

Adaptabilité biologique dans un environnement d'aide humanitaire: le cas des enfants déplacés de la guerre post-électorale ivoirienne

Biological adaptability in the humanitarian context: the case of displaced children in the Ivorian post-electoral war

K. J. Kouadio^{1,2}, J.-B. Beugré^{1,2}

¹Département de Paléoanthropologie. Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD). Université Félix Houphouët Boigny de Cocody. Abidjan. Côte d'Ivoire. E-mail: kouadiojeromek@yahoo.fr.

²Laboratoire d'Anthropologie physique et de Biomorphologie. UFR SHS-OS-Université Félix Houphouët Boigny de Cocody. Abidjan

Mots-clés: Adaptabilité biologique. Migration. Environnement de vie. Homo sapiens. Soutien humanitaire. Enfants Déplacés Internes (EDIs). Période post-crise.

Key-words: Biological adaptability. Migration. Homo sapiens Environment life. Humanitarian support. Internally Displaced Children (IDEs). Post-crisis period.

Résumé

L'objectif de cette présente étude a été d'examiner l'influence de l'aide humanitaire en période post-crise sur l'adaptabilité biologique des populations déplacées. Elle a concerné 502 enfants ivoiriens âgés de 5-6 ans.

Pour mettre en évidence l'influence de l'assistance sur l'adaptabilité (fitness) biologique, nous avons considéré les fréquences de pathologies physiques, le poids et la stature moyens des enfants suivant la nature et la fréquence de l'assistance apportée aux familles. Les résultats montrent une fréquence élevée de maladaptabilités biologiques chez les enfants qui ne bénéficient pas à la fois d'une aide médicale, alimentaire et en logement, comparativement à leurs pairs qui en reçoivent. L'on note chez les premiers (maladaptables) une proportion importante de paludisme (35%), de gale (35%), de teigne (30%) et de varicelle (30%). Les seconds, en revanche, présentent des pourcentages de maladaptabilités faibles (paludisme: 20%, gale: 10%, teigne: 10%, varicelle: 10%).

Cette différence est aussi observée, en ce qui concerne les poids et stature moyens présentés par les catégories d'enfants suivant l'étendue de l'aide reçue (18,38 kg et 1,14 m contre 18,50 kg et 1,16 m. Alors, les fitness biologiques des enfants déplacés bénéficiant moins d'aide sont donc plus affectées que ceux de leurs pairs qui en reçoivent plus

De tels résultats confirment l'hypothèse selon laquelle la migration d'une part et l'environnement de vie d'autre part constituent des facteurs qui influencent la capacité d'adaptation de homo sapiens.

Abstract

The aim of the present study was to examine the influence of humanitarian assistance in post-crisis on biological adaptability of displaced period. It involved 502 Ivorian children ages 5-6 years.

To highlight the impact of the assistance on adaptability (fitness) Biological, we considered the frequency of physical diseases, weight and stature in children means the nature and frequency of assistance to families.

The results show a high frequency of low biological adaptabilities in children who do not have both a medical aid, food and shelter, compared to their peers who receive. Let us note in the first (unadaptables) a significant proportion of malaria (35%), scabies (35%), ringworm (30%) and varicella (30%). The latter, however, have lower percentages of low adaptabilities (malaria 20%, 10% scabies, ringworm 10% and 10% varicella).

This difference was also observed, regarding the average weight and stature presented by groups of children according to the extent of the assistance (18,38 kg 1,14 m against 18,50 kg and 1,16 m). So biological fitness of displaced children receiving less support are more affected than those of their peers who receive more

These results support the hypothesis that migration on the one hand and the living environment on the other hand are factors that influence the adaptability of *Homo sapiens*.

Introduction

L'homme, pour assurer son homéostasie, serait régulièrement enclin à des modifications variables en fonction de son potentiel interne ou de son niveau d'expression génotypique. Ce patrimoine endogène à l'origine des processus de transformation de caractères existants ou d'apparition de nouvelles structures renvoie à ce que Rosenberg et Bouchard (2008) appellent la valeur sélective de l'organisme ou sa fitness, c'est-à-dire son adaptabilité. Dans une orientation biologiste, celle-ci se réfère à l'aptitude biologique d'un organisme à exercer une fonction appropriée et différentielle aux caractères de son environnement de vie (Blondel, 1995; Gould et Lewontin, 1982). Elle s'isole ainsi comme la différence de survie acquise par l'individu au cours d'une longue période d'existence dans un milieu (Dreux-Palassy, 2002; Lasker, 1969). Ainsi, l'adaptabilité biologique apparaît comme un trait d'un organisme qui augmente la propension de ce dernier à survivre dans un environnement. Elle serait donc le produit du processus d'adaptation de l'individu à son milieu de vie. Dès lors, l'on pourrait observer chez l'individu un changement dans les fréquences de traits biopsychologique adaptatifs suivant les possibilités d'ajustement qu'offre le milieu.

Cette relation entre l'adaptabilité biologique et le milieu se révèle spécifique. Elle est d'autant plus particulière que le milieu de vie est habituel. En effet, le lieu d'habitation régulière est celui qui accueille l'individu dès sa naissance et lui offre un cadre relationnel dans lequel il acquiert les premières expériences de vie à travers les échanges avec les personnes qui l'entourent (Morel, 1999; Tano, 2000). C'est donc au sein du milieu de résidence familial que réalisent les premières acquisitions physiques et les attachements psychologiques nécessaires à l'équilibre optimal de l'individu (Dolto, 1988; Dreux-Palassy, op. cit; Richardson, 2007). Dans un tel environnement pourraient donc se développer et se moduler avantageusement les caractères biophysiques adaptatifs génétiquement sélectionnés

Le milieu de résidence habituel est, de ce fait, un facteur (fondamental du milieu social) susceptible d'influencer la capacité biologique adaptative de l'individu.

Par conséquent, l'abandon, la destruction ou la séparation soudaine de ce dernier de son milieu de résidence habituel pourrait inhiber son potentiel adaptatif, notamment biologique. En d'autres termes, les changements du mode de vie de l'individu ne seraient pas sans conséquences sur son adaptabilité, c'est-à-dire sa survie.

Les conditions socio-politiques nouvelles n'offrent malheureusement pas toujours un tel cadre de vie. Il s'agit notamment de situations de pauvreté, de chômage, ou de crises militaro-politiques internes. Confrontés à ces situations de vie défavorables, les individus ou les

populations quittent très souvent leur milieu de résidence habituel pour un nouvel environnement relativement favorable. Dans les circonstances de précarité ou de pauvreté "naturelle", les migrations semblent constituer des projets volontaires de recherche de bien-être, alors que les situations de conflit ou de guerre contraignent des communautés ou des populations à quitter brusquement leur milieu de résidence habituel pour des destinations généralement imprévisibles. De tels mouvements migratoires apparaissent comme les plus récurrents et les plus importants (Deng, 1993; Renner, 1996; Banque mondiale, 2005).

Ainsi, selon Sivard (1989), les conflits internes sont passés d'une douzaine à une trentaine des années 50 aux années 80. C'est un pallier au-dessous duquel il n'est plus retombé depuis des décennies. Dans cette perspective, les observations de Kane (1995), de Karp (1995) font état de plus de 130 conflits internes de 1945 à 1995. Les affrontements entre citoyens de même pays sont davantage plus observés dans les pays ayant des niveaux de développement socio-économique faibles (Banque mondiale, 2005). La résurgence d'anciens foyers de tensions internes dans de nombreux pays en développement dans le monde d'une part, et le déclenchement de nouveaux conflits comparables particulièrement en Afrique noire d'autre part, comme c'est le cas en Côte d'Ivoire, en témoignent. De tels affrontements pourraient subséquemment avoir une incidence négative sur les populations civiles.

Alors que certaines personnes sont assassinées ou enlevées pour intégrer des groupes rebelles ou armés, la violence pousse la plupart à l'exode et à la migration. Les unes s'orientent vers des pays limitrophes ou proches où elles prendront le statut de réfugiés, les autres (la majorité) vont simplement rechercher gîte et secours dans les régions de leur propre pays non encore touchées par ces combats fratricides. Dans ces conditions, elles portent le nom de personnes déplacées Internes (PDI).

Les études réalisées ayant concerné ces personnes révèlent que nous avons 8.4 millions de réfugiés contre plus de 23,7 millions de PDI à travers le monde (UNHCR, 2004; 2006). Qu'elles soient réfugiées ou déplacées internes, ce sont des populations civiles qui, du fait de la violence des affrontements, ont été contraintes de quitter leur milieu de résidence habituel pour se retrouver dans des milieux généralement inhabituels où le gîte et le soutien proposés semblent différer suivant le statut de résident. S'agissant par exemple des réfugiés, ils bénéficient de l'assistance et de la protection internationale à travers les actions du Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR), une agence des Nations Unies créée exclusivement à cet effet et celles d'autres organisations humanitaires internationales partenaires.

En revanche, les PDI ne sont pas intégrées dans les corpus des lois et des secours internationaux, encore moins nationaux (UNHCR, 2004; 2006). En d'autres termes, les PDI seraient loin de bénéficier de l'assistance véritable et institutionnelle, bien que leur situation de vie puisse être souvent beaucoup difficile, pénible parce que durable. Pour Bennett et Stam (cité par Banque Mondiale, 2005), la durée des difficultés auxquelles pourraient être confrontées les populations en conflit est d'environ sept années en moyenne. Les PDI, contrairement à leurs homologues réfugiés, seraient laissées alors pour compte durant plusieurs années.

En clair, la situation de PDI rime avec une longue condition d'une personne sans protection, sans domicile, sans vivres, sans soins, sans revenu. Or, de telles conditions de vie sont considérées comme des facteurs exerçant une influence négative sur l'expression adéquate des caractères biophysiques génétiquement sélectionnés (Demars, 2012; Buler, 2005; Garaude, 2005).

L'objectif de cette étude est d'examiner la relation existant entre l'adaptabilité biologique et le soutien humanitaire en période post-crise.

Matériel et méthode

Matériel

La présente étude porte sur les enfants issus de familles déplacées Internes (PDI) à Abidjan de décembre 2010 à juin 2011. En effet, durant cette période, la Côte d'Ivoire a été confrontée à une guerre interne post-électorale. Celle-ci, commencée dans les régions du centre nord et ouest, a entraîné le déplacement d'un nombre important de personnes de ces zones vers les régions du sud du pays, en particulier à Abidjan à la recherche de conditions de vie meilleures. Ainsi, jusqu'à

juin 2011, environ 18% des populations déplacées Internes, âgées de 18 à 53 ans y sont accueillies (Haut-Commissariat aux Réfugiés, 2011).

Plusieurs de ces PDI en Abidjan, notamment des enfants de 5-6 ans, se réfugient dans les quartiers de fortune dans la commune d'Adjamé. Ces derniers, accompagnés de leurs mères, ont intégré neuf bidonvilles, en l'occurrence Beyrouth, Dialogue, Vietnam, Doubaï, Kennedy, Sarama, Texa village, Macaci et la Paix. Les mères présentent des caractéristiques diversifiées. Au plan professionnel, ce sont essentiellement des femmes désœuvrées, des ménagères, des petites commerçantes et quelques balayeurs des rues. C'est un ensemble structuré de femmes mariées, célibataires ou abandonnées et de niveau d'études primaire qui se proposent d'offrir à leurs enfants un nouveau cadre de vie.

Du point de vue de la parité, la majorité des mères est constituée de multipares ayant en moyenne quatre enfants de moins de dix ans. En utilisant ces facteurs, comme caractéristiques propres aux femmes déplacées internes, nous avons interrogé pour l'étude 319 femmes âgées de 22 à 45 ans dont 180 ont deux enfants et 136 un enfant âgés de 5-6 ans.

S'agissant des enfants, nous avons retenu 502 d'entre eux vivant avec leurs mères, c'est-à-dire des femmes présentées précédemment. Cette catégorie d'enfants comprend 251 garçons et de 251 filles âgés de 5-6 ans. C'est sur l'ensemble de ces deux groupes d'enfants, qui constitue l'échantillon sur lequel a porté l'étude.

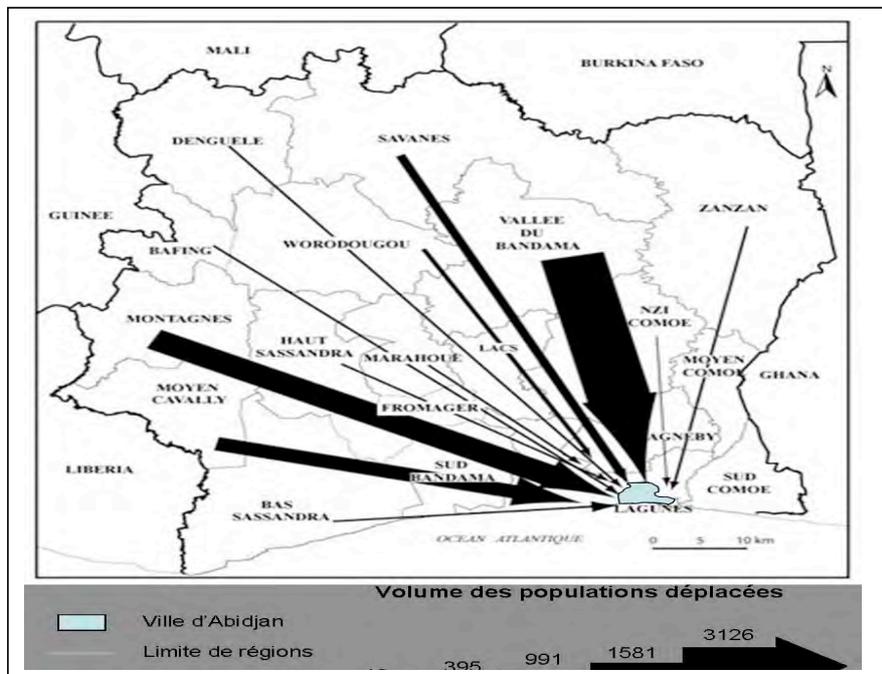


Figure 1. Les provenances des populations déplacées (Source: Registres des formations sanitaire, septembre 2003).

Figure 1. The origins of the displaced population (Source: Records of health formations, September 2003).

Méthode

Il s'agit d'une étude transversale analytique de l'adaptabilité biologique selon l'aide humanitaire. Pour ce faire, l'on a interrogé un échantillon de 502 enfants de familles déplacées internes accueillies à Abidjan au cours de la période allant de décembre 2010 à juin 2011. En effet, la guerre postélectorale a entraîné, comme indiqué précédemment, la fuite d'une proportion importante de femmes et de leurs enfants des régions de l'ouest, du centre ouest vers la ville d'Abidjan ou des communes de celle-ci (les communes d'Abobo et Yopougon) vers les communes relativement stables (Haut Commissariat aux Réfugiés, 2011).

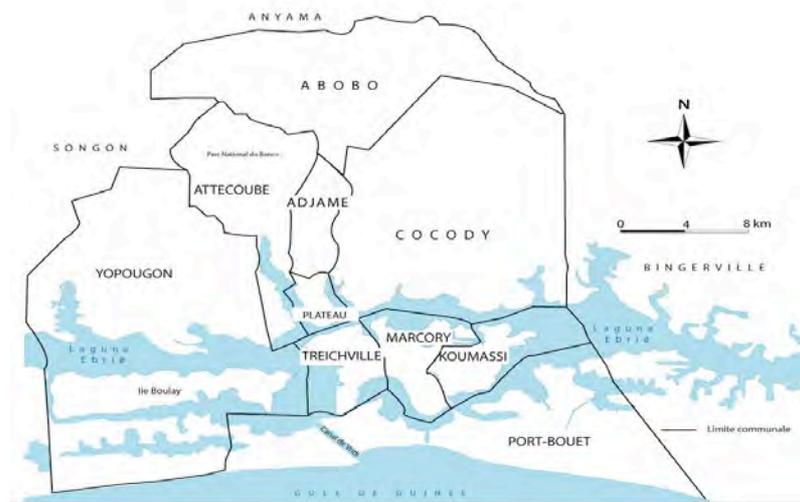


Figure 2. Carte de localisation des quartiers d'Abidjan (Source : BNEDT, 1998).
Figure 2. Location map of Abidjan (Source: BNEDT, 1998).

Alors que les déplacés d'Abidjan sont accueillis dans des familles proches (parents, amis), ceux venant de l'intérieur du pays se sont réfugiés dans les quartiers de fortune. Leur situation socio-économique modeste les a conduits à s'installer dans des espaces libres qui ne nécessitent pas de frais de loyer ou moins. Plusieurs bidonvilles, notamment Beyrouth, Dialogue, Vietnam, Doubai, Kennedy, Sarama, Texa village, Macaci et la Paix, ont constitué des lieux d'habitats privilégiés de ces populations "fugitives".

Par conséquent, l'enquête réalisée, dans le cadre de la présente étude, a porté sur l'ensemble des enfants de familles PDI issues de ces baraquements. Le recueil des informations relatives aux enfants s'est fait en soumettant aux mères de ces derniers un questionnaire d'échantillonnage comprenant 20 items. Cette exploration a concerné essentiellement les caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le niveau d'éducation, l'ethnie, le statut matrimonial, le modèle nuptial, la maternité, le régime alimentaire, l'origine géographique, la taille de la famille, l'occupation, l'itinéraire et la date de déplacement, les antécédents médicaux et la santé physique des enfants. Cette étape s'est réalisée avec le consentement des sujets.

Ainsi et par exemple au plan de l'âge, la plupart des femmes ont un âge compris entre 22 et 45 ans et ont pour la majorité un niveau d'études primaire. Vivant, pour la majorité, avec un homme, les mères interrogées ont un enfant âgé de 5 ou 6 ans. Appartenant pour la plupart à des familles déplacées internes en provenance des régions de l'Ouest, du Centre du Sud que du Nord et de l'Est, ces enfants bénéficient pour l'essentiel un régime alimentaire céréalier (riz, maïs).

En référence aux critères d'inclusion ou de non inclusion précédemment énumérés, 502 enfants, dont 251 garçons et 251 filles âgés de 5 ou 6 ans présentant des caractéristiques relativement identiques sur 528 dénombrés chez les familles déplacées, ont été sélectionnés. Cet échantillon de 502 sujets a été, par deux fois, soumis, avec leur consentement des mères, à des mensurations corporelles relatives à la stature et au poids. La mesure de la stature (la taille) s'est faite, au mètre près, avec une toise portable, confectionnée pour les besoins de l'enquête. Le poids, quant à lui, a été mesuré, au kilogramme près, à l'aide d'une balance électronique portable. Parallèlement aux séances de mensurations corporelles, des entrevues semi-directives et la consultation des carnets de santé des enfants sont organisées avec les mères de ces enfants. Elles avaient pour objectif de trouver des réponses à des questions et de vérifier les réponses données à des items proposés dans le questionnaire.

Cette opération a été précédée d'une pré-enquête et d'un pré-test réalisés auprès de 18 mères et 18 enfants (10 garçons et 8 filles) sélectionnés aléatoirement à domicile 15 jours avant.

De même, le questionnaire administré et la fiche d'enregistrement des données biométriques ont été anonymes, aucune mention n'a été faite sur l'identité des mères et des enfants. Le sujet observé a été représenté par un code. Les fiches d'enquête et d'observation n'ont été manipulées

que par l'équipe de chercheurs et l'ensemble de ces supports de collecte ont été gardés sous scellée.

A l'issue de ce processus, 502 enfants sur 528 identifiés dont 251 garçons et 251 filles âgés de 5 ou 6 ans présentant des caractéristiques similaires ont été retenus.

L'ensemble des données relatives à l'état de santé physique et biométriques obtenues a été traité statistiquement au moyen du logiciel statistique XL Stat 8.0 Microsoft avec les *tests de Khi carré* et de *Kruskal-Wallis* comme techniques statistiques appropriées pour tenir compte de la nature et l'effectif des données recueillies (fréquences et des scores ou moyennes). La différence a été considérée significative pour la valeur $p \leq 0,05$.

Cette enquête s'est faite par l'administration de questionnaires aux mères de ces enfants et l'organisation d'entrevues semi-directives avec elles ainsi que la mesure du poids et de la stature des enfants.

Les mères ont été soumises à un questionnaire d'une vingtaine de questions (ou items) portant sur les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé physique de leurs enfants et leurs conditions de vie et d'assistance.

Les enfants ont, par la suite, été examinés par rapport à leurs poids et à leurs statures. Ces deux opérations d'observation se sont déroulées à domicile. Elles ont concerné 276 sujets. Du fait du nombre élevé de sujets non alphabétisés ou de faible niveau d'étude, nous avons choisi de remplir nous-mêmes les questionnaires. L'organisation des séances d'entrevues semi-directives avec certains sujets PDI s'est révélée utile.

Le dépouillement des questionnaires et des tests psychologiques a permis de retenir les données provenant de 250 sujets comparables. L'ensemble de ces données, obtenues à l'issue de l'application de ces instruments d'observation, a été traité au moyen de l'outil statistique XL Stat 8.0 Microsoft.

Résultats

La présente étude se propose d'étudier l'adaptabilité biologique des enfants déplacés internes en rapport avec l'aide apportée à leur famille déplacée. Ainsi, les niveaux d'adaptabilité biologique, notamment les pathologies physiques, l'état pondéral et statural des enfants ont été comparés entre eux selon la nature et la quantité d'aide dont a bénéficié leur famille.

S'agissant de la nature de l'aide, les enfants issus de familles qui reçoivent une aide médicale présentent des fréquences de pathologies physiques inférieures à celles de leurs pairs vivant dans des familles auxquelles l'on a offert soit un logement, soit une aide alimentaire ou vestimentaire (40,25% contre respectivement 61,37%, 49,62% et 64,87%). En d'autres termes, les enfants recevant une intervention médicale sont moins paludéens, galeux, teigneux que leurs homologues obtiennent un soutien en logement, alimentaire et vestimentaire, quoique cette différence est statistiquement non significative (tableau 1).

	Paludisme		Gale		Teigne		Varicelle		Poids (kg)		Stature (m)	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Logement	65%	58%	71%	61%	65%	58%	58%	55%	18,38 ± 0,09	17,95 ± 0,08	1,05 ±0,006	1,03 ±0,008
Aliment	56%	50%	56%	50%	47%	44%	50%	44%	18,53± 0,05	18,07 ± 0,07	1,09 ±0,005	1,07 ± 0,005
Médical	48%	42%	45%	42%	39%	32%	39%	35%	18,51 ± 0,04	18,06 ± 0,06	1,08 ±0,004	1,05 ± 0,003
Vêtement	74%	68%	72%	63%	64%	61%	60%	57%	18,36 ± 0,07	17,89 ± 0,07	1,03 ±0,005	1,01 ± 0,007
n: 31 x 2	Khi ² : 0,457; p: 0,928 NS		Khi ² : 0,089; p: 0,993 NS		Khi ² : 0,050; p: 0,997 NS		Khi ² : 0,486; p: 0,922 NS		K: 5,333 ; p: 0,021 DS		K: 1,366 ; p: 0,243 NS	

Tableau 1. Fréquence de pathologie et état staturo-pondéral des enfants de 5-6 ans selon la nature de l'assistance apportée aux familles déplacées internes.

Table 1. Frequency of pathology and staturo-ponderal status of children 5-6 years depending on the nature of assistance to internally displaced families.

Les observations portant sur le poids et la stature des enfants isolent l'aide alimentaire comme favorisant une bonne adaptabilité biologique en période de crise. En effet, les enfants qui

reçoivent une aide alimentaire ont des poids et des statures moyens supérieurs à ceux des enfants qui dont les familles sont soutenu médicalement, en logement et en vêtement (18,30 kg et 1,08 m contre 18,28 kg et 1,07 m ; 18,18 kg et 1,04m ; 18,12 et 1,02) (tableau 1). L'écart entre ces deux groupes d'enfants est significatif, en ce qui concerne le poids (p: 0,021), comparativement à la stature (p: 0,243) (tableau 1).

Les résultats issus de ces primes observations semblent se répéter dans celles relatives à l'influence de la pluri-aide sur l'adaptabilité biologique. Dans cette optique, les informations obtenues, quant à l'influence d'une double aide sur la capacité d'adaptabilité biologique des enfants, font état du rôle important du double soutien médical et alimentaire dans la résistance de l'organisme à une situation difficile (guerre). Ainsi, les enfants déplacés internes qui sont assistés à la fois au plan médical et alimentaire présentent des fréquences de paludisme, de gale, de varicelle inférieures à celles des enfants qui reçoivent une double assistance en logement et en vêtement, en logement et en aliment ou en vêtement et en aliment (tableaux 2 et 3).

	Paludisme		Gale		Teigne		Varicelle		Poids (kg)		Stature (m)	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Logement Aliment	33,33%	27%	40%	33,33%	47%	40%	47%	33,33%	18,72 ± 0,08	18,08 ± 0,06	1,10 ± 0,005	1,08 ± 0,006
Logement Médical	20%	27%	27%	27%	40%	33,33%	33,33%	27%	18,73 ± 0,03	18,11 ± 0,05	1,12 ± 0,004	1,09 ± 0,004
Logement Vêtement	47%	33,33%	40%	33,33%	40%	33,33%	40%	33,33%	18,35 ± 0,07	17,97 ± 0,03	1,07± 0,005	1,05 ± 0,006
n: 15 x 2	Khi ² : 0,289 p: 0,866 NS		Khi ² : 0,049 p: 0,976 NS		Khi ² : 0,057 p: 0,972 NS		Khi ² : 0,183 p: 0,913 NS		K: 3,857 p: 0,049 DS		K: 1,190 p: 0,275 NS	

Tableau 2. Fréquence de pathologie et état staturo-pondéral des enfants selon une double aide reçue par les familles déplacées internes.

Table 2. Frequency of pathology and staturo-ponderal status of children in a dual state aid received by internally displaced families.

De même, les enfants qui bénéficient d'une aide médicale associée à une autre sont également plus adaptables en situation de guerre que leurs pairs recevant un double soutien qui ne prend pas en compte l'aspect médical (tableaux 2 et 3). Les poids et les statures moyens présentés par ces derniers (18,16 kg et 1,06 m contre 18,42 kg et 1,10 m ou 18,14 kg et 1,04 m contre 18,41kg et 1,09) confirment leurs faibles adaptabilités biologiques, leurs faibles fitness (tableaux 2 et 3).

	Paludisme		Gale		Teigne		Varicelle		Poids (kg)		Stature (m)	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Aliment Médical	31%	31%	38%	31%	31%	23%	31%	31%	18,72 ± 0,04	18,10 ± 0,05	1,11 ± 0,005	1,08 ± 0,004
Aliment Vêtement	46%	46%	46%	38%	46%	38%	38%	38%	18,37 ± 0,05	17,91 ± 0,04	1,04 ± 0,006	1,03 ± 0,006
Médical Vêtement	38%	31%	38%	38%	46%	31%	31%	31%	18,55 ± 0,06	18,10 ± 0,05	1,10 ± 0,005	1,08 ± 0,004
n: 13 x 2	Khi ² : 0,077 p: 0,962 NS		Khi ² : 0,268 p: 0,875 NS		Khi ² : 0,064 p: 0,969 NS		Khi ² : 0,000 p: 1,000 NS		K: 3,857 p: 0,049 DS		K: 1,225 p: 0,268 NS	

Tableau 3. Fréquence de pathologie et état staturo-pondéral des enfants selon une double aide reçue par les familles déplacées internes.

Table 3. Frequency of pathology and staturo-ponderal status of children in a double aid received by internally displaced families.

En clair, en situation de difficultés, la fitness de l'individu, c'est-à-dire sa survie, dépend de l'assistance qui lui est offerte. Cette survie est d'autant plus large que l'aide est pluridimensionnelle. Les résultats issus de l'analyse mettant l'accent sur l'influence d'une triple

ou quadruple aide sur la survie des enfants corroborent cette hypothèse. En fait, les enfants déplacés auxquels l'on a apporté à la fois une aide médicale, alimentaire et en logement résistent davantage que leurs homologues qui n'en bénéficient pas (tableau 4). Ils sont moins paludéens (20%), galeux (10%), teigneux (10%) ou moins atteints de varicelle (10%), contrairement aux enfants déplacés qui s'offrent une triple aide qui exclut le soutien médical ou alimentaire (paludisme: 35%; gale: 35%; teigne: 30%; varicelle: 30%) (tableau 4).

Cette différence est aussi observée, en ce qui concerne les poids et stature moyens présentés par les catégories d'enfants suivant l'étendue de l'aide reçue (18,50 kg et 1,16 m contre 18,38 kg et 1,14 m) (tableau 4).

Par ailleurs, les filles présentent, dans l'ensemble, des survies plus élevées que les garçons, lorsque l'on se réfère aux données relatives aux fréquences de pathologies physiques (37,40% contre 40,54%) (tableaux 1, 2, 3 et 4). La différence, en revanche, est en faveur des garçons, lorsque l'on compare leurs poids et statures moyens à ceux des filles. Les déficits statur pondéraux observés sont plus importants chez les filles que chez les garçons (1,08 m et 18,08 kg contre 1,10 m et 18,58 kg) (tableaux 1, 2, 3, 4).

A l'analyse, le soutien humanitaire apporté aux familles déplacées en période de crise favorise la survie différentielle des enfants issus de ces familles. Il constitue alors un catalyseur pour l'expression de la fitness, c'est-à-dire la capacité d'adaptation biologique de l'individu en difficulté.

	Paludisme		Gale		Teigne		Varicelle		Poids (kg)		Stature (m)	
	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F	G	F
Logement Aliment Médical n: 10 x 2	30%	30%	20%	20%	20%	10%	20%	10%	18,76 ±0,004	18,23 ± 0,06	1,17 ± 0,004	1,15 ±0,007
Logement Aliment Vêtement n: 10 x 2	40%	40%	40%	30%	30%	30%	30%	30%	18,69 ± 0,09	18,18 ± 0,05	1,15 ±0,006	1,13 ±0,007
Aliment Médical Vêtement n: 10 x 2	30%	30%	30%	30%	30%	20%	20%	20%	18,74 ± 0,05	18,22 ± 0,07	1,16 ± 0,005	1,15 ±0,007
Logement Aliment Médical Vêtement n: 12 x 2	20%	20%	10%	10%	20%	0%	10%	10%	18,76 ± 0,05	18,24 ±0,07	1,17 ± 0,006	1,16 ±0,005
	Khi ² : 0,000 p: 1,000 NS		Khi ² : 0,492 p: 0,921 NS		Khi ² : 1,636 p: 0,651 NS		Khi ² : 0,670 p: 0,880 NS		K: 5,398 p: 0,020 DS		K: 2,715 p: 0,099 NS	

Tableau 4. Fréquence de pathologie et état statur pondéral des enfants selon une triple ou quadruple aide reçue par les familles déplacées internes.

Table 4. Frequency of pathology and statur-ponderal status of children in a triple or quadruple aid received by internally displaced families.

Discussion

Les morbidités physiques et des déficits statur-pondéraux sont considérés comme la manifestation d'un état de dysfonctionnement organique ou fonctionnel. Elles sont également envisagées, dans leur dimension plus globale, comme l'expression adaptative ou maladaptative à un environnement contraignant (Balam et Guri, 1994).

Déterminé généralement par l'état du fonctionnement interne, c'est-à-dire la régulation génétique ou physiologique, l'adaptabilité biologique, dans sa double dimension, serait sensible aux conditions du milieu dont certains facteurs recouvrent des réalités complexes. Ainsi, le niveau socio-économique par exemple, qui intègre de nombreuses composantes, comme le revenu et la dimension de la famille, le type de logement, la qualité du régime alimentaire, les conditions sanitaires ou l'accès aux soins médicaux, influence l'adaptabilité des individus (Allen, 1994; Skuse *et al.*, 1994). Dans ce sens, l'alimentation sous ses aspects qualitatif et quantitatif, l'exposition au milieu de risques pathogènes et l'ambiance psychoaffective pourraient apparaître

pour les populations comme les facteurs principaux susceptibles d'avoir une répercussion directe sur la capacité d'adaptation de l'individu, bien que le fonctionnement biophysique se comporte de façon différente suivant l'individu. Alors le fonctionnement physiologique réagit d'une certaine façon aux modifications des conditions de milieu ainsi qu'aux différents évènements de l'histoire de l'individu.

Des études examinant l'influence des caractéristiques de l'environnement sur le fonctionnement biologique des populations a permis d'appréhender diverses réponses adaptatives de la part de ces populations. Froment et Koppert (1996, 2000) ont par exemple observé en Afrique sub-saharienne que la prévalence des maladaptabilités biologiques varie selon le type d'écosystème.

Dans les régions de savane sèche, l'on note une fréquence de pathologies, en l'occurrence le paludisme, les viroses (dengue, fièvre jaune, maladies bactériennes), synonyme de faibles adaptabilités, tandis que les forêts humides seraient très souvent des hôtes intermédiaires au développement d'autres parasites, notamment des schistosomes (Froment et Koppert, 1996).

Les explications relatives à ces maladaptabilités biologiques isolent les faibles disponibilités alimentaires ou une alimentation pauvre en éléments nutritifs comme à l'origine de ces survies inappropriées. Ainsi, un environnement nutritionnel inadéquat expose les populations à des maladaptabilités biologiques dont les manifestations se caractérisent par des pathologies parasitaires et infectieuses importantes. Une situation inverse est mise en évidence chez des populations bénéficiant de conditions nutritionnelles favorables (Froment et Koppert, 2000). Les environnements de vie influenceraient différemment donc l'adaptabilité de l'individu.

C'est cette hypothèse qui sous-tend la présente étude qui s'est proposée d'examiner l'influence de l'action humanitaire sur l'adaptabilité biologique des enfants issus de familles qui ont changé brusquement d'environnement de vie du fait de guerre post-électorale. Les observations faites dans ce sens aboutissent à des résultats spécifiques. Les enfants recevant une double aide ou une triple aide mettant l'accent sur la satisfaction des besoins primaires, c'est-à-dire physiologiques, présentent des maladaptabilités biologiques inférieures à celles de leurs pairs qui n'en bénéficient pas. En d'autres termes, les enfants déplacés de guerre réalisent des survies importantes, s'ils sont assistés à la fois au plan médical, alimentaire et en logement. En effet, les fréquences de paludisme (20%), de gale (10%), de teigne (10%) ou de varicelle (10%) observées chez ces derniers sont loin de celles de leurs homologues qui reçoivent une seule, une double ou une triple aide dont la composition est différente (paludisme: 35% ; gale: 35% ; teigne: 30% ; varicelle: 30%) (tableaux 1, 2, 3 et 4).

Des résultats similaires sont obtenus, en ce qui concerne les poids et statures moyens présentés par les divers sous-échantillons d'enfants selon la nature et la composition de l'aide reçue (18,50 kg et 1,16 m contre 18,38 kg et 1,14 m) (tableaux 1, 2, 3 et 4).

Ces résultats confirment les conclusions antérieures relatives à l'impact de telles circonstances sur le bien-être des individus. Les études réalisées par Deng (1993) et Renner (1996) ont montré que les conditions de vie difficiles de déplacement entraînent souvent des dommages physiques importants chez les populations.

Les résultats d'études effectuées par Etchegorry (2010) sont plus précis. L'auteur constate que les populations qui changent d'habitats et d'habitudes dans des conditions similaires à celles sus-évoquées sont enclines pour certaines à des pathologies à transmissions vectorielles, notamment le paludisme, la diarrhée, le choléra, la rougeole. Les taux de morbidités avoisinent 40% chez les adultes et plus de 80% des enfants meurent de ces pathologies. L'accès difficile à l'eau en quantité et en qualité, un statut nutritionnel défavorable (manque de nourriture, malnutrition, amaigrissement), le manque d'équipements adaptés (latrines, matériel de cuisine, produits d'hygiène), le manque d'abris et de sécurité en constituent généralement les causes (Etchegorry, op.cit.).

Cela voudrait dire que dans un milieu inhabituel des besoins fondamentaux de la personne ne semblent pas être satisfaits, qu'ils soient sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne adulte. Ces manques constituent des risques importants de mal-être.

C'est dans des conditions analogues que les enfants déplacés de la crise post-électorale en Côte d'Ivoire vivent. La presque totalité de ces déplacés mangent une fois par jour en moyenne,

logent dans des maisons inachevées ou dans des baraques exigües et à moitié couvertes. La consommation de l'eau non contrôlée, la présence de stress et de sentiment d'insécurité observée également chez les familles de ces enfants rendent compte d'une absence de soins médicaux et d'accompagnement psychologique inadéquats.

Or, l'ingestion régulière d'aliments infectés dans l'organisme, la promiscuité ainsi que les troubles de l'humeur diminuent significativement la réponse d'anticorps, notamment les lymphocytes T4 (Bartrop *et al.*, 1997).

Cette situation de manque, d'insatisfaction des besoins et de fragilisation du système de défense de l'organisme crée des conditions pathogènes et par voie de conséquence des risques de pathologies spontanées à l'image de celles que nous avons observées dans le présent travail (tableaux 1, 2, 3 et 4). L'hypothèse postulée sur la base d'observations empiriques se vérifie. La concordance est d'autant plus probable que le bien-être de l'homme a toujours été associé à sa bonne adaptation à un environnement physique et social stable.

Au néolithique par exemple, les tribus se sont adaptées aux milieux environnants, lorsque les humains sont devenus sédentaires (Hamonet, et Magalhaes, 2001). La régularité du milieu de vie va ainsi leur permettre d'avoir une valeur ajoutée (mémoire, savoir-faire) nécessaire à l'exploitation appropriée des ressources environnementales. Le sédentarisme offre ainsi à l'individu de communiquer de façon optimale et harmonique avec son environnement de vie. Cette communication amène l'individu à entrer dans un modèle de sens de vie associant le réel vécu. Ce sens donné à la vie englobe le biologique, le psychologique et le sociologique dans un cadre culturel donné.

La rupture de cette relation spécifique entre l'individu et son environnement habituel de vie affecte négativement cette triple dimension humaine. Le changement d'habitat est également synonyme de changements climatiques, notamment de températures, de tendances saisonnières. Or, les conditions climatiques variables sont souvent sources de troubles organiques ou fonctionnels. Dans la plupart des cas, ces variations provoquent des troubles des systèmes circulatoire, respiratoire et nerveux. (Lemmen et Warren, 2004).

La situation des enfants déplacés du conflit post-électoral en Côte d'Ivoire est comparable à celle observée dans d'autres pays africains, au regard des résultats d'enquêtes rapportés par Médecins Sans Frontières (MSF) au Tchad, en Angola, en Centrafrique, en République Démocratique du Congo (RDC) et au Soudan (MSF, rapport d'activités du 02 juillet 2001; MSF, rapport d'activités du 19 Mars 2003; MSF, rapport d'activités, du 29 Novembre 2006).

Des résultats identiques sont rapportées par les études menées par les Nations Unies (2005), le Ministère ivoirien de la Solidarité et des Victimes de Guerre (MSVG, 2007) et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés en Côte d'Ivoire (UNHCR, 2008).

L'influence négative de la crise est presque toujours la même sur la survie des populations, notamment les enfants où qu'elles vivent et d'où qu'elles proviennent. Les tentatives d'explication des faibles adaptabilités biologique présentées par les enfants déplacés mettent en avant les mauvaises conditions d'accueil et de vie. Ces derniers sont confrontés à une irrégularité de vivres, de soins et de logements adéquats. L'affaiblissement de l'organisme qui en résulte crée des conditions favorables à une moins bonne survie dont les pathologies et d'infections opportunistes en constituent une illustration.

Occasionnant ainsi des déficiences immunitaires, les conditions de vie stressantes et angoissantes ne sauraient-elles être sans conséquences négatives sur l'adaptabilité de l'individu.

Le déplacement qu'engendre la guerre serait suffisamment préjudiciable à la capacité de survie de l'individu. Des observations portant sur l'adaptabilité biologique des déplacés de guerre et celle des déplacés professionnels, des touristes ou des aventuriers sont illustratives. Les fréquences de morbidités physiques observées chez ces derniers, synonyme d'inadaptabilités biologiques, sont moins importantes. L'on a estimé des taux allant de 15% pour les voyageurs professionnels à 25 à 30 % pour les déplacés de phénomènes naturels (OMS, 2001).

De tels résultats sont généralisables, puisqu'ils se répètent dans certaines études, notamment celles effectuées auprès de diverses catégories de populations africaines déplacées (Banque mondiale, 2005; Angotti, 2006). Comparés aux autres "déplacés", les déplacés de guerre sont confrontés à des conditions d'accueil qui ne permettent une bonne expression de leurs fitness. En conséquence, ils sont régulièrement affectés collectivement par des épidémies vectorielles et

bactériennes (Banque mondiale, op.cit.; Caumes et Gentillini, 2010).

Des facteurs permettent d'expliquer cet écart entre ces deux groupes de déplacés. En effet, les voyageurs préparent généralement leur déplacement, en termes de ressources et de préventions financières, de perspectives professionnelles ou d'habitat. Ces dispositions préalables leur permettent une certaine assurance, une certaine sérénité, une relative garantie existentielle nécessaire à un fonctionnement équilibré. De même, cette sorte de précaution pourrait laisser transparaître une sorte de maîtrise du trajet, du séjour ou du site d'accueil.

En prenant des prédispositions, de tels voyageurs tendent à exercer une forme de contrôle sur les événements ultérieurs prévisibles ou même imprévisibles liés au changement de milieu. L'absence d'appréhensions qui en résulte favorise chez ce type de déplacé la sécurité, puis l'acquisition de moyens psychobiologiques adaptables aux obstacles et aux agressions environnementaux. En revanche, les déplacés de guerre se trouvent confrontés brusquement à des conditions de vie qu'ils ne contrôlent pas. Ils sont parfois perturbés et le sentiment d'insécurité, de panique de perte que crée cette situation est associé à des troubles fonctionnels et psychologiques plus importants (Banque mondiale, op.cit). Il existe donc une différence significative entre les morbidités résultant des difficultés d'adaptation des déplacés libres ou professionnels et celles auxquelles sont exposés les déplacés de guerre.

L'analyse de ces résultats permet d'établir un lien entre le milieu de résidence en période de conflits et les perturbations psychologiques dont la fréquence et l'étendue sont souvent fonction de l'assistance qui est apportée aux populations vulnérabilisées. Dans le présent travail, l'examen relatif à cet aspect humanitaire semble corroborer les informations précédentes. De façon générale, l'on observe une assistance humanitaire moins importante (confère tableaux 1, 2, 3 et 4). Au-delà des différences de nature, les résultats mettent en évidence une baisse considérable de l'action humanitaire. Des gouvernements locaux aux organisations humanitaires internationales en passant par les organisations locales, la fréquence d'aide apportée aux personnes en souffrance est très faible.

L'assistance humanitaire telle que déployée en Côte d'Ivoire ne s'écarte pas de celle déployée au Vietnam, à Gaza, au Liban, en Afghanistan et en Irak (Kiet, 1997; Hansen, 2005; Renet, 2006; Amnesty International, 2006). Elle est similaire à celle accordée aux PDI angolaises, libériennes et burundaises (Amnesty International, op.cit).

Dans d'autres régions du monde, l'action humanitaire change d'acteurs, et par conséquent, de niveau ainsi que de contenu. Ainsi et par exemple, au cours des crises internes récurrentes auxquelles étaient confrontés les territoires balkaniques, l'Amérique latine, l'Asie centrale, orientale et australe, de même que certains pays africains, en l'occurrence le Soudan, la RDC et le Tchad, ce sont plutôt les "humanitaires" internationaux qui se dévouent énormément à cette tâche (MSF, rapport d'activités du 19 juin 2005; MSF, rapport d'activités du 15 Mai 2005; MSF, rapport d'activités du 11 Août 2006).

Toutefois, ces soutiens humanitaires sont loin d'être identiques suivant l'origine ethnique ou continentale. Les populations africaines et asiatiques se trouvent, dans la relation humanitaire, en situation moins avantageuse par rapport à leurs homologues de la Méditerranée (Andlauer, 1999; Beigbeder, 1999; Kouakou, 2006). Plusieurs facteurs permettent de donner un sens à ces données disparates. L'analyse des résultats de ces études permet de mettre en exergue des préalables ethno-culturels et socio-économiques comme facteurs de variabilité des actions humanitaires.

La faiblesse de l'action humanitaire isole le milieu de vie habituel comme le cadre le plus approprié pour le développement d'une adaptabilité biologique de qualité. L'humanité devrait faire en sorte de préserver ces milieux de vie habituels. Il faut prôner davantage la solidarité, le partage, l'hospitalité et surtout l'assistance humanitaire sans discrimination aucune.

Conclusion

Le combat que se livrent les humains pour leur survie, leur bien-être se transforme très souvent en des combats fratricides dont la guerre civile. Celle-ci se révèle comme une des plus grandes épreuves infligées aux peuples. Les conflits armés, dont les conséquences diverses et multiformes sont immédiates pour certaines populations (morts, prise d'otage, prisonniers), créent des conditions pathogènes et pathologiques pour d'autres.

L'impact négatif de ces conditions de fragilisation sur l'organisme humain, dans son fonctionnement physique, semble être plus important pour les individus en développement. La présente étude, qui s'est penchée sur l'adaptabilité biologique des enfants déplacés internes âgés de 5, 6 ans en rapport avec la nature et la structure de l'aide humanitaire qui leur est accordée, illustre cette corrélation. Les résultats obtenus montrent une altération, c'est-à-dire une maladaptabilité biologique importante chez les enfants déplacés ne bénéficiant pas d'aides de caractères physiologiques (paludisme: 35%, gale: 30%, teigne: 35%, varicelle: 30%, poids: 18,38 kg, stature: 1,14 m).

L'aide humanitaire a probablement amélioré l'adaptabilité biologique des enfants déplacés internes, mais elle reste insuffisante. Par moment, nous nous sommes rendu compte de l'abandon de l'action humanitaire au profit des prétextes ethno-culturels, politiques et économiques. Dans un tel contexte, seules les structures bénévoles locales se proposent d'assurer le relais humanitaire. C'est pourquoi, le présent travail appelle à l'attention des citoyens locaux sur la nécessité d'accroître, de diversifier et d'encourager l'action humanitaire locale.

Toutefois, la meilleure façon de faire reste, si possible, la prévention des catastrophes humanitaires, des calamités naturelles et des désordres socio-politiques internes.

Références bibliographiques

- Allen, L., 1994, Nutritional influences on linear growth: a general review. *European Journal of Clinical Nutrition*, 48, 75-89.
- Alquier-Bouffard, E., 1995, Déplacements professionnels internationaux. Analyse des risques, actions de prévention dans un service de médecine du travail. *Documents pour le médecin du travail*, 6 (3), 1-12.
- Alquier-Bouffard, E., Jakubiec, J., Lagisquet, C., Le Bras, M., 1993, Pathologie de retour des salariés en déplacement à l'étranger en pays chauds. Incidence sur notre pratique quotidienne en médecine du travail. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale* (1), 69-71.
- Amnesty International, 2006, Réfugiés, demandeurs d'asile et personnes déplacées dans leur propre pays. Rapport annuel, Amnesty International, pp. 15
- Andlau, G., 1998, L'action humanitaire (Paris: Presses Universitaires de France), pp. 18.
- Angotti, B., 2006, La dengue affecterait plus de 80 millions de personnes par an. *Concours Médical*, 117 (29), 10-32.
- Balam, G., et Gurri, F., 1994, A physiological adaptation to undernutrition. *Annals of Human Biology*, 21 (5), 483-489.
- Banque mondiale, 2005, Briser la spirale des conflits: Guerre et politique de développement (Bruxelles: Editions Nouveaux Horizons), pp. 262.
- Bartrop, R.W., Lazarus, L., Luckhurst, E., Kiloh, L.G., et Penny, R., 1997, Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 309 (8016), 834-836.
- Beigbeder, Y., 1999, Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (Paris : Presses Universitaires de France), pp. 12.
- Belpomme, D., 2004, Ces maladies créées par l'homme. Comment la dégradation de l'environnement met en péril notre santé (Paris : Albin Michel), pp. 35.
- Berthelot, E., 2007, Les stress psychoaffectifs à l'origine des pathologies. *Revue des Clefs pour vivre*, 41, 45-58.
- Bookchin, M., 1990, The philosophy of social ecology (Montreal: Black Rose Books), pp.145.
- Bowlby, J., 1978, Attachement et perte (Paris: Presses Universitaires de France), pp. 56.
- Buller, D., 2005, Adapting minds: Evolutionary psychology and the persistent quest for human nature (Cambridge, MA: The MIT Press), pp. 105
- Caumes, E., et Gentilini, M., 2010, Diarrhée du voyageur. *Concours Médical*, 117 (26), 1-9.
- Coslin, P., 2002, Psychologie de l'adolescent (Paris : Armand Colin), pp. 112.
- Darwin, C., 2009, L'origine des espèces (Paris: Honoré Champion), pp. 254.
- Demars, L. P., 2012, Le langage humain est-il une adaptation biologique? Un regard critique sur une explication adaptationniste. *Maîtrise. Mémoire de Philosophie, Faculté des études supérieures et postdoctorales, Université de Montréal*, pp. 68.

- Deng, F., 1993, Les réfugiés de l'intérieur: un défi pour la communauté Internationale. (Bruxelles: Editions Nouveaux Horizons), pp.125.
- Dolto, F., 1988, La cause des enfants (Paris: Robert Laffont), pp. 89.
- Dreux-Palassy, B., 2002, Le paradigme adaptationniste: réflexions épistémologiques sur les modèles de l'adaptation biologique appliquée à l'anthropologie. Maîtrise. Mémoire d'Ecologie humaine, Université de Pau et des pays de l'Adour, pp.56.
- Etchegorry, G. M., 2010, Les catastrophes naturelles et l'eau. Institut de veille sanitaire, Département international et tropical, Paris, pp.132.
- Fisch, A., 1993, Les vaccinations du voyageur: rôle du généraliste. *Revue bimestrielle immunologie médicale*, 10 (3), 5-22.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance: UNICEF, 2006, UNICEF Humanitarian Action: Côte d'Ivoire Donor Update 27 March 2006. UNICEF : Rapport du 27 mars 2006, pp 14.
- Fraternité Matin (quotidien), 2003, Notre pays n'est pas à l'abri de la catastrophe humanitaire. *Fraternité Matin* (8448), 5-6.
- Froment A. et Koppert, G., 1996, Etat nutritionnel et sanitaire en zone de forêt et de savane au Cameroun). Dans *Bien manger bien vivre: Anthropologie alimentaire et développement en Afrique Intertropicale: du biologique au social*, édité par A. Froment, I. de Garine, C. B. Bikoï et J-L. Loung (Paris: L'Harmattan-ORSTOM), pp. 271-288.
- Froment, A., et Koppert, G., 2000, Malnutrition chronique et gradient climatique en milieu tropical. Dans *L'homme et la forêt tropicale, travaux de la SEH*, édité par S. Bahuchet, D. Bley, H. Pagezy et N. Vernazza-Licht (Paris: Editions du Bergier, Grasse), pp.639-659.
- Garaude, P., 2005, Les réfugiés pandits: les oubliés de la guerre du Cachemire, 2005. (www.rfr.fr/actu/fr/articles/067/article_324.asp).
- Gould, S. J., et Lewontin, R., 1982, L'adaptation biologique. *La Recherche*, 13 (139), 1494-1502.
- Hamonet, C., et Magalhaes, T., 2001, La notion de santé. *La presse médicale*, 12, 587-590.
- Harbuz, M., 2005, Les brèves de neuroendocrinologie: stress, hormones et cerveau (Paris : INSERM), pp. 59.
- Haut-Commissariat aux Réfugiés, 2011, Le HCR estimait qu'au 16 juin 2011, il y avait 55 912 personnes déplacées à Abidjan (Genève: HCR), pp 12.
- Henni, A., Heugel, M., Martin, C., Ourliac, M., et Simon, C., 2001, Séjour à l'étranger : guide pour le médecin en santé au travail et conseils aux salariés). *Médecins en Santé au Travail*, 67, 7-17.
- Integrated Regional Information Networks, 2006, Côte d'Ivoire: four years of crisis puts millions in need. Rapport du 05 Septembre 2006, pp, 13.
- Kane, H., 1995, The hour of Departure: Forces that create Refugees and migrants (Washington: World watch Paper), pp. 78
- Karp, A., 1995, Small Arms-The new Major Weapons. Dans *Lethal commerce: The global Trade in small Arms and Light weapons*, édité par J. Broutwerll, M. T. Klare. et L. W. Reeds (Cambridge, Mass: American academy of Arts and sciences), pp. 127
- Kiet; D. P., 1997, Les enfants de la guerre: devenir, mémoire et traumatisme: les conséquences de la guerre au Viêt Nam et les expériences adaptées aux stress de la guerre. *Symposium international*, Paris, pp.46
- Koné, M., Kouamé, N., 2005, Socio-anthropologie de la famille en Afrique: évolution des modèles en Côte d'Ivoire (Abidjan: Editions du CERAP), pp.154.
- Kouakou, K. A., 2006, Le rôle des Nations Unies dans la résolution de la crise ivoirienne. (Abidjan : Editions Amos Kouakou Kouadio), pp. 145
- Lasker, G. W., 1969, Human biological adaptability, the ecological approach in physical anthropology. *Science*, 166,1480-1486.
- Lemmen, D., et Warre, F., 2004, Impacts et adaptation liés aux changements climatiques perspective canadienne. *Direction des impacts et de l'adaptation liés aux changements climatiques*, Ottawa, pp. 93.
- Lemyre, L., et Orpana, H., 2002, Intégrer la santé des populations dans l'école sociale: le rôle des chercheurs en médecine familiale. *Le Médecin de famille canadien*, 48, 1-12.
- Maslow, A., 1989, Vers une psychologie de l'être (Paris: Fayard), pp. 59.
- Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerres (MSVG), 2007, Conditions de vie des

- personnes déplacées et des familles d'accueil en zone gouvernementale de la Côte d'Ivoire: résultats de l'enquête. UNFPA/MSVG, Abidjan, pp.248.
- Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerres (MSVG), 2009, Atelier-Bilan. MSVG, Abidjan, pp.23.
- Morel, C., 1999, ABC de la psychologie de l'enfant et de l'adolescent (Paris: Jacques Grancher), pp. 102.
- MSF, 2001, Les parties en conflit négligent leur devoir humanitaire tandis que MSF fournit toute une ville en vitamines. Rapport d'activités du 02 juillet 2001 (www.msf.be/fr/terrain/pays/afrique/angola_news_05.shtml).
- MSF, 2003, Les réfugiés centrafricains continuent d'affluer. Rapport d'activités du 19 Mars 2003. (www.msf.be/fr/terrain/pays/afrique/tchad_news_13.shtml).
- MSF, 2003, L'Ouest de la Côte d'Ivoire menacé par une crise sanitaire. Rapport d'activité du 9 juillet 2003. (www.msf.be/fr/terrain/pays/afrique/côte_ivoire_news_07.shtml).
- MSF, 2005, Les activités de MSF en Russie et Caucase du Nord: aider les civils à supporter le poids du conflit. Rapport d'activités Mai 2005. (www.msf.be/fr/pays/terrain/europe/yougoslavie_report_2001.shtml).
- MSF, 2005, Les activités de MSF en Yougoslavie. Rapport d'activités du 19 juin 2005. (www.msf.be/fr/terrain/pays/europe/yougoslavie_report_2001).
- MSF, 2006, Les déplacées de Gety manquent de nourriture et font face au choléra. MSF, rapport d'activité du 11 Août 2006 (www.msf.be/fr/terrain/pays/afrique/congo_news_76.shtml).
- MSF, 2006, Situation alimentaire et nutritionnelle, et mortalité des populations déplacées internes de Dubie, Katanga. Rapport d'activité, du 8 mars 2006. (www.msf.be/terrain/pays/afrique/congo_news_58.shtml).
- Nations Unies, 2005, Consolidated Appeals Process (CAP): Appeal 2006 for Côte d'Ivoire. Rapport du 18 Novembre 2005.
- OMS, 2001, Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, 76, (25), 1-17.
- OMS, 1986, Charte d'Ottawa (Ottawa : OMS), pp.49.
- Rauch, A., 1995, Histoire de la santé (Paris : Presses Universitaires de France), pp. 79.
- Renet, J.-C., 2006, Réfugiés palestiniens au Liban (Saphir : News), pp. 27.
- Renner, M., 1996, Combat pour la survie (Paris : Editions Nouveaux Horizons), pp. 259.
- Richardson, R., 2007, Evolutionary psychology as maladapted psychology (Cambridge, MA: The MIT Press), pp. 57.
- Rondal, J.-A., et Hotyat, F., 1985, Psychologie de l'enfant et de l'adolescent (Bruxelles : Labour), pp. 98.
- Rosenberg, A., et Bouchard, F., 2008, Fitness. Dans *The Stanford encyclopedia of philosophy*, édité par E. Zalta (Stanford: Encyclopedia), pp. 48. <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/fitness/>
- Sivard, R. L., 1989, World military and Social Expenditures (Washington: World Priorities), pp. 86.
- Skuse, D., Reilly, S., et Wolke, D., 1994, Psychosocial adversity and growth during infancy. *European Journal of clinical nutrition* 48, 113-130.
- Spitz, R., 1946, Le syndrome d'hospitalisme (Paris: Presses Universitaires de France), pp. 98.
- Tano, J., 2000, Famille et développement cognitif. Communication au 5^{ème} séminaire annuel de psychologie génétique différentielle. Université de Cocody, pp. 11.
- UNHCR, 2004, Déplacés internes (Genève: UNHCR), pp.12.
- UNHCR, 2006, Les Réfugiés en chiffres (Genève 2: UNCHR), pp. 12.
- UNHCR, 2008, Détermination du profil des personnes déplacées internes dans 4 Communes d'Abidjan et dans la ville de Grand Bassam (Abidjan : UNCHR), pp. 16..
- Winnicott, D. W., 1973, L'enfant et sa famille (Paris : Payot), pp. 85.