

Article original

L'offre des soins de santé des réfugiés internes de « Boko-Haram » dans la ville de Mora (Extrême-Nord, Cameroun) : disparités spatiales et socioéconomiques

BOUBA KOULAGNA Sébastien^{1*}, MBANMEYH Marie Madeleine²

1. Ecole Normale Supérieure de Maroua, Diamaré, Maroua, Cameroun, BP : 55
Université de Maroua, Diamaré, Maroua, Cameroun, Boubakoulagna@gmail.com

2. Université de Maroua, Diamaré, Maroua, Cameroun, Mbanmeyh@gmail.com

*Auteur correspondant : Boubakoulagna@gmail.com

Article soumis le, 11 mars 2021 et accepté le, 23 mai 2021

Résumé : L'insécurité occasionnée par la secte islamique « Boko-Haram » dans l'extrême-nord du Cameroun, a provoqué la ruée massive des populations des zones frontalières vers l'intérieur du pays. La présente étude vise à montrer l'organisation de la prise en charge sanitaire de ces réfugiés internes de « Boko-Haram » dans la ville de Mora et les disparités socio spatiales auxquelles ils sont confrontés. Des enquêtes de terrain ont été conduites auprès d'un échantillon aléatoire de 300 réfugiés dans les sites d'accueil et les formations sanitaires de la ville. En complément des entretiens ont été menés auprès des personnes ressources. Les résultats révèlent que les réfugiés qui souffrent de plusieurs pathologies, reçoivent des soins médicaux et bénéficient d'actions visant à leur assurer un cadre hygiéniques et salubre. Cependant, ces offres de soins et actions ne sont pas équitablement disponibles pour tous les réfugiés dans la mesure où seulement 61,5% des déplacés internes ont accès aux soins médicaux modernes et rien que 8,5% consomment l'eau du robinet. Ces disparités socio-spatiales observées sont basées sur les statuts professionnels des réfugiés, avec un impact avéré sur leurs conditions d'existence.

Mots clés : Soins de santé, déplacés internes, disparité socio-spatiales, Mora, Cameroun.

Abstract: The insecurity caused by the “Boko-Haram” sect in the far north of Cameroon has caused the massive rush of the populations from border areas towards the interior of the country. The present study aims to show the organization of health care for internal “Boko-Haram’s” refugees in the tow of Mora and the disparities they face. Field surveys were conducted with 300 refugees in the city’s reception site and health facilities. Interviews were conducted wit resource people. The results reveal that refugees who suffer from several pathologies receive medical, hygienic care and sanitary measures. However, these heath care offerings are not equitably available to all refugees, as only 61,5% of refugees have access to modern medical care and only 8,5% consume tap water. Because of spatial and social disparities, as well as those linked to the professional status of refugees, impact on these healthcare offers.

Key words: Health care, internally displaced, socio-spatial disparities, Mora, Cameroon.

Introduction

Le siècle présent est marqué par la mobilité de personnes qui revêt plusieurs formes : exode rurale, migration interne et internationale (Laliberté et al., 2003). D’après ces auteurs, parmi les causes de départ des populations figurent de mauvaises conditions de santé, la pauvreté ambiante et l’instabilité conjoncturelle. Ainsi, il s’en suit la détérioration du système de santé dans un tel contexte de crise humanitaire du fait que leur mobilité entrave la réception d’une assistance humanitaire et rend difficile le contrôle des pathologies, surtout dans le cas de mouvements de masse à l’intérieur d’une vaste zone géographique (François et Emmanuel, 1999). Elles constituent un groupe à risque en tant que cible et enjeu militaire. Baya et al. (2007) proposent une réflexion théorique sur les enjeux de santé liés aux migrations de refuge. Pour eux, certains problèmes de santé sont fréquemment observés lors des crises humanitaires : blessures, rougeole, maladies diarrhéiques (choléra, dysenterie...), infections respiratoires sévères, paludisme ; d’autres, des épidémies telles que la méningite, la fièvre jaune, l’hépatite virale et la typhoïde se manifestent dans ces situations qui par ailleurs favorisent l’apparition de problèmes psychiatriques et psychosociaux. Dans des camps de réfugiés, les maladies diarrhéiques constituent plus

de 40 % des causes de décès, dont plus de 80 % des cas concernent des enfants âgés de moins de deux ans (Connolly, et al., 2004). La mauvaise qualité de l'eau, le manque d'hygiène et la surpopulation seraient en grande partie responsables de cette situation. Les conditions alimentaires renforcent l'effet de ces morbidités, alors que la malnutrition et les carences nutritionnelles sont fortement associées aux risques d'infection corrélées avec la mortalité. Le dysfonctionnement des systèmes de santé, provoque la recrudescence soudaine de la maladie qui est renforcée par la malnutrition, les mauvaises conditions d'hébergement, mais aussi par la densité et la mobilité de la population (Connolly, 2004).

La complexité de la situation sanitaire des déplacés internes de la ville de Mora au Cameroun provient des causes de cette mobilité (insécurité, terrorisme, enlèvement) et touche toutes les couches de la population : enfants, adolescents, adultes, personnes de troisième âge, personnes valides ou non valides, handicapés. L'insécurité frontalière renforcée par le terrorisme est la principale source des troubles socioéconomiques dans l'Extrême-Nord du Cameroun (Saïbou Issa, 2012).

En effet, située à environ 20 kilomètres de la frontière Cameroun-Nigéria, la ville de Mora se dresse au pied de la longue chaîne des monts Mandara entre 11°30' de latitude Nord et 14°40' de longitude Est. Mora est le chef-lieu du Département du Mayo Sava et l'une des trois communes de ladite circonscription avec une superficie de 1735 km² (Figure1). La ruée des réfugiés internes dans la ville de Mora entraîne des transformations sociales considérables. Pour Chavin et Parizot (2005), l'installation de ceux-ci dans la ville aux divers clivages socioéconomiques, débouche sur des poches de promiscuité, d'insuffisance des formations sanitaires, des habitats peuplés anarchiques et de rareté d'eau.

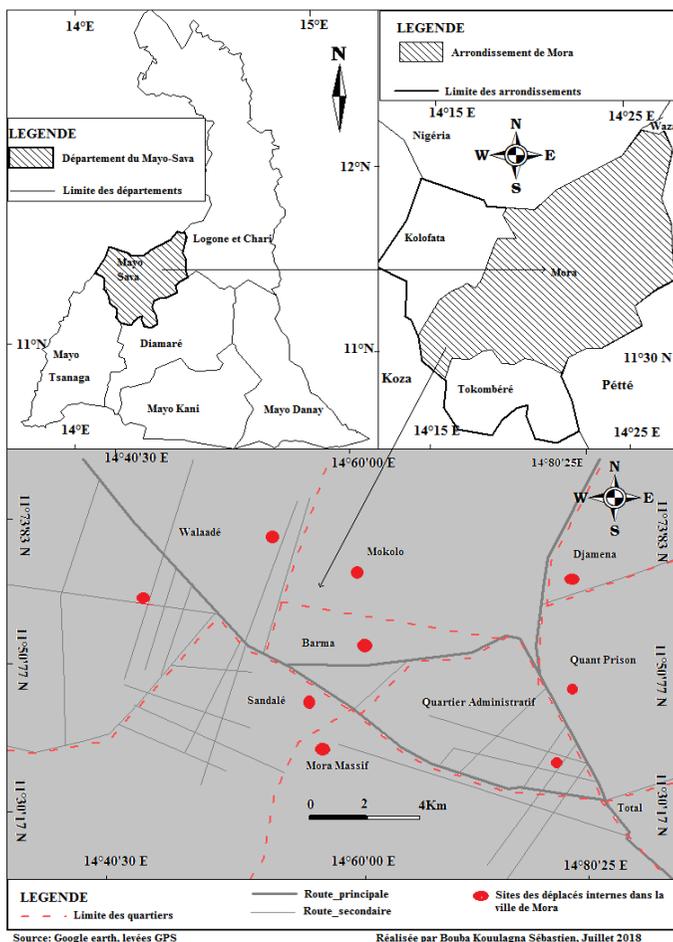


Figure 1 : Localisation de la zone d'étude

Pour assurer une lutte efficace contre les différentes maladies, les formations sanitaires devraient disposer de trois éléments essentiels : les prestations de service, un plateau technique moderne et un personnel de santé qualifié (Bouba et Kiessu, 2016). Comment est alors organisée l'offre des soins de santé des

Déplacés Internes dans la ville de Mora ? Quelles en sont les caractéristiques et les entraves à une optimisation de ce service ?

1. Matériels et Méthodes

La collecte des données secondaires a porté sur des documents écrits constitués d'ouvrages, de revues scientifiques, de thèses et des mémoires, disponibles dans les bibliothèques et les centres de documentation. En outre, les archives et autres documents administratifs de la Délégation Régionale de la Santé Publique ; et du District de Santé de Mora ont été exploitées. Les registres de santé, des rapports et des documents des formations sanitaires et ONG de la ville de Mora ont été consultés et ont fourni des données relatives à la prise en charge sanitaire des réfugiés internes.

Les données primaires ont été collectées auprès des personnes ressources. Des entretiens ont été menés avec différents groupes de personnes notamment, le personnel du District de Santé de Mora, les agents des différents ONG et les responsables administratifs. De même, une enquête par sondage a été réalisée auprès des personnes déplacées. Pour cela, un questionnaire a été élaboré et administré aux personnes déplacées dans les différents sites d'accueil et dans les formations sanitaires. Les préoccupations visaient entre autres les modes de prise en charge sanitaire, la qualité des soins et les difficultés éprouvées par les bénéficiaires. La méthode d'échantillonnage adoptée est celle aléatoire non probabiliste. Sur un effectif d'environ 13119 réfugiés internes¹ dans la ville de Mora, un échantillon représentatif constitué de 300 personnes déplacées (dont 180 enfants compris entre 15 et 20 ans), 69 femmes et 51 hommes a été retenu. Les enfants représentent dans les deux cas plus de la moitié de la population, les femmes ont un effectif moyen mais plus considérable que les hommes. À cette enquête, s'est ajoutée la collecte des données

¹ Taille de la population mère, parmi lesquelles environ 8000 enfants, 3050 femmes et 2069 hommes selon le Rapport de l'ONU en 2016

GPS qui a permis d'évaluer les distances entre les centres médicaux de prise en charge et les sites d'accueil des réfugiés.

Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel Excel pour les statistiques et au QGIS.14 pour les représentations cartographiques. Les résultats obtenus s'organisent successivement autour de la situation pathologique des réfugiés internes et des offres en soin de santé ; les disparités spatiales qui caractérisent ces offres des soins sanitaires et les facteurs socioéconomiques qui entravent en quelque sorte l'optimisation d'accès aux soins de santé des réfugiés internes dans la ville de Mora.

2. Résultats

Le contexte sanitaire des déplacés internes révèle l'existence des pathologies face auxquelles les offres de soins de santé sont diversifiés : médical, eau, alimentation et hygiène. En plus, les inégalités sont déterminées par les disparités d'ordre géographique, socio-culturel et économique. Ces éléments mettent en lumière les réalités humanitaires déplorables auxquelles font face ces personnes en situation d'instabilité.

2.1. Urgence de la situation pathologique et les offres des soins de santé des réfugiés internes de Mora

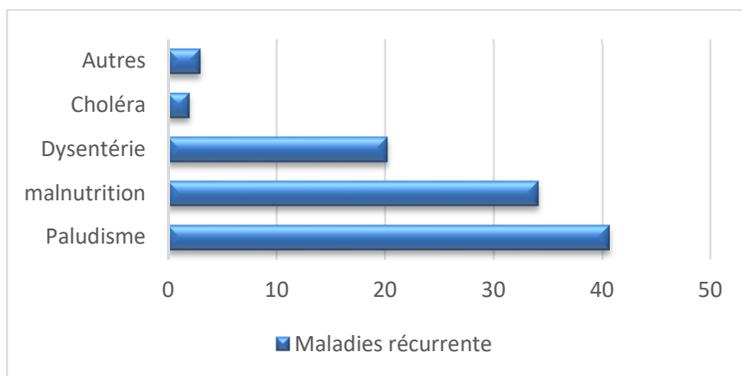
Les réfugiés internes en provenance des zones frontalières et qui se sont établis dans la ville de Mora souffrent de plusieurs pathologies qui nécessitent une prise en charge sanitaire.

2.1.1. Dégradation de la situation pathologique des réfugiés internes de Mora

Les observations de terrain révèlent que les maladies les plus récurrentes chez les déplacés internes de Mora faisant l'objet de prise en charge sont : le paludisme, le choléra, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, la dysenterie avec une forte prévalence pour le paludisme (Cf. figure 2). Les causes souvent citées sont : la pauvreté, le manque d'hygiène de vie, les mentalités rétrogrades, l'ignorance, l'état de promiscuité dans les

logements et le recours aux soins de santé non fiables (médicaments de la rue et automédication). Plusieurs cas de maladies arrivent dans les formations sanitaires à des phases avancées à cause de la négligence des proches du patient.

Figure 2 : Maladies récurrentes des Déplacés Internes pris en charge dans les formations sanitaires de Mora



Au regard de la figure 3, le paludisme est la principale pathologie (40,6%). Il intervient durant la saison pluvieuse à cause de l'humidité qui favorise la reproduction des moustiques. Le choléra et les autres maladies ont un faible taux à cause des efforts consentis par l'Etat pour les éradiquer. La malnutrition et la dysenterie présentent respectivement un taux de prévalence 34,11% et 20,22%. Elles sont liées à l'état de précarité des déplacés internes qui se manifeste par la pauvreté et le manque d'hygiène.

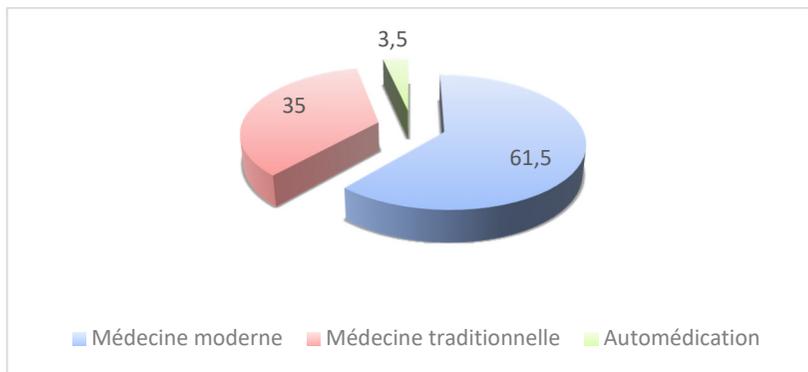
2.1.2. Contraste de l'organisation de l'offre des soins de santé des réfugiés internes de Mora

Les offres de soins de santé sont diversifiées. Il s'agit notamment des soins médicaux et alimentaires, l'hygiène et la salubrité.

▪ Une diversité d'offres de soins médicaux des déplacés internes

Pour se soigner, les déplacés internes font recours à diverses offres de soins médicaux : médecine interne, traditionnelle et automédication (figure 3).

Figure 3 : Les différentes offres médicales des déplacés internes



Source : Enquêtes de terrain, juin 2018

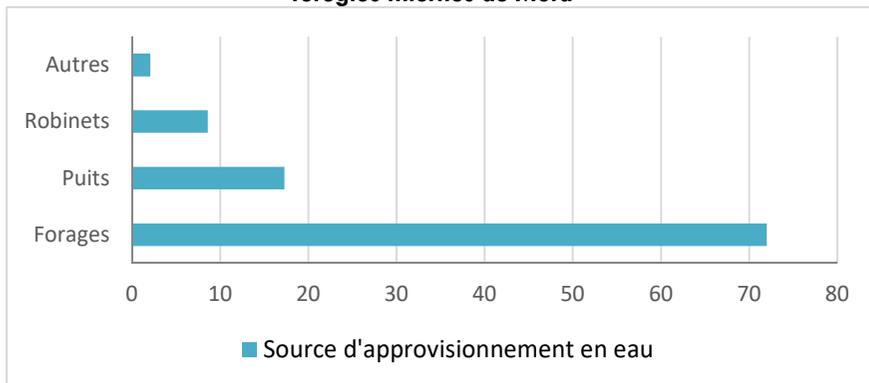
La figure 3 illustre les différents soins médicaux des déplacés internes dans la ville de Mora. Il se dégage que ceux-ci sollicitent majoritairement la médecine moderne (61,5%), à cause de la bonne prise en charge et de la fiabilité des médicaments ; gratuité de soins médicaux administrés aux enfants et femmes enceintes par MSF². Certains déplacés internes (35%) moins infortunés et par ignorance font recours aux vendeurs ambulants. Et seulement 3,5% d'entre eux s'orientent vers l'automédication à base des plantes constituées des poudres de racines, de feuilles d'arbres et d'herbes.

▪ L'accès à l'eau : un déséquilibre de répartition

Dans les sites des déplacés internes à Mora, l'accès à l'eau s'effectue par trois principaux modes avec une polarisation sur les forages (Cf. figure 4).

² Médecins Sans Frontières

Figure 4 : Modes d'approvisionnement en eau dans les sites d'accueil des réfugiés internes de Mora



On remarque que l'eau des forages est la plus accessible pour les réfugiés (72%) contre le puits (17,3%). L'eau du robinet est moins accessible à cause du coût de branchement élevé soit 100.000 Fcfa au minimum.

Les moyens de conservation de l'eau ne sont pas les mêmes pour les déplacés internes. Le mode de conservation chez les déplacés internes s'adaptent à leur mode de vie et des moyens locaux disponibles, (Planche 1).



Planche 1 : Modes de stockage d'eau par les déplacés internes à Mora

Source : Bouba Koulagna, juillet 2018

Ces images présentent l'adaptation du stockage de l'eau (canaris, bidons) selon les réalités climatiques (forte température) pour les

besoins de rafraîchissement et également en fonction des besoins de consommation ou d'usage domestique des déplacés internes dans les différents sites.

Dans les formations sanitaires, il existe plusieurs moyens de stockage des eaux. Ces eaux sont stockées dans les réservoirs. Elles sont traitées, les conteneurs sont régulièrement nettoyés et l'environnement de conservation est désinfecté.

Planche 2 : Stockage d'eau à l'hôpital de District et MSF de Mora



Source : Boubu Koulagna, juillet 2018

Ces images présentent les modes de stockage d'eau à l'hôpital de District de Mora. Le premier dispositif est réservé pour un usage direct alors que le dispositif est un réservoir de stockage. Ces eaux sont destinées à plusieurs usages. Le service d'entretien s'occupe du nettoyage régulier des récipients.

▪ L'assistance alimentaire

Elle est l'une des principales aux déplacés internes de Mora. Elle intervient en amont de toute action sanitaire dans un contexte de crise humanitaire. Cette mesure est recommandée par l'OMS et exécutée par les organisations humanitaires. Elle comporte deux dimensions : l'assistance alimentaire dans les sites et celle des déplacés malades et/ou hospitalisés. La première arrive aux nécessiteux sous forme d'aide, de don et de programme. Elle est constituée de denrées de première nécessité (sacs de riz, cartons de boîtes de conserve, huile végétale). L'objectif de cette catégorie d'aide est d'assister les déplacés à leur arrivée en vue de faciliter leur installation dans les différents sites et de lutter

contre la faim (OMD, 2016). Mais, la fréquence de distribution est irrégulière à cause de la longue procédure d'évaluation et d'acheminement des besoins alimentaires. Par contre, l'assistance alimentaire destinée aux déplacés patients est plus permanente et est intégrée dans le système sanitaire des ONG comme le MSF. L'offre alimentaire est caractérisée par sa régularité et sa variabilité. L'objectif attendu ici est de suivre la santé des patients, d'assurer leur équilibre alimentaire et de lutter contre la malnutrition. L'assistance alimentaire aux patients et leur accompagnement s'effectue trois fois par jour et couvre une gamme variée d'aliments, de valeur nutritives diverses (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition journalière de l'assistance alimentaire aux déplacés internes malades de Mora

Horaire de repas	Aliments	Quantité	Qualité
Matin	Bouillie, lait, gâteaux, beignets	Un plat pour le patient et un autre plat pour un garde malade	Aliment énergétique riche en lipide, en calcium et en aliment complet
Midi	Couscous, tubercules, riz sauté, viande, légumes	Un plat pour le patient et un autre plat pour un garde malade	Aliment énergétique et de résistance riche en lipide, en glucose et protéine
Soir	Couscous, fruits.	Un plat pour le patient et un autre plat pour un garde malade	Aliments de récupération

Source : enquêtes de terrain (Juillet 2018)

Le MSF de Mora est la seule ONG est chargée de faire de l'offre d'assistance alimentaire sous forme de repas pour les patients. Ces aliments offerts sont gratuits et le patient en bénéficie durant la durée de son hospitalisation. Quant aux nourrissons, leur prise en

charge s'effectue par la prescription de certains médicaments et vitamines utiles pour leur croissance normale. Les soins médicaux sont gratuits. Pour le chef d'antenne MSF de Mora, cette stratégie permet « d'observer une nette amélioration énergétique, physique, mentale et psychologique du patient au même moment que celui-ci est sous les soins médicaux ».

▪ La prise en charge de l'hygiène et de l'assainissement

Elle concerne les latrines et des bacs à ordures. Les latrines sont importantes dans la gestion de l'hygiène et de la salubrité. Il existe 2 types de latrines dans le cadre de vie des déplacés internes à Mora : les latrines mises en place par le HCR³ et l'UNICEF⁴ dans les différents sites des déplacés internes et les latrines pour les patients réfugiés internes dans les formations saitaires de la ville de Mora (planche 3).

Planche 3 : Types de latrines disponibles sur les sites des réfugiés internes de Mora



Latrine construite à l'Hôpital de District de Mora

Source : Boubou Koulagna, juillet 2018

Les latrines construites par les ONG dans les sites des réfugiés, sont faites à base de matériels précaires, notamment les planches

³ Haut Commissariat des Réfugiés

⁴ Fond des Nations Unies pour l'Enfance

et baches en plastiques (photo 5,6). Ces latrines sont collectives et chacune est utilisée par 03 (trois) familles en moyenne. Par contre dans les formations sanitaires, les latrines sont construites selon les normes d'hygiène et de salubrité (photo 7, 8). On trouve à proximité des latrines de l'eau et un système d'aération interne de des latrines. Le nettoyage des latrines est fait de façon régulière. La distinction entre les latrines pour hommes et pour femmes est faite et ces dernières bénéficient d'une désinfection régulière et d'une canalisation des eaux usées.

Par ailleurs, la gestion des déchets fait partie des rôles des acteurs sanitaires pour assurer l'hygiène et la salubrité. Elle est matérialisée sur le terrain par l'installation des fosses et des bacs à ordures. Dans ce registre, on distingue plusieurs modes de stockage des déchets : les fosses creusées dans les sites des déplacés internes juste derrière les enclos de chaque ménage. Les populations déplacées y déversent les déchets de toute nature (eaux usées, feuilles d'arbres, épis de mil, vêtements usés). Ce sont les différents ménages qui creusent eux-mêmes leurs fosses pour évacuer les déchets par incinération ou la fermeture totale de la fosse avec la terre. Ce procédé permet de réduire considérablement l'impact environnemental des déchets (pollution, insalubrité, risques pathologiques suite à la décomposition des déchets et dégagement des odeurs nauséabondes).

Photo 1. Fosse à ordure creusée par les déplacés internes



Source : Bouba Koulagna, juillet 2018

La photo 7 est une fosse creusée derrière un logement pour déplacés internes. Elle est entretenue pour assurer la salubrité et éviter que les enfants s'y rendent selon les instructions données par les agents du HCR pour assurer la salubrité et éviter que les enfants s'y rendent. Ceci est aussi une mesure de lutte contre le choléra.

Dans les structures de santé, les bacs à ordures sont répartis devant chaque service et gérés par les agents d'entretien. Les matériels de collecte d'ordures sont : les balais, les râtaeux, les gangs, les raclettes, les serpillères, les pelles pour le ramassage (Planche 4).

Planche 4: Mode d'évacuation des déchets et bacs à ordures



Source : Boubu Koulagna, juillet 2018

Les photos présentent les différentes modes d'évacuation des déchets et les bacs à ordures dans les formations sanitaires. Les déchets en plastique, en papier, en tissus et en matières organiques sont évacués par incinération.

Dans la cour, les déchets sont stockés dans le grand bac à ordure et les déchets organiques, en verres et liquide sont stockés dans les petits sceaux placés dans les salles de soins. Ces bacs sont utilisés conjointement par le personnel de santé et les déplacés internes.

Ceux placés devant les services et dans la cour sont à usage public mais ceux placés à l'intérieur de certains services (accueil, chirurgie) sont réservés au personnel de santé et ont un mode d'usage approprié. D'autres bacs sont utilisés par le personnel de salubrité chargé de l'incinération.

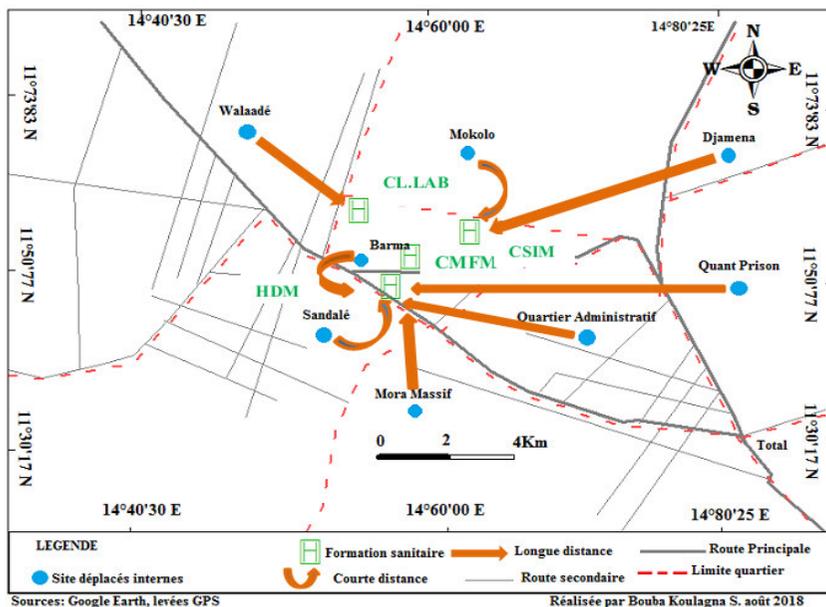
2.2. Disparités des offres des soins de santé

Dans les services de soins offerts aux déplacés, des disparités sont observées tant sur le plan géographique qu'au niveau des caractéristiques socioéconomiques des déplacés internes. Elles s'appliquent particulièrement à l'offre aux soins médicaux.

2.2.1. Inégalités géographiques, obstacles aux offres des soins médicaux des déplacés internes

La ville de Mora est implantée sur un site de montagnes et de plaine. Les petites collines jonchées de pierres ne facilitent pas la circulation à cause du sol accidenté qui crée des cascades et des sinuosités sur la route (Seignobos et Olivier, 2005). Ainsi, se déplacer d'un point A à un point B dans la ville de Mora n'est pas toujours aisé à certains endroits. La ville est également serpentée des petits cours d'eau du fait du relief de plaine. D'autres quartiers tels que Waladé et Djamena connaissent des inondations durant la saison pluvieuse. La stagnation des eaux dans ces quartiers est le principal facteur de maladies hydriques. En outre, certaines populations déplacées internes vivent sur les flancs de montagne où les difficultés d'accès aux soins de santé se font remarquées avec acuité. Dans ces conditions géographiques, il est presque impraticable avec les engins quasi-impossibles de transporter un malade en toute quiétude. Le mauvais état de la route représente un risque, un danger permanent. Les quartiers ou sites faciles d'accès notamment Barma et quartier administratif ont facile aux structures de santé (Cf figure 5).

Figure 5 : Distribution spatiale des formations sanitaires à Mora



Les sites des déplacés internes sont situés à d'inégales distances des formations sanitaires. Les déplacés qui parcourent de longues distances déboursent plus de moyens financiers pour y accéder contrairement à ceux qui sont proches. L'accessibilité aux structures de santé est perçue par 88,4 % des déplacés situés à la périphérie comme un double défi : distance (coût de transport) et risques d'inconfort (tableau 2). Les secousses sont inévitables, ce qui ralentit considérablement la circulation. Les plus grandes distances en périphérie sont entre 6 et 8 Km, celles moyennes entre 4 et 5 Km et celles immédiates à moins de 3 Km. Cependant, seuls les mototaxis constituent le transport public. Les coûts de transport sont déterminés en fonction des différents emplacements.

Tableau 2 : Évaluation de la distance entre les sites des D.I. et l'Hôpital de District de Mora et autres Formations Sanitaires

Sites D.I. pour	Pourcentage Déplacés I.	Distance avec l'Hôpital District de Mora	Emplacement et distance avec les formations sanitaires proches et/ou opérationnelles
Waladé	30,8	7 Km	En Périphérie et à 4 Km de la Clinique Laborantin
Mora Massif	25,6	5 Km	Intermédiaire et à 3 Km De L'Hôpital de District de Mora
Mokolo	15	4 Km	Intermédiaire et à 3Km du Centre de Santé Intégré de Mora
Djamena	7,8	6 Km	En Périphérie et à environ 7 Km du CSIM
Sandalé	7,59	Moins d'un (1) Km	Proche et à environ 2 Km du HDM
Barma	5,5	Moins d'un (1) Km	Proche et moins de 1Km du Centre Militaire des Forces Multinationales
Quand Prison	4,3	8 Km	En Périphérie et à environ 6 Km du CSIM
Quartier Administratif	2,6	5 Km	Intermédiaire et à environ 4 Km de l'HDM

Sources : Enquêtes de terrain (2018)

Les coûts de transport au centre-ville (de 0 à 3 Km) varient entre 100 Fcfa et 200 Fcfa. Entre les sites intermédiaires et en périphérie (de 4 à 7 Km), le coût peut s'élever à 700 Fcfa, voir 1000 Fcfa pendant la saison pluvieuse. Ce qui n'est pas à la portée de la bourse des Déplacés Internes. C'est pourquoi, certains utilisent le vélo, le pousse-pousse et l'âne pour le transport des

malades à l'hôpital, d'autres nantis préfèrent louer le service des motos taximen ; synonyme des disparités socioculturelles parmi les Déplacés.

2.2.2. Les disparités socioculturelles : un frein aux offres des soins de santé des déplacés internes de Mora

A chaque niveau d'instruction, l'accès à l'offre de soins varie suivant les disparités socioculturelles. Les Déplacés internes scolarisés sollicitent la médecine moderne contrairement à ceux qui ont un faible ou très faible niveau d'instruction et qui ignorent l'importance de la médecine moderne. Ils s'adonnent aux médicaments de la rue et aux soins à base des plantes (tableau 3).

Tableau 3 : Niveaux d'instruction des déplacés internes et choix des soins de sanitaires

Types de soins	Niveaux d'instruction des déplacés internes		
	Aucun niveau	Primaire	Secondaire
Médecine moderne	60%	70%	80%
Médicament de la rue	30%	23%	15%
Soins à base des plantes	10%	7%	5%

Sources : *Enquêtes de terrain (2018)*

Le tableau 3 montre que 80% des instruits de niveau secondaire s'orientent vers la médecine moderne contre 70% du primaire et 60% sans instruction. Très peu ont recours aux médicaments de la rue à cause des actions de sensibilisation des acteurs sur l'interdiction de ce type de soin. Le pourcentage des soins à base des plantes est faible car il existe peu de tradipraticiens et la demande est presque inexistante. La prédominance du pourcentage de la médecine moderne (plus de 50% à tous les niveaux) s'explique par les multiples stratégies adoptées par les acteurs sanitaires qui impliquent les déplacés internes dans leur

propre prise en charge sanitaire sans se détacher des soins modernes.

En plus du niveau d'instruction, l'appartenance religieuse des réfugiés internes constitue aussi un facteur de discrimination d'accès aux soins médicaux comme illustré dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Appartenance religieuse et choix des soins médicaux des Déplacés internes

Types de soins sollicités	Appartenance religieuse		
	Chrétiens	Musulmans	Animistes
Médecine moderne	65%	60%	40%
Médicament de la rue	25%	25%	30%
Soins à base des plantes	10%	15%	30%

Sources : *Enquêtes de terrain (2018)*

Il ressort que les chrétiens et les musulmans sollicitent plus la médecine moderne et il est également constaté un attachement des animistes aux plantes médicinales.

2.2.3. Les disparités économiques, une réelle difficulté d'accès aux soins médicaux des déplacés internes

Les inégalités d'accès aux soins médicaux ont été observés parmi les déplacés. Le seul indicateur retenu est le statut socioprofessionnel (Tableau 5). Les déplacés convertis en éleveurs semblent avoir un de revenu plus élevé que leurs confrères agriculteurs. Il a été constaté que les dépenses sanitaires sont aussi inégalement réparties (Mizrahi et Wait, 1993) selon la taille du ménage. Plus la taille du ménage est élevée, les dépenses sont aussi élevées car les besoins alimentaires et de santé sont démesurés. Mais, la présence de MSF amoindrit les dépenses sanitaires pour les déplacés internes en général et les femmes et enfants en particulier.

Tableau 5 : Statuts socioprofessionnels des déplacés internes et accès aux soins médicaux

Types de soins médicaux	Statuts socioprofessionnels des déplacés internes de Mora			
	Travailleurs	Sans emploi	Agriculteurs	Fonctionnaires
Médecine moderne	60%	41%	56%	87%
Médicaments de la rue	35%	42%	29%	11%
Soins à base des plantes	5%	17%	15%	2%

Sources : *Enquêtes de terrain (2018)*

Globalement, la médecine moderne est plus sollicitée par les fonctionnaires (87%) que les sans-emplois (42%) qui ont recours aux médicaments de la rue et aux soins à base des plantes.

3. Discussions et conclusion

L'offre des soins de santé des réfugiés de « Boko-Haram » est l'une des préoccupations des autorités. Plusieurs études scientifiques ont été effectuées sur la santé des populations déplacées (Chauvin et Parizot) ; sur l'accès aux soins de santé des réfugiés (UNHCR) et la prise en charge des migrants (Dodzi) mais, le cas de l'étude de cette situation dans la ville de Mora est exceptionnelle. L'offre sanitaire est diversifiée : alimentaire, médical, d'hygiène et salubrité et en eau. Mais les disparités géographiques, sociales et économiques renforcent son caractère sélectif. La mauvaise qualité de logement, les disparités sociales et l'insalubrité dans les sites aux Déplacés Internes de Boko-Haram amplifient les risques sanitaires. Ces mêmes résultats ont été observés par Mizrahi (1993), Laliberté (2003), Chavin (2005), Baya et al (2007).

Plusieurs pathologies ont été observées parmi les déplacés : paludisme, malnutrition, dysenterie et choléra. Elles sont amplifiées par des inégalités d'offres de soins, d'accès à l'eau et à l'alimentation en lien avec les mauvais états des routes et l'inégale répartition des formations sanitaires. Les difficultés économiques mettent ces derniers devant les défis des coûts de transport élevé et du manque de moyens financiers pour leur propre prise en charge.

Références bibliographiques

- Baya, B. et Laliberté, D. (2007). Crise des solidarités ou solidarités dans la crise ? Une lecture à partir de l'analyse de l'évolution de la structure des ménages entre 1993 et 2003 à Ouagadougou au Burkina Faso, *Population et développement en Afrique : questions émergentes*. Tanzanie : Arusha
- Bouba, K. et Kiessu, E. (2016). Organisation et gestion des formations sanitaires et accès aux soins de santé dans la ville de Maroua (Mémoire de DIPES II). Université de Maroua.
- Chauvin, P. et Parizot, I. (2005). Santé et recours aux soins des populations vulnérables. France : Inserm
- Connolly, M., Gayer, M., Ryan, J., Salama, P., Spiegel, P., et Heymann, D. (2004). Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet*
- Dodzi, T. et Romaric A. (2009). Approches de solutions durables de prise en charge des réfugiés en situation d'asile: le cas du Bénin, maîtrise en développement communautaire. Université d'Abomey : Calavi
- François, T. et Emmanuel, V. (1999). Géographie de la santé en France. Paris, PUF
- Laliberté, D., Laplante, B. et PICHÉ, V. (2003). The impact of forced migration on marital life in Chad, *European Journal of Population*.
- Mizrahi, A. et Wait, S. (1993). Accès aux soins et état de santé en France des populations immigrées en France. Paris : Credes
- Saïbou, I. (2012). Ethnicité, frontière et stabilité aux confins du Cameroun, du Nigéria et du Tchad. Paris : l'Harmattan
- Seignobos, C. et Olivier, I. (2005). Atlas de la province de l'Extreme-Nord Cameroun. Marseille : IRD

BOUBA K., S. et MBANMEH M., M., *L'offre de soins de santé des réfugiés internes...*

UNHCR (1995). *The State of the World's Refugees in search of solutions*, Oxford University Press. Extrait de:
<http://www.unhcr.org/publ>