

RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DES PERSONNES DÉPLACÉES

par Liz Creel

D'après le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), les soins de santé reproductive sont parmi les éléments les plus cruciaux pour donner aux réfugiés la protection et la dignité humaines élémentaires auxquelles ils ont droit¹. Les soins de santé reproductive sont un aspect des activités de secours longtemps négligé, mais de nombreuses organisations humanitaires internationales ont commencé à élaborer et mettre en œuvre des programmes pour répondre aux besoins des réfugiés.

Qu'entend-on par réfugiés et PDI ?

Près de 37 millions de personnes dans le monde vivent actuellement loin de chez elles et de leur communauté par suite de catastrophes naturelles, de persécution, de guerre ou de violence. Une personne est considérée comme réfugiée si elle a traversé une frontière internationale, et comme déplacée à l'intérieur de son pays (PDI) si elle a été forcée de quitter son domicile mais demeure dans son pays. Il existe, à l'échelle mondiale, plus de 14,5 millions de réfugiés ; le nombre de PDI est encore plus important, dépassant les 20 millions (voir figure 1 à la page 2)².

Si, à l'échelle mondiale, les proportions de femmes et d'hommes réfugiés sont presque équivalentes, il existe néanmoins des différences sur le plan régional. Dans certaines régions, les femmes et les enfants constituent 90 % de la population réfugiée, leurs maris ou pères étant morts, faits prisonniers ou devenus combattants.

De nombreux réfugiés éprouvent de sérieux problèmes de santé ayant commencé avant même leur déracinement. La plupart des personnes déplacées proviennent de pays où l'espérance de vie est faible et où le taux de mortalité maternelle et infantile est élevé. Aussi, leur instruction et leurs aptitudes de base sont limitées, leur taux d'emploi est faible et leur statut social est bas. Ces problèmes peuvent être aggravés par le déplacement.

Les réfugiés et les PDI doivent faire face à des changements innombrables, notamment la perturbation du soutien social fourni par la famille et les amis, des pressions pour modifier le degré de pro-



Jonathan Frenchie / JHU/CCP

Les soins de santé reproductive sont parmi les éléments les plus cruciaux susceptibles de sauver des vies, d'améliorer la santé et de procurer aux personnes déplacées la protection et la dignité humaines élémentaires.

création souhaité et le changement de leur rôle dans la société. Les réfugiés qui aboutissent dans des camps sont souvent les mieux lotis, car les camps, bien que surpeuplés, leur procurent en général des vivres, de l'eau et des soins de santé de base, en plus d'une éducation, d'une formation professionnelle et d'autres activités. Ces services ne sont pas toujours offerts aux PDI ou aux réfugiés qui ne vivent pas dans des camps.

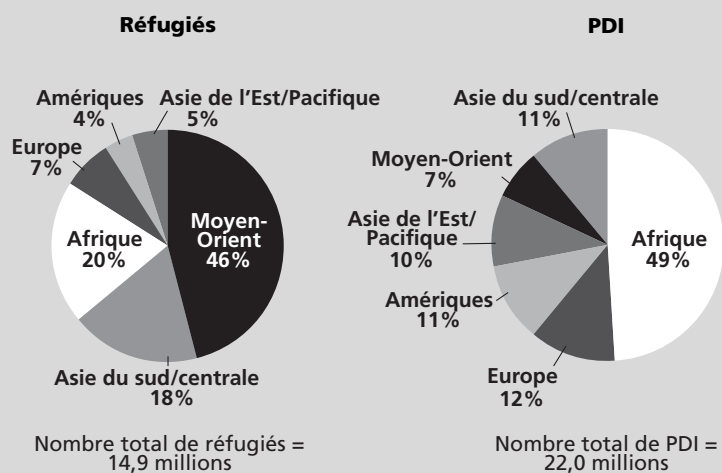
Les femmes et les hommes peuvent se trouver totalement privés de soins en matière de santé reproductive ou recevoir des soins par le biais de l'HCR ou d'un autre bailleur³. Mais, souvent, les services élémentaires de planning familial et de protection maternelle et infantile ne prennent pas en compte les difficultés couramment éprouvées par les réfugiés et les PDI.

Préoccupations des réfugiés et des PDI en matière de santé reproductive

De nombreuses femmes réfugiées ou déplacées à l'intérieur de leur pays sont aux prises avec des grossesses non désirées, non planifiées et trop rapprochées, en raison du manque de services et de produits de contraception, de prestataires de soins surchargés qui ont peu de temps pour éduquer et

Figure 1

Populations de réfugiés et de PDI dans le monde entier, classées par région, 2001



NOTE : Il est difficile d'obtenir le recensement exact des PDI. Ce chiffre est fondé sur des estimations fournies par le Comité des États-Unis pour les réfugiés.

SOURCE : Comité des États-Unis pour les réfugiés, 2002

conseiller leurs clientes, des pressions exercées par leur mari et les autres membres de leur famille pour « rebâtir » la population, et de l'augmentation de la prostitution et des viols. Les populations réfugiées courent un risque plus élevé que les populations stables de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST) et d'être victimes de violence sexuelle⁴.

Les recherches révèlent que la disponibilité des contraceptifs s'améliore depuis le milieu des années 1990 parmi les populations réfugiées stables⁵. Les chercheurs disposent de peu d'informations sur les préférences en matière de fécondité immédiatement après un départ, mais les désirs des réfugiés à cet égard semblent vite redevenir ce qu'ils étaient avant de fuir leur pays⁶. Une étude de santé reproductive effectuée en l'an 2000 auprès de réfugiées afghanes au Pakistan a démontré que 9 % des femmes mariées avaient recours au planning familial et que 70 % de ces dernières préféraient recevoir des injections⁷.

Le viol et autres formes de brutalité sexuelle ont été utilisés comme armes de guerre pour démoraliser les communautés (l'ex-Yougoslavie en est un exemple) et même pour modifier la composition ethnique d'une population (comme cela a été le cas à la fois au Rwanda et dans l'ex-

Yougoslavie). Il arrive aussi que des gardes-frontières, des soldats et d'autres membres des communautés de réfugiés commettent des actes de violence contre les femmes réfugiées. Une étude menée auprès de plus de 1.000 ménages en Sierra Leone pendant les huit années de guerre civile a révélé que 11 % des femmes et des filles déplacées avaient fait l'objet de violences sexuelles liées à la guerre⁸. La violence sexuelle peut avoir des répercussions physiques sérieuses et prolongées, comme le VIH/SIDA, les grossesses et les fausses couches.

Les IST, y compris le VIH/SIDA, peuvent se propager rapidement dans les camps de réfugiés pour les raisons suivantes : l'insuffisance d'approvisionnement en contraceptifs, comme le préservatif, la présence de forces militaires (qui ont en général un taux d'IST plus élevé que les populations civiles en temps de paix)⁹, la vulnérabilité plus grande des réfugiés à la violence sexuelle et le travail de l'industrie du sexe, les risques plus grands de transfusion sanguine sans dépistage suffisant et enfin, la présence de populations séropositives¹⁰.

De nombreuses femmes réfugiées et leurs nouveau-nés se heurtent à des problèmes de santé associés à la grossesse et à l'accouchement, notamment des complications de grossesse et des fausses couches¹¹. Il arrive que les femmes, pendant leur fuite ou le début de leur installation, soient forcées de donner naissance le long des routes, dans des forêts ou des abris temporaires, dans des conditions présentant des risques tant pour elles que pour leur enfant. Les résultats d'une étude sur des réfugiées afghanes ont montré que 41 % des décès de femmes résultaient de causes maternelles, ce qui en fait la principale cause de décès des femmes¹². Une autre étude a révélé que le taux de mortalité périnatale (morts-nés et décès pendant la première semaine de vie) autant que la proportion des nouveau-nés de faible poids à la naissance avaient doublé pendant le siège de Sarajevo ; le taux d'anomalies congénitales était huit fois plus élevé qu'avant le siège¹³. Les chercheurs ont attribué cette augmentation en partie à l'infrastructure sanitaire endommagée et en partie aux carences alimentaires¹⁴.

Les complications de grossesse et d'accouchement, comme les hémorragies graves, les complications du travail et l'avortement dans des conditions risquées, peuvent être plus sérieuses

chez les femmes déplacées et entraîner des problèmes d'infertilité ou le décès. Une réfugiée qui veut mettre fin à sa grossesse et qui n'a pas accès à des services d'avortement sans risque peut chercher à avorter dans des conditions dangereuses qui finiront par nécessiter des conseils et soins d'urgence. D'après le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), les complications des suites d'un avortement représentent à elles seules jusqu'à 50 % des décès maternels en milieu réfugié¹⁵.

Procurer de meilleurs soins de santé reproductive aux réfugiés et aux PDI

Au milieu des années 1990, plusieurs événements ont attiré l'attention sur le besoin en soins de santé reproductive au sein des populations réfugiées. Une étude réalisée en 1994 par la Commission féminine pour les femmes et enfants réfugiés a révélé que ces besoins (à l'exception des soins prénatals et d'accouchement) étaient rarement assurés par les services de santé existants. La Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 et la quatrième Conférence mondiale de 1995 sur les femmes ont toutes deux exhorté à de plus grands efforts pour protéger les populations réfugiées et déplacées et pour garantir leur accès aux services de santé¹⁶. Après ces conférences, plusieurs coalitions ont été formées pour améliorer l'accès des réfugiés à des services de santé reproductive de qualité, y compris le Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive des réfugiés (IAWG) et le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés (RHRC). Les conflits du Rwanda et de l'ex-Yougoslavie, où violence sexuelle et atrocités ont été perpétrées contre les femmes, ont également attiré l'attention sur les besoins en services de santé reproductive des populations réfugiées.

L'IAWG a rédigé un manuel qui rassemble les normes techniques de l'Organisation mondiale de la Santé et a conclu que les services de santé reproductive à l'intention des réfugiés devraient couvrir le planning familial, la protection contre la violence sexuelle, la prévention et le traitement des IST et du VIH/SIDA, les soins prénatals et d'accouchement sans risque et les soins d'urgence en cas de complications de grossesse et d'accouchement, y compris les complications des suites d'un avortement¹⁷.

Apport de services de santé en deux phases

Les experts en santé internationale recommandent de procéder à une série d'interventions prioritaires en matière de santé reproductive, en commençant par une phase de secours d'urgence pour réfugiés en crise, suivi d'un programme de services plus complets une fois que la situation s'est stabilisée. Pendant la phase initiale, le HCR conseille le recours à l'Intervention de services initiaux minimums (MISP), série d'activités destinées à réduire les décès et les maladies associés à la santé reproductive. L'intervention doit être exécutée de façon coordonnée, par un personnel bien formé. Les volets spécifiques de la MISP sont les suivants :

- Identification des individus qui coordonneront les services de santé reproductive ;
- Réduction de la transmission du VIH par la distribution gratuite de préservatifs et l'apport de conseils aux agents de santé sur les précautions médicales nécessaires pour lutter contre le VIH/SIDA ;
- Prévention et gestion des conséquences de la violence sexuelle, notamment en assurant la contraception d'urgence (doses accrues de pilules contraceptives dans les 72 heures suivant l'acte sexuel non protégé) ;
- Réduction du nombre de décès et de maladies des nouveau-nés et des mères en distribuant des trousseaux d'accouchement aux mères, aux accoucheuses et aux sages-femmes ;
- Mise en place d'un système d'orientation des femmes vers les dispensaires ou les hôpitaux locaux pour les urgences obstétriques ;
- Planification de l'intégration de services complets de santé reproductive dans les programmes soins de santé primaires, dans la mesure du possible¹⁸.

Un problème lié à la mise en œuvre de la MISP a été le manque de personnel formé et de fournitures d'urgence. Pour y remédier, le FNUAP a conçu la Trousse de santé reproductive en cas d'urgence, qui contient le matériel nécessaire à l'Intervention de services initiaux minimums ; cette trousse comprend 12 préservatifs, des fournitures d'accouchement à être utilisées à la maison ou par des spécialistes de la santé, des trousseaux de soins après viol, du matériel d'accouchement chirurgical et des fournitures de transfusion sanguine¹⁹. Depuis 1997, la MISP a été utilisée dans plusieurs pays pour fournir des soins d'urgence en

matière de santé reproductive dans des situations de crise, notamment en Afghanistan, au Honduras, en Turquie et en Ouganda²⁰.

Une fois la crise stabilisée, les experts en santé internationale recommandent que les services de santé reproductive soient élargis afin de répondre aux besoins à plus long terme des réfugiés en faisant participer les communautés à la conception et à la mise en œuvre de ces services. Si les réfugiés vivent dans des camps, les spécialistes recommandent la création de dispensaires et de programmes de vulgarisation, assortis de systèmes fiables d'orientation des femmes vers les dispensaires et hôpitaux locaux. Si les réfugiés sont dispersés dans la communauté, les spécialistes recommandent de déployer des efforts pour consolider le système public existant de soins de santé et pour apporter un soutien supplémentaire aux problèmes de santé spécifiques aux réfugiés, tels que le trouble de stress post-traumatique²¹.

Prestation de services de planning familial, et prévention et traitement des IST

Les experts en santé internationale recommandent de travailler avec les prestataires afin d'assurer l'accès des femmes et des hommes à des services de planning familial sans risque, adaptés à leur culture et à coût abordable, qui garantissent à leurs clients le droit à la confidentialité. Les spécialistes conseillent aussi l'implantation de services de planning familial et de programmes de prévention des IST dans le cadre d'une approche concertée entre les organisations non gouvernementales (ONG) et les organismes internationaux travaillant en milieu réfugié.

Protection contre la violence à l'encontre des femmes

Afin de prévenir et résoudre le problème de violence contre les réfugiées, le RHRC recommande d'appliquer une approche plurisectorielle, laquelle pourrait inclure la collaboration de la communauté de réfugiés, des ONG, des représentants des Nations Unies et des autorités locales pour prévenir et résoudre les problèmes de violence, la coopération avec les réfugiées à l'établissement de camps bien conçus de manière à réduire les risques de violence à l'encontre des femmes, et l'élaboration de protocoles pour fournir des soins médicaux, une protection et un soutien psychologique aux femmes ayant survécu à des agressions²².

Assurer des soins obstétricaux d'urgence, des soins prénatals et des accouchements sans risque

Les experts recommandent que les femmes en milieu réfugié stable reçoivent des soins complets pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale. Ces soins couvrent le dépistage de risques, la détection précoce de complications et leur gestion, l'observation de symptômes cliniques, une alimentation correspondant aux besoins, l'éducation en matière de santé et l'administration de médicaments préventifs (suppléments de folate de fer et immunisations), une assistance qualifiée pour un accouchement sans risque et dans des conditions hygiéniques, l'établissement d'unités d'aiguillage et de transport 24 heures par jour vers les services d'urgence, la gestion des complications chez les nouvelles mères et les nouveau-nés et, enfin, la distribution d'informations et la prestation de services de planning familial²³.

Les soins de santé reproductive sont parmi les éléments cruciaux qui peuvent sauver des vies, améliorer la santé et procurer aux personnes déplacées la protection et la dignité humaine élémentaires. Les outils nécessaires à la prestation de ces soins existent désormais ; il reste maintenant à mobiliser un engagement suffisant et un financement qui répondra aux besoins des réfugiés.

Références

- ¹ Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (HCR), *Reproductive health in refugee situations : an inter-agency field manual* (Manuel de terrain inter-agences) (Genève : HCR, 1999).
- ² Comité des États-Unis pour les réfugiés (USCR), *World refugee survey 2002* (Washington, DC: Immigration and Refugee Services of America, 2002).
- ³ HCR, *Reproductive health in refugee situations*.
- ⁴ Conseil économique et social des Nations unies, *Rapport du Groupe de travail sur la violence contre les femmes* (Vienne : Nations Unies, 1992).
- ⁵ Michelle Hynes et al., « Reproductive health of displaced populations in post-emergency camps » (présentation faite à la Conférence du Conseil sur la santé dans le monde, Washington, DC, 29 mai-1er juin 2001).
- ⁶ Theresa McGinn, « Reproductive health of war-afflicted populations: what do we know? » *International Family Planning Perspectives* 26, no. 4 (2000) : 174-80.
- ⁷ B. Tomczyk et al., « Reproductive health and population policy: Afghan refugee women, Pakistan 2000 » (présentation faite à la Conférence du Conseil sur la santé dans le monde, Washington, DC, 28-31 mai 2002).
- ⁸ L. Amowitz et al., « Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone », *Journal of the American Medical Association* 287, no. 4 (2002) : 513-21.
- ⁹ Nations unies, « AIDS as a security issue » (session spéciale des Nations unies sur le VIH/SIDA, juin 2001).
- ¹⁰ Yvette Collymore, « Uprooted people and HIV/AIDS in Africa : responding to the risks, » consulté en ligne à www.prb.org/uprootedpeople, le 20 mai 2002.
- ¹¹ C. Palmer, « Reproductive health for displaced populations », Relief and Rehabilitation Network (RRN) Rapport no. 24 (Londres : Overseas Development Institute, 1998).
- ¹² L. Bartlett et al., « Maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan, 1999-2000 », *Lancet* 359, no. 9307 (2002): 643-49.
- ¹³ M. Carballo et al., « Health in countries torn by conflict : lessons from Sarajevo », *Lancet* 348, no. 9031 (1996): 872-74.
- ¹⁴ Carballo et al., « Health in countries torn by conflict ».
- ¹⁵ FNUAP, « Working to empower women : women and armed conflict », consulté en ligne à www.unfpa.org/modules/intercenter/beijing/armed.htm, le 17 mai 2002.
- ¹⁶ D. Wulf, « The reproductive health needs of refugee women », dans *Refugee women and reproductive health care : reassessing priorities*, ed. D. Wulf (New York : Women's Commission for Refugee Women and Children, 1994) ; et *Reproductive health for refugees consortium, Refugees and reproductive health care : the next step* (New York: Reproductive Health for Refugees Consortium, 1998).
- ¹⁷ UNHCR, *Reproductive health in refugee situations*.
- ¹⁸ UNHCR, *Reproductive health in refugee situations*.

¹⁹ FNUAP, « Emergency reproductive health kits en route to Kosovo refugees », consulté en ligne à www.unfpa.org/news/pressroom/1999/kosovo.htm, le 17 mai 2002.

²⁰ S. Krause et al., « Programmatic responses to refugees' reproductive health needs », *International Family Planning Perspectives* 26, no. 4 (2000): 181-87.

²¹ Palmer, « Reproductive health for displaced populations ».

²² Palmer, « Reproductive health for displaced populations ».

²³ Krause et al., « Programmatic responses to refugees' reproductive health needs ».

Remerciements

Liz Creel, du Population Reference Bureau (PRB), a rédigé a rapport avec la collaboration de Lori Ashford, Yvette Collymore, Justine Sass et Nancy Yinger. Le PRB remercie vivement l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) du soutien qu'elle a apporté à ce projet. Le rapport a été financé par le biais du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00). Nos remerciements s'adressent tout particulièrement aux réviseurs ci-après : Michal Avni et Naomi Blumberg, USAID, Bureau de la population ; Mary Kay Larson et Basia Tomczyk, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Division de la santé reproductive ; Meriwether Beatty, John Snow, Inc., Research and Training Institute ; Therese McGinn, Columbia University School of Public Health ; et Sandra Krause, Women's Commission for Refugee Women and Children.

A propos du PRB

Le Population Reference Bureau est le leader en matière d'informations objectives et opportunes sur les tendances démographiques américaines et internationales et leurs implications.

© Septembre 2002, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE Communication

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 É.-U.
Tél. : 202-483-1100 ■ Fax : 202-328-3937 ■ E-mail : measure@prb.org ou popref@prb.org
Site Web : www.measurecommunication.org ou www.prb.org

