



**Recentrer la Planification Familiale
dans les Centres de Réfugiés :
Résultats et Recommandations d'une Étude de Base Multinationale**

Novembre 2011

L'accès aux services de planification familiale est un droit humain¹ et négliger la prestation de ces services peut avoir des conséquences graves sur la santé. Faciliter l'accès à des contraceptifs sûrs et efficaces peut réduire les grossesses non désirées, les avortements à risques et la mortalité maternelle qui en découle ainsi que les handicaps. La planification familiale est une intervention de base de prévention, car on peut prévenir jusqu'à 40% de toutes les mortalités maternelles², et la mortalité infantile peut être réduite de plus de 50% chaque année si les individus et les couples ont accès aux produits contraceptifs³. L'accès aux services de planification familiale donne également une autonomie aux femmes et leur permet de déterminer le nombre d'enfants et l'espacement de leurs naissances, conduit à une meilleure nutrition des enfants, améliore l'accès à l'éducation et aux moyens de subsistance pour les femmes et les filles, et augmente les possibilités pour les familles de gérer plus efficacement les rares ressources.⁴

La Déclaration sur la Planification familiale pour les femmes et les filles comme intervention salvatrice en situation de crises humanitaires ([Statement on Family Planning for Women and Girls as a Life-saving Intervention in Humanitarian Settings](#)),⁵ élaborée par la Commission des femmes pour les réfugiés au nom de tous les partenaires et approuvée par le comité directeur du Groupe de travail inter institutions en matière de santé de la reproduction en période de crise en mai 2010, décrit les normes d'approvisionnement en produits contraceptifs dès le début d'une situation de crise jusqu'à sa fin. Elle décrit les méthodes de prestation de services et fait des recommandations à l'intention des gouvernements, des donateurs et des agences d'exécution.

Méthodologie

De mai à août 2011, le Haut Commissariat des Nations Unies aux réfugiés (HCR) et la Commission des femmes pour les réfugiés, avec l'assistance technique des CDC (Centers for Disease Control and Prevention - Centres de contrôle et de prévention des maladies) ont effectué une étude de base dans plusieurs

Lieu	Centre	Pays d'origine
Ali Addeh, Djibouti	Camp	Somalie
Eastleigh, Nairobi, Kenya	Urbain	Somalie
Nakivale, Ouganda	Camp	Principalement de RDC
Amman, Jordanie	Urbain	Iraq
Kuala Lumpur, Malaisie	Urbain	Myanmar

pays en vue de documenter les connaissances en matière de planification familiale, de croyances et de pratiques des réfugiés, aussi bien que les conditions de prestation de services dans certains camps de réfugiés à Djibouti, en Jordanie, au Kenya, en Malaisie et en Ouganda. L'objectif de cette étude était d'appuyer la planification du programme et la prestation de service, ainsi que d'accroître l'accès des femmes, des hommes et des adolescents à la planification familiale. L'approche utilisée pour cette étude consistait en des méthodes qualitatives et quantitatives : entretiens en profondeur avec les leaders communautaires ; enquête auprès des ménages ciblant les femmes en âge de procréer et par le biais de

¹ En droit international, l'accès universel à la planification familiale est un droit de l'homme. Conformément à l'article 16(1) of the Convention sur l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), tout individu et tout couple ont le "droit de décider du nombre d'enfants, de l'espacement et du moment des naissances." Le Programme d'Action de 1994 sur la Conférence internationale sur Population et le Développement met également en exergue le droit des couples et des individus, "à décider librement et avec discernement du nombre d'enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour se faire " (Article 7.3). En outre, l'observation générale No. 14, paragraphe 12, du Comité des droits économiques, sociaux et culturels dispose que le droit à la norme la plus élevée en matière de santé inclut « le droit d'être informé et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale ».

² Campbell, O.M. and Graham, W.J. (2006). "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works." *Lancet*. 368: 1284-99.

³ Guttmacher Institute, *Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health: Updated November 2010 using new maternal and neonatal mortality data*, November 2010.

⁴ Pour de plus amples informations, voir la déclaration du Groupe de travail interorganisations sur la santé de la reproduction en situation de crise (IAWG), *Statement on Family Planning for Women and Girls as a Life-saving Intervention in Humanitarian Settings*, Mai 2010. Voir aussi Guttmacher Institute, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009.

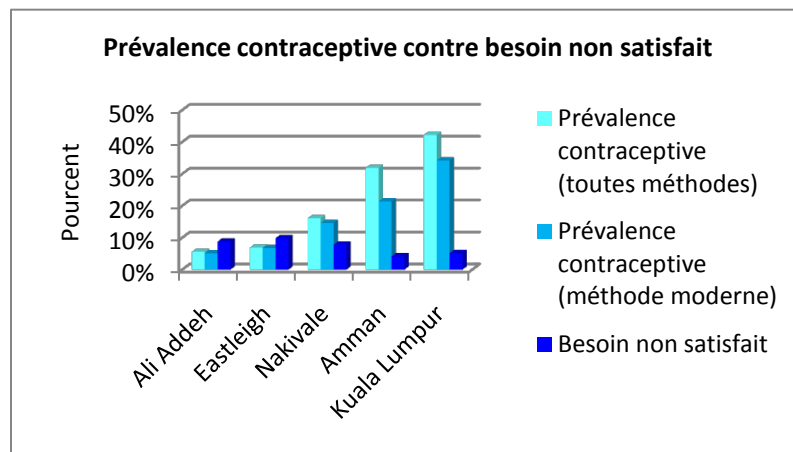
⁵ IAWG sur la SR en situation de crise, *Statement on Family Planning for Women and Girls*, Mai 2010.

l'instrument adapté de CDC *Outil d'évaluation de la santé de la reproduction pour les femmes touchées par les conflits (Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women)*;⁶ discussions de groupes avec des femmes, des hommes, des adolescentes et adolescents ainsi qu'une évaluation des structures en vue d'examiner la qualité des services.

Résultats globaux

Bien que certains résultats soient spécifiques aux sites et détaillés dans les [rapports des pays](#) respectifs, des tendances transversales et déterminantes sont observées dans toutes les cinq études. Ces résultats principaux sont :

1. **L'utilisation de méthodes contraceptives est généralement plus faible dans les camps de réfugiés que dans les alentours.** Cette situation est probablement due à des facteurs multiples tels que la durée du séjour dans le pays hôte (les réfugiés Somaliens à Nairobi par exemple) ou un meilleur accès aux méthodes une fois les réfugiés installés dans un endroit plus stable. L'usage de contraceptifs est également influencé par la religion et le statut matrimonial. À Amman, tandis que le TPC toutes méthodes confondues pour l'ensemble des femmes réfugiées est de 31,9%, il est de 54,8% pour les femmes réfugiées mariées. À Kuala Lumpur, le TPC pour les méthodes modernes ou toutes les méthodes varie selon la religion. Parmi les femmes ayant signalé l'utilisation de méthodes modernes, 36,5% étaient



Lieu	Population couverte par l'étude		Pays hôte	Pays d'origine
	TPC ⁷ (toute méthode)	TPC (méthode moderne)	TPC (méthodes modernes) ⁸	TPC (méthodes modernes) ⁹
Ali Addeh	5,6%	5,1%	22,5% (OMS 2008)	1,2% mariés ; 3,0% non mariés (OMS 2006)
Eastleigh	6,9%	6,8%	32% de femmes en âge de procréer (EDS 2008-9)	1,2% mariés ; 3,0% non mariés (OMS 2006)
Nakivale	16,1%	14,6%	18% (EDS 2006)	6% mariés (DHS 2007)
Amman	31,9%	21,4%	42% mariés (Min Santé, 2009)	33% mariés (UNICEF 2006)
Kuala Lumpur	42,2%	34,2%	34,4% mariés (UNFPA 2004)	33% mariés (UNFPA 2010)

⁶ CDC, *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*, 2007.

⁷ Taux de prévalence contraceptive (TPC) : les femmes en âge de procréer (15-49) utilisant actuellement une méthode de planification familiale. Toutes les méthodes sont modernes (pilule, dispositif intra-utérin, préservatifs masculins et féminins, implants, injectables, contraception d'urgence, ligature des trompes et vasectomie) et traditionnelles (méthode du calendrier/Ogino et le retrait). Les dénominateurs sont les femmes qui ne risquent pas d'être enceintes ou qui ne sont pas enceintes, sont stériles ou ont eu une hystérectomie.

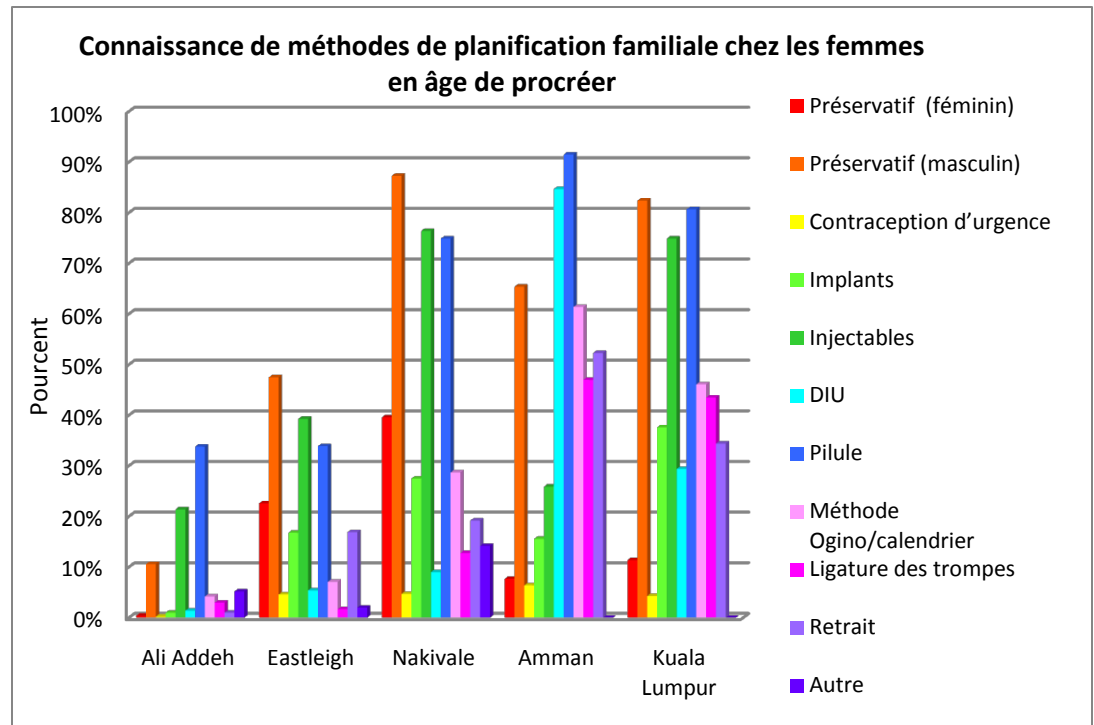
⁸ Ali Addeh: World Health Organization (WHO), *Djibouti, Reproductive Health Profile*, 2010; Eastleigh: Kenya National Bureau of Statistics, *Kenya Demographic and Health Survey (DHS/EDS)*, 2008-09; Nakivale: *Uganda DHS*, 2006; Amman: Department of Statistics Jordan and ICF Macro, *Jordan Population and Family Health Survey*, 2009; Kuala Lumpur: United Nations Population Fund (UNFPA), *Status of Family Planning in Malaysia*. Rapport non publié, 2010.

⁹ Ali Addeh: WHO, *Republic of Somalia Country Profile*, 2006; Eastleigh: WHO, *Republic of Somalia Country Profile*, 2006; Nakivale: *DRC DHS (EDS de RDC)*, 2007; Amman: UNICEF et al., *Iraq Multiple Indicator Cluster Survey*, 2006; Kuala Lumpur: UNFPA, *State of World Population*, 2010.

musulmanes et 62,5% étaient chrétiennes. De même, parmi les femmes réfugiées qui ont signalé l'utilisation de toute méthode 32,7% étaient musulmanes et 65,9% chrétiennes. Malgré un TPC bas dans de nombreux sites, les besoins non satisfaits étaient également faibles¹⁰, ce qui implique la nécessité d'inculquer des connaissances et de sensibiliser sur les avantages qu'offrent les services de planification familiale pour améliorer et sauvegarder la vie.

2. Les connaissances des méthodes de planification familiale demeurent faibles.

Connaître les méthodes de planification familiale est considéré comme la première étape en direction de l'adoption d'une méthode. Bien que les services de

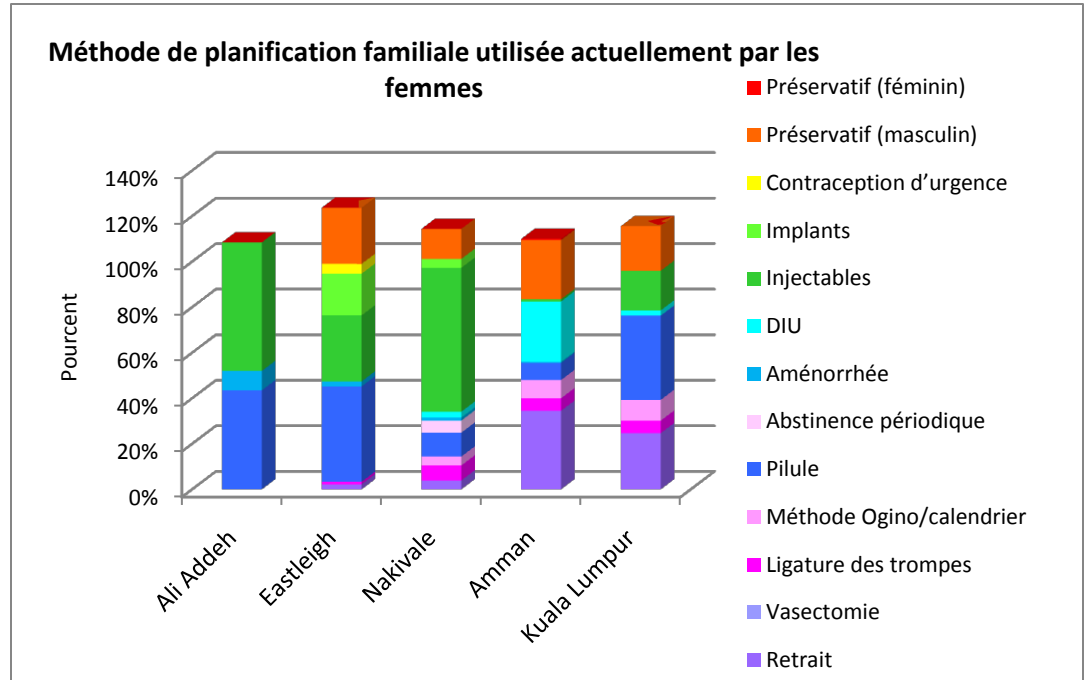


* Les totaux des pourcentages dépassent les 100%, les personnes interrogées ayant donné plus d'une

planification familiale soient disponibles à divers degrés dans nombre d'endroits étudiés, lorsque la question de savoir de quelle méthode contraceptive elles ont entendu parler a été posée aux femmes, celles-ci ont fait montre de connaissances limitées en la matière, en particulier les réfugiées somaliennes à Ali Addeh et Eastleigh. Les pilules contraceptives orales (PCO) sont relativement connues dans tous les sites ; à Kuala Lumpur et Nakivale, les femmes ont indiqué qu'elles connaissaient le préservatif masculin et les injectables. À Amman, le dispositif intra utérin (DIU) est plus connu que dans les autres sites.

¹⁰ Le besoin non satisfait est défini comme la proportion de femmes à risques de grossesses ne désirant plus d'enfants ou désirant retarder leurs naissances et les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de méthode contraceptive. Les femmes à risque de grossesse sont définies comme des femmes qui déclarent être fécondes, sexuellement actives, non enceintes et n'étant pas en période post natale.

3. Parmi les femmes qui utilisent actuellement une méthode de planification familiale, les résultats varient en ce qui concerne la méthode la plus communément utilisée. À Ali Addeh et Nakivale, les injectables sont l'option la plus couramment



* Les totaux des pourcentages dépassent les 100%, les personnes interrogées ayant donné plus d'une réponse.

utilisée. Le retrait concerne une large proportion des utilisateurs de la planification familiale à Amman et Kuala Lumpur, et l'utilisation du DIU est sensiblement plus élevée au sein de la population irakienne à Amman.

4. Parmi celles qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, les principales raisons avancées le plus fréquemment par les femmes étaient liées à la fécondité, ensuite le manque de connaissances et l'opposition à cette utilisation. Les raisons évoquées par les femmes n'utilisant pas de méthodes contraceptives sont le désir d'avoir plus d'enfants ou une grossesse en cours. Les femmes de Ali Addeh plus particulièrement ont avancé comme raison principale l'allaitement ; mais il n'est pas sûr qu'elles aient compris que ce n'était qu'une méthode de protection lorsque pratiquée de façon exclusive pendant six mois et avant le retour des menstruations (c.à.d. aménorrhée dû à l'allaitement). L'opposition à l'usage de la contraception pour des raisons religieuses en particulier a été fréquemment ou souvent décrite comme un obstacle à l'utilisation de méthodes modernes sauf à Amman. L'enseignement religieux a été cité comme un facteur majeur décourageant l'utilisation de méthodes de planification familiale parmi les Somalis de Eastleigh et de Ali Addeh, les musulmans et les chrétiens Birmans à Kuala Lumpur ainsi que les communautés musulmanes, catholiques et pentecôtistes de Nakivale. Par contre, les Somalis à Eastleigh ont noté que l'allaitement exclusif et les autres méthodes naturelles d'espacement des naissances sont en fait encouragés par les enseignements religieux. Les Birmans ont reconnu que leur religion permet l'utilisation de produits contraceptifs pour protéger la santé de la mère et s'adapter aux circonstances difficiles des déplacements. Les raisons le plus fréquemment avancées sont les idées fausses et la crainte des effets secondaires. Les désinformations cultivées au sein des Birmans et des Congolais étaient que les méthodes modernes pouvaient être la cause de malformations fœtales et d'infertilité chez les femmes après l'arrêt de l'utilisation des contraceptifs.

5. L'accès à l'information et aux services est particulièrement difficile pour les adolescents. Dans tous les sites étudiés par l'enquête, les adolescents ont fait part de difficultés d'accès aux services étant donné que les rapports sexuels avant le mariage sont interdits surtout chez les jeunes irakiens,

Birmans et Somalis. À Nakivale, les adolescents hésitent à se rendre dans les centres de santé pour chercher des produits contraceptifs car les consultations de planification familiale se font à la section maternité. Les adolescents de Nakivale ont également déclaré avoir des relations sexuelles en échange d'argent mais sans le plus petit moyen de protection. Ils ont signalé que les distributeurs de préservatifs dans les camps (qui peuvent être utilisés confidentiellement) sont la plupart du temps vides.

6. **La contraception d'urgence n'est disponible que dans les cas de prise en charge post viol.** Comme dans la plupart des pays, la contraception d'urgence comme méthode de planification

	Ali Addeh	Eastleigh	Nakivale	Amman	Kuala Lumpur
Nombre de structures fréquentées par les réfugiés et évaluées par l'enquête	1	2	4	7	3
Y a-t-il au moins trois méthodes offertes dans toutes les structures ?	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Y a-t-il au moins une structure qui offre une méthode à long terme ?	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Y a-t-il au moins une structure qui offre une méthode permanente ?	Non	Oui	Non	Oui	Oui
La contraception d'urgence est-elle disponible dans toutes les structures ?	Oui	Oui	Non	Non	Non

familiale est moins connue par rapport aux autres méthodes. Bien que les programmes de violence sexuelle basée sur le genre (VSBG) offre la contraception d'urgence aux victimes d'agressions sexuelles, les prestataires de planification familiale, surtout en Ouganda semblent désapprouver la mise à disposition de cette méthode d'urgence en dehors des cas sus-cités car ils pensent que cela entraînera le vagabondage sexuel chez les adolescents. La contraception d'urgence n'est pas disponible dans les centres de santé considérés par l'enquête et offrant des services de planification familiale à Kuala Lumpur (bien qu'elle le soit sur prescription dans les pharmacies) ainsi qu'à Amman dans les centres de santé partenaires du HCR.

7. **La qualité des services a limité la volonté des femmes à accéder aux services.** Les femmes ont noté le non respect des précautions standards, l'absence de propreté, la longue durée d'attente ou les options limitées en termes de discrétion comme facteurs inhibant leur volonté d'obtenir des produits contraceptifs auprès des centres de santé. À Amman, plus de 40% des femmes obtiennent des produits contraceptifs dans les pharmacies plutôt que gratuitement dans les centres publics de santé, principalement en raison des longs délais d'attente et des pratiques d'hygiène douteuses. À Eastleigh, l'absence de discrétion et la durée des attentes sont considérées comme des barrières, tandis qu'à Nakivale, les périodes de consultation ne conviennent pas aux femmes qui ont des travaux ménagers et sont trop courts pour prodiguer des conseils adéquats. À Kuala Lumpur, si la qualité des services est bonne, leurs coûts et la peur de se faire arrêter (surtout pour les réfugiés non enregistrés) sont des obstacles pour accéder aux services recherchés.
8. **La disponibilité limitée des méthodes à long terme et permanentes est aggravée par la faiblesse générale des systèmes de référence pour des méthodes non habituelles ou de long terme et permanentes.** Les méthodes contraceptives à long terme et permanentes ne sont pas toujours disponibles dans les centres avec les infrastructures et la capacité qu'il faut pour les offrir. Les points forts du système de référence varient cependant selon les sites. Surtout à Amman, où les

partenaires d'exécution du HCR n'offrent pas de services en matière de contraception, les références sont importantes mais s'avèrent limitées surtout dans une des structures d'un partenaire. Dans tous les sites, les mécanismes formels et institutionnalisés de suivi manquent en ce qui concerne les méthodes à long terme et permanentes.

Principales recommandations

1. **Mener une campagne générale de plaidoyer en vue de s'assurer que la gamme complète de méthodes de planification familiale, y compris les méthodes à long terme et permanentes soient disponibles dans les camps de personnes déplacées.** Étant donné la sécurité et l'efficacité démontrées par les méthodes de planification familiale et plus spécifiquement la contraception d'urgence ces trente dernières années,¹¹ celle-ci doit être largement disponible et en vente libre afin de réduire les grossesses non désirées et les avortements à risques.
2. **Renforcer les informations et l'acceptation des méthodes de planification familiale parmi les membres de la communauté.** Les efforts à effectuer sont :
 - Renforcer les efforts en matière d'informations, éducation et communication (IEC) sur les avantages de la planification familiale et les lieux où obtenir les services y compris pour les adolescents, et sensibiliser les leaders communautaires ainsi que les personnes d'influence. Les accoucheuses traditionnelles, les leaders religieux et communautaires ont souvent beaucoup d'influence sur les perceptions de la communauté en matière d'utilisation de services de planification familiale. Toucher ces personnes peut être la clé du changement au niveau des attitudes et des exigences de la communauté.
 - Élaborer des messages qui tiennent compte des enseignements culturels et religieux et exploiter les méthodes naturelles acceptables tout en livrant des messages simultanés sur l'utilisation de la contraception d'urgence afin d'éviter des échecs. La sensibilisation des communautés à la Méthode de l'aménorrhée de la lactation (ou méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée - MAMA), la méthode du calendrier et celle du retrait (appelée Azi dans le Coran) offre des occasions de les familiariser au concept de planification familiale en vue d'une meilleure promotion des méthodes modernes. Les informations sur la double protection ainsi que la contraception d'urgence seront toutefois essentielles pour assurer des options de secours.
 - Renforcer les connaissances en méthodes à long terme et permanentes, méthodes efficaces et réversibles en vue d'en accroître la demande. Il peut s'agir d'accentuer la promotion des implants et des DIU dans le contexte de prise en charge post-placenta et post avortement. Des études montrent que les femmes peuvent être plus à même d'accepter une méthode à long terme tout de suite après un accouchement ou un avortement provoqué.¹² Les hommes peuvent également être plus réceptifs à la planification familiale post-partum ; leur implication est cruciale en matière d'amélioration de l'acceptation de la planification familiale.
3. **Améliorer la prestation de service : qualité et disponibilité**
 - Élever le profil de la contraception d'urgence au-delà de la prise en charge post-viol et s'assurer de sa disponibilité dans les centres de santé, les dispensaires et les pharmacies. La

¹¹ Consortium international pour la contraception d'urgence. Faits saillants de la contraception d'urgence. Obtenus le 2 novembre 2011 sur <http://www.cecinfo.org/media/ecFF.htm>.

¹² Population Council, *Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research: Summary Report of a Global Meeting*, 1998. Voir aussi Curtis C, Huber D, Moss-Knight T. "Postabortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2010 Mar;36(1):44-8.

contraception d'urgence doit être rendue disponible même à travers une formation des prestataires pour être utilisée après un rapport non protégé par les adolescents et les personnes non mariées.

- Améliorer les méthodes de prestation de service et inclure le service d'approche. Les approches de distribution à base communautaire (DBC) ont été largement promues dans les contextes de développement, et, l'Organisation mondiale de la santé a approuvé la distribution à base communautaire de contraceptifs injectables comme sûre, acceptable et efficace pour les utilisateurs.¹³ Ces approches sont prometteuses et peuvent faire l'objet de la promotion de la méthode de double protection.
- Accroître la discrétion, la confidentialité des services de conseils sans porter de jugement en particulier à l'intention des adolescents et des femmes non mariées.
- Fournir une formation et des cours de recyclage à l'intention des agents de santé qui amélioreraient la qualité et l'adoption de la contraception et renforceraient la supervision des agents de santé communautaires en tenant compte du renouvellement du personnel dû au déménagement et à la mobilité. La seule satisfaction des besoins de formation et de supervision des agents de santé ne suffit pas à augmenter l'adoption de méthodes de planification. Il faut trouver des solutions efficaces pour assurer une qualité des services et augmenter l'adoption de ces méthodes.
- Renforcer les systèmes de référence et les mécanismes de suivi. Des systèmes clairs et abordables de référence doivent être mis en place pour accéder aux services de planification familiale, et, les réfugiés doivent en être informés dans tous les centres de santé, y compris dans les endroits où ces services ne sont pas fournis en raison de contraintes religieuses.

Les résultats et les recommandations issues des études de base seront mis en œuvre en vue d'améliorer les programmes du HCR puis utilisés pour une campagne de plaidoyer dans le but de rehausser les services de planification familiale à l'intention des populations touchées par les crises. Des informations supplémentaires sur chaque pays sont accessibles dans les rapports-pays disponibles sur www.womensrefugeecommission.org/reports et www.unhr.org.

Contraintes

Malgré les efforts entrepris pour s'assurer une très grande qualité aux données collectées, les réalités du terrain freinent la collecte des données. Un facteur contraignant important était le temps qui n'a pas permis à toutes les équipes d'entreprendre les 12 séances de discussions de groupe recommandées pour atteindre le niveau de saturation requis, ou de visiter les centres de prise en charge tertiaires que les réfugiés fréquentent. L'échantillonnage de l'enquête a connu des difficultés surtout dans le milieu urbain en raison de l'inexactitude des listes d'enregistrement et des numéros de téléphones cellulaires. Une autre contrainte déclarée a été le fait de donner les informations soi-même. En outre, les changements de méthode et les interruptions n'ont pas été pris en compte dans l'enquête. Un biais de désirabilité sociale des enquêtés a été perçu surtout chez les femmes non mariées et les adolescentes à Amman, Ali Addeh et Eastleigh. Il est probable qu'il y ait eu des erreurs de traduction car bien que les enquêteurs connaissent bien les langues locales et que des efforts aient été faits pour assurer une traduction exacte, ceux-ci n'étaient pas toujours à l'aise pour lire les questions dans leur langue et préféreraient les traduire verbalement à partir d'une autre langue.

¹³ WHO/OMS, *Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives*, 2009. Disponible sur http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief/en/.



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Women's Refugee Commission
122 E. 42nd Street
New York, NY 10168-1289

info@wrcommission.org

www.womensrefugeecommission.org



HCR Genève
Section santé publique et VIH, Division d'appui et de gestion des programmes
94 Rue de Montbrillant
1211 Genève, Suisse

www.unhcr.org/hivaida/

www.unhcr.fr/vihsida/

www.unhcr.org/health/

www.unhcr.fr/sante/