



B.P : 285 Bukavu

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE BUKAVU, A.S.B.L

UCB

Faculté de Médecine

ECOLE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE

MEMOIRE DE MASTER EN SANTE PUBLIQUE

MECANISMES D'ADAPTATION MIS EN PLACE PAR LES AGENTS DE SANTE

DANS LES ZONES DE SANTE EN CONFLITS ARMES :

Cas de la Zone de Santé de Bunyakiri en RDC

MASTER EN SANTE PUBLIQUE

ECONOMIE DE LA SANTE

Par : Ghyghy MUDAHIGWA MUGISHO

Promoteur : Prof. Ghislain BISIMWA BALALUKA

Co-Promoteur : Samuel MAKALI MPH, MD

ghyghymugisho@gmail.com

Année Académique 2017-2019

EPIGRAPHE

Voici le commencement de la sagesse : Acquiers la sagesse,
Et avec tout ce que tu possèdes, acquiers l'intelligence.
Exalte-la, et elle t'élèvera ; Elle fera ta gloire, si tu l'embrasses ; Elle mettra sur
ta tête une couronne de grâce.

Proverbes 4:7-9a

J'ai reconnu que tout ce que Dieu fait durera toujours, qu'il n'a rien à y ajouter
et rien à en retrancher et que Dieu agit ainsi afin qu'on le craigne. Ce qui est, a
déjà été, et ce qui sera, a déjà été, et Dieu ramène ce qui est passé.

Proverbes 3:12

DEDICACE

En ce jour ci merveilleux, nous remercions l'Eternel Dieu pour sa bonté, lui qui nous fait arriver à ce jour et qui ne cesse de faire luire sa main puissante sur nous.

Qu'il soit infiniment loué !

A mes chers parents BUHENDWA MWIMANGIRE et ZIHINDULA MUSHENGEZI en qui l'Etre suprême a conféré les potentialités de nous héberger en inculquant en nous des valeurs morales nobles, susceptibles de nous adapter aux circonstances du moment.

Recevez ainsi les fruits de vos mérites !

Une voix nous vient bas à l'esprit et me conduit droit vers mes frères et sœurs.

Qu'ils trouvent les fruits de notre fraternité!

A toute ma descendance

MUDAHIGWA MUGISHO Ghyghy

AVANT-PROPOS

Nous estimons avoir accès dans la classe de Maître en Santé Publique (MPH). Nous trouvons ainsi, le moment propice pour congratuler tous ceux qui nous ont assistés de près ou de loin.

Nous sommes conscients de notre redevabilité envers bien de personnes. Nous voyons particulièrement le Professeur Dr. Ghislain BISIMWA Balaluka et Dr. Samuel MAKALI, MPH pour nous avoir accepté la direction du présent mémoire en nous fournissant des documentations scientifiques indispensables et à qui nous retournons les compliments de Pierre Corneille : «La valeur n'entend pas le nombre des années.» Que vos familles trouvent également nos compliments de gratitude.

Une pensée courte et particulière va tout droit vers l'Université Catholique de Bukavu (UCB) et Renforcement Institutionnelle des Politiques de Santé basée sur l'Evidence en RDC (RIPSEC) pour nous avoir soutenu dans l'élaboration de ce travail de mémoire.

Nous tenons éventuellement à remercier, le Professeur Kanigula MUBAGWA, Professeur Tony SHINDANO, Professeur Macece BAGENDABANGA, Professeur Kindja NYAMUGABO et Dr. Guy MULINGANYA pour nous avoir soutenu et recommandé à l'Ecole Régionale de Santé Publique.

Nous adressons évidemment un hommage de reconnaissance à nos grand-pères, grand-mères, oncles et tantes.

A nos très cher(e)s et inoubliables :

Familles Muko MUBAGWA, MIRINDI Namwijima, KASHEMWA Augustin, KASSE, SAFARI Kazige, Yissa MUSHENGEZI, MUNYERENKANA Mamy, Gustave KALUMUNA, Jean-Claude LUKULI.

A nos ami(e)s et compagnons de lutte, pour l'amitié franche qui nous réunit et pour le mérite supplémentaire que nous encourageons avec Louis Pasteur : «Le hasard ne sourit qu'à ceux qui y ont été préparés.»

Nous voulons enfin, exprimer notre reconnaissance :

- ❖ Aux autorités de l'Université Catholique de Bukavu et de l'Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu pour nous avoir encadrés, interpellé et qui nous ont convaincus de réalisme et de simplicité.
- ❖ A l'ERSP-UCB, grâce à toi que nous sommes des Maîtres en Santé Publique, nous avons pris connaissances, nous disons merci et ne l'oublierons jamais.

Que ceux qui nous gardent à coeur et qui n'ont pas été cité sur cette page se sentent aussi remercier.

TABLE DE MATIERE

EPIGRAPHE	I
DEDICACE	II
AVANT-PROPOS	III
TABLE DE MATIERE	V
SIGNES ET ABREVIATIONS	VII
RESUME DU TRAVAIL	VIII
SUMMARY	IX
0. INTRODUCTION	- 1 -
0.1. PROBLEMATIQUE	- 1 -
0.2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE L'ÉTUDE	- 3 -
0.2.1. Objectifs	- 3 -
0.2.1.1. <i>Objectif général</i>	- 3 -
0.2.1.2. <i>Objectifs spécifiques</i>	- 3 -
0.2.2. QUESTION DE RECHERCHE	- 3 -
CHAPITRE I. REVUE DE LITTÉRATURE	- 4 -
CHAPITRE II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	- 7 -
2.1. Matériel	- 7 -
2.1.1. <i>Cadre d'étude</i>	- 7 -
2.1.2. <i>Période d'étude</i>	- 7 -
2.1.3. <i>Population d'étude</i>	- 8 -
2.1.3.1. <i>Critères d'inclusion</i>	- 8 -
2.1.3.2. <i>Critères d'exclusion</i>	- 8 -
2.2. Méthodes	- 8 -
2.2.1. <i>Type d'étude</i>	- 8 -
2.2.2. <i>Collecte des données</i>	- 8 -
2.2.3. <i>Techniques de l'échantillonnage</i>	- 8 -
2.2.4. <i>Traitement et analyse des données</i>	- 9 -
2.2.5. <i>Limites méthodologiques</i>	- 9 -
2.3. Considérations éthiques	- 9 -
CHAPITRE III. RESULTATS	- 10 -
3.1. <i>Caractéristiques des participants dans la Zone de Santé de Bunyakiri</i>	- 10 -
3.2. <i>Événements tragiques en rapport avec les conflits armés à Bunyakiri</i>	- 10 -
3.3. <i>Impacts des événements sur la santé dans la Zone de Santé de Bunyakiri</i>	- 12 -
3.4. <i>Affecter par les conflits armés dans la Zone de Santé</i>	- 13 -

3.5. Raisons pour rester travailler dans la Zone de Santé malgré les conflits armés	- 14 -
3.6. Mécanismes en place par l'agent de santé lors des conflits armés dans la Zone de Santé	- 15 -
Graphique 1 : Mécanismes mise en place par les agents de santé dans la ZS de Bunyakiri.....	- 15 -
3.7. Mécanismes mise en place par la structure sanitaire lors des conflits armés dans la ZS.....	- 16 -
Graphique 2 : Mécanismes mis en place par les structures des santés dans la ZS de Bunyakiri	- 17 -
3.8. Motivations à rester travailler dans la ZS en Conflits armés	- 17 -
CHAPITRE IV. DISCUSSION	- 19 -
4.1. Fuir en temps de guerre et retourner après accalmie.....	- 19 -
4.2. Sensibilisation et négociation avec les groupes armés et la collaboration avec toutes les couches de la population dans la Zone de Santé de Bunyakiri	- 20 -
4.3. Déplacement des matériels médicaux vers les endroits sécurisés dans la Zone de Santé.....	- 21 -
4.4. Neutralité des agents santé dans l'administration des soins dans la Zone de Santé.....	- 21 -
CONCLUSION.....	- 23 -
REFERENCES	- 24 -

SIGNES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage

°C : Degré Celcius

AFDL : Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo

AGR : Activités Génératrices des Revenus

BCZ : Bureau Central de la Zone

CICR : Comité International de la Croix-Rouge

CS : Centre de Santé

DIH : Droit International Humanitaire

DN : Directeur de Nursing

ERSP : Ecole Régionale de Santé Publique

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FARDC : Forces Armées de la République Démocratique du Congo

FDLR : Forces Démocratiques de Libération du Rwanda

HGR : Hôpital Général de Référence

IMC : Indice de Masse Corporelle

IS : Infirmier Superviseur

IT : Infirmiers Titulaires

ITA : Infirmiers Titulaires Adjointes

AMEDER : Association Méditerranéenne pour l'Eco Développement des Espaces
Ruraux

MONUSCO : Mission de l'Organisation des Nations unies en République
Démocratique du Congo

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRECODESA : Président des comités de santé

RDC : République Démocratique du Congo

RECO : Relais Communautaire

RIPSEC: Renforcement Institutionnelle des Politiques de Santé basée sur
l'Evidence en RDC

UCB : Université Catholique de Bukavu

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ZS : Zone de Santé

RESUME DU TRAVAIL

Introduction : L'Est de la RDC a subi plusieurs crises liées aux conflits armés durant plusieurs années. Alors que cette situation de crise affecte plus le personnel de santé ; aucune étude n'a été déjà réalisée pour ressortir les mécanismes mis en place par ces derniers pour s'y adapter. Cette étude a comme objectif de relater les opinions des agents de santé concernant ces mécanismes.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale utilisant une approche qualitative auprès des agents de la Zone de Santé de Bunyakiri. Les données ont été collectées grâce à des entretiens individuels et nous avons réalisé une analyse thématique après transcriptions mot à mot des entretiens.

Résultat : Les mécanismes suivants sont ressortis de notre analyse : la collaboration avec toutes les couches (militaires et civiles) de la zone, la fuite en temps de guerre et retour après accalmie, la sensibilisation et négociation avec les groupes armés, le déplacement des matériels médicaux vers les endroits sécurisés, la réception des aides médicales des ONGs, et la pratique de la neutralité des agents santé dans l'administration des soins pendant la guerre.

Conclusion : Plusieurs mécanismes sont mis en place par les agents de santé en temps de crise. Ces mécanismes dépendent pour la plupart de la capacité de ces agents à collaborer avec les autres et à rester professionnel lors de la situation des conflits. Une bonne prise en charge de ces agents pourrait améliorer leur prestation et maintenir un bon niveau de performance des systèmes de santé.

Mots clés : Mécanismes d'adaptation, Agent de santé, Zones de santé, Conflits armés, RDC.

SUMMARY

Introduction: The eastern part of the Democratic Republic of the Congo has experienced several crises related to armed conflicts over several years. While this crisis situation affects health personnel more, no study has yet been carried out to identify the mechanisms put in place by the latter to adapt to it. The objective of this study is to report the opinions of health workers regarding these mechanisms.

Methods: This is a cross-sectional study using a qualitative approach with agents in the Bunyakiri Health Zone. The data were collected through individual interviews and we conducted a thematic analysis after verbatim transcripts of the interviews.

Result: The following mechanisms emerged from our analysis : collaboration with all layers (military and civilian) of the zone, flight in times of war and return after calm, awareness-raising and negotiation with armed groups, movement of medical equipment to safe places, receipt of medical aids from NGOs, and the practice of neutrality of health workers in the administration of care during the war.

Conclusion: Several mechanisms are put in place by health workers in times of crisis. These mechanisms depend on the most part of the ability of these agents to collaborate with others and to remain professional in conflict situations. Good management of these agents could improve their performance and maintain a good level of health system performance.

Key words: Coping mechanisms, health worker, health Zones, armed conflict, DRC.

0. INTRODUCTION

0.1. PROBLEMATIQUE

Les conflits armés incessants sur le continent africain semblent désormais connus et être au cœur des préoccupations mondiales. Depuis la fin de la colonisation, de nombreuses vagues de violences ont ébranlées le continent. Souvent, des conflits internes opposant différents groupes armés et forces de l'ordre, ou forces de l'ordre et populations civiles marquent le quotidien de nombreux États du continent [Myrto H., 2016].

En Afrique, les estimations montrent que les conflits ont coûté la vie à près de 7 millions de personnes et ont créé près de 19 millions de réfugiés depuis les années 1960 [Chuter D. et al, 2016]. Ainsi, les conflits contribuent à des pertes et des destructions inestimables des infrastructures et de l'économie des pays concernés. Par ailleurs, au cours des deux dernières décennies, nous avons assisté à une évolution grandissante des conflits interétatiques vers des conflits intra-étatiques, prenant la forme de guerres civiles, de rébellions, de tentatives de sécession, de conflits ethniques et religieux, ou de génocides [Myrto H., 2016]. Les conflits en Afrique auraient entraîné une augmentation de 50% du nombre de décès d'enfants et une augmentation de 15% de la dénutrition. En temps de conflit, le nombre de médecins par habitant est 2,5 fois moins élevé qu'en temps de paix. Les enfants risquent 24 fois plus, de mourir pendant un conflit armé, à cause de maladies ou de blessures qu'en temps de paix. Dans les situations de conflit, les filles en particulier sont confrontées à des menaces croissantes de traite humaine, d'exploitation et de violence sexuelle et sexisme [ACERWC, 2016].

En RDC, les conflits s'expliqueraient de la façon suivante : les ingérences extérieures, les Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC) et autres institutions étatiques sécuritaires ne disposent pas de capacités suffisantes permettant de remplir leurs fonctions régaliennes auprès des populations civiles. Elles sont parfois utilisées pour poursuivre des intérêts privés ; l'État congolais n'est pas en mesure de fournir un cadre administratif et réglementaire répondant aux besoins de la population. Compte tenu de ces trois dynamiques, la population vit dans une insécurité matérielle et institutionnelle permanente. Et cela contribue à la formation de groupes armés informels, souvent à caractère ethnique, se positionnant comme garant de la sécurité des individus. Des tensions entre ces groupes sont ensuite instrumentalisées par des entrepreneurs de conflit provoquant des cycles de violence [ISSSS, 2017].

L'est du Congo est le théâtre d'un conflit violent depuis plus de deux décennies. Les hostilités entre l'armée congolaise et une multitude de groupes armés sont les principales causes de cette violence.

Bon nombre des milices villageoises désorganisées jusqu'aux groupes rebelles professionnels s'affrontent entre elles ainsi qu'avec les FARDC [Jason S. et al, 2013].

Les groupes armés sont considérés comme des voyous qui s'en prennent aux civils innocents et sans défense. Certains sont des prédateurs plus avides que d'autres, et bénéficient du large soutien des communautés locales parmi lesquelles ils sont recrutés. D'une manière ou d'une autre, les politiciens et les hommes d'affaires provinciaux et nationaux des zones urbaines concernées exercent plus d'influence sur les groupes armés que les leaders militaires sur le terrain, fournissant et organisant un appui financier, politique et logistique crucial. Ainsi, ces groupes armés sont profondément enracinés dans les réseaux sociaux civils, et l'aide que leur apportent les élites et les communautés est essentielle à leur survie [Jason S. et al, 2013].

Les effets de la violence sur le système et les soins de santé s'étendent bien au-delà du moment de l'attaque et de ses conséquences immédiates. Ces attaques affectant non seulement le personnel directement ciblé, mais aussi l'ensemble de la population dont la santé est compromise. D'une part, pour chaque professionnel de la santé attaqué, c'est autant de patients qui ne pourront pas recevoir de soins, préventifs ou curatifs. D'autre part, la répétition d'actes de violence contre les soins de santé peut conduire à une désertion de médecins dans la zone, craignant à juste titre pour leur sécurité [Vincent B., 2013].

Le personnel de santé, les structures et moyens de transport sanitaires, qu'ils soient militaires ou civils, doivent être respectés par tous. Le personnel de santé doit être protégé dans l'exercice de ses fonctions, pour pouvoir faire son travail dans les meilleures conditions de sécurité possibles. L'accès en toute sécurité du personnel de santé aux patients ainsi qu'aux structures et aux équipements sanitaires ne doit pas être indûment entravé, tout comme l'accès des patients aux structures sanitaires et au personnel de santé. Dans l'exercice de ses fonctions et lorsqu'il y est légalement autorisé, le personnel de santé se distingue par le port d'un des emblèmes, internationalement reconnus, comme une croix rouge, un croissant rouge ou cristal rouge, qui sont la manifestation visible de droit à la protection que lui confère le droit international applicable.

Le personnel de santé ne peut en aucun cas être sanctionné pour avoir exercé ses fonctions conformément aux normes juridiques et éthiques [CICR, 2017].

Au fait, dans les situations des conflits armés, de troubles civils et de répression à l'Est de la RDC, il devient extrêmement difficile, lorsque sont commises des attaques contre le personnel soignant, les établissements de soins, les moyens de transport sanitaires, de dispenser des soins au moment où ils sont le plus nécessaires et /ou pour les patients d'atteindre les services de santé [Katherine H. et al, 2013].

Jusqu'ici, il y a très peu de recherche participative, visant à comprendre comment les agents de santé dans la Zone de Santé de Bunyakiri arrivent à fonctionner dans un contexte des conflits armés et d'insécurité.

0.2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE L'ÉTUDE

0.2.1. Objectifs

0.2.1.1. Objectif général

Contribuer à la compréhension de la résilience du système de santé au Sud-Kivu.

0.2.1.2. Objectifs spécifiques

1. Dégager les événements tragiques en rapport avec les conflits armés dans la ZS,
2. Comprendre comment ces événements ont impacté la santé des agents dans la ZS,
3. Déterminer les raisons qui poussent les agents à rester dans ZS,
4. Identifier les mécanismes d'adaptation aux conflits armés mise en place par les agents dans la ZS,

0.2.2. QUESTION DE RECHERCHE

Comment est-ce que les agents de santé dans la Zone de Santé de Bunyakiri arrivent à fonctionner dans un contexte des conflits armés et d'insécurité ?

CHAPITRE I. REVUE DE LITTÉRATURE

Les Roberts (2000) dans une étude sur « *Résultats de cinq enquêtes de mortalité* » montrent que la violence et la destruction de la guerre portent bien au-delà des victimes civiles des obus, des bombes et des balles. La guerre entraîne souvent de graves dommages ou la destruction des infrastructures de santé, la désertion d'agents de santé et l'érosion de la capacité de l'État à prévenir et traiter les maladies, alors que la vulnérabilité à la maladie augmente avec la violence et le déplacement. Les études des populations en territoire des conflits armés, ont montré une augmentation significative de la morbidité et de la mortalité par maladies infectieuses, accouchements et autres causes qui ne sont pas directement liées aux blessures de guerre. En effet, les populations ayant connu un conflit armé, dans tout pays du monde, ont souvent les pires indicateurs de mortalité infantile, juvénile et maternelle, ainsi que des niveaux très élevés de déficiences psychologiques. En raison de la destruction des services et infrastructures de santé, on peut s'attendre à un déclin de la santé et de l'espérance de vie, voire son aggravation, et la pérennité de cette situation négative dans les années qui suivent la fin du conflit armé [Les Roberts, 2000].

Le rapport du Cluster Protection Mali (2012), atteste que les déplacements de civils ont créé des conséquences directes de la crise dans le nord du pays. A peu près 354,000 personnes ont été forcées de fuir leurs foyers. Les personnes déplacées vivent dans des conditions extrêmement précaires, dépendent de l'aide humanitaire et de la solidarité des leurs hôtes. Le système de santé dans le Nord de la RD Congo est de même profondément perturbé. Ce rapport, démontre que étant donné les mouvements de la population dans ce contexte de conflits armés, le choléra et d'autres maladies surgissent [Cluster Protection Mali, 2012]. Le Cluster santé (2017), soit 5 ans après, renchérit que la situation au Mali est restée très préoccupante au regard des nombreux besoins sanitaires non-couverts pour les populations les plus vulnérables en matière d'accès aux services de santé de base de qualité [Health Cluster Mali, 2017]. La crise qui perdure, continue d'amenuiser l'accès aux soins aussi bien en zone de conflits que dans le reste du Pays. Les évaluations récentes ont montré un déficit de ressources humaines qualifiées, en santé, avec un ratio global de 5 personnels de santé pour 10.000 habitants contre 23 personnels pour 10.000 habitants souhaité. A cela s'ajoute une répartition inégale de ces ressources humaines présentes. [OMS, 2016].

Par rapport à la situation de conflit armé au Rwanda, Hutchinson et al (2017) dans un article publié sur « *Comprendre les processus de risque et de protection qui façonnent la santé sexuelle et reproductive des jeunes femmes touchées par un conflit: le prix de la protection* », ont

démontré que les infrastructures de santé importantes qui facilitent l'accès à des services de SSR de bonne qualité peuvent être gravement affectées en temps de conflit [Hutchinson et al, 2017]. Au cours des hostilités, l'accès aux services d'obstétrique a été considérablement réduit à la suite du ciblage, du massacre et de l'exclusion de groupes confessionnels particuliers dans des hôpitaux et des cliniques, et avait entraîné une morbidité et une mortalité maternelle accrue [Verley E., 2010]. Pour plus de précision, Kumar K. et al (1996), mentionnent qu'à l'époque du génocide rwandais, l'ensemble du système de prestation de soins de santé ; 80% des professionnels de la santé ont été tués ou ont fui le pays, et des fournitures et équipements médicaux ont été lourdement pillés et détruits. Les agences de Nations Unies et les donateurs bilatéraux sont arrivés avec les professionnels de la santé formés, des médicaments, des fournitures et du matériel. Ils ont rétabli les services curatifs de base dans les zones urbaines et rurales [Kumar K. et al, 1996].

Hani Mowafi (2010) dans un article sur « *le Conflit, déplacement et santé au Moyen-Orient* », rapporte que plus récemment, des professionnels violents ont provoqué une carence en fournisseurs de soins de santé en Irak, beaucoup d'entre eux ayant quitté le pays, provoquant une pénurie en services de soins de santé. Dans cette même optique, au cours de la guerre civile au Mozambique, la Renamo a spécifiquement ciblé la santé et l'éducation dans le but de déstabiliser le pays [Hani M., 2010].

Dans une rédaction de la CICR (2016) relative à la protection des agents de santé, il est dit qu'au cœur d'un conflit armé ou d'une autre situation d'urgence, les attaques, les menaces et autres actes de violence entravent fréquemment le travail des personnels de santé, des structures médicales et des moyens de transport sanitaire. Très souvent, les services de santé se trouvent perturbés au moment où ils sont les plus indispensables et urgent. Cette situation présente des répercussions évidentes telles que : privations des soins vitaux aux patients et incapacité pour le personnel médical d'accomplir sa mission d'assistance [CICR, 2016].

Elisabeth et al (2012) dans une étude sur « *l'accessibilité aux services de soins en situation post conflit en République du Congo* », a soulevé qu'après avoir subi trois guerres civiles, la République du Congo est rentrée dans une phase de reconstruction. Elle dure depuis maintenant une décennie, et se réalise à des rythmes très lents et décalés selon les régions, et même à l'échelle locale. En zone rurale, l'offre de santé étant quasi exclusivement de nature publique, le sous-peuplement et la pauvreté ne favorisent pas l'éclosion médicale privée, même informelle [Elisabeth et al, 2012]. La reconstruction post-conflit amorcée par des organismes extérieurs est plus lente que dans d'autres zones, et n'aboutit pas toujours aux effets escomptés: le niveau de l'offre de soins demeure inférieur à la situation antérieure aux conflits [Dorier E. et al, 2011].

Il est à noter qu'un sous équipement grave persiste même dans les structures officiellement « réhabilitées ». La moitié d'elles sont approvisionnées moins de deux fois par an en médicaments. Le manque le plus criant est celui d'un personnel public qualifié, fait imputable à un désengagement de l'Etat dans des secteurs toujours considérés instables. Certains personnels refusent d'honorer des affectations en zones très enclavées [Elisabeth et al, 2012].

Jusqu'ici, il y a très peu de recherche participative, visant à comprendre pourquoi les agents de santé de la Zone de Santé de Bunyakiri, paradoxalement, restent dans ces zones touchées par les conflits armés et comment ils y font face.

Ainsi, le présent travail de mémoire mettra l'accent sur les mécanismes d'adaptation mise en place par les agents de santé dans les Zones de Santé en conflits à l'Est de la RD Congo.

CHAPITRE II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1. Matériel

2.1.1. Cadre d'étude

La présente étude se déroule à l'Est de la République Démocratique du Congo, dans la Province du Sud-Kivu / Territoire de Kalehe et plus particulièrement dans la Zone de Santé de Bunyakiri, à 72km de ville de Bukavu. La Zone de Santé de Bunyakiri est limitée au Nord par le territoire de Walikale et de Misisi, au Sud par le territoire de Kabare, à l'Est par la collectivité chefferie de Buhavu, et à l'Ouest par le territoire de Shabunda. Bunyakiri présente naturellement un relief montagneux.

La population de la Zone de Santé de Bunyakiri est estimée à 199.092 (2018). La ZS de Bunyakiri est une zone affectée par des guerres à répétition entre diverses milices. En mai 2018, la Zone a connu 47.193 individus déplacés, soit 13% et 39.687 individus retournés, soit 16,5% [CERF, 2018].

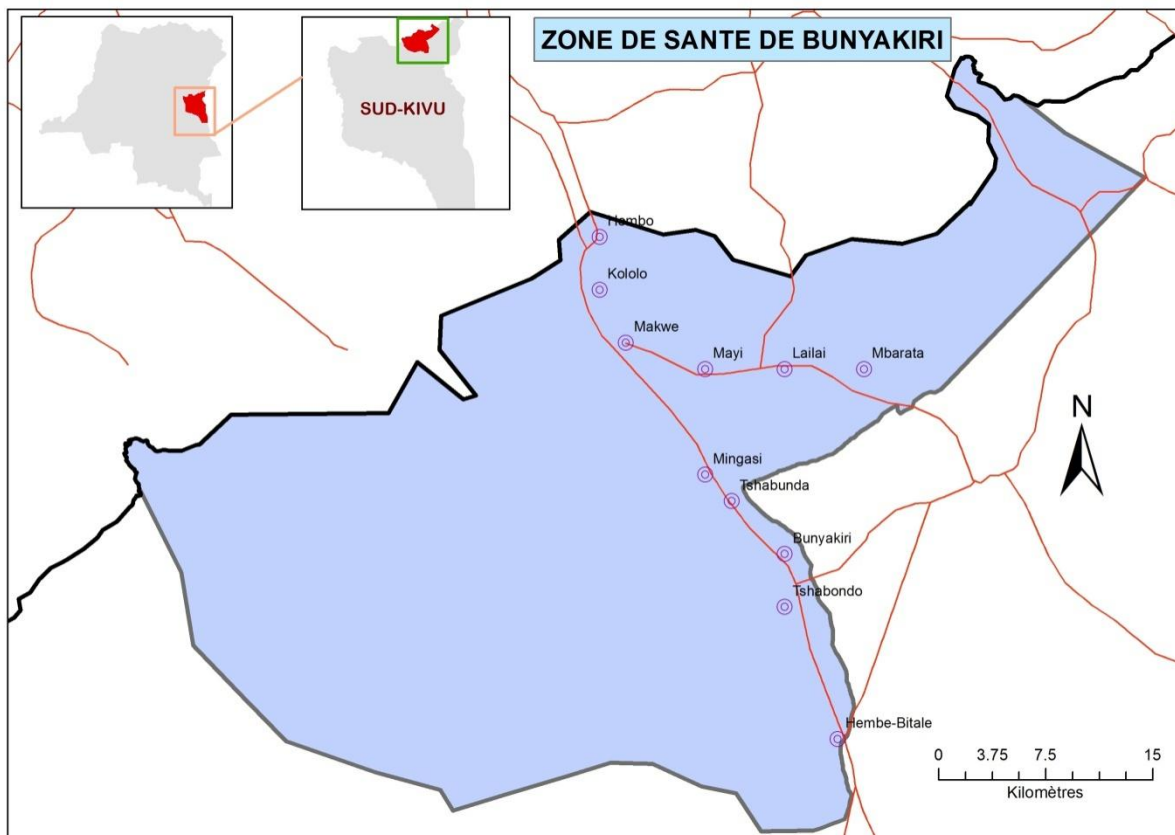


Figure 1: La zone de santé de Bunyakiri

2.1.2. Période d'étude

L'étude s'étale sur une durée de 6 mois : du 1er Janvier 2019 au 31 Juin 2019.

2.1.3. Population d'étude

La population de la présente étude est constituée des sujets adultes, agents de santé se trouvant dans la Zone de Santé de Bunyakiri.

2.1.3.1. Critères d'inclusion

- ❖ Avoir travaillé dans la ZS de Bunyakiri les 3 dernières années ;
- ❖ Agents ayant vécu la période de conflits armés dans la Zone de Santé.

2.1.3.2. Critères d'exclusion

- ❖ Tout agent n'ayant pas travaillé dans la ZS les 3 dernières années,
- ❖ Refus de participer à l'étude.

2.2. Méthodes

2.2.1. Type d'étude

La présente est une étude transversale utilisant une approche qualitative

2.2.2. Collecte des données

La collecte des données a été faite grâce aux entrevues auprès des agents de santé de la ZS de Bunyakiri. Les données ont été collectées par les entretiens individuels semi-structurés à l'aide d'un guide d'interview. Chaque entretien a été mené sur base d'un guide d'entretien semi-directif contenant sept questions ouvertes formulées sur base des thèmes qui entrent dans le cadre des mécanismes d'adaptation des agents de santé dans les ZS en conflits armés. Chaque entretien a été mené dans l'enceinte de la structure de santé de la ZS de Bunyakiri, à un endroit neutre, sécurisant, sans bruit, convenu avec un seul participant, préservant ainsi l'intimité de l'interviewé.

2.2.3. Techniques de l'échantillonnage

Cette étude qualitative a fait recours à l'échantillonnage de choix raisonné (non probabiliste) pour nos différents répondants. Notre population cible provient de l'équipe cadre de la zone de santé, l'équipe de direction de l'HGR de Bunyakiri et quatre structures sanitaires choisies en fonction de la proximité avec le BCZ et l'accessibilité géographique. Pour l'équipe cadre, nous avons interviewé les personnes suivantes : 1 Infirmier Superviseur de (IS) et 1 Pharmacien. Pour l'Hôpital Général de Référence de Bunyakiri : un Médecin, le Directeur de Nursing (DN) et un infirmier de l'hôpital. Pour chaque Centre de Santé : les Infirmiers Titulaires (IT), les Infirmiers Titulaires Adjointes (ITA), Infirmier traitant, 1 Relais Communautaire (RECO) et 1 Président des comités de santé (PRECODESA).

2.2.4. Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone et puis transcrits sur un fichier MS Word. Les analyses ont été réalisées à l'aide d'une matrice thématique construit sur base de la littérature.

2.2.5. Limites méthodologiques

La principale limite à noter est qu'en sélectionnant ceux qui avait travaillé dans la ZS de Bunyakiri pendant les 3 dernières années ou plus, nous n'avions pas obtenu les informations des agents de santé qui sont partis en dehors de la ZS.

2.3. Considérations éthiques

En conformité aux considérations éthiques, tout au long de cette étude, nous avons conservé de manière stricte et confidentielle les propos recueillis auprès les individus avec lesquels nous nous sommes entretenus.

Afin de valider la stratégie des collectes des données auprès des personnes interrogées, nous avons obtenu l'autorisation de la Direction de l'Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu (UCB).

De ce fait, les données recueillies n'ont pas été associées au nom du participant mais à une clé arbitraire que nous avons attribuée à chaque participant. Les fichiers relatifs à chaque participant ont été codifiés. Aucun renseignement sur les sujets ou personnes interrogées n'a été conservé. Nous n'avons pas fait mention ni du nom, du lieu et moins encore de la fonction des personnes concernées.

Eventuellement, les enregistrements audios et les notes écrites ont été numérisées et conservées dans un dossier électronique. Les supports des notes ont ensuite été supprimés en utilisant les procédures de destruction de documents relatifs aux informations confidentielles. Les données ont été stockées sur l'ordinateur du chercheur principal et dont l'ouverture demande un code d'accès. Tel que mentionné dans les lignes sus évoquées, une fiche de consentement décrivant le projet de mémoire, les méthodes employées afin de protéger l'identité, les critères l'inclusion et exclusion d'un individu au projet a été signée par chacun de ces derniers. Sur ce dernier point, le seul critère de retrait envisagé était le souhait d'une personne de se retirer de la recherche.

CHAPITRE III. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des participants dans la Zone de Santé de Bunyakiri

La moyenne de temps passé dans la région par les agents de santé est de 11ans. La distribution par secteur est de treize secteurs publics (75%) et trois secteurs privés (25%). Quatorze participants étaient hommes et deux étaient femmes. Quinze agents de santé (85,7%) avaient leurs familles dans la zone contre un agent de santé (12,5%) dont la famille était hors zone.

3.2. Evénements tragiques en rapport avec les conflits armés à Bunyakiri

Les événements tragiques dans la ZS de Bunyakiri peuvent être analysés sous trois aspects :

- ✓ L'arrivée des FDLR dans la zone et leurs poursuite par les militaires AFDL,
- ✓ Effets sur les populations de la ZS de Bunyakiri,
- ✓ Et effets sur les agents de la santé.

Les FDLR sont arrivés dans la ZS de Bunyakiri après leur fuite du génocide qui avait eu lieu dans leur pays d'origine (Rwanda, 1994). Ils ont été bien accueillis par la population de Bunyakiri. Après, les forces armées de l'AFDL se sont mis à les traquer dans cette zone. Ces derniers, les ont repoussés dans les forêts lointaines de Bunyakiri mais n'ont pas été en mesure de les maîtriser. Ces FDLR réfugiés, infiltrés la population, ils ont changé leurs comportement et modes de vie et sont devenus plus agressifs à l'égard de la population de la ZS de Bunyakiri.

« Je me rappelle en 2012, les FDLR ont tué à peu près 22 personnes et toutes ces personnes ont été enterrées dans une fosse commune. Ils avaient utilisé les armes blanches (machettes) pour tuer ces personnes. Ce qui est révoltant, c'est de voir que la MONUSCO achetait les machettes auprès des femmes qui venaient des champs en leurs donnant une somme considérable et elle les déguisait pour aller redistribuer ces machettes aux FDLR. Un certain matin, ce sont ces mêmes machettes qui ont servi à tuer nos confrères » (participante, ZSBCH01)

« les gens ont pris fuite dans la forêt et ceux qui habitaient le long des routes, ont tous pris refuge dans la forêt. Les FDLR ont dominé la partie Est de Bunyakiri. Certains étaient à Ekingi, d'autres à Cinene, d'autres à Byolwa. Ces FDLR pillaient, volaient et emportaient les gens dans la forêt pour transporter ce qu'ils ont pillé aux paisibles citoyens. Ils étaient devenus comme de grand chef du milieu et commençaient à se surnommer les noms de certains chef de Bunyakiri. Certains se surnommaient Kapitwa, d'autres Bakanoire pour signifier qu'ils sont autochtones. Les gens ont beaucoup souffert à cette époque et il y a eu beaucoup des morts.» (Participant, ZSBHG12).

Les populations de la ZS de Bunyakiri ont souffert par la présence des FDLR dans leur milieu. Et comme conséquences, il y a eu des groupes armés incontrôlés par le gouvernement congolais, les innocents tués, des femmes violées, les biens ont été pillés. Ce qui a conduit à des vagues de déplacement des populations vers la ville de Bukavu pour ceux qui avaient des moyens et d'autres dans les forêts de Bunyakiri.

« Là où il y a les inciviques, les groupes armés, vous comprenez ce que peut être la suite. Aussi, là où, il n'y a pas l'autorité de l'Etat, tout se passe à sa manière. Les gens viennent et sèment des terreurs et font leur loi. Les tragédies à Bunyakiri dépassent notre entendement. On dirait que cet à un niveau élevé, politique ou central, je ne sais pas. » (Participant, ZSBMI05)

« Ces groupes armés nous apportent plusieurs problèmes, les gens meurent, d'autres fuient leurs maisons en se déplaçant pour fuir les atrocités et d'autres demeurent pauvres. Les femmes dans notre aire de santé sont veuves et les enfants devenus orphelins. » (Participant, ZSBHG10)

« nous avons trouvé que les conflits armés ont créé des malformations, des accidents, des handicapés. Chez les femmes, elles ont souffert à cause des violences sexuelles. Les enfants ont raté les années scolaires dans cette zone. Les mouvements des populations multiples à cause des crépitements des balles. » (Participant, ZSBMU14)

Les populations de la ZS de Bunyakiri n'ont pas supporté que les étrangers viennent faire la loi et tuer les leurs dans leurs propres entités. D'autant plus que le gouvernement à l'époque n'était pas en mesure de maintenir l'ordre et la stabilité, dans la zone. Ils ont décidé de créer un groupe d'auto-défense appelé « Raia Mutomboki » afin de protéger la population et ses biens. Ils étaient ainsi devenus allergiques à toute personne de morphologie Rwandaise dans la ZS de Bunyakiri.

« En 2014, il y a eu massacre des populations à Kamananga. A peu près 35 personnes ont perdu la vie à cet endroit. Ils ont été tués par le Nterahamwe accompagnés par la MONUSCO. Ils ont perpétré d'autres massacres à Buramé, village lointain de Kamananga, là, ils ont tué 11 personnes. Les FARDC voulaient intervenir mais sans effets. Au vu de tous ces événements, le groupe d'auto-défense RM (Raia Mutomboki) avait été créé. Ils ont dit : « Comment nous souffrons ? Les étrangers viennent du Rwanda et veulent nous dominer dans notre propre terrain et nous rendent également la vie difficile. » Voilà pourquoi, les jeunes gens sont entrés dans le groupe des Raia Mutomboki. Franchement, ils ont combattu les Nterahamwe et les ont chassés. » (Participant, ZSBMI06)

« Nos confrères Raia Mutomboki qui sont dans la forêt, quand ils voient un groupe militaire FARDC mélangé avec les militaires de morphologies rwandaises, ils réagissent autrement. Entre eux (Congolais), il n'y a pas affrontement. » (Participant, ZSBMI04)

3.3. Impacts des événements sur la santé dans la Zone de Santé de Bunyakiri

Ces conflits armés ont eu un impact négatif du côté agents de santé de la ZS de Bunyakiri. Les agents de santé sont dans une situation permanente d'insécurité, d'angoisse, de stress, cauchemars aussi bien à la maison qu'au lieu de travail. Certaines familles par manque de nourriture de qualité, développent la malnutrition carrefour et porte d'entrée des toutes sortes les maladies. D'autres restent prostrées, victimes des blessures intérieures et restent dans un état traumatisme.

« Les événements ont impacté sur notre santé d'abord quand il y a crépitement des balles, c'est tout le monde qui a peur et quand nous avons peur, souvent, on ne travaille pas. Les malades ne fréquentent pas la structure sanitaire. Là ça affecte notre vie surtout qu'au Congo il n'y a pas de salaire et nous vivons de la motivation des malades qui fréquentent les structures sanitaires. En ce moment là, les maladies s'orientent là où il y a plus ou moins la paix. Et c'est à ce moment-là que nous ne gagnons rien. » (Participant, ZSBMU15)

« Je travaille avec stress. Que ce soit à la maison ou au lieu de travail, on a peur et on se demande si les porteurs d'armes ne viendront pas nous attaquer. Est-ce qu'ils ne viendront pas nous faire du mal ? Est-ce qu'ils ne viendront pas piller ? Alors, je reste dans une situation d'insécurité. [...] Il n'est pas impossible de faire même des cauchemars. On commence à avoir des cauchemars, on commence à avoir des rêves, pensant que les hommes armés se présentent à la maison ou au lieu de travail. Nous restons vraiment dans une situation de stress. » (Participant, ZSBBI08)

« [...] D'abord si je peux dire négativement, ma santé a été affectée parce que ce sont des événements que je n'avais jamais vu. En fait, j'entendais parler des massacres et des tueries mais les voir en réalité sur le terrain comme ça alors cela a créé un état des peurs, des Psychoses, d'insécurité. En tout cas, on ne travaillait plus dans la tranquillité. » (Participant, ZSBZ09)

« Quand on vit dans l'angoisse permanente, on ne peut pas être en bonne santé. Cela étant que quand, une personne doit fuir à cause des atrocités, il doit nécessairement manquer la nourriture. Ceci conduit directement à la malnutrition des grandes personnes et des enfants. Aussi, la malnutrition constitue la porte d'entrée de toutes sortes des maladies. » (Participant, ZSBHG10)

« Vu l'état dans lequel on nous amenait ces blessés ; nous sommes d'abord affectés psychologiquement parce que nous sommes aussi des humains vu l'état de quelqu'un qui vient d'être traumatisé, dans des situations pareils. » (Participant, ZSBBI07)

Par rapport aux structures sanitaires, il convient de noter que chaque fois qu'il y a affrontement dans la ZS de Bunyakiri, les malades ont tendance à croire que les membres de familles laissés à la maison sont tous morts. Ce qui occasionne des évasions dans les hôpitaux et centres de santé. Le première reflexe étant d'essayer de rejoindre sa famille respective. C'est une perte pour l'hôpital et centres de santé qui ne maximisent rien en termes de recettes.

« [...] La première préoccupation de ces malades et de chercher comment quitter l'hôpital et aller chercher les membres de famille et cela occasionnait beaucoup de cas d'évasions à l'hôpital et une instabilité dans le travail de la part de celui qui les prend en charge de la part de celui qu'on prend en charge et à l'exception de celui qui est dans le coma parce que lui ne connaît pas ce qui se passe. Mais un malade qui est déjà conscient et instable pour sa prise en charge, de tous les côtés que ce soit de sa part soit de la part des soignants, tous sont déstabilisés par les événements de la guerre lors des crépitements des coups des balles. » (Participant, ZSBBI07)

3.4. Affecter par les conflits armés dans la Zone de Santé

Ces conflits ont marqués, affectés les agents de santé, leurs familles bousculant profondément leurs vies quotidiennes. Les gens se sont déplacés pour fuir les atrocités, leurs richesses pillées et ils se retrouvent ainsi dans une situation de pauvreté. D'autres ont tout perdu y compris des êtres chers de leurs familles ou tous les membres. Les survivants, rescapés, restent dans une situation d'instabilité et la fréquentation d'école pour les enfants incertaine. Mais aussi, les conflits armés sont sources génèrent des calomnies entre les membres de la même communauté.

« « Personnellement, j'ai perdu mon oncle qui a été fusillé à domicile car ces assaillants étaient à la recherche de l'argent. Sur le plan travail, bon nombre a fuit la zone à cause de l'insécurité. Elle ajoute disant que : « les parents dans leurs prévisions, envisageaient que nous allons étudier telle année mais brusquement à cause de la guerre, rien n'aboutit. Cela étant soit, les assaillants pillent les biens de famille ; détruisent les maisons ; brillent les habits et cahiers.» » (Participante, ZSBMU14)

« [...] Les milices n'avertissent pas les populations, la communauté qu'ils vont venir et qu'il y aura des coups de balles. Vous allez constater que nous sommes déjà quittés la maison pour se rendre au travail. Soudain, il y a des coups de balles. On ne peut plus atteindre les enfants et on est déjà au service. Nous restons au service en train de réfléchir par rapport à nos familles et à notre survie là où, nous sommes. Et si les coups de balles ou les affrontements peuvent faire 2 ou 3 jours et là nous sommes coupés avec la famille. On ne sait même pas comment atteindre nos familles, nos enfants et nous ne savons pas où les enfants se trouvent. » (Participant, ZSBMU15)

« Quand nous sommes en famille, certains disent que tels sont les Raia Mutomboki ; et c'est à ce stade que ça crée des conflits entrent les familles. La calomnie prend aussi place car certains disent que c'est tels qui hébergent les RM, c'est tel qui les fait manger ; c'est tel qui les approvisionne en munition. » (Participant, ZSBHG12)

« Nous avons l'habitude ici d'avoir les familles d'accueil. Imagine quelqu'un qui vient prendre refuge chez toi et étant déjà affecté par des maladies à cause de la guerre et nous l'accueillons chez nous. Ça peut aussi affecter ma famille dans pareil circonstance. Et de fois, ces gens

viennent avec des maladies telles que la diarrhée, et bien d'autres maladies. » (Participant, ZSBZ11).

3.5. Raisons pour rester travailler dans la Zone de Santé malgré les conflits armés

Parmi les raisons qui poussent les agents de santé à rester travailler dans la ZS de Bunyakiri malgré les conflits armés, nous retenons notamment, le fait d'être natif de Bunyakiri. Ce qui témoigne l'amour qu'ils ont pour leur communauté, le serment qu'ils ont presté de rester au service de la communauté et d'autres raisons sont qu'ils n'ont pas d'autres endroits où aller travailler et la recherche de l'argent pour la survie de leurs familles. D'autres aiment contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de leur milieu.

« Les raisons qui me poussent à rester travailler ici sont que j'ai les soucis de travailler pour nos confrères. Malgré, les difficultés, à cause du serment que nous prêtons, ça ne m'avait pas permis de sortir. J'étais obligée de travailler au service de la communauté. » (Participant, ZSBCH01)

« La première raison qui me pousse à rester travailler ici est que je suis natif d'ici et les moyens sont très limités pour aller vivre ailleurs. Ici, je peux avoir un peu de temps pour mes travaux champêtres et j'aurai à manger sans avoir acheté. » (Participant, ZSBCH02)

« C'est de vouloir contribuer à l'amélioration de l'état de santé de notre milieu. C'est parmi nos objectifs de faire nos études médicales des soins infirmiers et beaucoup plus chercher à contribuer à une bonne amélioration de l'état de santé, les soins infirmiers dans notre milieu afin de chercher à avoir des soins de qualité dans les milieux où nous travaillons et aussi. Nous sommes contents et fiers d'être là parce que ces milieux de formation des futurs jeunes qui ont fait les études techniques médicales au niveau de l'école secondaire, les ITMs, les ISTMs au niveau de l'école supérieure. » (Participant, ZSBBI07)

« Le travail que nous sommes entrain d'exercer, c'est à caractère humanitaire. Et donc, bien que ce soit dans une situation difficile, nous sommes contraints de servir la communauté parce que la maladie n'a pas de choix que ce soit dans la période de paix, de guerre, d'insécurité, les gens vont toujours tomber malade. Et donc, j'ai ce souci de servir la communauté. Mais à part ça, je n'ai pas aussi d'autres choix parce que si je quitte le milieu, où est ce que je serai embauché facilement ? » (Participant, ZSBBI08)

3.6. Mécanismes en place par l'agent de santé lors des conflits armés dans la Zone de Santé

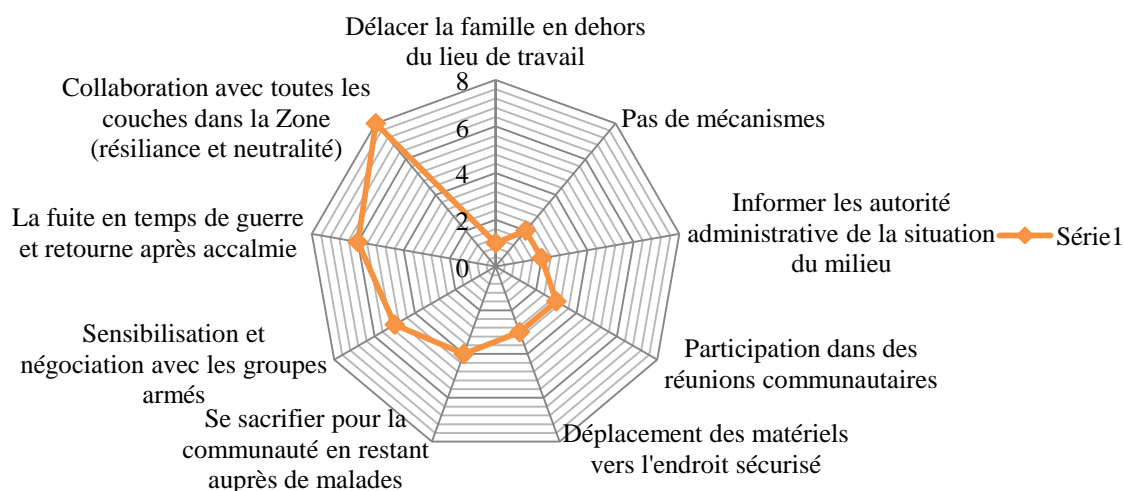
Les agents de santé ont mis en place certains mécanismes pouvant leur permettre de vivre dans la zone malgré les conflits armés (Graphique 1 ci-dessous). Il s'agit de la neutralité de l'agent de santé et de la collaboration avec les militaires du gouvernement congolais ; les Raia Mutomboki et les FDLR qui sont encore dans les périphériques de la ZS de Bunyakiri. La participation aux réunions organisées dans la communauté et la participation à la prise des décisions communautaires font également parties de ces mécanismes.

« Nous appliquons la neutralité en collaborant avec les milices mais aussi avec le gouvernement. Les milices, nous envoient leurs familles et nous les traitons et après la guérison, leurs femmes et les enfants rentrent dans la forêt. Aussi, nous soignons les militaires du gouvernement quand ils se présentent dans nos structures ». (Participant, ZSBMU15)

« Il nous arrive de faire de petites contributions dans la communauté cependant un individu passe collecter l'argent à envoyer au Raia Mutomboki dans le but de les gérer. Le danger est que d'autres personnes mal intentionnées disent qu'on s'associe ainsi aux rebelles et pourtant c'est une stratégie de maintenir la paix avec les populations. Personnellement, j'évite des échanges pareils pour qu'un rapport ne soit pas donné à mon égard auprès de Raia Mutomboki et qu'ils s'apprennent à moi ou à ma famille » (Participant, ZSBBI08)

« Quand on a l'amour du travail, tu tâcheras de défendre ce travail. Et comme j'habite à proximité du Centre, je peux facilement venir cacher certains matériels. » (Participant, ZSBMU16)

Graphique 1 : Mécanismes mise en place par les agents de santé dans la ZS de Bunyakiri



3.7. Mécanismes mise en place par la structure sanitaire lors des conflits armés dans la ZS

Lors des conflits armés, les structures de santé laissent ouvertes les portes des structures de santé et les agents de santé sont habillés en bouse blanche. Ce qui les identifie d'autres personnes dans la zone. Les structures de santé laissent les portes ouvertes pour accueillir les populations civiles qui veulent s'y cacher et qui ne se sont pas déplacées. Les structures sanitaires ne sont plus de plus en plus victimes d'attaques lors des affrontements.

Certaines organisations non gouvernementales viennent en aide aux structures sanitaires en les appuyant en médicament, matériel et en amenant les blessés par bale pour les traitements appropriés. Aussi, les structures participent dans des réunions communautaires et sont en contact avec les milices et les militaires du gouvernement à cause de la neutralité qu'elles exercent dans la prise en charge des patients. Et également, certains agents de santé qui vivent dans la proximité du Centre de santé, peuvent entrer dans la structure de santé pour choisir les matériels et médicaments essentiels à évacuer au cas où les affrontements dépasseraient les bornes.

« [...] Quand il y a crépitement des balles, nous ouvrons les portes des structures et quand nous ouvrons les portes des structures nous professionnels de la santé, nous portons tous les blouses médicales pour que les gens qui sont en guerre en nous voyant, sachent que c'est la structure sanitaire. Et si nous trouvons des personnes qui ne se sont pas déplacées et qui n'ont pas où aller, nous les mettons dans une salle ou deux salles pour qu'elles y soient protégées et surtout que les milices n'arrivent pas attaquer les structures sanitaires. Quand il y a aussi accalmie, les coups des balles se terminent, les activités continuent dans la structure sanitaire comme d'habitude. »
(Participant, ZSBMU15)

« Nous nous efforçons (Silence) à faire des rencontres de discussion avec nos frères Raia Mutomboki même par téléphone. Ils nous disaient pour qu'ils gardent notre sécurité, il faudrait que nous leurs envoyons les unités de la où ils sont. Nous nous efforçons à contribuer peu d'argent pour notre protection. Il y a des personnes à qui on demandait de donner 500\$. »
(Participant, ZSBCH01)

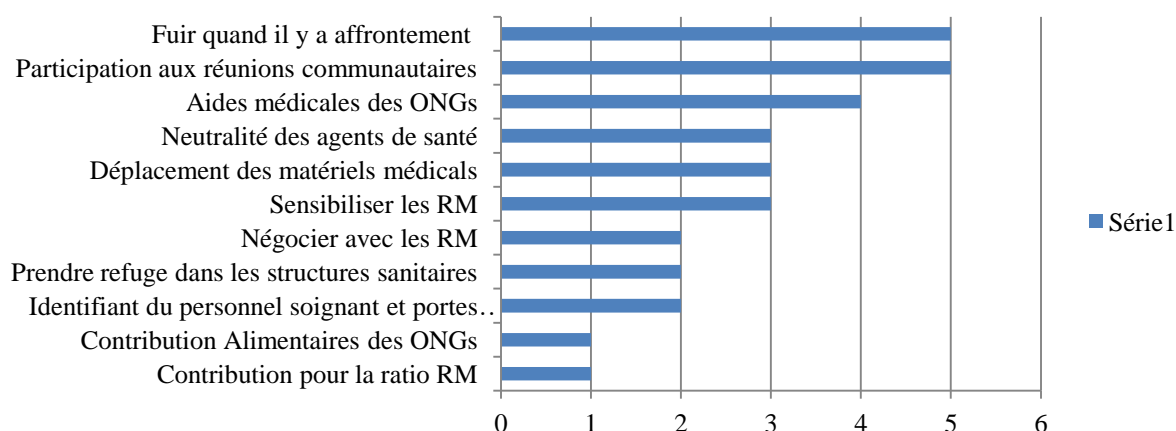
« L'autre stratégie consistait à discuter avec les habitants afin que si parmi eux ; il y a ceux qui leurs enfants sont dans la forêt, qu'ils les sensibilisent et leurs montrent la nécessité de rentrer à la maison. Nous avons les organisations telles que Unicef, FAO et PAM qui prennent en charge la malnutrition et d'autres organisation qui nous approvisionnent en médicaments mais ne s'occupent pas des honoraires des agents, aussi. » (Participant, ZSBCH02)

« Pendant les conflits armés, les relais communautaires qui vivent à proximité du CS arrivent au Centre et ensemble avec les personnels soignants regardent les objets, les médicaments essentiels à faire évacuer ou à déposer dans la mesure où les conflits armés persistent. Je me souviens un certain jour en 2000 (je ne sais combien), nous sommes venus prendre les médicaments, les sérums et quelques instruments essentiels. Et là où nous avons pris fuite, certaines mamans en

ceintes ont mis au monde parce que nous avons les instruments essentiels pour les aider à accoucher. » (Participant, ZSBHG13)

« Il nous vient toujours en aide, surtout pour l'évacuation et pour certains quiets d'urgence ou des matériels que nous pouvons utiliser en cas de la prise en charge urgente de certains malades qui sont affectés par des conflits armés, qui sont atteints par des balles surtout. Mais aussi à part le CICR, il y a d'autres partenaires qui ne cessent pas aussi de venir prêter main forte à l'institution de l'état et à la population. Par exemple si je prends l'exemple des cas des ONG comme MEDER, Médecins d'Afrique, IMC qui passent aussi régulièrement. Il y a les ONG comme Mercy Corps qui sont passés dans le cadre de soutien de la population suite aux événements vécues. Ils étaient passés pour la prise en charge gratuite de certains déplacés et même pour l'octroi des AGR donc des activités génératrice des revenus ; un petits moyens pour aider la communauté à faire une activité génératrice des recettes. » (Participant, ZSBBI07)

Graphique 2 : Mécanismes mis en place par les structures des santé dans la ZS de Bunyakiri



3.8. Motivations à rester travailler dans la ZS en Conflits armés

Plusieurs raisons poussent les agents de santé à rester travailler dans la ZS de Bunyakiri malgré les conflits armés qui se vissent. Il s'agit notamment du soutien et collaboration avec la communauté ; le fait d'être natif du milieu ; trouver facilement à manger (ou gagner sa vie) et vaquer à d'autres occupations et le fait que les gens y vivent encore. Aussi, le régiment militaire affecté dans la Zone est discipliné.

« Malgré les crépitements des balles, je me suis retrouvée que c'est notre communauté. Ce sont nos frères, nos sœurs et nous nous efforçons d'endurer. C'est les soucis de nos parents, nos enfants, nos frères et nos sœurs qui font que nous restons travailler dans cette zone de santé malgré les conflits armés car on ne peut pas éliminer toute une communauté et si ça arrivait, je serai parmi eux. » (Participant, ZSBMU14)

« Je suis natif du milieu et en plus de cela, par rapport à notre rémunération, nous ne sommes pas payés par l'Etat. Le fait de travailler ici, me permet aussi de vaquer à mes occupations, les travaux champêtres et ça m'aide aussi à faire survivre ma famille, à scolariser mes enfants. Autre chose, je suis au service de la communauté. » (Participant, ZSBMI06)

« Les choses qui nous ont motivées à rester travailler ici, c'est d'abord, c'est le boulot que nous avons. Et nous avons étudié pour aider les gens et pour sauver les vies humaines. [...] c'est pour accompagner la communauté, à prévenir les maladies mais aussi à faire soigner les malades qui arrivent au niveau de la structure sanitaire. » (Participant, ZSBMU16)

«« Quand on ne travaille pas, on ne peut rien trouver et si nous avons étudié pour ce métier, c'est pour nous aider nous-mêmes en premier lieu et la famille en second lieu. Et la Bible dit : « Que celui qui ne travaille pas qu'il ne mange pas non plus. » C'est pourquoi, il nous faut travailler pour chercher à gagner la vie. Aussi, nourrir, vêturer et faire scolariser nos enfants. » » (Participant, ZSBHG10)

« Les régiments affectés chez nous. Moi je peux dire que c'était un régiment discipliné qui respectait à tout moment le personnel soignant et lorsque l'armée respecte le personnel soignant, le personnel se retrouve aussi en sécurité et accepte de travailler dans des conditions difficiles du fait que nous n'avons pas aussi eu des agressions de la part des tous les porteurs des armes de la zone que ce soit de l'armée non régulière ou du gouvernement. » (Participant, ZSBBI07)

Les agents de santé seraient démotivés à travail dans la zone des confits armés dans la mesure où ils sont victime d'agression psychologique ou physique ; s'il y a une guerre sans fin ; si la population abandonnée le lieu et s'ils trouvent un autre emploi ailleurs ou une mutation.

« Ce qui peut nous démotiver de n'est pas resté travailler ici. La première chose, c'est lorsqu'on a des agressions soit psychologique ou physique c'est beaucoup plus physique ça, ça peut nous décourager de travailler dans le milieu. A part les agressions physiques, nous connaissons la population que nous, nous prenons en charge. C'est une population qui est en difficulté et nous nous tolérons mutuellement. Nous acceptons de prendre les peu que la population peut disponibiliser du fait que le gouvernement ne nous paie pas de salaires. » (Participant, ZSBBI07)

« S'il y a une insécurité grandissante, d'abord, on doit sauver sa vie. Là, je peux quitter et m'orienter ailleurs, là où, je peux trouver la sécurité. Si le gouvernement aussi ne songe plus aux infirmiers comme pour les médecins ; comme il y a toujours des promesses là, ça peut me démotiver à continuer à travailler. » (Participant, ZSBMU15)

« Quant il n'y a personne dans le milieu, je peux être démotivé à rester travailler ici. » (Participant, ZSBHG10)

« Ce qui me démotiverait, c'est la situation d'insécurité permanente surtout que je suis loin de la famille. » (ZSBZ09)

CHAPITRE IV. DISCUSSION

Notre discussion se base sur les thèmes principaux suivant :

4.1. Fuir en temps de guerre et retourner après accalmie

Les mécanismes tels que fuir en temps de guerre et retourner après accalmie, étaient utilisés par les agents de santé dans la ZS de Bunyakiri. Etant humain, en pareil circonstance, certains agents de santé prenaient fuite pour sauver leurs vies et d'autres restaient. Cependant, en temps d'accalmie, ils revenaient dans la zone. Ce résultat est similaire à ceux trouvés par :

Rohini Jonnalagadda et al., dans leurs recherches *sur « la santé dans les états post-conflit et fragile »*. Il avait démontré qu'au cours de nombreux conflits armés, les établissements de santé et le personnel de santé subissent des attaques et les infrastructures sont souvent détruites, ce qui incite les agents de santé à quitter les lieux et saper les capacités de gestion, réduisant ainsi la capacité du système de santé à satisfaire les besoins élémentaires [Rohini Jonnalagadda et al, 2012].

Alice DEBARRE dans une étude sur *« la fourniture des soins de santé dans les conflits armés »*, démontre que les acteurs de la santé sont confrontés à de nombreux défis dans les contextes de conflits armés, ce qui a un impact dévastateur sur les personnes qui y vivent. La plupart de ces défis sont au-delà du contrôle des acteurs de la santé. Tant que les conflits armés font rage, et particulièrement lorsque le droit international humanitaire est violé, les infrastructures de santé seront endommagées ou détruites, la capacité de l'État à fournir des services de santé diminuera et les agents de santé fuiront. Néanmoins, les acteurs de la santé mondiale et de la santé humanitaire exercent un certain contrôle dans ces zones en conflits armés [Alice DEBARRE, 2018].

Leonard S. et al, dans une étude sur la : *« Responsabilité de la protection du personnel médical et des installations dans un conflit armé »*, trois tendances majeures dans ces agressions avaient été identifiées : les attaques contre les fonctions médicales qui semblent faire partie d'un assaut général contre des civils; les agressions contre des fonctions médicales, utilisées pour obtenir un avantage militaire; et les combattants ne respectent pas le devoir éthique des professionnels de la santé de prodiguer des soins aux patients, quelle que soit leur affiliation [Leonard S. et al, 2010].

Toutefois, il convient de signaler que dans notre étude, les interviewés ont affirmé que les groupes armés ne s'attaquent pas aux structures sanitaires. Ce qui fait que les populations de cette contrée y prennent refuge pendant les affrontements. Cependant, par peur, les agents de santé fuient malgré tout.

4.2. Sensibilisation et négociation avec les groupes armés et la collaboration avec toutes les couches de la population dans la Zone de Santé de Bunyakiri

En ce qui concerne cet aspect comme mécanisme d'adaptation, les agents de santé jouent un rôle prépondérant dans la sensibilisation des groupes armés que c'est soit du côté de gouvernement ou de Raia Mutomboki, ces derniers participent dans les réunions stratégiques organisées par la communauté afin de discuter des problèmes de leur zone. De là, ils parviennent à faire passer de message de non atteinte à la personne humaine. Les résultats des études ci-dessous tendent à s'associer aux notre. Dans une étude sur « *Fournir des soins de santé dans les conflits armés* », menée par International Peace Institute au Mali, il avait été suggéré aux acteurs humanitaires de la santé d'être plus responsables de leurs services de santé vis-à-vis des populations touchées et devraient intégrer des mécanismes impliquant des discussions de groupe ciblées avec les communautés locales ou un engagement avec les dirigeants de la communauté [IPI, 2019].

Dans une étude menée au Birmanie par Rohini J et Katherine, sur les « *Mesure des attaques et des interférences avec les soins de santé en période de conflit: validation d'un outil de compte rendu d'incident pour les attaques et les interférences avec les soins de santé dans l'est de la Birmanie* », il était souligné qu'il n'existait aucun formulaire de rapport d'incident valide permettant aux agents de santé et aux organisations de santé de signaler les infractions impliquant des soins de santé, en particulier dans l'Est de la Birmanie. L'adoption à grande échelle d'un tel instrument pourrait permettre de sensibiliser davantage les collectivités locales à l'incidence des attaques dans des lieux spécifiques, de créer une base de données mondiale sur les événements et de jeter les bases d'une action visant à prévenir les attaques et à tenir les auteurs présumés responsables [Rohini J et al, 2012].

Traditionnellement, la présence de groupes armés est considérée comme un obstacle à la mise en œuvre sans danger des activités humanitaires et de développement. Cependant, si les groupes armés peuvent être les auteurs d'attaques ou d'obstruction, ils sont également bénéficiaires des services, facilitateurs de l'accès aux services et parfois des fournisseurs de services. En outre, bien que les groupes armés fassent valoir que les règles formelles du droit international humanitaire ne sont pas bien maîtrisées, bon nombre d'entre eux disposent en fait de réglementations, de codes de conduite et de comportements reflétant le respect des normes humanitaires, telles que: respect des soins de santé. En d'autres termes, l'engagement avec les groupes armés peut aider à surmonter les obstacles au renforcement de l'offre de soins de santé dans les zones difficiles à atteindre [Frederik F., 2017].

4.3. Déplacement des matériels médicaux vers les endroits sécurisés dans la Zone de Santé

Par rapport au déplacement des matériels médicaux vers les endroits sécurisés. Nos enquêtés estiment qu'en des périodes de fuite, les agents de santé ont toujours éprouvé des difficultés à trouver les outils nécessaires pour donner les premiers soins en temps de guerre raison pour laquelle, ils préfèrent déplacer les matériels.

D'autres littératures disent que la santé est confrontée à de nombreuses contraintes pour fournir des soins de santé dans les contextes touchés par des conflits armés. Il s'agit entre autres des pénuries de médicaments, de fournitures médicales, de personnel de santé et de ressources financières [Alice D., 2018].

Il est vrai que pendant les conflits armés, il arrive que les agents de santé reçoivent des aides médicales provenant des ONGs, ce qui leurs permettent d'assurer les soins pendant ces périodes sans beaucoup des difficultés des ruptures des stocks en médicaments.

Ce résultat ne diffère pas d'autres résultats trouvés dans la zone similaire que la nôtre.

Une étude sur « *Fournir des soins de santé dans les conflits armés* », menée par International Peace Institute au Mali, montre que les acteurs de la santé au Mali font face à de nombreux défis pour fournir des services adéquats à ceux qui en ont besoin, en particulier dans les zones du pays touchées par le conflit notamment, l'insécurité liée aux conflits armés, à la violence intercommunautaire et à la criminalité. Raison pour la quelle, les institutions sanitaires se retrouvent obligé de déplacer leurs matériels essentiels pendant la fuite. [IPI, 2019]. Ainsi, les humanitaires ne cessent donc d'aider en toutes circonstances, en temps de paix et en période de conflit, à maintenir un système de soins de santé opérationnel. Ils aident à maintenir les soins de santé primaires essentiels, l'accès à un minimum de produits alimentaires essentiels, des abris, des logements et des installations sanitaires de base, ainsi qu'un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable, et éventuellement en médicaments essentiels [ICRC, 2012].

4.4. Neutralité des agents santé dans l'administration des soins dans la Zone de Santé

Quant à la stratégie relative à la neutralité des agents santé dans l'administration des soins que pratiquent les agents de santé de la ZS de Bunyakiri, il s'avère également que d'autres littératures pratiquent la même stratégie. Dans une étude portant de Philippa Druce, sur les « *Approches visant à protéger et à maintenir les services de soins de santé dans les conflits armés atteindre les objectifs de développement durable 3 et 16* », il est clairement dit que la neutralité médicale fait référence à un principe internationalement reconnu dériver du DIH, du droit international des droits de l'homme et de l'éthique médicale. Il repose sur les principes de non-ingérence dans les services médicaux en période de conflit armé et de troubles civils. Il promeut la liberté des médecins et du personnel humanitaire de prendre soin des malades et des blessés et de recevoir

des soins indépendamment de leur appartenance politique. Le DIH condamne par conséquent les attaques et les utilisations abusives d'installations médicales, de moyens de transport et de personnel [Philippa D. et al, 2019].

CONCLUSION

La crise liée aux conflits armés engendre plusieurs effets néfastes sur le système de santé. Dans cette situation, c'est le personnel de santé qui doit mieux s'adapter pour contenir la crise. Notre étude avait comme objectif d'identifier les mécanismes mise en place par les agents de santé dans la zone de santé de Bunyakiri pour survivre à la crise liée aux conflits armés.

Il s'en est sorti les mécanismes suivants :

- ❖ La fuite en temps de guerre et retourner une fois qu'il y a stabilité dans la zone ;
- ❖ La sensibilisation et les négociations avec les groupes armés et la collaboration avec toutes les couches de la population de la zone sans distinction (Résilience et neutralité) ;
- ❖ Le déplacement des matériels médicaux vers les endroits sécurisés chaque fois qu'il y a une rumeur de troubles dans la communauté.
- ❖ Les agents de santé recevaient également des aides médicales provenant des ONGs,
- ❖ L'observation la neutralité par les agents de santé dans l'administration des soins.

Le moment est venu de prendre conscience du rôle inestimable que peuvent jouer les agents de santé dans l'administration des soins aux populations des pays submergés par le contexte des conflits armés. Capitaliser les mécanismes mise en place par les agents de santé de la Zone de Santé de Bunyakiri serait un atout majeur pour les pays ayant le même contexte que l'Est de la RDC à fidéliser leurs agents de santé.

REFERENCES

1. ACERWC, 2016, Continental study on the impact of conflict and crises on children in Africa, Addis Ababa, Ethiopia; P176.
2. Afifa Khazri, 2011, Le développement durable et les conflits armés, *Télescope*, vol. 17, n°2, p. 114-130.
3. Alfredo Lazarte-Hoyle et Dan Cunniah, 2010, Prévention et résolution des conflits violents et armés, Bureau International du Travail : Genève. P133.
4. Alice DEBARRE, 2018, Hard to reach: Providing Healthcare in Armed Conflict, by International Peace Institute, P40.
5. Chuter, David and Gaub, Florence (Rapporteurs), 2016, *Understanding African armies*, Report n°27 (Paris: European Union Institute for Security Studies, April 2016), p. 19.
6. CICR, 2016, Protéger les soins de santé : Recommandation clé, <http://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2016/10/4266-001-Protoger-les-soins-de-sante-recommandation-cles.pdf>
7. CJL Murray, G King, AD Lopez, N Tomijima, E G Krug Armed, conflict is a major cause of injury and death worldwide, but we need much better methods of quantification before we can accurately assess its effect, *BMJ VOLUME 324 9 FEBRUARY 2002*
8. Cluster Protection Mali, 2012, Stratégie Protection Mali en situation de conflit armé, <https://www.refworld.org/pdfid/5211e0814.pdf>
9. Conférence humanitaire pour la République Démocratique du Congo, Vendredi 13 Avril 2018, Genève, Suisse Palais des Nations, Salle XIX.
10. Dorier E. et Joncheray M., 2011, «Territoires fragmentés et temporalités post-conflit. Décomposition et recompositions territoriales entre guerres et paix en République du Congo», communication au Colloque CTHS, Faire la guerre, faire la paix, Perpignan, 2-7 mai 2011 (sous presse).
11. Elisabeth. Dorier, Erwan Morand. " Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo. Bulletin de l'Association de géographes français, Association des Géographes Français, 2012, 2012-2, pp 289-312. halshs-00724095
12. FAO, 2005, conflits et développement : un défi pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, Trente-et-unième session. P11.
13. Frederik Francois Siem, 2017, Leaving them behind: healthcare services in situations of armed conflict, *Tidsskr Nor Legeforen 2017* doi: 10.4045/tidsskr.17.0524
14. https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=373&table_id=
15. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/document_s/files/hno_two_pager_health_cluster_20170927.pdf
16. <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/fr/>

17. Hutchinson, Aisha; Waterhouse, Philippa; March-McDonald, Jane; Neal, Sarah and Ingham, Roger, 2017. Understanding processes of risk and protection that shape the sexual and reproductive health of young women affected by conflict: the price of protection. *Conflict and health*, 11, article no. 15
18. International Peace Institute (IPI), 2019, Fournir des soins de santé dans les conflits armés: le cas du Mali, New York, NY 10017-3521, US. P12
19. ISSSS, 2013-2017, Stratégie Internationale de soutien à la sécurité et la stabilisation pour l'Est de la RDC, STAREC. P117.
20. Jason Stearns, Judith Verweijen et Maria Eriksson Baaz, 2013, Armée Nationale et groupes armés dans l'Est du Congo : Trancher le nœud gordien de l'insécurité, Institut de la Vallée du Rift, Royaume-Uni. P106.
21. Kumar K, Tardif-Douglin D, Maynard K, Sheckler A, Knapp C. The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwandan experience, study 4: rebuilding post-war Rwanda. Odense, Denmark: Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda; 1996.
22. Les Roberts, "Mortality in Eastern DRC: Results from Five Mortality Surveys" (New York: International Rescue Committee, 2000)
23. Mowafi H. Conflict, displacement and health in the Middle East. *Glob Public Health*. 2011;6:472–87
24. Myrto Hatzigeorgopoulos, 2016, L'assistance militaire : quel rôle dans la prévention des conflits en Afrique ?, Institut Royal Supérieur de Défense, Bruxelles. P110.
25. Myrto Hatzigeorgopoulos, 2016, La gestion internationale des conflits africains : Prévenir, Protéger et Projeter, Institut Royal Supérieur de Défense, Bruxelles. P78.
26. Nations Unies, La Protection Juridique Internationale des droits de l'homme des civils dans les conflits armés, New York et Genève, August 2012.
27. Philippa Druce, Ekaterina Bogatyreva, Frederik Francois Siem, Scott Gates, Hanna Kaade, Johanne Sundby, Morten Rostrup, Catherine Andersen, Siri Camilla Aas Rustad, Andrew Tchie, Robert Mood, Håvard Mogleiv Nygård, Henrik Urdal, and Andrea Sylvia Winkler, 2019, Approaches to protect and maintain health care services in armed conflict meeting SDGs 3 and 16, PMID: PMC6350312 Published online 2019 Jan 29. doi: [10.1186/s13031-019-0186-0](https://doi.org/10.1186/s13031-019-0186-0)
28. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

29. Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
30. Résultats de l'Enquête rapide sur la disponibilité de services de santé au Mali avec l'outil HeRAMS de l'OMS 2016
31. Rohini Jonnalagadda Haar and Leonard S. Rubenstein, La santé dans les états post-conflit et fragiles, 2012 by the United States Institute of Peace. special Report 301. P16
32. Situational Analysis Report from UN Children's Fund, The Effects of Conflict on the Health and Well-being of Women and Girls in Darfur, Sudan 2005
33. Verley E. Targeted doctors, missing patients: obstetric health services and sectarian conflict in Northern Pakistan. Soc Sci Med. 2010;70:61-70.
34. Victor Amisi, 2008, Devant la paix tragique, les enfants soldats sont entre la justice et les groupes armés à l'Est de la RD Congo, Vision GRAM-International. Ottawa, Canada. P15
35. Vincent Bernard, 2013, Violences contre les soins de santé : une résignation impossible, Volume 95 Sélection française 1 et 2. Revue