



**CENTRE INTERUNIVERSITAIRE DE RECHERCHE
PLURIDISCIPLINAIRE (CIREP)**

STATUT : UNIVERSITE PUBLIQUE

Web : www.cirep.ac.cd

Email : info@cirep.ac.cd

Notes de cours des études de la population et la santé reproductive

OBJECTIFS DU COURS

Objectif général

L'objectif général de ce cours est de former les professionnels de la santé à comprendre les enjeux liés à la santé reproductive et à la planification familiale, ainsi qu'à promouvoir des pratiques et politiques de santé publique efficaces dans ce domaine.

Les objectifs spécifiques :

- ✓ Comprendre les concepts clés liés à la santé reproductive, y compris la contraception, la santé maternelle et infantile, les infections sexuellement transmissibles, etc.
- ✓ Être capable d'analyser les déterminants sociaux, économiques et culturels qui influent sur la santé reproductive des populations.
- ✓ Savoir évaluer les besoins en matière de santé reproductive au niveau individuel, communautaire et mondial.
- ✓ Développer des compétences en matière de planification familiale et de counseling en santé reproductive.
- ✓ Comprendre l'importance de l'éducation sexuelle et de la promotion de la santé reproductive chez les populations vulnérables.
- ✓ Être capable d'analyser les politiques de santé publique en matière de santé reproductive et d'évaluer leur impact.
- ✓ Acquérir des compétences en matière de recherche et d'évaluation des programmes de santé reproductive.
- ✓ Être capable de promouvoir l'accès équitable aux services de santé reproductive pour tous.

Résumé

Les organismes humanitaires offrent des services de santé reproductive aux populations déplacées depuis relativement peu de temps. Auparavant, les besoins des personnes déplacées en situation d'urgence étaient souvent ignorés. Pendant les années 80, ils ont tenté d'aborder ce problème et ces dernières années, ils se sont penchés davantage sur les besoins de ces populations en situation d'urgence. En particulier, le fait qu'ils aient reconnu le danger majeur que posaient les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, et l'attention croissante des médias accordée à la violence sexuelle, ont augmenté l'importance de l'ordre du jour sur la santé reproductive en situation d'urgence. Outre les changements sur la façon d'assurer la santé reproductive en situation stable, la décision de mettre en oeuvre des services de santé reproductive pour les populations déplacées s'est accélérée, suite à la Conférence internationale sur la population et le développement, qui a eu lieu en 1994. Au cours de cette conférence, la santé reproductive a été intégrée dans un cadre de droits et les besoins des populations déplacées ont été mis en relief.

Toutefois, bien que les organismes se soient davantage occupés des questions de santé reproductive en situation d'urgence, le programme s'est avéré difficile à mettre en oeuvre. Certains aspects soulèvent des points éthiques et moraux sur lesquels les organismes humanitaires ont des opinions différentes. Les donateurs, les organismes bilatéraux, et les ONG font face à deux décisions difficiles : quels services offrir et comment s'assurer que ces services sont sûrs et effectifs. Il en est de même en situation stable. En l'absence de données correctes, à la fois sur les besoins en services de santé reproductive et leur impact en situation d'urgence, l'objectif d'assurer des services sûrs incombe en majeure partie au jugement des exécutants sur le terrain. Ceci a des implications pour la formation et l'obtention de ressources appropriées. Dans ce dossier, nous présentons l'information qui existe sur la santé reproductive parmi les populations déplacées. Les politiques de plusieurs acteurs sont décrites et des exemples de programmes en cours sont examinés, ainsi que les questions auxquelles font face ceux qui tentent de les mettre en oeuvre.

Introduction

1.1 Notions générales à l'origine du dossier

Dans ce dossier, nous aspirons à présenter une vue d'ensemble des besoins en matière de santé reproductive et des services fournis à cet égard dans les situations d'urgence, ainsi que les conséquences pour ceux qui travaillent avec les populations déplacées. Le premier chapitre définit la santé reproductive aux fins de ce dossier. Le deuxième chapitre examine ce qu'on connaît de l'état des populations déplacées en matière de santé reproductive et souligne les raisons pour lesquelles ces populations ont des besoins particuliers. Par populations déplacées, je réfère à la fois aux populations de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (bien que les faits montrent que la prestation de services aux populations déplacées a tendance à être différente de celle fournie aux réfugiés, et pas seulement en matière de santé reproductive). Les conseils que renferme ce dossier ont également pour objectif de couvrir toutes les phases de déplacement – de la situation d'urgence à la réhabilitation – ne distinguant que certaines phases spécifiques qui ont de l'importance pour le type de service offert. Les politiques actuelles et proposées pour la prestation de services de santé reproductive en situation d'urgence sont énoncées dans leurs grandes lignes au troisième

chapitre. Des programmes en cours illustrés par des études de cas figurent au quatrième chapitre. Les contraintes qui entravent la mise en oeuvre de ces services sont examinées au cinquième chapitre ; et le dernier chapitre résume les conclusions principales du dossier et suggère les manières possibles de progresser. De cette façon, nous espérons informer le personnel d'aide qui, à la fois, aborde ce programme pour la première fois et désire en savoir davantage sur la santé reproductive dans ces situations. Notre objectif est également de préciser plusieurs aspects importants pour ceux qui s'occupent déjà de la prestation de services et qui ont l'habitude de ces débats.

Ce dossier vise plus particulièrement, mais pas exclusivement, ceux qui travaillent avec les populations déplacées dans le secteur de la santé, car le programme sur la santé reproductive est conçu de façon à faire également participer les personnes qui travaillent dans d'autres secteurs. La prestation de services de santé reproductive s'étend de l'éducation et orientation en matière de violence sexuelle, à la distribution de condoms en passant par l'obstétrique, et exige des compétences professionnelles diverses.

La prévention de la violence sexuelle peut, par exemple, nécessiter la mise en place de latrines et

de points d'eau par les planificateurs/logisticiens, lors de la planification des camps. Il est peut-être aussi important de prendre des mesures pour s'assurer que les ménages dont les chefs de famille sont des femmes, ont le même droit d'accès aux provisions alimentaires, en vue de minimiser le rôle des faveurs sexuelles en échange de vivres et autres produits de base. Les ONG pour les services communautaires peuvent aider les femmes et les jeunes à acquérir des pouvoirs, en leur offrant la possibilité d'effectuer des activités générant un revenu. Ils peuvent ainsi se rencontrer et se parler. Les services juridiques ont également un rôle à jouer en s'assurant que ceux qui commettent des actes de violence sexuelle sont poursuivis en justice.

Bien qu'on prenne de plus en plus conscience des questions de santé reproductive en situation d'urgence depuis quelques années, il est regrettable que la majeure partie des informations que nous détenons sur les besoins en santé reproductive soient anecdotiques ou insuffisantes. Ce manque de données a suscité des débats importants entre décideurs et pourvoyeurs de services ; ils ont évalué l'ampleur des besoins dans les situations où les demandes de ressources se font forte concurrence et si la prestation de services sûrs était appropriée et faisable. Cette insuffisance de données est due à plusieurs raisons : i) la difficulté de recueillir des données dans des situations d'insécurité où les ressources humaines sont rares et où de rapides mouvements de populations peuvent se produire ; ii) le manque de priorité accordée à la santé reproductive ; iii) le manque d'importance accordée au recueil de données ; iv) la perception que des réponses et une action rapides sont nécessaires. Ces obstacles à la prestation de services de santé reproductive et d'autres services, sont examinés dans ce dossier, dans le but d'éclaircir certains débats que soulève cette question importante.

1.2 Vue d'ensemble historique

Qu'est-ce que la santé reproductive ? A l'origine, ce concept a été développé à la fin des années 80, mais il n'a généralement pas été approuvé avant la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (le Caire, 1994). Le document rédigé à la suite de cette conférence présente des arguments visant à abandonner le contrôle démographique en faveur d'une vision plus holistique de la santé des femmes.

Il reconnaît le rôle que jouent les hommes dans le processus de reproduction et l'importance de la

survie des enfants. Il préconise enfin qu'on prête davantage attention aux bénéficiaires plutôt qu'aux pourvoyeurs des services, et aux droits de chacun plutôt qu'aux politiques afférentes à la population. Au début, les féministes, les défenseurs de femmes et les décideurs chargés de la santé des femmes ont tous accueilli cette réorientation avec enthousiasme et l'ont acceptée.

Par santé reproductive, le document de la CIPD entend: « le bien-être général, tant physique que mental et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. Ceci suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante et sûre et qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire ».

Cette nouvelle approche lie divers services offerts auparavant par les pourvoyeurs, qui avaient l'habitude de travailler séparément. C'est pourquoi, les développements préconisés par la conférence du Caire nécessitent non seulement un changement d'attitude, mais aussi des changements structurels et organisationnels, auxquels ceux qui travaillent dans des milieux conventionnels sont également confrontés. Ils découvrent sans cesse les avantages et les désavantages de cette nouvelle approche, ainsi que les manières de les traiter.

Alors que ce transfert de priorité au profit de la santé reproductive se produisait dans le milieu non humanitaire, le secteur humanitaire admettait de plus en plus que, dans les situations d'urgence, les femmes et leurs besoins de santé étaient négligés. Progressivement, les faits confirmaient que les besoins des femmes avaient été ignorés, au détriment de leur santé et de celle de leurs enfants. Souvent, les femmes réfugiées n'étaient pas inscrites dans les registres des camps ; on ne les consultaient pas lorsque des services étaient projetés ; elles ne participaient pas à la distribution des vivres et n'étaient pas ciblées pour les activités générant un revenu. Et ce, malgré le fait que ces femmes étaient souvent chefs de famille et, dans certains cas, représentaient 30 pour cent des populations de réfugiés (Eriksson et al, 1996).

Lors de la CIPD, les problèmes concernant spécifiquement les réfugiés et les populations affectés par le conflit, ont été officiellement reconnus. Le document fait mention des « migrants et des personnes déplacées [qui], dans bien des pays

du monde, n'ont guère accès aux soins de santé reproductive, ce qui peut fortement compromettre leur santé et leurs droits en matière de reproduction. Les services doivent tenir compte des besoins de chaque femme et adolescente et répondre à la situation souvent impuissante dans laquelle elles se trouvent, en se penchant plus particulièrement sur celles qui sont victimes d'actes de violence sexuelle ». La Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés (Women's Commission on Refugee Women and Children) attirait aussi déjà l'attention sur la prestation de services de santé reproductive pour les populations déplacées (Wulf, 1994).

En cherchant à répondre aux objectifs de la conférence du Caire, le HCR et d'autres organisations internationales ont inscrit les services décrits dans l'Encadré 1 (ci-dessous) dans le cadre de la santé reproductive – ce dossier considère également ces domaines comme en étant les principaux.

Encadré n° 1**Services de santé reproductive pour les réfugiés, reconnus par le Guide pratique interorganisations (*Inter-Agency Field Manual*)**

- la maternité protégée ;
- la violence sexuelle et la violence à l'encontre des femmes ;
- la prévention et les soins contre les maladies sexuellement transmissibles (dont le virus HIV et le SIDA) ;
- la planification familiale et autres questions de santé reproductive (dont les services gynécologiques et la mutilation génitale des femmes).

On souligne également que la santé des adolescents et la participation des hommes sont des aspects qui doivent recevoir une attention particulière.

Source: *Guide pratique interorganisations*, Genève, 1995

Que savons-nous de l'état des populations déplacées en matière de santé reproductive?

2.1 Le contexte 'avant conflit'

Il est généralement accepté que les populations touchées par les situations d'urgence ont certains points en commun, ce qui peut accroître leurs besoins en services de santé reproductive.

Cependant, il se peut que les communautés réagissent de manières considérablement différentes. Peu est connu des conséquences d'un conflit sur les perceptions, besoins et désirs des femmes et des hommes dans ces situations.

La diversité des milieux dans lesquels vivent ces populations avant un conflit fait que leurs besoins, mais surtout les services qu'elles demandent, sont également différents. Il n'est guère probable que la planification familiale soit la même, par exemple, pour une population de réfugiés en ancienne Yougoslavie que pour une population déplacée à l'intérieur du Soudan. Les taux d'alphabétisme, entre autres, peuvent varier considérablement ; les taux faibles peuvent affecter la santé reproductive de plusieurs façons : ils peuvent être associés au mariage de très jeunes filles ou à un manque de connaissances sur les services de santé reproductive ou leur utilisation. On a également montré que l'analphabétisme chez les femmes a des répercussions nuisibles sur la santé et le dépistage,

comme le fait de ne pas reconnaître les premiers symptômes d'une infection et d'une maladie. Les taux de mortalité et de morbidité maternelles varient considérablement d'un pays à l'autre dans le monde, et certaines femmes qui entrent dans une période de conflit sont déjà profondément affectées dans ce domaine.

La prestation de services offerts avant qu'une situation d'urgence ne se produise influe également sur la demande qui en est faite par la suite. Les populations qui n'ont guère, ou pas accès à des services contraceptifs, n'en feront probablement pas la demande initialement, même si on leur offre ces services. En outre, chaque population est habituée à des méthodes contraceptives différentes. En 1990, en République démocratique du Congo (ancien Zaïre), bien qu'on ait remarqué que la contraception était couramment utilisée à Kinshasa (principalement, la méthode Ogino/du rythme), l'emploi de contraceptifs modernes était limité. Parmi les femmes sans cesse enceintes interviewées pour l'étude, 15 pour cent ont également signalé avoir subi un avortement provoqué. L'avortement et les méthodes contraceptives modernes étaient deux moyens employés en supplément des méthodes de régulation de la fécondité (Shapiro, Tambashe, 1996).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de populations de réfugiés

Pays de refuge	Femmes (x1000) ge			Hommes (x1000) ge			Pourcentage de la population totale gØe de plus de 18 ans	
	0-4 ans	5-17 ans	18+ ans	0-4 ans	5-17 ans	18+ ans	Femmes	Hommes
AlgØrie	11,4	24,5	44,9	9,7	23,2	15,4	34,9%	12,0%
BØnin	4,1	15,6	19,3	3,9	14,8	12,7	27,4%	18,0%
Burundi	16,0	41,0	50,7	15,2	39,7	44,3	24,5%	21,4%
Cameroun	4,5	4,4	11,1	4,5	4,4	15,2	25,2%	34,5%
R. C. A.	3,9	7,3	9,4	3,8	6,3	8,2	24,2%	21,1%
C te D'Ivoire	43,1	86,2	61,2	39,5	82,7	46,7	17,0%	13,0%
Djibouti	2,7	6,8	8,1	2,6	6,9	6,3	24,3%	18,9%
Ghana	9,5	23,4	29,2	10,3	22,4	16,9	26,1%	15,1%
Kenya	26,5	51,6	55,9	17,6	42,6	38,2	24,1%	16,4%
Mauritanie	8,5	17,0	17,8	7,7	16,2	10,0	23,1%	13,0%
Bangladesh	13,5	20,6	24,7	13,2	20,1	24,1	21,3%	20,7%
Iran	173,7	309,5	307,6	183,8	342,1	424,0	17,7%	24,4%
Iraq	4,8	6,1	7,4	5,3	5,9	9,6	18,9%	24,6%
NØpal	53,9	16,0	20,3	6,0	16,6	21,3	23,6%	24,7%
Pakistan	136,7	137,2	285,1	121,5	121,7	253,2	27,0%	24,0%
Mexico	3,5	6,9	7,3	3,6	7,1	7,9	20,1%	21,8%

Note : statistiques en date du 1^{er} janvier 1995. Il se peut que les totaux ne correspondent pas à l'addition des chiffres car ils ont été arrondis. Les pays ont été sélectionnés en prenant un échantillon minimum de 30.000 réfugiés. Adapté d'après : The State of the World's Refugees, 1995. A la recherche de solutions. Annexe II. Tableau 6. RCA = République Centrale Africaine.

Les souches culturelles d'une population affectent également son acceptation de certains services de santé reproductive. Le respect envers les femmes repose souvent sur les rôles traditionnels d'un couple et de la famille. Pour les femmes, des règles explicites peuvent les limiter dans leurs déplacements et dans leur prise de décisions. Dans certaines cliniques, si le personnel médical est en majorité masculin, certaines femmes ne vont pas se faire soigner du tout. Au Bangladesh, par exemple, les femmes birmanes réfugiées se

plaignent sans cesse de ne pas être à l'aise si elles parlent à des docteurs hommes ou sont examinées par eux (Hilsum, 1994). Les mouvements des femmes afghanes réfugiées au Pakistan étaient rigoureusement restreints, en raison de la rigidité imposée par le port du purdah ; à compter du mariage, jusqu'à la naissance de son deuxième enfant, une femme ne peut se rendre dans un dispensaire sans être accompagnée de son mari (Christensen H). Holck et Cates ont remarqué que parmi les réfugiés kampuchéens (OMS 1995) qui

arrivaient dans deux camps différents, les taux de fécondité différaient fortement – allant de 55 naissances pour 1000 personnes dans un camp, à 13 naissances pour 1000 personnes dans l'autre. Dans le camp au taux de fécondité le moins élevé, les réfugiés étaient mieux nourris, faisaient partie d'une classe socio-économique plus élevée et provenaient de zones urbaines.

L'emploi de la médecine traditionnelle, les croyances religieuses et le niveau de protection accordée à la communauté sont d'autres facteurs culturels. Selon son niveau d'emploi, la médecine traditionnelle peut affecter la demande des services de santé de type occidental, tandis que les croyances religieuses peuvent empêcher les utilisateurs éventuels de se servir de certaines formes de contraception. Le niveau de protection accordée à une communauté ou à une personne dans ces circonstances influe sur leur vulnérabilité à la violence sexuelle et commise à l'encontre des femmes. Les réfugiés reçoivent habituellement une meilleure protection que les IDP, mais on ne peut supposer qu'un camp de réfugiés bénéficiera de toute la protection nécessaire. Parfois, le lieu où est situé le camp rend les réfugiés susceptibles d'être attaqués par des personnes de leur pays d'origine ; dans d'autres cas, ils se font attaquer par des milices du pays d'accueil et/ou par des membres d'une milice de leur propre pays, qui se sont enfuies avec eux.

2.2 Caractéristiques des populations déplacées

Les populations affectées par des crises ou des bouleversements sont loin d'appartenir à un groupe homogène. Certaines ont récemment passé une frontière internationale et continuent à subir les répercussions des expériences qu'elles ont vécu pendant leur fuite. D'autres vivent dans des camps depuis des années. L'état de santé, les priorités et les besoins de ces populations varient considérablement. Le niveau d'insécurité dans lequel une population vit, affecte le type de services qui peut lui être offert. Dans la majorité des situations d'urgence plus graves, il est probable que le personnel médical soit international et ait des contrats à court terme ; il se peut également que les populations qu'ils sont venus aider soient temporairement en ces lieux et qu'elles retourneront peu à peu chez elles lorsque la situation se rétablira. Dans ces milieux distincts, il est nécessaire d'aborder la prestation de services de façons différentes.

On a supposé que les femmes et les enfants représentaient peut-être entre 70 et 85 pour cent des populations déplacées (Cohen, 1995; Forbes-Martin, 1994). Ce chiffre induit en erreur, car le pourcentage d'hommes et d'enfants est aussi similaire. Selon les chiffres de l'ONU (HCR, 1995), par exemple, dans environ deux tiers des cas, le pourcentage de réfugiés parmi les femmes est plus élevé que parmi les hommes. Toutefois, dans environ un tiers des pays décrits au Tableau 1, le Cameroun, l'Iran, l'Iraq, le Népal et Mexico, c'est le cas inverse. En Ethiopie de l'ouest, 90 pour cent de la population de réfugiés sont des jeunes Soudanais (Anderson, 1994) et les femmes ont dû être organisées pour apprendre aux hommes à faire la cuisine.

Malgré des chiffres peu concluants, on peut affirmer que les femmes seules ont peut-être plus de difficulté à assurer leur propre sécurité et celle de leurs enfants. Elles sont la cible d'actes de violence commis à la fois par l'armée d'opposition, les forces armées du pays de refuge et parfois même par des membres de leur propre communauté. Il se peut qu'elles soient forcées d'avoir des rapports sexuels en échange de vivres, d'un abri ou d'autres nécessités pour leur propre survie ou celle de leur famille (Bissland, 1994; Amnesty, 1995). Dans ces situations, les femmes risquent davantage d'être en contact avec des hommes dont le comportement est 'à haut risque', et donc de contracter des maladies sexuellement transmissibles ou le virus HIV (Zwi and Cabral, 1991).

Il se peut que les femmes aient été séparées de leurs familles – dans la confusion qui règne pendant l'exode ou les courtes périodes de combat intensif – et séparées de leurs maris – qui, peut-être, partent au combat, sont tués ou cherchent ailleurs des activités générant un revenu. Après le génocide au Rwanda, le pourcentage des femmes dans la population est passé de 52 pour cent en 1992, à entre 60 et 70 pour cent en 1995. Le nombre de femmes chefs de famille est passé de 21 pour cent, à entre 29 et 40 pour cent (Eriksson et al, 1994).

Les femmes seules deviennent chefs de famille et assument souvent de nouvelles responsabilités, surtout économiques. Une fois de plus, les groupes de réfugiés font preuve d'un sens remarquable de créativité en mettant au point des stratégies qui leur permettent de surmonter la situation, les femmes chefs de famille sans exception. Elles se sont souvent lancées dans le commerce, en ramassant des fruits sauvages ou en créant de petits articles à

vendre. Certaines femmes sont obligées d’avoir recours à des activités illégales qui leur rapporte un revenu, comme la prostitution et la fabrication de la bière (Achta Djibrinne, 1993).

Les facteurs fondamentaux qui affectent la santé reproductive de ces communautés déplacées, sont présentés en bref dans le Schéma 1 ci-contre.

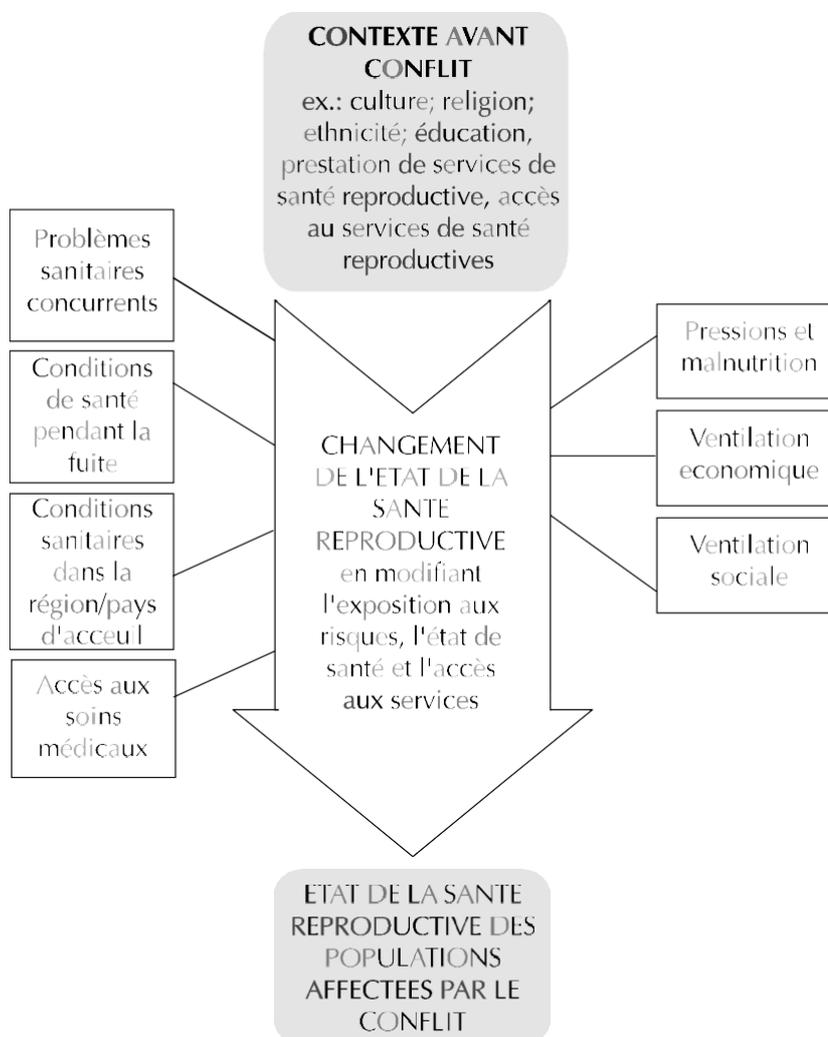
2.3 Préoccupations spécifiques concernant la santé reproductive

La maternité protégée

Les soins de santé maternelle et infantile sont généralement considérés comme faisant partie d’un programme minimum de services essentiels aux populations de réfugiés. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce programme réussisse à réduire les taux de morbidité et de mortalité. Peu d’études ont été faites dans ce domaine, en partie dû à la difficulté d’évaluer les résultats, mais d’après certains faits anecdotiques, plusieurs questions se

posent. Il se peut que les populations déplacées n’aient guère accès à des moyens de transport informels : les mères qui, par le passé, se fiaient au passage de voitures privées et de camions pour se rendre à l’hôpital, se trouvent soudainement dans l’incapacité de le faire. Dans ces circonstances, l’effondrement de l’infrastructure et la perte du personnel des services de santé peuvent contribuer à une diminution des services disponibles et de leur qualité. Toutefois, grâce à l’aide humanitaire, la situation peut être inversée. Pendant la guerre au Mozambique, le pourcentage des femmes enceintes vaccinées contre le tétanos a baissé de plus de la moitié. En raison du manque de services de santé, les mères courent le risque de contracter d’autres maladies, qui les affecteront au cours de leur grossesse. La malnutrition est peut-être un phénomène commun et peut être nuisible pour la mère comme pour l’enfant. Il a également été démontré que le simple fait de vivre dans des milieux où la violence est présente, peut accroître le risque de complications au cours d’une grossesse (Zapata, 1992).

Schéma 1. Facteurs communautaires affectant l’état de la santé reproductive



La fausse couche (avortement spontané)

Les ONG qui travaillent dans les camps rwandais au Zaïre ont signalé que le nombre de fausses couches était très élevé (De La Rosa, 1995). A Goma, 90 fausses couches pour 1000 grossesses ont été signalées, tandis que les données provenant de cinq camps à Bukavu suggéraient 139 fausses couches pour 1000 grossesses, et dans le camp Hugo (dans la région de Kivu), ce nombre atteignait 163. On ne sait si ces taux étaient en fait élevés, car des renseignements sur la durée de la gestation sont nécessaires et, deuxièmement, nous ne savons pas combien parmi ces fausses couches sont dues à des avortements risqués. Parmi toutes les grossesses, par exemple, on estime que 15 pour cent sont avortées spontanément, avant 20 semaines de gestation, et quatre-vingt dix pour cent de ces avortements se produisent au cours des 12 premières semaines. Si parmi les fausses couches signalées, un grand nombre s'est produit après cette période, ces chiffres pourraient signifier des taux élevés anormaux. D'après une suggestion, ces taux seraient élevés pour cause d'un mauvais niveau de nutrition, de complications dues à la malaria, et de fatigue. Dans le sud du Soudan, un nombre de fausses couches qu'on estime élevé a été signalé, tant par les pourvoyeurs de services de santé que par des recensés et la communauté (Palmer, C, à paraître). Les maladies sexuellement transmissibles ont souvent été identifiées comme en étant la cause. Ceci est fort probable, car les femmes enceintes ayant contracté la syphilis, qui ne sont pas soignées dans une période de moins de deux ans, transmettent cette maladie à leur enfant¹. Environ la moitié des femmes enceintes souffrant de syphilis primaire ou secondaire font une fausse couche, accouchent d'un enfant mort-né, meurent en phase périnatale ou accouchent prématurément (Over et Piot, 1997).

L'infertilité

Le niveau d'infertilité peut augmenter dans certains cas, en raison de la propagation de maladies sexuellement transmissibles et le manque de soins disponibles pour y remédier. L'infertilité est peut-être un problème spécifique en Afrique subsaharienne où le nombre des maladies sexuellement transmissibles est fort élevé (Westrom, 1975, Westrom et al 1979). Actuellement, aucune donnée officielle n'existe sur les populations déplacées. Toutefois, dans le sud du Soudan, les populations déplacées estimaient que le taux d'infertilité était élevé et estimaient que le petit nombre de femmes enceintes dans leur

communauté était dû à la forte fréquence de maladies sexuellement transmissibles (Palmer, C, à paraître).

Les avortements risqués

L'OMS définit l'avortement risqué comme étant une méthode pour mettre fin à une grossesse non désirée, utilisée soit par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires, soit dans un milieu qui ne comporte pas un minimum de facilités médicales, ou utilisée dans les deux cas (OMS/MSM/92.5). On estime qu'environ 70.000 femmes dans le monde – dont 69.000 en Afrique, en Asie, en Amérique Latine et aux Caraïbes – meurent chaque année des suites d'un avortement risqué (Sadiq, N, 1997). Les estimations reposent souvent sur des données des services de santé, et des ajustements y sont apportés pour l'accès aux services et leur disponibilité ; on ne peut donc dire dans quelle mesure elles sont exactes. Outre la mortalité due à des avortements risqués, bien d'autres femmes souffrent d'infection ou de traumatisme. Même dans les pays où l'avortement est autorisé, il se peut que l'accès aux services de santé soit si médiocre que les femmes continuent à avoir recours à l'avortement risqué. Cette méthode a des répercussions nuisibles sur leur santé. Peu de données objectives existent sur l'impact d'un conflit sur la fréquence de l'avortement risqué. En ancienne Yougoslavie, toutefois, nous savons que la demande d'avortement s'est accrue pendant le conflit et, durant la majeure partie de la guerre, plus de deux avortements en moyenne ont eu lieu pour chaque grossesse menée à bien (Carballo et al, 1996). Se référer au chapitre sur l'interruption de grossesse (page 14).

La mortalité périnatale

L'aboutissement de la grossesse peut être gravement affecté d'autres façons. En ancienne Yougoslavie, le taux de mortalité périnatale a plus que doublé pendant la guerre. Le nombre rapidement croissant de bébés ne pesant pas assez à la naissance et la difficulté de les garder en vie, en étaient les facteurs sous-jacents les plus importants – le changement de style de vie et l'augmentation du nombre des fumeurs contribuant de façon majeure au nombre accru de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance. Le taux de malformations congénitales de 0,7 pour cent avant la guerre est passé à 2,1 pour cent pendant la durée du conflit. L'anencéphalie et l'hydrocéphalie représentaient près d'un quart de ces malformations. Un des

facteurs responsables était le manque d'éléments nutritifs spécifiques chez les mères et le manque de soins prénatals (Simic, 1995).

Les maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le virus HIV et le SIDA

Les circonstances d'une guerre accroît le risque de propagation des maladies sexuellement transmissibles. Zwi et Cabral décrivent qu'une guerre de faible intensité provoque de hauts risques pour les populations, de par le déplacement, l'activité militaire, le bouleversement économique, les contraintes psychologiques et la migration accrue.

Le SIDA et la guerre civile ont été décrits comme étant « un pacte du diable » (Mworozi, E, 1993). Les mouvements en masse de populations résultent en un mélange de personnes à faibles et à hauts risques. La Mozambique en est un exemple : le taux du virus HIV a commencé à augmenter lorsque près de deux millions de réfugiés sont revenus du Malawi – où le taux du virus HIV est élevé (Hulewicz, 1994). Parmi ces revenants, les taux d'infection due aux maladies sexuellement transmissibles étaient presque le double des taux estimés pour les populations non déplacées. Pendant les déplacements, 8 pour cent des femmes ont signalé avoir été abusées sexuellement et 3 pour cent ont déclaré avoir eu des rapports sexuels contre de l'argent (Cossa, 1994).

Le taux du virus HIV est souvent plus élevé chez les militaires que parmi les civils dans leur pays et il est donc probable que leurs mouvements contribuent à la propagation du virus. En Ouganda, on a souvent fait le rapport entre la propagation géographique de l'épidémie et le recrutement dans l'armée d'Amin (Smallman, 1991). Au Rwanda, les cas de blennorragie ont continué à augmenter chaque année chez les recrues militaires, entre 1981 et 1984 (Piot and Carael 1988).

La rupture de l'infrastructure occasionnée par la guerre et certaines catastrophes naturelles fait également diminuer l'accès aux services de santé et leur disponibilité. Au Mozambique et au Liberia, par exemple, les unités de soins et de maternité ont spécifiquement été ciblées ; au Mozambique, entre 1975 et 1989, environ 900 unités de soins primaires ont été détruites au cours des combats ou du pillage. En outre, il se peut que les dispensaires qui existent soient surchargés, en raison du grand nombre de soldats et de civils à soigner. Des soins adéquats

pour les maladies sexuellement transmissibles sont rarement fournis ; la détection et les méthodes préventives sont souvent omises.

La séparation des familles, suite à un conflit et à leur déplacement, peut causer les femmes à se retrouver sans leurs compagnons pour de longues périodes. Dans cette situation, elles sont plus vulnérables ; il est possible que des femmes seules ne puissent se protéger contre les actes de violence et qu'elles recherchent donc de nouveaux compagnons. La violence sexuelle est chose courante dans ces situations et est un autre facteur qui fait accroître la propagation des maladies sexuellement transmissibles.

La violence sexuelle et la violence à l'encontre des femmes

La dégradation des sanctions sociales induites par la guerre, à laquelle s'ajoute un nombre accru de personnes armées, et les questions de contrôle des vivres et marchandises, rendent la communauté, en général, et les femmes, en particulier, vulnérables aux attaques sexuelles. Les agresseurs peuvent être des soldats vivant temporairement dans le secteur, des déserteurs ou des membres d'une force opposée. Des preuves existent qu'au cours de leur fuite, des femmes ont été les victimes de bandits, de gardes de frontières, de l'armée et d'unités de résistance. Il se peut, toutefois, que ces actes de violence se poursuivent même lorsqu'elles estiment avoir atteint un lieu de sécurité.

Ceux qui commettent des actes sexuels violents sont aussi bien des gardiens, des administrateurs de camps, du personnel militaire, que d'autres réfugiés ou personnes déplacées. Les abus ne comprennent pas seulement le viol et l'enlèvement, mais aussi l'offre d'une protection et d'une aide en échange de faveurs sexuelles. La structure des camps de réfugiés peut aggraver le risque éventuel d'actes de violence, lorsque les points d'eau sont situés à l'écart des lieux où des personnes sont présentes, et que les latrines sont communes.

Dans les camps de réfugiés kenyans, Musse a enregistré 192 cas d'abus sexuels commis envers les réfugiées (en majeure partie, des Somaliennes) au cours d'une période de quatre mois, entre février et juin 1993 (Musse, à paraître; International Protection of Refugee Women). Nyakabwa et Lavoie décrivent les problèmes de femmes seules réfugiées au Soudan et à Djibouti. Au Soudan, il a été signalé que les réfugiées éthiopiennes et

érythréennes recouraient au remariage et à la prostitution pour survivre (Nyakabwa, 1995). Une enquête sur les réfugiés menée en 1983 a révélé que 27 pour cent des mères qui étaient seules et chefs de familles s'étaient tournées vers la prostitution pour gagner leur vie. A Djibouti, le viol arbitraire avait été commis contre des femmes éthiopiennes et somaliennes. Entre 22 et 27 pour cent environ de femmes burundaises ont été soumises à des actes sexuels violents, après être devenues des réfugiées (Nduna, 1997). Ces expériences traumatiques ont des conséquences à la fois directes et indirectes. Tomber enceinte ou contracter une maladie vénérienne peuvent être des conséquences directes. Indirectement, les familles de ces femmes estiment peut-être avoir été déshonorées et ces femmes peuvent donc être rejetées de leurs familles et même de la communauté toute entière.

Lorsque le sujet de violence sexuelle est abordé avec les femmes, on doit s'assurer de bien comprendre leurs sensibilités sociales et culturelles, et de l'exactitude de la terminologie : des femmes réfugiées au Bangladesh s'estimaient avoir été 'violées' si leur voile avait été enlevé de leur visage, et non pas parce qu'elles avaient été soumises à des rapports sexuels forcés.

La planification familiale

Il existe un très grand nombre de faits anecdotiques à l'appui de ceux qui soutiennent que, suite aux déplacements, les taux de fécondité augmentent aussi bien qu'ils baissent (Wulf, 1994). A Sarajevo, l'Organisation internationale pour la migration (OIM) a signalé que le nombre absolu de naissances est passé d'environ 10.000 en moyenne par an avant la guerre, à 2.000 pendant les conflits (IOM 1995). L'OIM soutient que les mouvements de populations à eux seuls ne pourraient expliquer cette baisse énorme du taux des naissances, et que d'autres facteurs devraient être pris en compte. Premièrement, la majorité des hommes ayant l'âge d'être soldats ont été recrutés et envoyés en dehors de la ville ou hors de leurs familles pour de longues périodes. Deuxièmement, de nombreuses personnes ont voulu reporter à plus tard une grossesse, par crainte à la fois d'insécurité physique et la possibilité d'un autre déplacement.

Au Pakistan, on a signalé des taux de fécondité élevés chez les femmes afghanes réfugiées. Il a été estimé que si les taux actuels de fécondité par

âge continuaient, une femme mariée typique aurait 13,6 enfants, lorsqu'elle atteindrait l'âge où elle ne pourrait plus avoir d'enfant (Wulf, D, 1994). Dans cette population, les taux de fécondité élevés allaient de pair avec des taux de mortalité infantile élevés, et on estimait que la majorité des femmes afghanes réfugiées au Pakistan avaient perdu au moins un enfant né vivant (Miller, 1994).

Il se peut que des contradictions existent dans la même population. Des discussions avec des réfugiées du Rwanda ont révélé, par exemple, que certaines d'entre elles désiraient avoir des enfants pour remplacer des membres de famille qu'elles avaient perdus, tandis que d'autres estimaient que les conditions étaient trop incertaines pour avoir d'autres enfants. Un taux élevé prévalent d'aménorrhée peut également entraîner de faibles taux de fécondité. En ancienne Yougoslavie, un des problèmes les plus communs enregistrés parmi les femmes qui se sont rendues dans un centre de thérapie pour femmes pendant la guerre, était l'aménorrhée. (Frjak, 1997). D'après un rapport rédigé par le coordinateur du HCR pour les services de santé reproductive, environ sept mois après l'exode des réfugiés rwandais vers Goma, les taux de natalité se sont révélés être faibles (US Committee for Refugees, 1996). Un an après l'exode, toutefois, ils ont commencé à augmenter rapidement, sans pourtant atteindre leur niveau enregistré avant la catastrophe (US Committee for Refugees, 1997). Ces chiffres doivent toutefois être interprétés avec prudence, car de nombreuses femmes peuvent donner naissance à un enfant sans contacter de services de santé et, dans ces circonstances, il est difficile d'évaluer le dénominateur.

Les rapports sur la fécondité sont toutefois rares et souvent limités par manque de données par âge. Les mouvements en masse de réfugiés ont tendance à provenir de régions où les taux de fécondité sont élevés, et il n'existe guère de preuve fiable que les taux de fécondité augmentent au point de dépasser le niveau enregistré avant un conflit. Une perte de fécondité est possible dans les premières phases d'une situation d'urgence, en raison de l'état de santé médiocre des membres d'une famille et de leur séparation, mais les données dont nous disposons ne sont pas concluantes. Il est possible que les taux de fécondité augmentent ou baissent, en fonction de divers facteurs, dont l'état de santé de la population déplacée et la durée du conflit.

Les chiffres indiquant l'emploi de moyens

contraceptifs sont tout aussi sporadiques. Certains rapports ont signalé que leur emploi a augmenté rapidement, lorsqu'ils ont été mis à la disposition des réfugiés dans les camps. Dans le camp de Khao I Dang, à la frontière thaïlanno-cambodgienne, l'emploi de moyens contraceptifs a rapidement augmenté, lorsque ces services ont été offerts, en passant de zéro au deux tiers de toutes les femmes éligibles (D'Agnes, T, 1982; Potts, 1980). Parmi elles, 95 pour cent ont choisi le contraceptif injectable. On a également signalé que les vietnamiennes réfugiées à Hong Kong avaient accepté des services de contraception, lorsqu'ils étaient mis à leur disposition dans les camps (Mulley, 1991). Dans les camps rwandais, on a signalé « une demande croissante de moyens contraceptifs, en particulier de la part des femmes qui les avaient déjà utilisés ou qui continuaient à le faire ». Pendant la guerre en Yougoslavie, l'emploi de moyens contraceptifs s'est révélé être faible. Ceci a été associé au fait que le personnel médical accordait peu de priorité à la contraception, et qu'il était difficile d'en obtenir un approvisionnement.

L'interruption de grossesse

L'interruption de grossesse ou l'avortement sont autorisés dans certaines circonstances dans presque tous les pays du monde. La plupart des pays reconnaissent que si la vie d'une mère est en danger, il est légalement possible d'interrompre la grossesse. Environ 60 pour cent des pays prennent des mesures pour préserver la santé physique d'une mère, bien que les définitions de 'santé physique' varient quelque peu. L'avortement provoqué (comme on le désigne aussi) est une procédure relativement sans risque, mais s'il est effectué dans des conditions dangereuses, il peut poser un risque considérable à la mère.

En Amérique Latine, l'interruption de grossesse est la quatrième méthode de contraception la plus employée. Le nombre de ces avortements effectués est estimé être entre 2,7 et 7,4 millions par an. D'après les estimations de l'IPPF dans la moitié des années 70, les chiffres indiquaient qu'entre un quart et un tiers de toutes les grossesses étaient volontairement interrompues (Jacobson, Jodi, 1990). Presque tous ces avortements – à l'exception de ceux exécutés au Chili, à la Barbade et à Belize – posent des risques et leurs conséquences sont la principale cause de décès des femmes en âge de procréer. En Bolivie, une étude a révélé que 39 pour cent des femmes âgées de moins de 18 ans, qui étaient hospitalisées pour cause de complications à

la suite d'un avortement, avaient eu des avortements provoqués exécutés de manière illégale (Baily et al, 1988). Un sur trois à cinq avortements provoqués illégalement a entraîné une hospitalisation (Paxman et al, 1993). En 1987, entre 26 et 31 millions d'avortements légaux et entre 10 et 22 millions d'avortements illégaux ont été exécutés dans le monde (Henshaw, Morrow, 1990). Sur environ 20 millions d'avortements risqués, 70.000 décès sont estimés en avoir résulté dans le monde, dont 69.000 dans les pays en développement et un tiers en Afrique (OMS, 1994). Dans les situations d'urgence, nous avons peu de renseignements officiels concernant les avortements risqués et nous ne savons guère si les taux ont ou non augmenté. En ancienne Yougoslavie, où l'interruption de grossesse était courante avant la guerre, on signalait que le taux était en forte hausse. Ceci était attribué aux changements d'attitude envers la fécondité et à une réduction de l'accès aux services de contraception (Carballo, M, 1996). Pendant la majeure partie de la guerre, on affirme que le taux était en moyenne de plus de deux avortements provoqués pour chaque grossesse menée à terme (Comité de la république pour la protection sanitaire et sociale, 1995). Il est également probable que la fréquence accrue des viols parmi les populations déplacées ait également contribué aux demandes d'interruption de grossesse. Selon des estimations faites dans des études médicales, un seul rapport sexuel résulte en une grossesse dans 1 à 4 pour cent des cas (Cate, 1984; Tietze, 1960). Ailleurs, comme dans les camps rwandais, on a signalé que des interruptions de grossesse avaient lieu, mais on ne dispose d'aucune donnée quantitative jusqu'à présent.

Autres aspects

La mutilation génitale des femmes

La mutilation génitale des femmes est estimée avoir été effectuée sur entre 85 et 114 million de femmes en vie dans le monde actuellement (Banque mondiale, 1993). Selon une définition de l'OMS, la mutilation génitale des femmes comprend toutes les procédures qui impliquent l'enlèvement partiel ou total des organes génitaux externes de la femme. La mutilation génitale des femmes a été condamnée par la CIPD et dans une déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF/FNUAP, comme étant une violation des droits de l'homme, dont le droit à la plus haute qualité possible de soins physiques et mentaux, et le droit à la sécurité de la personne. Cette pratique existe encore parmi de nombreux groupes ethniques, de l'Afrique de l'Ouest à

l'Afrique de l'Est, dans les régions sud de la Péninsule arabique, le long du Golfe persique et parmi certains migrants de ces régions, en Europe, en Australie et en Amérique du Nord.

La mutilation génitale des femmes est habituellement effectuée par des exécutants traditionnels, qui se servent d'outils tranchants allant d'un morceau de verre au scalpel ou couteau réservé à cet usage. Les instruments sont souvent réutilisés sans être stérilisés, la stérilisation étant une procédure rare dans ces milieux. Les produits anesthésiques et antiseptiques ne sont pas utilisés et diverses substances servent à arrêter les saignements. Des blessures involontaires sont souvent causées en raison des conditions septiques ou si les jeunes filles ou femmes se débattent. Cette opération est de plus en plus exécutée par un personnel médical qualifié, car on pense que les conditions sont plus hygiéniques, mais la participation des médecins est fortement condamnée par l'OMS. On ne sait pas comment les situations d'urgence affectent la pratique de la mutilation génitale des femmes. De nombreux groupes l'auront pratiquée avant le conflit. L'instabilité résulte-t-elle en une application encore plus rigoureuse des pratiques culturelles traditionnelles (comme pour les femmes afghanes au Pakistan) ou offre-t-elle des possibilités de changement ? La réponse à cette question varie probablement considérablement d'un lieu à l'autre.

La santé des adolescents

Les adolescents tiennent une place particulière dans les services de santé reproductive. Les taux des adolescentes en âge d'avoir des enfants sont souvent élevés dans certaines régions, en particulier, comme il a été signalé, en Afrique subsaharienne. Dans cette région, la fertilité des adolescentes représente entre 15 et 20 pour cent du nombre total des naissances dans 11 pays pour lesquels des données existent. Chez les adolescentes, la grossesse est associée à des soins prénatals bien pires, à un plus grand nombre de nouveau-nés d'un poids insuffisant, à un sevrage précoce, en particulier, au cours de la deuxième année de vie, et à un taux plus élevé de mortalité infantile (Legrand, 1993). Certains soutiennent que dans certaines régions, la dégradation des traditions tribales et rurales, face à la rapidité de l'urbanisation, a fait que les cas de grossesse parmi les adolescentes ont continué en l'absence du soutien traditionnel apporté aux jeunes mères. Ces jeunes femmes sont donc coupées, sur le plan spatial et psychologique, de leurs aînées qui étaient traditionnellement responsables de leur

transmettre des renseignements (Barker, 1992). Il est probable que les situations d'urgence ont des conséquences similaires sur les adolescentes, et bon nombre d'entre elles assument des responsabilités pour elles-mêmes et pour d'autres, qu'elles n'auraient pas assumées en situation stable. Toutefois, nous devons en apprendre davantage sur ce groupe en situation de conflit. Les données démographiques existantes ne sont pas très détaillées, mais suggèrent que le nombre d'adolescentes varie considérablement d'un camp à l'autre. Par exemple, celles âgées de moins de 17 ans représentaient 47 pour cent des réfugiés dans des camps en Côte d'Ivoire, mais seulement 24,5 pour cent dans des camps au Pakistan (cf. Tableau 1, page 8).

Politiques actuelles et proposées sur la santé reproductive pour les populations déplacées

Dans une situation d'urgence, une alimentation adéquate, l'eau, l'abri, les installations sanitaires et une immunisation rapide contre la rougeole, ont toujours été considérés comme étant les premières mesures d'aide à fournir aux populations affectées. Lorsqu'on estimait que des services de santé reproductive étaient nécessaires, la priorité était accordée à la santé maternelle et infantile (SMI) (Sandler, 1987). Certains aspects de la santé reproductive, comme les soins contre les MST, étaient couverts par les services généraux pour les malades en consultation externe, et les complications à la suite d'un avortement, par les services hospitaliers.

Toutefois, comme nous l'avons précisé plus haut, à la fin des années 80 et au début des années 90, en partie dû aux initiatives de l'ONU sur la Décennie pour les femmes et la maternité protégée, on a commencé à reconnaître les femmes comme un groupe important parmi les populations déplacées, dont les besoins avaient été ignorés. Progressivement, les faits ont indiqué, par exemple, que les services de planification familiale n'étaient pas universellement mis à la disposition des réfugiés² (anon, Lancet, 1993) et, en 1992, le ministère américain pour les Services sanitaires et humains (US Department of Health and Human Services) a recommandé que les réfugiés reçoivent des «

services de consultation en matière d'espacement des naissances, des moyens contraceptifs et une éducation concernant l'allaitement et la puériculture ».

Dans ce chapitre, nous examinons les services de santé reproductive existants et prévus dans les situations d'urgence, en se concentrant sur l'élaboration d'une politique. Au chapitre 4, la documentation d'études de cas sert à illustrer des points spécifiques et, au chapitre 5, nous examinons les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre.

Actuellement, la prestation totale de services de santé reproductive dans les situations d'urgence (cf. Encadré n° 3, page 18) a l'appui, à la fois du HCR, du FNUAP et de l'OMS. Dr Nafis Sadiq, directeur exécutif du FNUAP, a déclaré que : « le FNUAP reconnaît que les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, et les personnes qui se trouvent dans toutes les situations d'urgence, ont les mêmes droits humains essentiels, dont le droit aux services de santé reproductive, que les membres d'une communauté quelconque ».

Comme pour la majorité des politiques dans les situations humanitaires, la politique afférente à la santé reproductive a tendance, toutefois, à être quelque peu aléatoire, à la fois en raison du contexte

– souvent incertain et rapidement changeant – dans lequel l'aide est fournie et du fait que, souvent, les organisations ont leurs propres politiques conçues de façon à convenir à leur mandat spécifique, aux principales sources de financement et à leurs employés. Elles n'ont à rendre compte à aucun organisme unique, bien que certaines acceptent souvent volontairement de prendre note des politiques et directives conçues par d'autres organismes, comme le HCR ou l'OMS. Ces questions sont loin d'être uniques dans le domaine des services de santé reproductive, mais elles ont eu une part de responsabilité dans le fait que, jusqu'à présent, l'élaboration de politiques a comparativement reçu peu d'attention.

3.1 Initiatives actuelles visant à concevoir des politiques de santé reproductive.

En collaboration avec un grand nombre d'ONG et d'autres parties intéressées, le HCR et le FNUAP ont organisé un colloque en juin 1995. L'un des résultats de ce colloque a été l'élaboration d'un guide pratique pour les services de santé reproductive destinés aux réfugiés (HCR, 1995) (cf. Encadré n° 5 à la page 21 également). En outre, un Groupe de travail interorganisations (GTIO) a été formé, comprenant environ 32 membres – dont des ONG, des donateurs, des organismes bilatéraux, des chercheurs et d'autres groupes intéressés à travailler dans le domaine de la santé reproductive (cf. Annexe). Le guide pratique s'inspire de l'orientation technique fournie par l'OMS, qui met également au point des directives de gestion sur la santé reproductive. Ces directives présentent la manière dont les différentes phases de déplacement (de l'exode à la réadaptation) affectent la condition des services de santé reproductive. Malgré la diversité et la qualité des organismes engagés dans la procédure du GTIO, deux aspects ont récemment suscité une certaine controverse : la question de savoir si ces directives étaient appropriées sur le terrain et les faits sur lesquels elles fondent certaines de leurs recommandations. Plusieurs de ces points sont abordés ci-après, l'un des principaux étant que, d'après la manière dont le guide pratique est rédigé, on laisse entendre qu'elles conviendraient mieux aux directeurs de programmes de santé. Dans la dernière version du guide pratique, on affirme pourtant que « le guide est essentiellement destiné aux directeurs de services de santé sur le terrain ». La version finale devrait être terminée lorsque le présent dossier sera imprimé, en février 1998. Commentant sur la rédaction du guide pratique, l'un

Encadré n° 2

Le Programme assurant un minimum de services initiaux (PMSI)

- prévention et gestion des conséquences de la violence sexuelle
- prévention de la transmission du virus HIV et du SIDA en faisant respecter les précautions universelles et en garantissant la disponibilité de préservatifs gratuits
- réduire l'excès de mortalité maternelle et infantile en assurant des accouchements hygiéniques et en créant un système d'orientation pour la gestion des urgences obstétriques
- planification pour la prestation de services de santé reproductive exhaustifs dans les soins de santé primaires
- identification des ressources humaines qualifiées – en particulier, un coordinateur de services de santé reproductive

Source: Santé reproductive pour les réfugiés : guide pratique (1997).

des directeurs de programmes sur la santé reproductive a fait remarquer que :

« Il est utile, en ce moment, au niveau de la direction, mais il doit être modifié pour permettre aux exécutants de s'en servir, car il est trop technique. Nous avons besoin d'un autre guide plus pratique » (communiqué personnel 1997)

En reconnaissant la difficulté de fournir des services de santé reproductive en pleine situation d'urgence, le guide pratique actuel recommande qu'un « Programme assurant un minimum de services initiaux » (PMSI) (se référer à l'Encadré n° 2) soit fourni dès que possible (HCR, 1995). Cet ensemble de services a été conçu pour être introduit sans qu'une autre évaluation des besoins soit nécessaire, pour la raison que suffisamment de faits en confirment la justification.

Il semble que, dans l'ensemble, les organismes qui exercent leur activité dans des situations d'urgence acceptent la mise en oeuvre de ce minimum de services. Toutefois, certains domaines continuent à être préoccupants, en particulier la question de savoir

s'il faut ou non fournir un moyen de contraception d'urgence, que l'on désigne aussi « la pilule du lendemain »³ (MSF 1997). Bien que l'Administration américaine pour l'alimentation et les produits pharmaceutiques (Food and Drug Administration of America) ait décrit cette pilule comme étant « remarquablement sans danger et effectif si elle est utilisée comme prescrit », la question de savoir si elle peut être administrée est contestée, car on cherche à déterminer si son action constitue ou non une interruption de grossesse. La dernière version du guide pratique interorganisations (décembre 1997) énonce que « les croyances culturelles et religieuses peuvent empêcher certains pourvoyeurs de prescrire, et certaines femmes d'utiliser ce moyen de contraception », ce qui est compréhensible, mais il est également important de s'assurer que celles qui désirent s'en servir, tout autant que ceux qui sont disposés à l'offrir, en aient la possibilité.

Le guide pratique recommande que des services complets de santé reproductive soient introduits, dès que possible après la phase intense d'urgence. L'ensemble des services recommandés à introduire sont présentés dans l'Encadré n° 3. Dans les chapitres suivants de ce dossier, nous mentionnons que ces services sont fondamentaux pour les populations affectées par le conflit.

Bon nombre d'organisations non gouvernementales travaillent avec le HCR, en vue d'établir des directives communes dans ce domaine. Toutefois, certaines ont également des documents qui précisent la politique de leur propre organisation ou qui traitent de domaines spécifiques dans le programme de santé reproductive. Dans leur livre intitulé « La santé des réfugiés » (MSF, 1997), MSF, par exemple, ont confirmé qu'ils se sont engagés à introduire un PMSI en situation d'urgence. Dans la phase d'urgence, ils estiment que les soins médicaux sont l'une des premières priorités et la santé reproductive fait l'objet d'un chapitre spécifique dans cet ouvrage. Les auteurs déclarent que « pendant une phase

d'urgence, les ressources ne doivent pas être détournées de l'attention à accorder aux principales maladies qui tuent. Toutefois, certains aspects de la santé reproductive doivent aussi être abordés à ce stade ». Ils poursuivent en soulignant que le PMSI est le programme à mettre en oeuvre. Ils accordent une attention spécifique au SIDA et aux MST. Dans la phase qui suit la phase d'urgence, ils préconisent toute une série de services de santé reproductive.

Plusieurs déclarations de politique faites par des acteurs importants dans le domaine de l'élaboration de politique en matière de santé reproductive, sont reproduites textuellement dans les pages suivantes (cf. Encadrés n°s 4 et 5 en particulier).

Encadré n° 3

Programme intégral de santé reproductive

(à mettre en oeuvre une fois que les conditions d'urgence se sont stabilisées)

- 1 Maternité protégée
- 2 Violence sexuelle et violence à l'encontre des femmes
- 3 Prévention contre les maladies sexuellement transmissibles, dont le virus HIV et le SIDA
- 4 Planification familiale
- 5 Autres préoccupations, comme les soins pour les avortements risqués, et prévention contre la mutilation génitale des femmes / action à cet égard
- 6 Besoins des adolescents en matière de santé reproductive

Source: Guide pratique du GTIO, 1997

Encadré n° 4

Le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés (Lyndall Sachs, Marie Stopes International)

Pendant la CIPD (septembre 1994), CARE, le Comité international pour les secours (CIS), John Snow Research and Training (JSI), Marie Stopes International (MSI) et la Commission des femmes pour les femmes et enfants réfugiés, se sont regroupés pour former le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés. Ce Consortium résulte de la CIPD où tous les organismes internationaux ont convenu que les réfugiés et les populations déplacées constituent un groupe notoirement délaissé lorsqu'il s'agit des services de santé reproductive qui leur sont fournis.

Chaque organisme a des résultats en matière de conception, mise en oeuvre, suivi et livraison des services de santé reproductive ; en matière d'aide et formation techniques fournies ; ou en ce qui concerne d'autres activités, dont les recommandations, le développement des ressources et le développement d'une coalition. Individuellement et collectivement, les membres du Consortium jouent un rôle catalyseur dans le développement et la mise en oeuvre d'activités très diverses dans l'institutionnalisation de services de santé reproductive pour les réfugiés.

Les membres du Consortium sont des acteurs importants dans le Groupe de travail interorganisations pour la santé reproductive destinée aux réfugiés. Le Consortium reconnaît que l'alimentation, l'eau, l'abri et les installations sanitaires sont des nécessités immédiates et que des services de santé doivent être en place dans les jours qui suivent l'action répondant à une situation d'urgence. Mais comme la communauté internationale prend davantage conscience des problèmes liés aux actes de violence à l'encontre des femmes, à la transmission de MST et aux cas de morbidité et de mortalité maternelles en situation d'urgence, il est clair que les services fondamentaux de santé reproductive ne peuvent attendre la phase de stabilisation avant d'être fournis.

En réponse à la demande des exécutants, le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés a conçu et mis à l'essai des directives permettant d'effectuer une évaluation des besoins, en vue de déterminer les types de services appropriés. Ces directives contiennent un ensemble essentiel de questions sur l'évaluation des besoins ayant rapport aux cinq domaines techniques principaux : la maternité protégée et la planification familiale ; la prévention des MST/virus HIV/SIDA et les soins appropriés ; les services obstétriques d'urgence ; et la prévention de la violence sexuelle. Ces questions portent sur les services disponibles et les services requis ; les méthodes de livraison de ces services ; le matériel et l'équipement, la formation ; l'information, l'éducation et la communication ; et les engagements du personnel et engagements financiers.

Dans un contexte d'urgence, les membres du Consortium mettent l'accent sur les interventions en matière de santé reproductive, qui atténuent ou interrompent l'évolution des maladies. Les activités spécifiques entreprises dans les premières phases d'une action d'urgence sont conçues en tenant compte d'une évaluation de la nature, du lieu, des circonstances, de la composition et des conditions de la population affectée. Outre des évaluations, une planification et une action rapides, le CIS a un Programme de planification préalable en cas d'urgence, qui facilite une façon pro-active de procéder aux urgences, en consolidant les systèmes du CIS pour une planification préalable dans le domaine de la Gestion des programmes, Gestion financière, Gestion du personnel, Soutien pratique et Coordination entre l'ONU/OI/OG/ONG.

Les budgets d'aide pour les programmes relatifs aux réfugiés demeurent statiques et les ressources limitées font l'objet d'une concurrence intense. Bon nombre d'organismes continuent à percevoir la santé reproductive comme un domaine de faible priorité. Toutefois, des études récentes indiquent qu'une fois que la situation des réfugiés se stabilise, la médiocrité des services de santé reproductive est l'une des causes principales de morbidité et de mortalité. Les organismes qui négligent de l'admettre, privent les réfugiés d'un droit humain fondamental,

suite au verso

Encadré n° 4 – suite

qui figure dans diverses législations internationales, dont la plus récente est le Plan d'action pour la Conférence internationale sur la population et le développement.

Les membres du Consortium reconnaissent que chaque contexte de réfugiés est unique et peu de programmes peuvent aborder simultanément toutes les questions de santé reproductive. Le programme MSI au Sri Lanka en est un bon exemple. Une évaluation des besoins effectuée en 1995 a révélé un énorme écart entre les manières dont les services de santé reproductive sont fournis aux IDP dans quatre districts dans le nord et l'est du pays.

Ces contraintes financières ont astreint MSI à identifier les deux domaines les plus nécessaires, en se penchant plus spécifiquement sur la planification familiale, la prévention de ??, les soins appropriés et la médecine préventive. En 1997, ayant obtenu des capitaux supplémentaires de l'UE, et armés de leurs expériences antérieures, MSI ont pu étendre leurs programmes pour inclure deux autres sites offrant des services de planification familiale exhaustifs, le diagnostic des MST et les soins appropriés, d'autres services gynécologiques, des soins pré- et post-natals, des services de santé généraux et l'immunisation des enfants.

MSI a reconnu que les méthodes employées pour programmer les besoins des réfugiés en matière de reproduction peuvent différer, afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Toutefois, l'objectif final n'en reste pas moins que les interventions doivent mener à une acquisition de connaissances, un changement de comportement ou une acquisition de compétences techniques, de longue durée et dont la communauté bénéficiera à long terme. Jusqu'à présent, MSI s'est concentré à fournir des services aux réfugiés dans des situations du genre développement. Reconnaisant ceci, l'organisme examine actuellement la possibilité d'appliquer son modèle d'appels de fonds locaux et de subvention croisée aux sites, domaines et région. Dans ses programmes au Sri Lanka, au Pakistan et au Népal, les réfugiés qui en ont les moyens accèdent aux services en payant chaque fois une redevance, et les fonds sont ainsi disponibles pour ceux qui ne peuvent se permettre de payer pour ces services.

Les membres du Consortium cherchent à remédier à une catégorie spécifique de problèmes de santé et à répondre aux besoins de groupes clients identifiés, en offrant des services de qualité orientés vers ces clients. Les directives pour une évaluation et estimation des besoins énoncent des questions visant à aider les organismes à assurer la qualité des soins.

En se servant de bases couramment acceptées pour la qualité des soins, les programmes de MSI offrent des renseignements aux clients, un choix de méthodes pour la planification familiale, les compétences techniques de pourvoyeurs de services, des relations interpersonnelles entre pourvoyeurs de services et clients, des systèmes pour assurer des soins continus, et une diversité de services appropriés répondant aux besoins des clients. MSI énonce clairement des objectifs de projets définis et s'assure que ses équipes reçoivent une formation correcte dans leurs compétences respectives. Afin que les programmes réussissent, il est essentiel que les clients participent eux-mêmes aux décisions déterminant la qualité et la convenance des services.

En ce qui concerne les besoins de santé reproductive des réfugiés, la prise de conscience des décideurs, des donateurs et du public a fortement augmenté au cours des deux dernières années. L'expérience des membres du Consortium a révélé qu'une simple programmation de prévention dans les premières phases d'une situation d'urgence affectant des réfugiés, peut leur apporter des avantages énormes pour leur santé et leur bien-être. A mesure qu'ils acquièrent de l'expérience, les organismes apprendront entre eux comment maximiser ces avantages.

Le Consortium sur la santé reproductive des réfugiés poursuivra ses efforts en vue d'institutionnaliser les services de santé reproductive dans les contextes de réfugiés et de populations déplacées, en :

- faisant des recommandations pour accroître l'attention et l'action des décideurs, des donateurs et des groupes livrant les services ;

- augmentant l'ensemble des connaissances pour promouvoir les services de santé reproductive destinée aux réfugiés ;
- augmentant le niveau de financement pour les services de santé reproductive destinée aux réfugiés ;
- encourageant et facilitant la recherche et le développement d'outils pour la mise en oeuvre de programmes de santé reproductive.

Source: MSI, Londres. Lyndall Sachs travaille, dès lors, pour UNA à Londres. Le Consortium sur la santé reproductive destinée aux réfugiés peut être contacté par le biais de ses membres : American Refugee Committee, CARE, Comité international pour les secours, John Snow, Marie Stopes et la Commission des femmes.

Encadré n° 5

Des recommandations, à l'action – les enjeux futurs

(Kate Burns, HCR)

L'attention accordée à la santé reproductive destinée aux réfugiés remonte à la CIPD en 1994, où le programme d'action énonçait : « Dans bien des pays du monde, les migrants et les personnes déplacées ont un accès limité aux services de santé reproductive et peuvent faire face à de sérieux risques spécifiques en ce qui concerne leurs santé de reproduction et leurs droits (CIPD 7.11) . Suite à la conférence du Caire, le HCR et le FNUAP ont mené l'initiative internationale, de façon à ce que l'aspect de santé reproductive destinée aux réfugiés soit examiné.

L'objectif commun de cette initiative sur la santé reproductive destinée aux réfugiés, est de faciliter l'introduction ou renforcer les activités appropriées de santé reproductive destinée aux réfugiés. Plusieurs réunions préliminaires ont conduit au Colloque interorganisations sur la santé reproductive destinée aux réfugiés, qui s'est tenu à Genève, en juin 1995, et auquel ont participé plus de 50 organisations onusiennes et organisations non gouvernementales. Suite à cette réunion, la première version à tester sur le terrain du Guide pratique interorganisations sur la santé de la reproduction destinée aux réfugiés, a été rédigée en décembre 1995.

Comme l'ont déclaré Sadako Ogata et Nafis Sadik dans la préface du Guide : « Les réfugiés, et les personnes qui se retrouvent dans ce genre de situation, ont le même droit que les autres d'avoir accès, en vertu du droit de choisir librement et à son gré, à des informations et services détaillés sur la santé reproductive... ». Bien que, dans le cas des réfugiés, le souci principal doit être d'assurer une alimentation adéquate, de l'eau propre, un abri, des installations sanitaires et des soins de santé primaires, le principe à suivre sous-jacent à toutes les activités de santé reproductive soutient que des services adéquats de santé reproductive doivent et devraient être intégrés dans les soins de santé primaires, si possible, et que ces services devraient être fondés sur les besoins et demandes exprimés des réfugiés, en respectant pleinement les diverses valeurs religieuses et éthiques et les origines culturelles des réfugiés, conformément aux droits de l'homme internationaux universellement reconnus.

Les programmes exposés dans leurs grandes lignes dans le Guide pratique interorganisations, reproduisent les directives reconnues sur le plan international pour les populations de non réfugiés, c'est-à-dire, les directives pour la mise en oeuvre de soins exhaustifs de santé reproductive pour les personnes qui ne sont pas en situation de conflit ou de déplacement. Toutes les recommandations techniques reproduites dans le Guide sont conformes aux politiques de l'OMS à cet égard. Il est grand temps de démystifier les différences dans la manière dont les services de santé reproductive sont entrepris dans le cas des réfugiés – en fait, les réfugiés et les non réfugiés ont bien plus de points en commun que de différences.

suite au verso

Encadré n° 5 – suite**L'enjeu**

L'introduction ou le renforcement des services de santé reproductive destinée aux réfugiés affectés par diverses situations dans le monde, sont des initiatives qui posent une série d'enjeux complexes – comme elles en posent dans le cas des non réfugiés. Afin de répondre aux besoins des pourvoyeurs et directeurs de soins de santé, qui se trouvent dans des milieux aussi différents que la Tanzanie et la Thaïlande, ou que l'Azerbaïdjan et l'Angola, un guide pratique doit être facile à utiliser et exact sur le plan technique. Chaque cas de réfugiés doit prendre en compte un très grand nombre de facteurs – tels que leurs besoins et priorités en matière de santé reproductive, le type de services fournis aux réfugiés avant leur fuite, et les politiques et services qui leur sont fournis dans les pays d'accueil. Un guide pratique ne peut en lui-même prescrire les programmes spécifiques de santé reproductive appropriés à chaque contexte – des effectifs consciencieux et expérimentés sont nécessaires à cet égard. Ils doivent travailler étroitement avec la communauté de réfugiés, analysant leur propre contexte et déterminant l'ordre de priorité à donner parmi les demandes concurrentes aux problèmes majeurs en matière de santé reproductive. Il ne peut non plus sélectionner les meilleures façons d'intervenir pour les personnes, les communautés et les populations dont ils se préoccupent. Il leur est essentiel de travailler avec les institutions nationales. Le guide pratique est une ressource qui présente une orientation programmatique étendue que l'on doit adapter à chaque situation.

Des évaluations doivent être effectuées, afin de s'assurer que les programmes de santé reproductive non seulement répondent aux besoins des populations réfugiées, mais qu'ils sont aussi réalisables et pratiques, permettant ainsi aux associés de les entreprendre et les maintenir. Les ressources matérielles et humaines requises pour chaque domaine de santé reproductive doivent être évaluées. Une planification minutieuse est essentielle, afin de s'assurer que tous les éléments d'un programme sont en place avant d'entamer l'une quelconque de ses phases. Par exemple, si l'on estime que la gestion des MST est une priorité, on doit évaluer si les effectifs sont capables de les diagnostiquer et de les soigner. Ils doivent, le cas échéant, perfectionner leurs compétences ; des protocoles pour les soins de ces maladies doivent être préparés ; des médicaments doivent être fournis ; des stratégies de prévention doivent être élaborées et disséminées aussi généralement que possible ; et les pratiques en matière de soins/prévention doivent être régulièrement surveillées et suivies.

Le PMSI (décrit dans l'Encadré n° 2, page 17) est conçu pour s'assurer qu'en situation d'urgence, les populations de réfugiés ont, dès que possible, un minimum de services à leur disposition. Ce programme ne consiste pas uniquement en matériel et équipement. Il comporte aussi des activités entreprises par des effectifs qualifiés, visant à répondre à certains objectifs. Sa mise en oeuvre ne nécessite pas une nouvelle évaluation des besoins, car suffisamment de faits la justifient.

Dans le cadre de ce programme, il est absolument nécessaire d'identifier et de mettre en place un service de référence qui puisse gérer les situations d'urgence en matière de santé reproductive, qui mettent la vie des populations en danger. On y parvient, le plus souvent, en renforçant et en soutenant les services de santé nationaux.

Le Nouvel équipement sanitaire d'urgence (NESD 98), dont les derniers détails sont actuellement mis au point sous l'égide du Programme d'action de l'OMS sur les médicaments essentiels, comprend des éléments importants en matière de santé reproductive. Ainsi, dès que l'équipement arrivera, les pourvoyeurs de soins auront le matériel, les fournitures et matériaux leur permettant de couvrir la plupart des aspects du PMSI.

Outre les besoins physiques, les services de santé reproductive requièrent des ressources humaines. Le Guide pratique recommande que le Coordinateur de ces services soit rapidement désigné en situation d'urgence. Cette personne peut assumer un rôle directeur en aidant les divers acteurs à mettre en oeuvre les services de santé de reproduction de manière, et au

moment appropriés, et en cernant les possibilités d'intégrer les services de santé reproductive dans d'autres secteurs associés, comme les services communautaires, l'éducation et la protection. L'expérience dans la région des Grands Lacs et au Kenya a confirmé que les Coordinateurs de services en santé de reproduction peuvent jouer un rôle important, en faisant prendre davantage conscience de ces services, en aidant les pourvoyeurs de soins à perfectionner leurs compétences, afin qu'ils soient capables d'assurer des services de qualité, et en fournissant une aide technique continue à tous les acteurs concernés dans ce domaine important.

Il est important de se rappeler que la majorité du personnel médical qui travaillent dans des milieux où se trouvent des réfugiés, sont des pourvoyeurs de soins provenant de la population de réfugiés, des pays d'accueil ou des pays voisins. Nous ne commençons pas à zéro l'introduction de services de santé reproductive destinée aux réfugiés, car nous pouvons bien souvent identifier des pourvoyeurs de soins qualifiés qui assuraient ces services avant le déplacement d'une population. Il se peut qu'ils aient besoin de perfectionner leurs compétences et ils ont certainement besoin d'une supervision.

L'avenir

De grands progrès ont été réalisés depuis 1994. Plus de 150 projets de santé reproductive réalisés dans une soixantaine de pays, ont été décrits dans une base de données sur qui fait quoi et où. Des missions d'aide technique ont été entreprises par divers acteurs de l'ONU et de ONG, afin de renforcer les activités de santé reproductive dans plus de 15 pays. Plus de 10.000 exemplaires du Guide pratique ont été distribués. Ce guide a été mis à l'essai sur le terrain par plus de 100 professionnels de la santé représentant 50 organismes dans 18 pays. Dans l'ensemble, les exécutants ont exprimé des conclusions favorables envers le guide et son contenu. A présent, ce guide est en cours de révision et des observations faites sur le terrain y seront intégrées, ainsi que de nouveaux renseignements techniques provenant, entre autres, de l'OMS et de UNAIDS. La version définitive du guide sera publiée vers la moitié de l'année 98.

Nous comptons sur la multitude d'acteurs qui s'occupent de répondre aux besoins de santé et au bien-être des réfugiés et des populations déplacées, pour s'engager à fournir des services de santé reproductive complets et de grande qualité, en fonction de leurs aptitudes, aux populations qu'ils servent – par le biais de programmes auxquels les réfugiés participent à tout point de vue, en tenant compte des sensibilités culturelles.

Source : HCR, Genève. Kate Burns, haut responsable en matière de santé de reproduction (Senior Reproductive Health Officer), Service des programmes et du soutien technique (Programme and Technical Support Section).

3.2 Politiques afférentes à des aspects spécifiques du programme de santé reproductive

- *Le virus HIV et le SIDA*

Les directives rédigées conjointement par le HCR, l'OMS et UNAIDS concernant les interventions relatives au virus HIV dans les situations d'urgence, ont été publiées en 1995. MSF ont également une politique spécifiquement sur le virus HIV et le SIDA, qui indique les interventions prioritaires (cf. Encadré n° 6) en phase d'urgence : il est recommandé de mettre en oeuvre les actions de 1 à 6, de distribuer des condoms à ceux qui le demandent, et d'assurer

des soins symptomatiques du SIDA.

- *La planification familiale*

Les documents de politique renferment plusieurs avertissements concernant l'introduction de services de planification familiale. Avant d'établir ces services, par exemple, le guide du GTIO affirme que la situation doit être 'stabilisée'. On peut dire que la situation s'est stabilisée, lorsque le taux brut de mortalité descend au-dessous de 1 pour 10.000 par jour, lorsqu'aucune épidémie majeure n'est présente et lorsque la population de réfugiés 'établie' n'est pas prévue de se rapatrier ou de se réinstaller pendant plus de six mois. MSF accepte ce fait et

Encadré n° 6**Actions prioritaires de MSF pour les programmes concernant le virus HIV et le SIDA**

- 1 Recueillir des indications sensées pour les transfusions sanguines
- 2 Effectuer des transfusions sans risque, lorsque ces transfusions sont absolument nécessaires
- 3 Assurer une stérilisation/désinfection correcte et l'élimination correcte des déchets médicaux
- 4 Réduire le nombre de piqûres
- 5 Réduire les risques de transmission du virus HIV en maîtrisant les maladies sexuellement transmissibles
- 6 Assurer la protection du personnel médical
- 7 Assurer une gestion médicale des cas de SIDA
- 8 Encourager des rapports sexuels moins risqués
- 9 Fournir des services d'orientation et un soutien social
- 10 Assurer la protection du malade contre toute discrimination

Source: Blok, L.; Deguerry, M.; Sohier, N. *MSF et la Politique sur le SIDA, 2^{ème} version – avril 1996. Dans Medical News octobre 1997, vol.6 n° 3*

déclare qu'aucun programme de planification familiale ne doit être entrepris, sauf si :

- la situation est stable et la phase d'urgence est terminée ;
- on compte que les réfugiés demeureront dans les camps pendant au moins six mois ;
- les ressources nécessaires sont disponibles ;
- une partie de la population demande des moyens contraceptifs et que ce besoin a été rigoureusement évalué.

MSF recommande également que l'acceptabilité d'un tel programme par d'autres organismes dans le camp soit examinée et, finalement, dans quelle mesure la continuité de ce programme peut être garantie, en ce sens que le même pourvoyeur de

services devrait être disponible pendant au moins six mois. Bien qu'on puisse comprendre pourquoi certains avertissements sont donnés dans ces contextes, ceux qui sont déjà mentionnés pourraient être interprétés de façon si stricte que les services seraient exclus en toutes circonstances. Il est nécessaire de mettre en place un système qui assure l'accès à la planification familiale aux populations qui en ont besoin et qui le désirent.

- ***La violence sexuelle et la violence à l'encontre des femmes***

D'autres conseils spécifiques incluent les directives du HCR sur la prévention de la violence sexuelle à l'encontre des femmes et la manière d'y remédier. Des déclarations ont également été publiées concernant la manière d'agir à propos de la mutilation génitale des femmes parmi les populations non déplacées. L'OMS, UNICEF et FNUAP ont publié une déclaration conjointe à ce sujet, qui est reproduite ci-contre dans l'Encadré n° 7 (en face).

- ***Interruption de grossesse***

Si des directives conçues spécifiquement pour les populations déplacées ne sont pas disponibles, les informations et conseils établis en milieu stable sont d'une aide essentielle à la mise en place de services. La déclaration de la CIPD sur l'avortement, par exemple, décrit avec précision les rôles et responsabilités des pourvoyeurs de services (cf. Encadré n° 8, en face).

3.3 Difficultés de décision en matière de politique

Les organismes font face à de nombreuses difficultés, lorsqu'ils élaborent leur politique sur les aspects de la santé reproductive. Certains de ces aspects auxquels sont confrontés les décideurs, sont décrits ci-après.

- ***manque de bonnes données sur la manière dont les situations d'urgence affectent la condition des services de santé reproductive***

Des données biomédicales, épidémiologiques et socio-économiques sont nécessaires, afin d'estimer le besoin en services de santé de reproduction et évaluer les actions, mais ces données ont tendance à ne pas être généralement disponibles (cf. chapitre 2) dans ces contextes. Souvent, les systèmes d'enregistrement ne fournissent même pas de

Encadré n° 7

Déclaration conjointe de l’OMS, d’UNICEF et du FNUAP sur la mutilation génitale des femmes.

« Toutes les sociétés ont des normes en matière de soins et de comportement, qui reposent sur l’âge, le style de vie, le sexe et la classe sociale. Ces ‘normes’, que l’on désigne souvent ‘pratiques traditionnelles’ proviennent, soit des objectifs sociaux ou culturels, soit des observations empiriques concernant le bien-être des personnes ou de la société. Les pratiques traditionnelles peuvent être bénéfiques, nuisibles ou inoffensives. Les pratiques traditionnelles peuvent avoir un effet nuisible sur la santé, ce qui est souvent le cas de celles qui se rapportent aux filles, aux femmes, au mariage et à la sexualité. Cette déclaration est présentée dans le but de critiquer ou de condamner. Mais il est inacceptable que la communauté internationale reste passive au nom d’une vision déformée du multiculturalisme. Les comportements des humains et les valeurs culturelles, aussi insensés et destructeurs qu’ils puissent paraître du point de vue personnel et culturel des autres, ont une signification et remplissent une fonction pour ceux qui les appliquent. Cependant, la culture n’est pas une chose statique : elle évolue constamment, s’adapte et se reforme en fonction de l’époque. Les gens changent d’attitude, lorsqu’ils comprennent les dangers et le caractère indigne de pratiques nuisibles, et lorsqu’ils réalisent qu’il est possible d’abandonner ces pratiques, sans pour cela abandonner les aspects sensés de notre culture ».

Source: *Organisation mondiale de la santé, 1996. Mutilation génitale des femmes : déclaration conjointe de l’OMS/ UNICEF/FNUAP. Genève : OMS.*

Encadré n° 8

Attitude courante de la communauté internationale envers l’avortement (interruption de grossesse)

« L’avortement ne doit, en aucun cas, être promu comme étant une méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations gouvernementales et non gouvernementales sont priés de réaffirmer leur engagement envers la santé des femmes, traiter les répercussions d’un avortement risqué sur la santé comme un souci majeur de la santé publique et faire en sorte qu’on ait moins recours à l’avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus grande priorité doit toujours être donnée à la prévention de grossesses non désirées et tout doit être tenté, afin d’éliminer le recours à l’avortement. Les femmes qui n’ont pas désiré leur grossesse devraient avoir accès à des informations fiables et à des conseils compatissants. Tout changement ou mesure ayant rapport à l’avortement dans la structure médicale ne peut être décidé qu’aux niveaux national ou local, conformément au processus législatif du pays. Dans les cas où l’avortement n’est pas illégal, il doit être sans risque. Dans tous les cas, les femmes doivent avoir accès à des services de qualité pour gérer les complications qui résultent d’un avortement. Après un avortement, des services de conseils, éducation et planification familiale doivent être promptement offerts. D’autres avortements pourront ainsi être évités ».

Source: *Programme d’action de la CIPD (1994) paragraphe 8.25*

données de base sur la ventilation des âges et sexes des populations (De la Rosa, 1995). Dans bien des cas, la question d’enregistrement est abordée (communiqué personnel K. Burns, HCR), même si les données ne sont pas utilisées de manière adéquate sur le terrain. Certains aspects de santé reproductive, comme l’avortement risqué et la mutilation génitale des femmes, sont des points

déliés et donc difficiles à documenter. D’autres, comme la mortalité maternelle, posent des problèmes techniques car, compte tenu de la rareté relative d’un décès, il se peut que des études plus étendues soient nécessaires, à des frais considérables.

- ***manque d'information concernant l'efficacité des actions d'intervention***

En matière de santé reproductive, les actions d'intervention effectives peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé et l'état de santé des populations non affectées par des conflits : l'emploi de la pilule oestro-progestive pour empêcher une grossesse (Guillebaud, 1993), l'emploi de condoms et le traitement des MST visant à réduire la transmission du virus HIV (Pinkerton, 1997; Grosskurth, 1997), et l'immunisation des mères contre le tétanos (Jamison, 1993), en sont quelques exemples. Il n'est guère probable que l'effectivité de ces actions varie considérablement en situation de conflit. D'autres services fournis actuellement sont d'un avantage incertain. Des soins prénatals réguliers sont nécessaires pour permettre de déceler et de gérer certaines complications associées à la grossesse, et à des fins pédagogiques en matière de santé. Toutefois, on ne peut dire quel est le meilleur moment et le meilleur type de soins prénatals (Banque mondiale, 1994). Le nombre de visites prénatales peut ne pas être important et trois visites seulement peuvent être suffisantes lorsque les services fournis sont de haute qualité (Weinstein et al, 1993). Les stratégies opérationnelles visant à aborder des questions d'un intérêt récent, comme les services de conseils fournis en matière de violence à l'encontre des femmes, sont aussi relativement peu mises à l'essai. Le souci de déterminer l'effectivité de ces services a été examiné de façon plus approfondie dans un autre Dossier thématique du RRN (Summerfield, 1996).

- ***déterminer l'importance d'une estimation des besoins et la manière dont ces besoins peuvent être estimés.***

Traditionnellement, dans les situations d'urgence humanitaires et parmi les populations déplacées, l'identification des besoins s'est faite sous forme d'estimations rapides (Guha-Sapir, 1991). Ces estimations comportent souvent des observations, le recueil de données sur les services de santé et des concertations avec les chefs de communautés. Afin d'assurer des services appropriés de santé reproductive, il est nécessaire de mieux comprendre les connaissances, croyances et attitudes de la communauté. Le recueil de données qualitatives – en se servant, par exemple, de groupes cibles et

d'interviews détaillés – s'est avéré utile (De la Rosa, 1995, CIS, 1997), de même que des méthodologies d'évaluation rapides et participatives (Palmer, 1998), mais ne conviendront pas à tous les cas. L'évaluation de certains indicateurs sur la santé reproductive – comme la mortalité maternelle – ne peut s'effectuer directement, et une évaluation indirecte des besoins devra donc être utilisée (Graham and Campbell, 1990). Ces évaluations sont effectuées dans des milieux stables – y compris l'estimation des décès maternels – en posant des questions aux soeurs de la femme décédée, et l'estimation d'une série de ce qu'on a désigné des indicateurs 'où il s'en est fallu de peu' (Filippi et al, 1997). Les décideurs dans l'aide humanitaire font donc face à une situation où les recommandations destinées aux services et à leur évaluation, changent constamment.

D'autres aspects du programme de santé reproductive sont des points délicats, et des compétences appropriées et modes d'action spécifiques seront nécessaires, afin d'obtenir les renseignements recherchés. L'une des méthodes utilisées à cet effet est le plan d'action. Un plan d'action est le récit hypothétique d'événements qui peuvent être présentés, puis débattus, ce qui permet d'examiner les sujets délicats de manière moins personnelle⁴. Il se peut que d'autres investissements soient nécessaires, en vue de créer d'autres méthodologies innovatrices pour évaluer les besoins.

Un très grand nombre de renseignements sur la communauté et la condition des services de santé reproductive fournis avant l'exode pourraient et devraient être mis à la disposition des pourvoyeurs de ces services qui travaillent avec les populations déplacées. Des données anthropologiques, sanitaires et socio-économiques concernant la population sont souvent disponibles, mais rarement recueillies et distribuées sur le terrain. Des données – comme les taux de fécondité avant un conflit, la fréquence des MST et du virus HIV séropositif, les renseignements sur les services de santé fournis et la légalité de l'avortement dans le pays ou région ou dans le pays d'accueil – seront utiles et pourraient former une base d'orientation pour d'autres estimations. Le Colloque sur la santé reproductive pour les réfugiés a créé un compendium d'outils qui pourraient servir dans ces contextes.

- *déterminer comment classer les services par ordre de priorité*

En vue des priorités concurrentes et de la réduction des budgets d'aide humanitaire (World Disasters Report, 1996), il est difficile en ces temps, d'introduire de nouveaux services. Nombreux sont ceux qui soutiennent encore que la santé reproductive – ou certains de ses aspects – ne devrait pas être considérée comme prioritaire dans ces situations. Toutefois, il s'est révélé que les problèmes s'y rapportant contribuent considérablement à la plainte principale de maladies dans le monde et certains faits suggèrent que des programmes de santé reproductive représentent le moyen le plus rentable d'intervenir dans le secteur de la santé dans les pays aux revenus faibles (Banque mondiale, 1993). De nombreuses populations déplacées proviennent de régions dont les taux de fécondité et de mortalité maternelle sont élevés (situation aggravée du fait que les soins prénatals et d'accouchement sont médiocres et que les avortements sont risqués) et où les MST et le virus HIV sont une cause majeure d'infirmité et de décès. Jusqu'à présent, toutefois, la priorité parmi les populations déplacées a été accordée à d'autres besoins.

- *s'assurer que les points de vue juridiques, religieux et culturels des bénéficiaires et des pourvoyeurs de services sont respectés*

Certains domaines du programme de santé reproductive – comme la mutilation génitale des femmes et certains aspects des services de contraception, sont des questions délicates. Tant les bénéficiaires que les pourvoyeurs de services ont des opinions différentes à leur égard, selon l'origine de leur religion, culture et milieu socio-économique. Il sera nécessaire de tenir compte de ces différents points de vue et de les respecter, tout en s'assurant que ceux qui, à la fois, ont besoin et désirent des services peuvent y accéder. Des dilemmes peuvent se poser, lorsque, par exemple, des services auxquels une population est habituée sont peut-être illégaux dans le pays d'accueil où elle s'est réfugiée.

4

Etudes de cas des services de santé reproductive actuels

Il est rare que l'ensemble des services de santé reproductive soit intégralement mis en oeuvre dans des programmes : parfois, il se peut que les services existants (soins SMI et contre les MST) soient simplement regroupés et désignés 'services de santé reproductive'. Une base de données sur la santé reproductive destinée aux réfugiés, qui est en cours de développement, a mentionné environ 150 programmes actuellement concernés par les questions de santé reproductive destinée aux réfugiés. Ce chiffre inclut, toutefois, des programmes qui ne fournissent peut-être qu'un seul aspect de la santé reproductive, comme la maternité protégée. Parmi ces 150 programmes, on en a mentionné un seul qui couvre de manière exhaustive tous les aspects majeurs dans ce domaine. Pour les autres, les changements apportés ont davantage lieu par à-coups : les organismes introduisent un ou deux aspects des services de santé reproductive dans leurs programmes existants, ou bien il se peut que divers organismes fournissent un ou d'autres aspects de ces services dans le même contexte.

L'impulsion de changer résulte, en majeure partie, de l'émergence et de la propagation du virus HIV et du SIDA, et des médias dont les reportages signalent que des actes de violence sexuelle sont commis à l'encontre des populations déplacées.

Certains changements se sont même produits avant la conférence du CIPD, en 1994. En 1991, par exemple, un programme de prévention contre le virus HIV et le SIDA entamé par MSF-Suisse a débuté dans des camps de réfugiés situés dans le nord de l'Ouganda. Ce programme a été transmis à une ONG du pays (Madi Aids Community Initiative – MACI) et se poursuit encore. Dans ce chapitre, nous examinons quelques programmes qui ont été mis en oeuvre, malgré l'absence de directives formelles en matière de politique jusqu'à présent. Nous souhaitons qu'à l'aide de ces exemples de pratiques actuelles, le lecteur pourra se représenter les manières possibles d'assurer une prestation de services appropriée. Les informations présentées ci-après couvrent essentiellement les programmes dont l'auteur a connaissance, et nous acceptons donc qu'elles n'en donnent pas une vue approfondie.

4.1 Suivi des maladies sexuellement transmissibles chez les Rwandais en Tanzanie (1994)

L'AMREF a entrepris une évaluation rapide de 8 jours indiquant la fréquence des MST dans les camps rwandais en Tanzanie, en août 1994 (Mayaud, LSHTM/AMREF, 1997), peu de temps après l'arrivée des réfugiés entre les mois d'avril

et juin 1994. Cette fréquence a été évaluée d'après une étude concernant les personnes qui se rendaient dans une clinique prénatale, les hommes en consultation externe et les hommes de la communauté. Tous ces groupes ont signalé avoir souffert régulièrement de MST et avoir pris des risques, avant la réalisation de l'étude. Mais pendant la mise en place des camps, l'activité sexuelle semble avoir été faible. Plus de 50 pour cent de ceux qui s'étaient rendus dans une clinique prénatale étaient infectés par l'agent pathogène provoquant la vaginite, et 3 pour cent par la gonorrhée. La syphilis en poussée évolutive prédominait dans 4 pour cent des cas et, parmi les hommes en consultation externe, ce chiffre s'élevait à 6,1 pour cent.

Suite à cette évaluation, un programme pédagogique massif a été lancé : sur huit grands panneaux d'exposition mobiles figuraient des messages dans la langue locale rwandaise avec des dessins illustrant les sujets du virus HIV, du SIDA et des MST ; des prospectus informatifs – 400.000 au total – sur les MST et le SIDA ont été distribués ; le personnel médical de 13 organismes différents ont reçu une formation, afin de pouvoir administrer des soins contre les MST en se servant d'organigrammes recommandés par l'OMS : les cliniques ont été équipées avec le matériel essentiel et approvisionnées en médicaments contre les MST. Les résultats complets de l'évaluation sont attendus prochainement, mais les premiers suggèrent que même si la fréquence des MST n'a pas diminué, elle n'a pas augmenté non plus (communiqué personnel P. Mayaud, LSHTM/AMREF). L'un des problèmes signalés a été la difficulté de modifier les programmes, lorsqu'on a découvert que certains agents pathogènes provoquant les MST étaient des souches résistantes, qui ne répondraient pas aux médicaments recommandés auparavant. L'équipe du projet a travaillé en collaboration étroite avec CARE, qui se concentrait à fournir une éducation et des informations. Des éducateurs communautaires sur le SIDA (AIDS Community Educators (ACE)) ont également été recrutés parmi les réfugiés, afin de transmettre les messages d'une personne à l'autre et au cours de débats en groupes. Des conseillers ayant reçu une formation ont également donné des leçons pédagogiques pendant que les malades attendaient d'être vus en consultation externe. On a estimé que les manières les plus efficaces pour encourager chaque personne à agir étaient à la fois de les encourager à se donner des pouvoirs, 'la liberté de choisir' et de leur

communiquer le message suivant : 'Soignez-vous! Protégez-vous contre les MST et assurez ainsi votre fécondité future' (Benjamin, J.A., 1996). Une étude de suivi sur la connaissance, l'attitude et le comportement, a révélé que l'emploi de condoms n'avait pas augmenté, mais que le nombre de personnes signalant avoir plusieurs partenaires sexuels avait diminué dans l'ensemble, et que les personnes savaient mieux comment se transmettait le virus HIV.

4.2 Emploi de l'équipement de santé reproductive en ancienne Yougoslavie (févr. 1994 – jan. 1995)

En ancienne Yougoslavie, Marie Stopes International (MSI) a introduit le premier équipement de santé reproductive. Cet équipement a été conçu en septembre 1993, puis mis à jour suite à la première phase de distribution (MSI 1995). A l'origine, l'équipement comprenait des fournitures, du matériel et des informations/matériel pédagogiques nécessaires à : la contraception (pilule contraceptive orale, DIU et condoms), l'avortement, l'examen gynécologique et les tests de détection de grossesse. Cet équipement était donc en majeure partie destiné à la prestation de services de planification familiale. Afin de disséminer les informations publiques sur la santé reproductive et les questions de planification familiale, MSI a élaboré et publié des prospectus dans la langue locale, à distribuer avec l'équipement. Deux séminaires sur la planification familiale ont eu lieu. Il a été recommandé que des modifications soient apportées à l'équipement pour y intégrer d'autres besoins de la communauté, dont des fournitures pour les tests de détection des infections cervico-vaginales, le suivi des grossesses difficiles et le traitement des MST. MSI a signalé, par exemple que « A Zeneca, ... les statistiques montrent que même si le nombre d'accouchements reste constant, le taux des avortements/accouchements est passé de deux avortements pour chaque accouchement, en 1993, à un ... en 1994 » (MSI, 1995). En mai 1994, une évaluation du programme a souligné les inquiétudes exprimées par des membres de l'équipe concernant l'attitude hostile des bénéficiaires du programme et les difficultés que ceci occasionnait aux exécutants (DfID, 1994).

4.3 Coordination des services de santé

reproductive pour les réfugiés rwandais au Congo (ancien Zaïre) 1995-96

Si des programmes très détaillés ont été lancés, c'est souvent grâce à l'action d'un coordinateur des services de santé reproductive, qui a préconisé et soutenu l'activité de nombreux organismes. Une des premières tentatives de lancement a eu lieu dans les camps pour les réfugiés rwandais en République démocratique du Congo (ancien Zaïre). Au début de l'année 95, un coordinateur a été désigné pour Goma et Bukavu, dans la région du Lac Kivu, par le biais de John Snow Inc., environ sept mois après la première arrivée de réfugiés. Des groupes de travail pour les services de santé reproductive ont été formés dans chaque camp à Goma et des concertations ont eu lieu avec des associés de mise en oeuvre à Bukavu. Les programmes qui ont été lancés dans les camps comprenaient : l'évaluation des besoins de la communauté déterminés au cours de débats en groupes ciblés ; l'identification des besoins prioritaires et des contraintes rencontrées ; la mise en oeuvre d'enquêtes et d'études sur le virus HIV et le SIDA et la planification familiale ; le recueil de données et l'élaboration d'un système d'établissement de rapport et de suivi pour les indicateurs de santé reproductive ; un réexamen des moyens à la disposition des ONG et du personnel pour la mise en oeuvre de leurs activités ; des stages de formation en information, éducation et communication (IEC) et la formation du personnel des services communautaires et des pourvoyeurs de services médicaux.

Des organismes ont assuré des services de planification familiale et de maternité protégée, et des services de prévention et de soins pour les personnes atteintes de MST et du virus HIV. La consultation prénatale était l'un des services de santé reproductive les plus appréciés. Pendant la mission, il a été signalé qu'un nombre accru de femmes demandaient des moyens contraceptifs – surtout parmi celles qui les avaient utilisés auparavant et celles qui continuaient à s'en servir. Un des points que le coordinateur a fait remarquer dans un rapport final sur le programme est l'existence de moyens locaux, démontrée par la présence de « réfugiés rwandais compétents qui travaillaient en collaboration avec des ONG sur les activités de santé reproductive (De la Rosa, 1995).

4.4 Préconiser la santé reproductive parmi les réfugiés kenyans en Somalie (1995-96)

En 1995, dans les camps somaliens, dans le nord-est du Kenya, le National Council of Churches of Kenya (NCCCK) a été chargé d'intégrer dans la prestation des services fournis dans les camps à Kakuma et Dadaab, les aspects des soins de santé reproductive qui manquaient. Le coordinateur de ces services a découvert que des services de maternité protégée étaient déjà offerts dans ces camps, que le traitement des MST était possible et qu'un programme de soutien existait pour les victimes de violence sexuelle. En revanche, des services de planification familiale n'étaient assurés que dans un camp et aucun programme de prévention ou d'éducation concernant le SIDA et les MST n'existait. Des stages de formation et des ateliers ont donc été organisés et, le cas échéant, les fournitures nécessaires ont été apportées (Riungu, Mutua, Mohamed, 1997).

Dans ces mêmes camps, le NCCCK a également abordé la question de la mutilation génitale des femmes, avec la communauté. La pratique et l'origine de cette coutume ont été examinées avec les chefs des communautés. Ils se sont accordés sur le fait que certains aspects de cette pratique devraient être modifiés. Un des représentant onusien a déclaré que

« parmi les hommes, certains s'opposent encore à l'idée de supprimer la mutilation génitale des femmes. Ils soutiennent que le clitoris doit être saigné. Ils sont prêts à accepter que la mutilation ne soit pas totale, mais ne sont pas en faveur de la supprimer complètement ».

En outre, le NCCCK a tenté à plusieurs reprises de communiquer avec les adolescents. Au début, les chefs de communautés se sont inquiétés de ce qui pourrait être enseigné à ces jeunes, et ils ont donc participé aux séances. L'importance de préserver leur fécondité pour l'avenir de leur famille et du clan est un point qui a été mis en relief. Par la suite, des contacts plus directs ont été établis avec les jeunes et leur besoins spécifiques ont été identifiés. Dans un rapport sur le projet (Riungu et Barasa 1997), les auteurs déclaraient que

« [les jeunes] ont avoué être sexuellement actifs,... nous informant qu'ils pouvaient avoir des rapports sexuels pour pas cher en ville. [et que] il était courant d'avoir des rapports sexuels en échange de nourriture ».

En juin 1995, une enquête a révélé que parmi ceux qui étaient sexuellement actifs, peu utilisaient des condoms. Ceux qui s'en servaient ne savaient pas comment les utiliser correctement. Un groupe a reçu une formation dans le but spécifique d'orienter leurs initiatives pédagogiques vers les jeunes. Des séances sur les MST, le virus HIV et le SIDA, les crises d'adolescence, les jeunes en marge de la société, l'alcoolisme et le mariage à un très jeune âge, ont été organisées pour les jeunes. Les jeunes eux-mêmes ont également reçu une formation leur permettant d'éduquer leurs semblables.

4.5 Aborder la question de violence parmi les réfugiés burundais en Tanzanie (1996)

Le Comité international pour les secours (CIS) aide les réfugiés burundais dans le sud-est de la Tanzanie, depuis leur première arrivée en 1993. Divers services de santé reproductive – dont la planification familiale, des services de conseils et la distribution de moyens contraceptifs, des cours sur la prévention des MST et des initiatives portant sur la maternité protégée – existaient dans le cadre des services de soins primaires dans le camp de Knembwa. Les réfugiés étaient estimés avoir été victimes d'un très grand nombre d'actes de violence sexuelle et de violence à l'encontre des femmes, à la fois avant et pendant leur fuite, et à l'intérieur des camps. Le 'Projet contrecarrant la violence sexuelle et la violence à l'encontre des femmes' a été lancé en octobre 1996. Son objectif était de réduire la violence et de minimiser ses conséquences. Le projet était géré par deux femmes, dont l'une était une réfugiée burundaise, chef de communauté élu dans le camp. On estimait qu'il était crucial de faire participer les membres de la communauté au projet pour qu'il réussisse. Des représentantes réfugiées élues ont donc été désignées pour porter conseil et soutenir ceux qui avaient été victimes de violence. Ces représentantes s'occupaient du processus d'évaluation qui avait été entrepris au début du projet. L'évaluation comprenait des interviews approfondis, des débats en groupes et une enquête

(Nduna, 1997). De très bons résultats ont été obtenus, ce qu'on a attribué à la participation des chefs de communauté et des représentantes. On a fait remarquer que « les méthodes participatives ... donnent à la communauté le désir de changer ». Les résultats suggéraient qu'environ 25% parmi les 3.803 femmes burundaises âgées entre 12 et 49 ans à Knembwa avaient été victimes d'une forme quelconque de violence sexuelle. Celles qui avaient survécu à ces actes ont rendu compte de leur expérience aux Représentantes des femmes ou à des membres de l'équipe du projet, et un programme d'aide leur a alors été offert (cf. Encadré n° 9).

Encadré n° 9

Le projet du CIS pour les femmes victimes de violence parmi les réfugiés burundais

- 1 Conseiller la manière de continuer à vivre dans la communauté
- 2 Examens médicaux dans les cas de traumatisme, MST dont le virus HIV, et de grossesse
- 3 Soutien matériel, sous forme de savons, vêtements et autres
- 4 Orientation vers une gestion des camps à appliquer par le biais d'assistants sociaux, dans les cas où les familles sont séparées lorsque les femmes craignent d'être sans cesse victimes de violence dans leur ménage
- 5 Orientation vers la police des camps, en vue d'enquêter sur les cas où les femmes désirent entamer des poursuites
- 6 Invitation à revenir aussi souvent qu'elles le désirent, afin de discuter de l'incident dont elles ont été victimes ou de leurs sentiments.

Source: CIS (1997) *Douleur trop intense pour verser des larmes. Estimation de la fréquence de la violence sexuelle et de la violence à l'encontre des femmes, parmi les réfugiés burundais en Tanzanie.*

4.6 L'éducation sur la santé maternelle protégée en Afghanistan

Une ONG britannique, Health Unlimited, a entrepris des travaux entièrement nouveaux à l'aide de projets d'éducation sur la santé par les médias (Health Unlimited, 1993). L'un des projets a lieu en Afghanistan et le service Pashto de la BBC radio se sert de programmes dans lesquels figurent de l'art dramatique, des chansons et de la comédie, en vue de transmettre en direct des messages sur la santé. D'après l'estimation d'une enquête de suivi, les premiers résultats ont montré que les attitudes et les pratiques en matière de santé maternelle et infantile, avaient profondément changé. Pendant la durée du projet, les guerriers locaux se sont servis de la radio pour négocier un cessez-le-feu, afin de faciliter une énorme campagne de communication. Récemment, au Cambodge, des méthodes similaires ont été employées, en vue d'éduquer les femmes à propos de l'espacement des naissances.

5

Questions affectant la mise en oeuvre de services de santé reproductive

‘Doucement, doucement, je suis pressée’

Comme nous en avons déjà parlé, la santé reproductive est un concept nouveau et, malgré la rhétorique et l’activité qui se manifeste au niveau international, il se peut que le personnel exécutant qui travaille dans des contextes humanitaires n’ait guère connaissance du programme. Ce qui n’est pas surprenant, dans un sens, car le peu de politique qui existe a été élaborée, en grande partie, par les dirigeants, et les représentants du personnel exécutant ou des communautés n’y ont que très peu participé (Palmer, C, à paraître). L’une des raisons est le fait que le personnel d’aide humanitaire est une force qui se déplace, qui ne reste souvent que peu de temps sur place, et il est donc difficile de les faire participer à l’élaboration de politiques. Les représentants, à la fois des communautés affectées jusqu’à présent et des pays d’accueil, semblent aussi n’avoir eu guère la possibilité d’influer sur les politiques. En conséquence, certains organismes humanitaires ont été lents à faire progresser le nouveau programme, en raison des préoccupations concernant l’ordre de priorité à accorder aux aspects relatifs aux soins et à leur qualité.

Parmi les difficultés auxquelles font face les décideurs dans le domaine de la santé reproductive, certaines ont déjà été soulignées dans les chapitres précédents, mais d’autres difficultés confrontent ceux qui mettent en oeuvre les programmes. Au

niveau local, il s’agit de répondre aux questions suivantes : i) comment classer par ordre de priorité les services de santé reproductive ; ii) comment faire comprendre les besoins de la communauté ; et iii) comment assurer des services de haute qualité. Ces trois points sont examinés plus en détail.

5.1 Décider comment accorder la priorité aux services de santé reproductive

Les défenseurs de la prestation de ces services et les coordinateurs de santé reproductive font face, toutefois, à une première difficulté : celle de persuader leurs collègues sur le terrain de l’importance de la santé reproductive. Les pourvoyeurs de ces services n’insistent souvent pas suffisamment sur ce point auprès des populations avec lesquelles ils travaillent. Ceci est peut-être dû au fait que des estimations de leurs besoins spécifiques – lorsque des questions pertinentes sont posées – ne sont pas entreprises, et ils continuent donc à s’imaginer que les populations déplacées ne demandent guère ce genre de services. Si l’on ne pose pas les questions appropriées, les décisions pour les programmes ne cesseront de reposer sur des assumptions inexactes. Un directeur de programme chargé du sud du Soudan a affirmé :

« Je .. vois si nous pouvons leur [les populations déplacées] en faire prendre conscience avant qu’il (SIDA) ne les frappe ..., et elles en sont

donc peut-être affectées au minimum, mais ... ils désirent tous avoir des enfants ... Nous réalisons que c'est un problème et une priorité, mais ... d'autres besoins en matière de santé sont peut-être plus pressants, des problèmes de santé plus immédiats pour les populations ».

et un autre a déclaré :

« Actuellement, la santé reproductive n'est pas une priorité ... l'avortement n'est pas un problème, ils ont déjà un bon espacement des naissances, ... les femmes ne sont pas attaquées au Soudan, car elles sont chéries ».

Pourtant, dans l'étude entreprise récemment avec Oxfam dans le sud du Soudan, certains bénéficiaires n'étaient pas heureux d'avoir autant d'enfants

« Je ne veux pas beaucoup d'enfants, car si on en a beaucoup, ils deviennent peut-être des voleurs et ils ne vous écoutent pas, donc il n'est pas bon d'en avoir beaucoup. Une autre raison pour avoir peu d'enfants, c'est que les hommes vous divorcent à présent et vous laissent avec vos enfants »⁵.

de nombreuses femmes ont parlé de la pratique de l'avortement provoqué dans leurs communautés :

« Certaines femmes ne veulent pas être enceintes, surtout si elles sont très jeunes ou si elles sont enceintes d'un homme qui n'est pas leur mari. Elles prennent des herbes et des piqûres de chloroquine en brisant du verre et en le buvant. Elles prennent aussi Omo. Certaines meurent à cause de cela. D'autres essayent aussi avec un fil de fer »⁶.

l'espacement des naissances était une chose aussi plus facilement dite que pratiquée :

« ... mais certaines femmes accouchent même si leur bébé n'a que quatre mois. Même en gardant leur distance avec leur mari, il peut aller 'dérober ailleurs'. Si vous ne permettez pas aux hommes d'aller 'dérober ailleurs', ils vous mettront enceintes dans quatre mois »⁷.

et la violence dans les ménages était chose courante:

« Les raisons pour battre une femme sont la mauvaise gestion de l'argent, la mauvaise conduite, si la femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, mauvaises manières de

recevoir des invités, l'infidélité, les abus de son mari, les mauvaises langues et le vol »⁸.

Les pourvoyeurs de services de santé se soucient peut-être des croyances culturelles et religieuses des personnes avec qui ils travaillent et, à tort ou à raison, certains pensent qu'il vaut mieux ignorer ces questions et donc éviter de soulever une controverse (communiqué personnel, coordinateur médical d'ONG, Nairobi). Dans des camps de réfugiés somaliens au Kenya, le personnel des services de santé s'inquiétait de la sécurité et estimait que les chefs de communautés réagiraient violemment si des services de planification familiale étaient mis en place (Riungu, Muta, Mohamed, 1997). D'autres pourvoyeurs de services se préoccupent des abus éventuels comme, par exemple, celui de contraindre les femmes à commencer d'utiliser des méthodes de planification familiale, en vue de réduire la fécondité (communiqué personnel d'un agent d'exécution dans les services de santé reproductive). Toutefois, on considérerait qu'un refus catégorique d'assurer des services aux populations qui en ont besoin est une privation de droits, comme il a été adopté au cours de la CIPD.

En fonction des ressources disponibles, le personnel d'exécution nécessite peut-être de classer les actions par ordre de priorité dans le cadre du programme sur la santé reproductive. Dans l'ancien Zaïre (Congo), les pourvoyeurs de services ont fait face à des retards dans la livraison de moyens contraceptifs et de condoms. Afin de remédier à ces contraintes, les ONG ont établi quatre catégories de classement par ordre prioritaire pour les besoins dans les camps : la gravité, la fréquence, l'acceptabilité au niveau de la communauté et la faisabilité. Les services de santé reproductive ont été notés dans chaque domaine, puis classés. Des buts et des objectifs ont ensuite été établis, en fonction de ces priorités (De la Rosa, 1995). Le recueil de données sur les besoins était une première démarche essentielle pour déterminer les services à mettre en oeuvre (cf. paragraphe suivant). Il est toutefois possible que d'autres méthodes de classement soient nécessaires, afin d'assurer l'emploi approprié et efficace des ressources. Des chercheurs à l'université de Colombie ont formulé des critères pour accorder priorité aux programmes internationaux sur la santé reproductive. Ces critères tiennent compte des opinions des bénéficiaires, de la disponibilité des ressources, d'une évaluation indiquant si ces services peuvent être livrés dans

des délais donnés, et des contraintes juridiques et culturelles.

5.2 Evaluer les besoins de la communauté

Bon nombre d'ONG sont déjà signataires du Code de conduite de 1994 destiné aux ONG qui travaillent dans les programmes de réponse aux catastrophes (RRN, Dossier thématique 7, 1994). (CIS). Le Code énonce que « autant que possible, nous baserons les prestations d'aide de secours sur une évaluation minutieuse des besoins des victimes de catastrophes et des capacités locales existantes, afin de répondre à ces besoins ... en mettant en oeuvre ce mode d'action, nous reconnaissons le rôle crucial que jouent les femmes dans les communautés susceptibles d'être affectées par des catastrophes, et nous nous assurerons que ce rôle est soutenu et non diminué par nos programmes d'aide ». Le personnel d'exécution international devra évaluer plusieurs aspects, lorsqu'il cherchera à appliquer le Code en matière de santé reproductive. Premièrement, une estimation plus approfondie des besoins demande souvent beaucoup de temps, tant du point de vue des méthodes à employer que du temps nécessaire à l'étude. Des ressources financières et humaines devront être disponibles, en vue de garantir des résultats aussi solides que possible. Les pourvoyeurs de services devront s'assurer que leur personnel possède les compétences appropriées pour entreprendre ces estimations. Il se peut que la capacité locale soit disponible, car les membres de la communauté seront déjà au courant de certaines techniques (décrites auparavant). L'avantage de ces méthodes d'évaluation, c'est qu'elles accroissent la participation et donc l'engagement de la communauté concernée. Le CIS s'est servi de ces méthodes pour évaluer le degré de violence à l'encontre des femmes (examiné plus haut) et a découvert qu'il avait avantage à laisser le contrôle à la communauté et lui donner l'envie de changer. Il a pourtant agi avec prudence, en faisant remarquer que ces méthodes ne devraient être employées que si des programmes sont créés de façon à aborder les aspects qui préoccupent la communauté (CIS).

Lorsque les communautés ne participent pas à la planification, il est possible que la prestation de services fasse plus de tort que de bien. Citons le cas de plusieurs femmes somaliennes victimes de viol, qui ont été transférées dans des camps de réfugiés au bord de la côte au Kenya. Elles ont demandé par la suite à retourner dans les camps

précédents, car selon leur opinion, on les avaient isolées dans des emplacements spécifiquement réservés aux femmes qui avaient été violées et elles avaient été stigmatisées en conséquence (communiqué personnel, membre du personnel médical d'une ONG).

Il est difficile de présumer les priorités d'une communauté, mais il est tout autant difficile de faire des suppositions concernant ses besoins. Dans l'ancien Zaïre, jusqu'au début du mois de juillet 1995, une seule ONG assurait des services de planification familiale aux réfugiés rwandais, mais on avait signalé qu'ils avaient des sources d'approvisionnement informelles par le biais de pharmacies privées, et des médecins pour les réfugiés dans l'un des camps. Ces réfugiés apportaient souvent leur propre provision de contraceptifs (en majeure partie, administrés par voie orale, injectables, et Norplant) (De la Rosa, 1995). Un an plus tard, des moyens contraceptifs ont été livrés dans tous les camps et le taux de contraceptifs utilisés a doublé (communiqué personnel K. Burns, HCR).

5.3 Assurer des soins de haute qualité

Même si des services existent, les bénéficiaires ne s'en serviront pas s'ils sont de qualité médiocre (Parker et al, 1990). On a montré que la qualité jouait un rôle important dans les soins prénatals utilisés par les femmes (Locay et al, 1990), qu'il s'agisse du choix d'accoucher chez elles (Sargent, 1989) ou de l'utilisation continue d'un moyen contraceptif (Mensch, 1993).

La qualité des soins comporte de nombreux aspects et, dans les situations d'urgence, leur médiocrité résulte généralement du manque de continuité, du manque d'infrastructure, d'une insuffisance de personnel, d'un personnel insuffisamment formé, du manque de sensibilité envers les malades, d'un manque de participation de la communauté, de pénuries de matériel et de fournitures, et d'une évaluation inadéquate. Les longues attentes et le manque de suivi, d'intimité et de confidentialité reflètent aussi un niveau de qualité moins élevé.

La continuité des soins est particulièrement difficile à assurer dans les situations instables, en raison du financement à court terme, des contrats à court terme du personnel d'aide humanitaire, et de l'avenir imprévisible des populations déplacées. En matière de santé reproductive, certaines interventions s'intègrent plus facilement que d'autres dans des programmes à court terme et, dans certains cas, un

choix pragmatique doit être fait. Dans l'ancien Zaïre, le coordinateur médical du HCR à Goma a recommandé seulement deux méthodes contraceptives : par voie orale (pilule oestro-progestive) et injectables. Son raisonnement était d'appliquer des méthodes simples de planification familiale au début, en raison de la difficulté d'en assurer la continuité et de la médiocrité de l'hygiène dans les camps (De la Rosa, 1995).

La disponibilité des ressources financières et humaines nécessaires à la mise en oeuvre de services de santé reproductive de bonne qualité, est un facteur qui a suscité des inquiétudes. Selon certaines indications, les donateurs souhaiteraient que ces services soient mis en place sans frais supplémentaires (communiqué personnel du directeur du programme de santé reproductive). Il n'est guère probable que ceci se produise, alors que bon nombre d'organismes s'efforcent déjà d'assurer ce qu'on avait estimé être un minimum de services (Rapport sur les catastrophes dans le monde, 1996). Les coordinateurs avaient déjà signalé qu'une formation extensive était nécessaire (Obaso-M, 1997). D'après les études sur le rapport coût/rentabilité, les fonds destinés aux services de santé reproductive généreront d'énormes économies à l'avenir, ce qui plaide fortement en faveur d'une augmentation de ces capitaux, dans le but d'assurer la prestation de ces services. Le manque de ressources disponibles peut affecter les personnes qui sont déplacées à l'intérieur de leur pays, car aucun organisme international à lui seul a la responsabilité de les aider.

Dans une certaine mesure, les problèmes de ressources peuvent être résolus en travaillant en collaboration avec les hôpitaux locaux et les ONG du pays, qui sont déjà sur place. Travailler étroitement avec le pays ou la région d'accueil peut être bénéfique, car on peut ainsi contribuer à la continuité des soins, s'assurer que des tensions ne se développent pas entre les communautés d'accueil et les populations déplacées et, finalement, créer une opportunité de renforcer la capacité locale (Toole, 1990).

Les communautés locales sont souvent affectées par la propagation de maladies infectieuses transmises par les populations déplacées et vice versa. Lorsque les réfugiés rwandais sont arrivés en Tanzanie, on craignait que le virus HIV soit transmis aux populations locales. Les réfugiés provenaient d'un pays où les taux de la population atteinte variaient entre 5 et 35 pour cent, tandis que le district dans lequel ils sont arrivés affichait des

taux faibles – entre 3 et 8 pour cent. Si des services ne sont offerts qu'aux populations déplacées, les iniquités entre elles et les populations d'accueil ne font que croître rapidement (De la Rosa, 1995). Il est possible que le mandat du HCR, qui est limité dans ses prestations de services aux populations locales, empêche de résoudre ce problème.

Le suivi et l'évaluation des programmes devront être entrepris, si l'on désire maintenir le niveau de qualité des services. Lorsque des données existent, des indicateurs pour les services de santé devraient être utilisés pour évaluer, notamment, si les programmes ont fait changer le nombre de bébés atteints de tétanos avant la naissance ou le nombre de décès de femmes ayant eu des complications lors d'un accouchement.

Des indicateurs devront être créés en fonction des ressources, des priorités et des besoins, et en ayant des concertations avec les communautés d'accueil et les communautés déplacées. Il se peut, toutefois, que les ressources soient limitées, là où une évaluation technique des conséquences est peut-être difficile. Dans ces circonstances, le personnel d'exécution est peut-être obligé de se fier à des indicateurs du processus, qui servent à évaluer les apports ou les résultats d'un programme. Un apport serait, par exemple, le pourcentage du personnel recevant une formation le sensibilisant sur la question des femmes, et un résultat serait la proportion de femmes enceintes ayant reçu des comprimés de fer et de folate. Un sous-groupe du GTIO a recommandé des indicateurs qui pourraient être utilisés dans ces contextes, et ils sont décrits en détail dans le guide pratique. Le succès des programmes pourra être meilleur si la communauté et le personnel médical local participent à l'évaluation et sont aussi informés des résultats et de l'action qui sera entreprise. En ne se servant que des indicateurs qui sont essentiels au programme, il sera peut-être possible de simplifier le recueil des données et d'assurer des informations plus exactes et des réactions opportunes.

Des initiatives sont actuellement en cours dans le but d'établir un minimum de normes pour la prestation de services concernant l'alimentation, la santé, la nutrition, l'abri et l'eau/équipements sanitaires, qui sont des aspects de l'aide humanitaire dans le cadre du Projet Sphere⁹. Une autre initiative en cours est celle de People in Aid, dont l'objet est d'assurer que tout le personnel d'aide reçoive les informations et la formation appropriées, avant, pendant et suite à l'exécution de leurs tâches sur le

6

Conclusion

« Si l'on se concentre trop à fournir une aide matérielle, à sauver des vies humaines, on oublie la dignité des gens, cette dignité que l'on affirme vouloir restaurer », Hugo Slim.

terrain. Le mandat de l'équipe de travail chargée d'élaborer le minimum de normes à respecter, couvrira la santé reproductive.

Malgré les difficultés à mettre en oeuvre le programme de santé reproductive, ces services ont le potentiel d'améliorer considérablement la santé des populations, tout en restant rentables. L'investissement dans ce domaine peut bénéficier non seulement à chaque personne et à leur famille, mais aussi à la communauté et à la génération suivante. La communauté internationale a fait les premiers pas pour initier des changements, en prenant davantage conscience des questions relatives à la santé reproductive. Cependant, un engagement doit être pris pour s'assurer que ces changements ont lieu au niveau de l'exécution.

En vue de mener à bien la mise en oeuvre de programmes de grande qualité, plusieurs investissements seront nécessaires. Premièrement, les membres du personnel d'exécution international devront comprendre le programme sur la santé reproductive. Ils devraient être informés, par exemple, sur les questions relatives aux femmes ainsi que sur les aspects sociaux, culturels et psychologiques de la sexualité et de la reproduction, et sur les méthodologies permettant d'estimer leurs besoins. Certains services et techniques

recommandés ne seront pas bien connus du personnel international dans leurs pays d'origine. Il faudrait donc prendre l'engagement d'utiliser la capacité locale et de la renforcer, si nécessaire. Deuxièmement, il sera nécessaire de se conformer à une politique et à une pratique fondées sur des faits qui, s'ils existent et sont 'généralisables', devraient être intégrés dans les directives actuelles. D'autres études portant sur des aspects spécifiques sont peut-être nécessaires et il faudrait s'assurer qu'elles sont effectuées. Enfin, l'évaluation et le suivi des programmes seront des outils essentiels qui, pour être effectifs, nécessiteront également de plus grandes ressources humaines et financières.

L'introduction du programme de santé reproductive est une phase cruciale pour l'aide humanitaire, qui pourrait permettre d'accélérer les changements plus extensifs à apporter à la manière dont les services d'aide de secours sont organisés. L'aide de secours ne cesse d'être critiquée (Toole, 1993, Macrae et Zwi, 1994) et on prie, en particulier les bénéficiaires de faire preuve d'un plus grand sens de responsabilité (Macrae, de Graaf, 1997). Certaines critiques sont centrées sur ce que beaucoup considèrent être une séparation artificielle entre l'aide de secours et le développement, cette division ressortissant également dans les structures de financement. Ce modèle semble déphasé à présent,

par rapport à la réalité des situations où les populations n'ont aucun moyen de retrouver rapidement une vie normale, et il fait donc partie de leur style de vie de recevoir une aide de secours. La FICR, entre autres, préconise une nouvelle approche qu'elle a désignée 'aide de secours au développement' (Rapport sur les catastrophes dans le monde, 1996). Cette approche a trois objectifs : communiquer avec les bénéficiaires ; maintenir les moyens d'existence et non pas uniquement les vies ; et prendre les réalités locales comme base pour les actions d'aide. La participation de la communauté dans toutes les phases d'une initiative d'aide de secours – de la planification à l'évaluation en passant par la mise en oeuvre – semble être

essentielle. Cette participation s'est également avérée être fort importante dans le domaine de la santé reproductive (Barnett-B, 1995; Zulkifli 1994) et est primordiale pour s'assurer que ces services sont acceptables, appropriés et durables (Robey, 1994). L'absence de ce mode d'action risque davantage de provoquer la méfiance et l'opposition des membres de la communauté qui, en conséquence, n'utiliseront pas suffisamment des services qui sont bons et sans risque (John Hopkins University, à paraître).

Dès lors, les donateurs, les décideurs et les pourvoyeurs de services doivent prendre des décisions cruciales sur la manière d'intégrer le nouveau programme de santé reproductive et il se peut que leur plus grand défi soit de s'assurer que

Glossaire

Anencéphalie	Condition caractérisée par le manque d'encéphale chez le nouveau-né.
Avortement / interruption de grossesse	Ces termes sont employés pour décrire une grossesse qui est interrompue délibérément, soit par un médecin, soit par une autre personne – dont la mère.
Avortement risqué	Méthode pour mettre fin à une grossesse non souhaitée, utilisée soit par des personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires, soit dans un milieu qui ne comporte pas un minimum de facilités médicales, ou utilisée dans les deux cas.
Coefficient de mortalité liée à la maternité	Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances d'enfants vivants.
Contraception de secours	Administration d'une forte dose de la pilule oestro-progestive dans les 72 heures qui suivent des rapports sexuels, afin d'empêcher une grossesse.
Fausse couche	Arrêt involontaire de la grossesse avant 28 semaine de gestation.
Hydrocéphalie	Condition caractérisée par la présence d'une quantité anormalement grande de liquide céphalo-rachidien dans les cavités du cerveau.
Mortalité périnatale	Taux de mortinatalité et de mortalité au cours de la première semaine de vie.
Mutilation génitale des femmes	Toutes les procédures qui consistent à enlever partiellement ou entièrement les parties génitales extérieures de la femme et/ou à causer une blessure aux organes génitaux de la femme pour des raisons culturelles ou autres raisons non thérapeutiques.
Sous-fécondité	En supposant des rapports sexuels normaux, l'incapacité d'une femme de tomber enceinte dans les 12 premiers mois de vie conjugale.
Violence à l'encontre des femmes	Tout acte de violence physique ou psychologique commis dans un ménage ou la communauté.
Violence sexuelle	Tout acte de violence sexuelle commis dans un ménage ou dans la communauté en général.

Acronymes

AMREF	African Medical and Research Foundation
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CIS	Comité international pour les secours
DIU	Dispositif intra-utérin (stérilet)
FICR	Fédération internationale de la Croix-Rouge
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
GTIO	Groupe de travail interorganisations
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HIV/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur d'un pays
IEC	Information, éducation et communication
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
LSHTM	Ecole de l'hygiène et de la médecine tropicale de Londres
MSF	Médecins Sans Frontières
MSI	Marie Stopes International
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NCKK	National Council of Churches of Kenya
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SMI	Santé maternelle et infantile
UNAIDS	Programme conjoint des Nations Unies sur le virus HIV et le SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WCRWC	Commission des femmes pour les femmes et enfants réfugiés