

Impact du conflit armé sur le système de santé d'un district sanitaire en Côte d'Ivoire

Tiembré I¹, Benié J¹, Coulibaly A¹, Dagnan S¹, Ekra D¹, Coulibaly S², Tagliante -Saracino J¹

1. UFR des Sciences Médicales, Université d'Abidjan,

2. Directeur Départemental de la Santé de Séguéla, Côte d'Ivoire

Med Trop 2011 ; 71 : 249-252

RÉSUMÉ • Depuis septembre 2002, la Côte d'Ivoire, est confrontée à un conflit armé qui a entraîné la partition du pays en deux. Dans la partie sous contrôle gouvernemental, la continuité des soins de santé était assurée. Dans celle sous contrôle des Forces Nouvelles, les couvertures sanitaires ont considérablement chuté suite à la fermeture des établissements sanitaires, due au départ des agents de santé qualifiés. Dans cette étude transversale à visée descriptive, nous avons voulu quantifier l'impact de cette crise sur le système de Santé du district sanitaire de Séguéla qui fait partie des districts affectés par la guerre. Les résultats suivants ont été observés, 60,7% des établissements sanitaires du district ne sont plus fonctionnels, 77,7% des agents qualifiés ont abandonné leur poste de travail, 46,2% des structures sanitaires ont été détériorées. Certains hôpitaux de référence et établissements sanitaires ont fonctionné grâce au soutien des organismes humanitaires. Cependant, les couvertures sanitaires ont connu une baisse conséquente entraînant une recrudescence de rougeoles et des IST. De plus, les gastrites et la traumatologie sont apparues dans les 10 premières causes de morbidité. Pour la relance effective des activités dans le district sanitaire de Séguéla, le retour des agents de santé, la réhabilitation et le rééquipement des établissements sanitaires s'avèrent indispensables.

MOTS-CLÉS • District sanitaire. Système de santé. Impact. Conflit armé. Côte d'Ivoire.

IMPACT OF ARMED CONFLICT ON THE HEALTH CARE SYSTEM OF A SANITARY DISTRICT IN CÔTE D'IVOIRE

ABSTRACT • Since September 2002, Côte d'Ivoire has been in the throes of armed conflict that has split the country in two. In the government-controlled area, access to health care services has continued. In the area under the control of the "New Forces", access to health care services decreased dramatically due to departure of qualified health personnel and subsequent shutdown of sanitary facilities. The purpose of this transversal descriptive survey was to measure the impact of this crisis on the health care system in the Séguéla sanitary district that is located in the war zone. Findings showed that 60.7% of sanitary facilities are no longer operational, that 77.7% of qualified personnel have left their workstation, and that 46.2% of sanitary structures have been damaged. A few reference hospitals and sanitary facilities have been able to remain open thanks to the support of the humanitarian organisations. As a result of declining access to health care services, a recrudescence of measles and IST has been observed and gastritis and traumatology have appeared among the top 10 causes of morbidity. Access to effective health care in the Séguéla sanitary district cannot be envisioned without the return of qualified health care personnel and the renovation of the sanitary facilities.

KEY WORDS • Sanitary district. Health care system. Impact. Armed conflict. Côte d'Ivoire.

La situation sanitaire des populations vivant dans les pays les moins avancés n'est guère reluisante. Cette situation est encore plus dramatique dans les pays en proie à des conflits armés. Les conflits violents peuvent avoir un impact énorme sur la santé des populations vivant en zone affectée, du point de vue de la mortalité et de la morbidité. Quelques 191 millions de personnes auraient perdu la vie directement ou indirectement dans les 25 plus grands conflits du XX^e siècle alors que 60 % d'entre elles ne participaient pas aux affrontements (1).

La crise que traverse la Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre 2002, n'est pas particulière. Elle a aussi eu un impact considérable sur le système de santé des districts affectés. Ses conséquences vont de l'exode des agents de santé, à la destruction et au pillage systématique des structures sanitaires et des biens du personnel déplacé avec pour effet, la baisse drastique de l'accès des populations des zones assiégées aux soins de santé essentiels.

La connaissance de l'état des lieux, l'évaluation du système sanitaire dans ces zones, aussi bien au point de vue des moyens

humains, structurels et organisationnels que sur le plan épidémiologique, est indispensable pour les décideurs et les partenaires au développement, afin de planifier le renforcement et le redémarrage des activités sanitaires.

Cette étude a été faite dans le but de donner des informations pouvant guider la réhabilitation des infrastructures sanitaires et la relance des activités des soins de santé dans les zones affectées par la crise. Elle avait pour objectif général d'évaluer l'impact réel de la crise sur le système de santé du district sanitaire de Séguéla. De façon spécifique, il s'agissait de décrire les conséquences de la crise sur les ressources du district sanitaire de Séguéla, d'évaluer les activités sanitaires menées dans le district et de décrire le profil épidémiologique du district pendant la période de crise.

Matériel et méthodes

Caractéristiques de la zone de l'étude

Le district sanitaire de Séguéla est situé au Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire, dans la région du Worodougou, à 515 km

• Correspondance : itiembré@yahoo.fr

• Article reçu le 3/10/2007, définitivement accepté le 16/05/2011

d'Abidjan, capitale économique du pays. Il s'étend sur 11 126 km². Il est limité par les districts sanitaires suivants, Boundiali et Odienné (au nord); Vavoua (au sud); Touba, Biankouman et Man (à l'ouest); Mankono (à l'est).

Le district couvre un département, 8 sous-préfectures dont les chefs-lieux sont des communes de plein exercice. Il compte 210 villages et plus de 200 campements. La population totale du district était estimée en 2003 à 236 934 habitants soit une densité de 22 habitants au km² et un accroissement annuel de 0,034.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive comparant, d'une part, les données transversales des années 2002 (avant crise) et 2003 pour l'évaluation des ressources du district; d'autre part, celles de 2001 et de 2004, pour l'évaluation des données de morbidité en raison de la complétude des données de ces années.

Source de donnée

L'évaluation des ressources porte de manière exhaustive sur tous les établissements sanitaires du district de Séguéla, soit au total 28 structures sanitaires et 50 logements administratifs du personnel. Les données épidémiologiques de 2001 résultent du bilan d'activités du district sanitaire de Séguéla (archives) et celles de 2004 sont constituées à partir des rapports d'activités fournis par les centres fonctionnels, soit 14 formations sanitaires fonctionnelles en 2004.

Variabes étudiées

La disponibilité du personnel, la fonctionnalité des services, l'état des infrastructures, la disponibilité des équipements et moyens logistiques, les couvertures sanitaires et vaccinales (nombre d'enfants vaccinés rapporté à la population cible) ainsi que les données épidémiologiques de morbidité ont été recueillies.

Outil de recueil de données

Pour l'évaluation des ressources, une fiche d'enquête a été établie pour recueillir toutes les données dans les différents établissements sanitaires, à raison d'une fiche d'enquête par centre. Les données ont été recueillies par les agents responsables des établissements sanitaires. Pour les centres dépourvus de personnel, le recueil a été fait par les agents de santé du centre le plus proche. Un guide d'utilisation du questionnaire a été donné à chaque enquêteur pour faciliter le travail. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel EPI-INFO version 6.04.

Résultats

Disponibilité du personnel

Seuls les auxiliaires de santé (ambulanciers, techniciens de surface, garçons et filles de salle) sont restés en place à 85,0%. La totalité du personnel administratif (directeurs ou gestionnaires des établissements de santé, comptables, secrétaires) et techniques (ingénieurs et techniciens biomédicaux), ainsi que 77,7% des agents qualifiés (médecins, personnel paramédical et techniciens de santé) avaient abandonné leur poste de travail.

Tableau 1. Disponibilité et état des équipements, district sanitaire de Séguéla, Côte d'Ivoire.

Equipements	Matériel disponible		Matériel disponible utilisé en 2003
	Avant la crise (2002)	Pendant la crise (2003)	
Matériel roulant	28	11 (39%)	11 (100%)
Matériel de chaîne de froid	126	94 (75%)	21 (22%)
Mobiliers	679	344 (51%)	131 (38%)
Matériel technique	241	164 (68%)	87 (53%)

Fonctionnalité des établissements sanitaires

Sur un ensemble de 78 infrastructures sanitaires, 36 soit 46% étaient détériorées. Parmi les 28 établissements sanitaires, 17 soit 61% étaient non fonctionnels en 2003.

Dans les établissements sanitaires, de nombreux équipements étaient soit indisponibles soit usés (tableau 1). Si l'on décompte le matériel usé, les équipements ont globalement diminué de 2/3 passant de 1 074 à 363. De même, la disponibilité des intrants (vaccins et médicaments essentiels) a régressé de 29,6% et celle des registres et outils de gestion de 41,7%. Le district ne disposait plus que de quelques motos comme véhicule, toutes en mauvais état.

Tableau 2. Ratio de population par personnel de santé et établissements sanitaires fonctionnels, district de Séguéla, Côte d'Ivoire.

Personnel	Ratio habitants/personne ou établissement		Baisse
	2002	2003	
Médecin	20 831	78 978	73,5%
IDE	4 677	21 539	78,3%
Sage femme	2 846	11 183	74,5%
Personnel qualifié	2 900	12 470	76,7%
Etablissement			
Formation Sanitaire Fonctionnelle (FSF)	8 184	21 539	62,0%
Maternité fonctionnelle (MF)	3 605	13 979	74,2%

Tableau 3. Comparaison des activités des services de santé du District sanitaire de Séguéla entre 2002 et 2004.

Activités des services	Année		Ecart
	2002	2004	
Consultations	45 936	45 402	- 534
Accouchement hospitalier	2 699	2 844	+145
Hospitalisation	1 415	3 090	+ 1675
Activités de consultations			
Nombre de postes de vaccination	23	8	- 15
Nombre stratégies avancées	457	-	- 457

Tableau 4. Comparaison des couvertures vaccinales du District sanitaire de Séguéla entre 2002 et 2004.

Couverture vaccinale	Année		Ecart
	2002 %	2004 %	
Couverture BCG (Bacille de Calmette et Guérin)	69	22	- 47
Couverture DTCP3+ (HB3) (Vaccin contre la diphtérie, tétanos, la coqueluche, et l'hépatite B (troisième dose))	58	13	- 45
Couverture VAT2+ (vaccin antitétanique (deuxième dose et plus))	43	11	- 32
Couverture VAR (vaccin anti rougeoleux)	52	17	- 35
Couverture VAA (vaccin anti amaril)	48	11	- 37
Taux d'abandon DTCP+ (HB) Vaccin contre le tétanos, la coqueluche, et l'hépatite virale B	13	53	+40

Tableau 5. Les dix premières causes de morbidité dans les établissements sanitaires, district de Séguéla, Côte d'Ivoire.

2001		2004	
Maladies	Nombre de cas	Maladies	Nombre de cas
Paludisme	15 186	Paludisme	13 230
Infections respiratoires aiguës	6 837	Infections respiratoires aiguës	9 126
Diarrhées	4 012	Diarrhées	4 694
Infections sexuellement transmissibles	935	Infections sexuellement transmissibles	1 741
Anémie	743	Gastrite	1 195
Rougeole	230	Traumatisme	1 137
Malnutrition	169	Rougeole	765
Méningite	74	Anémie	515
Tétanos	15	Méningite	454
Tétanos Neo natal	3	Malnutrition	264

Les couvertures sanitaires

Les ratios de personnel comme d'établissements sanitaires fonctionnels par population ont nettement diminué de 2002 à 2003 (tableau 2). La baisse de l'offre de soins était de 75 % pour les personnels et les maternités, et de 2/3 pour les formations sanitaires.

Du fait de la raréfaction des établissements sanitaires, la proportion de population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire fonctionnelle a diminué d'un tiers passant de 65,6 % à 44,8 % de la population du district.

En parallèle, les activités de soins se sont modifiées avec un accroissement du nombre d'hospitalisations qui a plus que doublé entre 2001 et 2004, alors que le nombre d'accouchements et celui des consultations sont demeurés quasi stables. Le nombre de postes de vaccination a diminué de 2/3 sur la période (tableau 3). De ce fait, les couvertures vaccinales des différents vaccins ont connu une baisse de 2002 à 2004, avec une proportion importante d'abandons en cours de protocole de vaccination (tableau 4). Aucune vaccination n'a été effectuée en stratégie avancée en 2004.

Données épidémiologiques

La surveillance épidémiologique ne se faisait pas correctement. Certains cas de maladies ont été investigués, mais sans prélèvement biologique ni transmission de rapport au niveau central. Le tableau 5 rapporte les dix premières causes de morbidité répertoriées dans les établissements sanitaires en 2001 et en 2004. Les quatre premières causes de morbidité sont restées les mêmes en 2001 comme en 2004, soit le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et les infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, si le nombre de cas de paludisme a légèrement baissé en 2004, le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles a subi une augmentation de 86 %. Les traumatismes, avec 1 137 cas, et les gastrites avec 1 195 cas sont deux nouvelles pathologies qui apparaissent parmi les dix premières causes de morbidité en 2004 alors qu'elles étaient absentes en 2001. D'autres maladies connues ont également augmenté de façon inquiétante : la malnutrition est passée de 169 cas en 2001 à 264 cas en 2004 ; le nombre de cas de rougeole a triplé pendant la période de crise et le nombre de cas de méningite est passé de 74 cas en 2001 à 454 cas en 2004. Le nombre de cas de lèpre est passé de 45 en 2001 à 37 en 2004.

Discussion

Dans la période d'octobre 2002 à Avril 2004 dans le district sanitaire de Séguéla, 78 % des agents de santé qualifiés étaient absents de leur poste de travail. Cette situation était liée au départ des agents de santé qui ont fui les combats pour se réfugier dans les

zones gouvernementales. En juin 2004, la Direction des Ressources Humaines (DRH) de la santé a fait l'état de la situation des effectifs du personnel des zones Centre Nord Ouest (CNO) : avant la crise 3 500 agents y résidaient, 2 417 déplacés de guerre se sont fait enregistrer à la DRH soit 69 % de l'effectif total et 1 220 ont été redéployés dont 217 de façon définitive (2).

Cela a eu pour conséquence immédiate, la fermeture de la majorité des formations sanitaires et la baisse drastique de l'accès de la population aux soins de santé essentiels. Moins de 30 % des établissements sanitaires étaient fonctionnels en août 2004. Ces données sont cohérentes avec les observations nationales de la DRH montrant une détérioration de 46,5 % des 1 324 établissements sanitaires que comptait la Côte d'Ivoire avant le conflit (2). Il va de soit que la réhabilitation est l'une des conditions de la reprise effective des activités dans les localités où ces problèmes existent.

La disponibilité des intrants (vaccins et médicaments essentiels) au niveau du district a diminué pendant la période de crise. Avec le manque de ressources humaines, matérielles et financières, le district n'était plus en mesure de se ravitailler lui-même. Il a été ravitaillé par une ONG humanitaire (« Médecins Du Monde ») en médicaments essentiels et en outils de gestion. Seuls les centres de santé tenus par du personnel qualifié étaient ravitaillés. La baisse de la couverture sanitaire était liée à l'exode des agents de santé et la fermeture de la majorité des établissements sanitaires depuis le début de la crise. Malgré cette baisse, au niveau hospitalier, le nombre d'accouchements et de consultations de soins curatifs était aussi important qu'en temps normal. Cela s'explique par le fait que l'hôpital de référence et les centres de santé fonctionnels recevaient des patients venant des districts voisins qui n'avaient plus de formations sanitaires fonctionnelles. Le nombre d'hospitalisations a plus que doublé en 2004 par rapport à 2001. Une des raisons avancées est probablement le nombre élevé d'hospitalisations en chirurgie pour cause de blessures de guerre, ce qui est cohérent avec l'apparition des traumatismes parmi les 10 premières morbidités. Une autre explication est la provenance lointaine de nombreux malades venant des districts dont les hôpitaux de référence n'étaient plus fonctionnels en particulier Mankono et Vavoua.

Par contre, la diminution des centres de vaccinations et l'absence de personnel a entraîné une réduction drastique des couvertures vaccinales des vaccins inscrits au Programme Elargi de Vaccination (PEV). Des conséquences à court terme sont déjà observées avec l'augmentation des cas de rougeole et de tuberculose, mais on peut s'attendre à ce que ce retard du PEV ait des conséquences à long terme sur la morbidité et la mortalité infantile.

La désorganisation du système de santé a eu un impact sur la morbidité due à diverses pathologies. En 2004 tout comme en 2001, les quatre premières causes de morbidité étaient les mêmes à savoir le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diar-

rhées et les infections sexuellement transmissibles. Dans le travail de Kra (3) au Liberia, le paludisme venait également en première position suivie des infections sexuellement transmissibles.

Dans notre étude, les 4 premières causes de morbidité avaient augmenté de 2001 à 2004 sauf le paludisme. La baisse de l'incidence du paludisme pourrait s'expliquer par la diminution de la demande de soins due à la paupérisation des populations du fait du conflit mais aussi aux insuffisances du système de notification des cas de paludisme dues essentiellement au manque de personnel qualifié.

De nouvelles pathologies ont fait leur apparition parmi les dix premières causes de morbidité en 2004 en particulier les gastrites et les lésions traumatiques. Les gastrites sont probablement dues aux stress et aux difficultés liées à la guerre. Les raisons principales des traumatismes, sont les affrontements armés et les mauvaises manipulations des armes, mais aussi les accidents de la voie publique causés par des véhicules ne subissant plus de contrôles, ni de visites techniques et conduits très souvent par des personnes ne possédant pas au préalable de permis de conduire, soit une conséquence indirecte de la désorganisation générale de la société.(4)

Le nombre de cas d'infections sexuellement transmissibles est passé de 935 en 2001 à 1 741 en 2004, soit une augmentation de 86 %. Cette augmentation de l'incidence des IST est constamment retrouvée dans les zones de conflits armés en raison de la présence de troupes militaires. Cette situation fait craindre l'augmentation du nombre de cas d'infection à VIH/SIDA (3).

Les 2 grands fléaux des guerres que sont les diarrhées et la malnutrition sont bien présents dans les 10 premières causes de morbidité. En effet, selon Kra (3) les diarrhées aiguës et la malnutrition constituent l'essentiel des pathologies observées en période de guerre en Afrique. Dans le district sanitaire de Séguéla, la rougeole, la méningite et la malnutrition étaient en nette progression. Cette situation traduit une situation de crise sanitaire.

Le district disposait d'un Centre Antituberculeux (CAT) intégré et le nombre de cas de tuberculose traités en 2004 était quatre fois supérieur à celui de 2001. En 2004, le CAT recevait les malades des districts voisins qui n'étaient pas fonctionnels.

Le nombre de cas de lèpre est passé de 45 en 2001 à 37 en 2004. L'infirmier contrôleur lèpre était en place mais il n'y avait pas de recherche active des cas comme en temps normal du fait du manque de moyens logistiques, ce qui peut faire craindre une sous-estimation des cas.

CONCLUSION

La crise ivoirienne a eu un impact considérable sur le système de santé du district sanitaire de Séguéla. La relance effective des activités sanitaires dans ce district, passe par le retour des agents déplacés à leurs postes de travail, la réhabilitation et l'équipement des établissements sanitaires. Ce qui suppose le retour préalable à la paix définitive dans ce District. Malheureusement il est à redouter que la crise post électorale que connaît actuellement le pays entraîne une aggravation de cette situation déjà précaire.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.
2. Loukou (D.), Etat d'avancement de l'opération de redéploiement de l'administration (secteur de santé). DRH Santé, juin 2004.
3. O, Hui E, Ouattara B, Eholie S, Kakou A, Bissagnene E, *et al.* Morbidité en période d'après-guerre à l'Hôpital de l'Ecomog (Ecomog Monitoring Group) de Monrovia (Libéria). *Med Afr Noire* 2003; 7 : 341-5
4. Salah al-Din al-Shazali. Le coût humain et social de la guerre civile. Egypte/Monde arabe, 1993; Première série, 15-16. Les crises soudanaises des années 80. [En ligne], mis en ligne le 08 juillet 2008. URL : <http://ema.revues.org/index1094.html>. Consulté le 19 mars 2010.



Viêt-Nam © Morand Aurélie