum africanum* ou foubou (10%).

3.6- Analyse de l'accessibilité aux ressources en eau

Dans l'ensemble, et ce quelle que soit la période, les populations des départements considérés consomment essentiellement l'eau de puits et de source. Pendant la guerre, les populations ont substitué l'eau de puits à celle des rivières, en raison de leurs incessants déplacements loin des habitations habituelles. Le retour de la paix et des efforts de réhabilitation sont perceptibles à travers l'utilisation des robinets et des forages. Cependant, l'analyse selon les sources d'approvisionnement en eau révèle que l'eau de source et de puits a été celle qui a été la plus utilisée par les populations avant, pendant et après les événements.

3.7 Violences sexuelles faites aux femmes en période conflictuelle et post conflictuelle

Dans la quasi-totalité des départements du Congo et particulièrement dans ceux plus touchés par des guerres successives, des enfants et les femmes ont été sexuellement violentés et tués et parfois même sous l'assistance impuissante parents. Dans le département de la Bouenza, plus exactement à N'kayi, le centre médico-social évangélique a enregistré, entre 1999 et 2001, environ 208 cas de viol. L'âge des femmes violées variait entre 13 ans et 48 ans et la moyenne d'âge de ses femmes était de 26 ans. La tranche d'âge la plus touchées est celle des 20-24 ans, qui représente 30% de l'ensemble des femmes violées. Les 13-19 ans occupent la troisième place des victimes avec environ 20%. Le rapport de viol homme/femme s'établit à 3 hommes pour 1 femme, avec un maximum de 8 hommes/femme, ce qui constitue une donnée alarmante, en référence aux traumatismes et aux mutilations génitales dont peuvent être victimes les femmes. La partie ci-après aborde le volet qualitatif de notre travail.

3. Ethnographie des zones affectées par les conflits armés :

La grande mobilité inter/ intra-départementale et les mouvements transfrontaliers des populations liés aux situations de conflits armés au Congo Brazzaville a atteint des proportions inquiétantes en 1998/1999 sur trois axes : les corridors fluviaux, les voies carrossables et les pistes. Cinq (5) moments méritent d'être mentionnés dans le cadre de notre travail. Il s'agit de (i) début de la crise et lors de l'occupation des localités par les milices privées; (ii) avant la pénétration des troupes gouvernementales dans les localités occupées ; (iii) lors de la pénétration des troupes gouvernementales dans les localités occupées par les forces rebelles; (iv) fuite ou déplacements des populations dans les forêts/campements et d'autres localités ; et (v) le contexte post conflictuel à l'occasion de la cessation des hostilités entre les forces gouvernementales et les milices de l'ancien régime. Cette photographie tente de décrire la dynamique des populations et les différents moments d'adaptation à un contexte nouveau et sans repère.

3.1. Etat des infrastructures dans les zones affectées par les conflits armés

Le rapport sur le Développement Humain 2002 indique plus de 50% de structures médicales à travers le territoire congolais ont été détruites, saccagées et pillées. L'analyse des données qui proviennent des formations sanitaires montre que les quatre (4) régions concernées par l'étude abritent 66,6% des hôpitaux régionaux, 33,3% des hôpitaux communaux, 28% des hôpitaux de base et 42% de dispensaires et postes de santé. Concernant le personnel de santé, on constate que 63,1% du total est concentré à Brazzaville. Les régions du Niari, du Pool, de la Bouenza et de la Lékoumou abritent respectivement 6,3%, 3,1%, 2,6% et 2,1% du total de personnel de santé en 1988. La situation des infrastructures sanitaires avant et après la guerre indiquait le niveau de délabrement de ces structures avec pour conséquences l'émergence de certaines pathologies.

3.2. Situations socio économiques émergentes dans les zones affectées par les conflits

Les conflits armés de 1998/1999 ont généré, dans le microsystème sociologique congolais et notamment dans les zones d'étude, plusieurs phénomènes sociaux et sanitaires. Entre autres, l'émergence des pratiques telles que le commerce de médicaments ou trafic, les revendeurs ambulants de médicaments dans les localités, les dispensateurs de soins ambulants et le phénomène porteur. Au début des événements, les populations ont été approvisionnées en médicaments à partir des pillages des pharmacies et officines pharmaceutiques. Au fur et à mesure que la crise socio politique perdurait et que les stocks de médicaments pharmaceutiques s'épuisaient, les populations ont développé des stratégies de gestion de la santé et de la maladie. Le long séjour dans la forêt a confronté les populations de la zone d'étude à des conditions de vie qui ont fragilisé leur état de santé.

3.3. Recours aux pratiques médicales culturelles et traditionnelles

Durant les temps de guerre et peu après la fin des hostilités, des centaines de femmes enceintes ont accouché dans les buissons ou dans les maisons abandonnées. Par manque de matériel approprié, le couteau de cuisine ou de table a souvent servi d'instrument chirurgical, et le morceau d'étoffe de bande pour le pansement. Le vin de palme fraîchement récolté était parfois utilisé par les femmes en état d'allaitement pour stimuler la production du lait maternel. Les racines, écorces et feuilles ont été massivement utilisées pour soigner les pathologies telles que le paludisme, la gale, les toux, diarrhées...

3.4. Gestion et approvisionnement en médicaments des ménages dans les zones d'étude

Durant la période de guerre, le commerce informel des médicaments essentiels d'urgence, dans les trois zones ravagées par les conflits armés, est l'œuvre des commerçants ambulants. On assiste aussi à l'émergence des phénomènes tels que les porteurs de médicaments ou encore les personnes recrutées par les grossistes ou vendeurs de médicaments afin d'assurer le transport des marchandises dans différentes localités. De même, pendant cette période, apparaît la mobilité des dispensateurs de soins ambulants d'un département à un autre ou d'une localité à une autre. Quant à l'approvisionnement en médicaments, suite à l'absence des organisations humanitaires en raison des problèmes de sécurité, il s'est développé de nouveaux réseaux de commerce au niveau des frontières de la RDC et du Gabon.

Les marchés forains et ponctuels ont permis le développement rapide du trafic intense au niveau inter et intra départemental. La RDC a été une des grandes sources d'approvisionnement en médicaments génériques "Schalina", d'origine indienne et le Gabon en médicaments « d'origine ou brevetés». Les produits venant du Gabon ont eu comme point de chute principal le Département du Niari, avant de se répandre dans d'autres localités. Ceux venant de la République Démocratique du Congo ont alimenté principalement le département du Pool. Ces produits qui étaient en vente libre, dans les rues des localités affectées par les conflits armés ont occasionné une forte automédication utilisée par les populations en situations d'urgence.

Conclusion

Pour élargir nos constats, plusieurs études ont été réalisées au Congo sur l'impact des conflits sur la population. Les effets induits par ces conflits ont également affecté les interrelations entre les populations en situation de mobilité et le développement. Ces conflits ont également fragilisé et accentué la vulnérabilité sociale, économique, psychologique, sanitaire et culturelle des populations meurtries par conflits depuis quelques années. En gros, les conflits armés ont contribué à la dégradation de conditions de vie de populations, les obligeant à adopter des stratégies de survie face aux questions de : santé, recours thérapeutiques, alimentation, accès à l'eau, organisation de vie sociale dans les campements, gestion de prise en charge de la santé dans un contexte de guerre. Par ailleurs, la gestion des solidarités sociales, culturelles, identitaires ou d'appartenance, des migrations de retour à la campagne et l'émergence des réseaux sociaux de solidarité ethniques et inter ethniques dans ce cadre suscite ou mérite une réflexion approfondie.

BIBLIOGRAPHIE :

DIA S., 1999. Enquête sur la sécurité alimentaire en milieu urbain Brazzaville, Action contre la Faim /Office Humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO)

Etude sur le Bilan social au Congo a été réalisée en 2001 dans le cadre de l'appui en matière d'assistance de la Banque mondiale au Gouvernement de la République du Congo par le biais de la Direction Générale de la Programmation

Etude transversale sur les violences sexuelles faites aux femmes réalisée à Brazzaville(1999) par la Direction Générale de la Population

Graça Machel, conséquences des conflits armés sur les enfants, Unicef, 1996.

Ministère de la Solidarité Nationale, des Sinistrés et des Victimes de guerre, chargé de l'Action Humanitaire, 1998

Rapport sur l'application de la Convention relative au droit de l'enfant en République ,2004

Rapport technique, Projet enfants traumatisés ,2001

Rapport National sur le Développement Humain, République du Congo, 2002.

Philippe Laburthe-Tolra et Jean Pierre Warnier (2003)