

# le rôle des services de santé du pays d'accueil dans la prise en charge des réfugiés : l'expérience de la Guinée



par Wim Van Damme<sup>1</sup>, Mohamed Lamine Dramé<sup>2</sup>,  
Mohamed Lamine Yansané<sup>3</sup>, Marleen Boelaert<sup>4</sup>,  
Wim Van Hauwaert<sup>5</sup>, Bob Verbruggen<sup>6</sup>

1. Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique.
2. Inspecteur Régional de la Santé, N'Zérékoré, Guinée.
3. Directeur Préfectoral de la santé, Guéckédou, Guinée.
4. Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique.
5. Médecins sans Frontières, Bruxelles, Belgique.
6. Médecins sans Frontières, N'Zérékoré, Guinée.

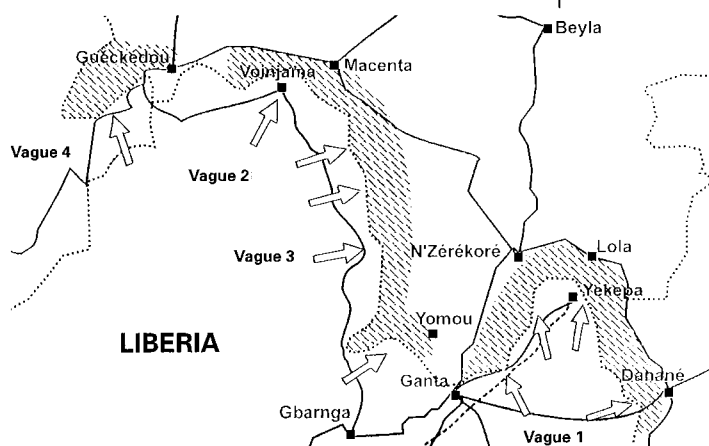
Quand les réfugiés arrivent dans un pays d'accueil, ils sont le plus souvent concentrés dans des camps et des services de santé sont organisés spécialement pour eux, comme c'était le cas à Goma en juillet 1994 quand des centaines de milliers de réfugiés sont arrivés du Rwanda. Ces services de santé fonctionnent alors en parallèle avec les services de santé du pays d'accueil.

En Guinée, depuis début 1990, plus de 500 000 réfugiés libériens et sierra-léonais sont arrivés dans la Région forestière (cf. carte). Les réfugiés se sont largement dispersés dans la population locale. Un programme d'assistance aux réfugiés libériens et sierra-léonais (PARLS) a été organisé, dont l'approche générale était d'appuyer les réfugiés là où ils étaient installés et d'éviter autant que possible la création de véritables camps de réfugiés. Les réfugiés ont donc utilisé les structures de santé existantes. Cet article qui porte sur la période 1990-1995 décrit cette approche d'appui aux réfugiés en « milieu ouvert », et identifie ses forces et ses faiblesses.

## I. Les réfugiés en Guinée

Cette zone est relativement riche en ressources naturelles et sa population n'est pas très dense. Dans la majorité des cas, les réfugiés sont agriculteurs, mais on compte également un bon nombre de commerçants et de professionnels. À leur arrivée, leur état de

santé n'était pas détérioré, mais semblable à celui de la population locale. Les réfugiés se sont dispersés et la plupart se sont installés dans les régions frontalières ; la majorité dans des villages où ils trouvaient des parents ou des populations apparentées. Au début, ils ont été accueillis dans les maisons des Guinéens et dans les écoles. Leur concentration était très variable, dans beaucoup de zones, le nombre de réfugiés était environ égal au nombre de Guinéens. Rapidement ils ont construit des habitations avec des matériaux locaux, créant ainsi souvent des villages-réfugiés à côté des villages guinéens. En quelques endroits, les concentrations de réfugiés étaient grandes, constituant de véritables camps. Les réfugiés sans liens de parenté avec la population et la majorité des commerçants se sont généralement installés dans les villes.



## le rôle des services de santé du pays d'accueil dans la prise en charge des réfugiés : l'expérience de la Guinée

### II. Le volet médical du PARLS en Guinée

#### Les premiers mois

Quand les premiers réfugiés sont arrivés dans la zone de Yomou (cf. *carte*), le ministère de la Santé publique a très vite décidé de leur offrir l'accès gratuit aux centres de santé et hôpitaux, lesquels sont payants pour la population guinéenne. Dans un premier temps, l'Union européenne et ensuite le Haut Commissariat aux réfugiés (HCR) ont accepté de rembourser, aux différentes structures, les frais de ces consultations pour ne pas mettre en danger le système de recouvrement des coûts qui était déjà généralisé en Guinée. Ces structures ont un niveau de fonctionnement assez bon, grâce au Programme élargi des vaccinations, Soins de santé primaires, Médicaments essentiels (PEV, SSP, ME), version guinéenne de l'initiative de Bamako, qui vise à relancer les centres de santé par l'approvisionnement en médicaments essentiels et l'organisation des vaccinations, avec la participation active de la population.

Dans les endroits à forte concentration de réfugiés et distants des structures existantes, de nouveaux postes de santé ont été créés. Ces postes ont été installés dans des maisons existantes, mises à disposition par les communautés locales avec un matériel médical de base et un kit de médicaments essentiels ; un infirmier guinéen y consultait gratuitement les réfugiés et les guinéens, généralement assisté par un agent de santé libérien réfugié.

L'infirmier prenait poids et taille de chaque enfant consultant afin de dépister les mal nourris. Un système très simple de notification des maladies a rapidement été mis en place, ainsi que pour les cas compliqués nécessitant un médecin ou une hospitalisation, un circuit de référence vers les hôpitaux de la région. Pour les enfants malnutris, des centres de récupération nutritionnelle ont été installés dans les services de pédiatrie des hôpitaux de la zone.

Des équipes mobiles de vaccination ont été organisées dès les premiers jours. Elles tournaient dans les villages où les réfugiés s'étaient installés et vaccinaient contre la rougeole tous les enfants entre six mois et cinq ans.

L'ensemble de ces activités était supervisé par des médecins du ministère de la Santé publique et de MSF<sup>1</sup> ; toutes les interventions médicales étaient coordonnées par l'Inspection régionale de la santé.

1. Médecins sans Frontières, ONG déjà partenaire opérationnel du ministère de Santé publique pour ce programme, avant l'arrivée des réfugiés.

Peu de distribution alimentaire pendant les cinq premiers mois, sans que pour cela la situation nutritionnelle ne se dégrade, grâce à la population locale qui partageait la nourriture avec les réfugiés. Après cette période initiale, le Programme alimentaire mondial (PAM) a commencé l'acheminement de vivres, qui étaient ensuite distribués par la Croix rouge guinéenne. Cette distribution était la bienvenue car les stocks de vivres commençaient à diminuer. Des activités pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu ont également été mises en œuvre.

#### Ensuite

Comme de nouvelles vagues de réfugiés arrivaient dans d'autres zones du pays, la même approche de base s'est étendue sur plusieurs préfectures en zones rurale et urbaine. Progressivement, cinq hôpitaux, une vingtaine de centres de santé et une trentaine de postes de santé ont été inclus dans le PARLS. D'autres organisations médicales<sup>2</sup> se sont également impliquées dans ce programme ; celles déjà en place ont été renforcées afin de faire face au volume de travail accru. Le programme médical a ainsi pu être mené par le ministère de la Santé publique sans que de nouvelles organisations qui ne travaillaient pas encore en Guinée, soient obligées d'intervenir dans le volet médical du PARLS, pendant les premières années.

Des enquêtes nutritionnelles et de couverture vaccinale antirougeoleuse ont été régulièrement effectuées. Progressivement, d'autres activités médicales ont été introduites dans le PARLS.

En 1991, des activités nutritionnelles ont été mises en place dans certains postes et centres de santé :

- distribution de suppléments alimentaires aux enfants légèrement malnutris (entre 70 et 80 % poids/taille) et prise en charge des cas de malnutrition sévère (< 70 % poids/taille) par des centres nutritionnels extra-hospitaliers,
- plus tard, en collaboration avec des sages-femmes libériennes, des consultations prénatales et de planification familiale ont été ouvertes dans les postes de santé.

Dans certaines zones, des animateurs de santé choisis parmi les réfugiés, devaient rapporter certaines informations épidémiologiques et démographiques, sensibiliser et aider la population à l'assainissement de l'eau, l'objectif étant de renforcer les liens entre les services de santé et la population.

2. Mission philafricaine (MPA), la Coopération technique allemande (GTZ) qui appuyaient déjà le ministère de la Santé publique dans ces zones.

### **III. Résultats du volet médical du PARLS**

#### **Soins curatifs**

Le programme a permis une extension rapide de la couverture sanitaire sur toute la zone affectée par l'arrivée des réfugiés. Cette couverture était encore relativement faible avant leur arrivée. Le taux d'utilisation des structures sanitaires par les réfugiés se situe entre 0,5 à 1,0 épisode par personne et par an, ce qui est très proche des taux d'utilisation de la population guinéenne, avec néanmoins des variations importantes d'un endroit à un autre. Dans les hôpitaux, le taux d'utilisation reste faible, autant pour la population guinéenne que pour les réfugiés. L'explication n'est pas évidente parce que les réfugiés bénéficient ici également de la gratuité. Le manque de transport et de possibilité de logement en ville sont souvent évoqués comme un problème important. C'est ainsi que dans la préfecture de Guéckédou, qui compte le plus grand nombre de réfugiés, un hôpital rural plus proche des populations a été mis en place. Une ambulance y assure le transport des malades. Dans la ville de Guéckédou une maison de passage pour les malades et accompagnants a été organisée pour résoudre le problème d'hébergement en ville.

Les ressources mises en œuvre par le PARLS ont permis de renforcer et de consolider toutes les structures sanitaires de la zone. Selon les analyses du ministère de la Santé publique et de l'UNICEF, comparées au reste du pays, les centres de santé de la Région forestière atteignent maintenant les meilleures couvertures sanitaires et sont les plus fiables. Ce bon résultat est en partie dû à l'appui du programme d'assistance aux réfugiés.

Les réfugiés libériens, qui au Liberia étaient habitués à des services de santé différents, ne sont souvent pas satisfaits des services de santé guinéens. Ils se plaignent parfois d'un mauvais accueil, du nombre limité de médicaments et surtout de recevoir rarement des injections. Les réseaux d'animateurs de santé créés avec l'objectif d'améliorer les liens entre les services de santé et la population, n'ont pas tellement réussi à pallier ce problème.

#### **Contrôle des épidémies**

Il a fallu faire face à des épidémies de bérubéri, choléra, rougeole et méningite. Chacune a été rapidement détectée par le système de surveillance mis en place. Les capacités d'intervention des services de santé périphériques se sont révélées insuffisantes pour ce type de

situation et les mesures de contrôle d'épidémies ont été mises en œuvre par des équipes mobiles du PARLS. Le bérubéri est resté limité à un groupe de réfugiés très spécifique et mal intégré dans la population. Une campagne de vaccination contre la méningite a été menée par les équipes mobiles. Pour la prise en charge des cas de choléra, des centres de réhydratation ont été ouverts dans les postes et centres de santé qui signalaient des cas. Quand le problème d'accessibilité géographique se posait, des centres de réhydratation ont été ouverts dans les villages atteints et des mesures de chloration de l'eau de consommation prises. Les résultats de cette approche étaient variables, excellents à certains endroits, moins bons à d'autres.

#### **Vaccination antirougeoleuse**

Les équipes mobiles de vaccination ont réussi à atteindre des taux de vaccination antirougeoleux variant entre 60 et 80 % selon les zones. Quand la situation était jugée stabilisée dans certaines zones, la décision a été prise d'y responsabiliser les centres de santé pour la vaccination de toute la population et ceci pour les six antigènes du PEV et d'arrêter les activités des équipes mobiles. Malheureusement cette décision a eu comme résultat une chute importante de la couverture vaccinale antirougeoleuse. Pour pallier cette déficience, des équipes mobiles sont à nouveau venues renforcer les activités des centres de santé.

#### **Activités nutritionnelles**

La surveillance par la prise systématique de l'indice poids/taille à la consultation curative, par des enquêtes transversales régulières, a permis de suivre l'état nutritionnel de la population. En dépit des quantités limitées de nourriture distribuée (en moyenne moins de 1 000 kcal/pers/jour), la situation nutritionnelle générale ne s'est jamais fortement dégradée. Malgré ce résultat global positif à certains endroits où la concentration de réfugiés était particulièrement élevée, la situation nutritionnelle s'est quand même dégradée en 1995. Pourtant, une bonne partie de la population réfugiée a pu développer des activités économiques : travail agricole dans les champs des Guinéens ou sur des terres mises à disposition, extraction traditionnelle de l'huile de palme ou encore artisanat.

Les enfants atteints de malnutrition modérée recevaient dans les postes et centres de santé des suppléments de nourriture, tels que weath soya blend (WSB) ou corn soya blend (CSB) sans que cela pose de grands problèmes. Mal-

## le rôle des services de santé du pays d'accueil dans la prise en charge des réfugiés : l'expérience de la Guinée

gré ce programme, il y avait encore régulièrement des enfants avec un poids/taille inférieurs à 70 %. Le plus souvent, il s'agissait de cas sociaux (orphelins, enfants à la charge de la grand-mère, etc.) ou de jumeaux. Leur prise en charge dans les hôpitaux et centres nutritionnels a fait l'objet de nombreuses formations et de supervisions, et malgré ces efforts, les résultats sont restés faibles.

Plus tard, de nouveaux réfugiés libériens sont arrivés assez affaiblis et mal nourris, c'est alors que d'autres organismes<sup>3</sup> sont venus renforcer les activités nutritionnelles dans la préfecture de Macenta.

### IV. Conditions

L'approche utilisée en Guinée n'est certainement pas possible dans toutes les situations. Beaucoup de conditions favorables étaient réunies : l'arrivée de différentes vagues de réfugiés s'est faite de manière progressive, leur affluence n'a jamais complètement déstabilisé la situation, dans une région forestière fertile où ils ont trouvé des populations apparentées qui les ont bien accueillis, leur état de santé n'était pas très altéré pour la majorité d'entre eux.

La qualité et la couverture des services de santé étaient suffisantes pour permettre cette approche. Toutes les structures étaient régulièrement approvisionnées en médicaments essentiels, sans ruptures de stock importantes, et partout du personnel présent, formé et supervisé. Le système de recouvrement des coûts déjà en place et la facturation des soins au Haut Commissariat aux réfugiés, pouvaient facilement se greffer.

Les organisations non gouvernementales appuyant déjà le ministère de la Santé publique avant l'arrivée des réfugiés étaient prêtes à s'investir immédiatement dans un programme d'assistance aux réfugiés selon les modalités adaptées aux réalités locales. Le souci de sauvegarder les structures sanitaires nationales était présent, tant au niveau du ministère de la Santé publique que pour les décideurs des organisations non gouvernementales impliquées, il s'agissait là d'une préoccupation majeure.

Le bailleur de fonds principal (l'Union européenne) a immédiatement compris l'enjeu et

financé le programme d'assistance aux réfugiés, ainsi que le développement de tout le secteur de santé de la zone concernée sur une longue période. Le Haut Commissariat aux réfugiés a également entériné et approuvé les options prises et accepté que les financements, dans le secteur de santé, bénéficient partiellement aux autochtones et pas exclusivement aux réfugiés.

La dernière condition, et sans doute la plus importante, est que le gouvernement de la Guinée ait accepté d'accueillir des centaines de milliers de réfugiés sur son territoire, sans leur imposer de contraintes majeures : ils peuvent s'installer où ils veulent, chercher un emploi, utiliser les services de santé guinéens...

### V. Avantages

D'après l'expérience guinéenne, nous pouvons dire que l'approche consistant à éviter la constitution de camps de réfugiés et à utiliser le plus possible les structures de santé du pays hôte a beaucoup d'avantages. D'abord, elle a permis aux réfugiés de s'installer là où ils avaient des liens de parenté, de garder un degré d'autonomie important. Cette stratégie a pu assurer l'accès aux soins de santé pour les réfugiés, éviter des épidémies importantes, permis de renforcer les structures et les capacités du pays hôte. Grâce au PARLS, plusieurs structures sanitaires ont pu être réhabilitées, un nombre important d'agents a été formé, des agents de santé au chômage ont trouvé un emploi, des équipes-cadres de district ont obtenu plus de ressources pour superviser et suivre les structures de santé dans leurs districts, reçu une formation permettant un meilleur contrôle des épidémies. Les ressources arrivées dans le pays dans le cadre de l'assistance aux réfugiés ne bénéficiaient pas exclusivement aux réfugiés, mais également à la population hôte. Autre point important : le coût d'un tel programme. On a pu estimer que le coût du programme médical était de 4 dollars US par réfugié et par an, ce qui est largement en dessous du coût nécessaire à l'organisation des soins de santé dans les camps de réfugiés (souvent 15-20 dollars US/réfugié/an). Mais l'aspect le plus important est que les réfugiés aient pu développer leurs propres activités économiques et que l'esprit « d'assisté », de dépendance totale, prédominante dans les camps de réfugiés « chroniques », lui-même source de nombreux problèmes de santé, ait pu être évité.

3. Action contre la faim, l'Église protestante évangélique, le Jesuit Refugee Service.

## VI. Limites et faiblesses

Le Libéria était avant la guerre bien plus riche que la Guinée. Dans leur propre pays, les réfugiés libériens étaient habitués à des services de santé de bonne qualité. En Guinée, ils ont trouvé des services différents, et parfois une qualité de soins laissant à désirer. Le programme PARLS a permis, dans certaines structures guinéennes, d'améliorer leur niveau, mais ceci n'a pas été le cas partout, parfois l'engagement de certains responsables pour résoudre les problèmes restait insuffisant.

L'utilisation effective des agents de santé libériens et sierra-léonais dans le PARLS s'est révélée difficile et s'est heurtée à une réticence importante, tant de la part du MSP guinéen que des organisations impliquées dans le programme. Tous craignaient les problèmes de gestion si on donnait trop de responsabilité aux réfugiés. C'est ainsi qu'ils devaient souvent travailler comme traducteurs ou assistants, sous les ordres d'agents guinéens parfois moins qualifiés qu'eux-mêmes. Il en résulte que bon nombre d'agents de santé libériens travaillent comme infirmiers ou sages-femmes « privés », sans équipement, approvisionnement et supervision.

Autre problème, le fait que les Guinéens doivent payer les soins et que les réfugiés bénéficient de la gratuité. Cette décision était justifiée pendant la période d'urgence mais a provoqué par la suite des frictions, des problèmes de gestion dans les services de santé qui ont des difficultés à identifier les réfugiés. Ainsi dans certaines structures, la catégorie des Guinéens, c'est-à-dire les payants, a presque disparu et s'est « transformée » en « réfugiés ». Depuis longtemps, il existe un accord entre les partenaires opérationnels à l'introduction progressive de la participation financière des réfugiés au coût des soins de santé, mais à ce jour, la mise en œuvre pratique n'a pu se faire.

Quand on greffe un programme d'assistance aux réfugiés sur les structures de santé du pays hôte, il faut tenir compte du fait que la capacité d'intervention rapide en cas d'épidémie existe rarement au sein du district de santé ; prêter une attention particulière à la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique et préparer dès le début les interventions en cas d'épidémie. Cette capacité d'intervention rapide se révélera très utile, également dans le cadre des soins de santé primaires aux populations autochtones, en cas d'épidémie de choléra ou de rougeole. Même quand les services de santé sont d'un niveau acceptable, il faut se rendre compte

qu'ils ne peuvent résoudre tous les problèmes. Cette réalité a été démontrée récemment quand les distributions de nourriture de base ont commencé à être insuffisantes. Les tentatives de distribution, à travers les structures de santé, de rations alimentaires aux personnes vulnérables se sont montrées bien moins efficaces et acceptables que la distribution par les canaux d'organismes de réfugiés, en particulier via les femmes.

## VII. Les dangers

Il y a un danger réel à cette approche : le fait que les réfugiés ont atteint un certain niveau d'intégration dans la population guinéenne semble être le prétexte pour certains opérateurs pour les négliger. Il ne faut pas oublier que les réfugiés restent toujours des personnes très vulnérables. Si ce sont des paysans, ils sont presque toujours sans terre ; s'ils ont une profession, ils sont souvent chômeurs. La migration forcée se traduit pour une grande proportion des réfugiés par une paupérisation, si ce n'est à court terme, du moins à moyen terme. Un programme d'assistance comme celui de la Guinée peut éviter certaines catastrophes, comme des épidémies majeures, une famine, mais il ne peut éviter cette paupérisation. Seuls des programmes de développement et des activités génératrices de revenus pourront prévenir ce phénomène. Sur ce plan, en Guinée aussi, beaucoup reste à faire.

## Conclusion

Sous certaines conditions, les services de santé du pays hôte peuvent jouer un rôle important dans l'assistance aux réfugiés. Si cette opération est politiquement acceptable et faisable, tant pour le pays d'accueil que pour le Haut Commissariat aux réfugiés et les bailleurs de fonds, elle a beaucoup d'avantages, pas seulement pour les réfugiés, mais également pour les services de santé et la population locale qui peuvent en bénéficier. Elle a également ses limites dont il faut être conscient et qui méritent une attention particulière. Néanmoins, il ne faut jamais oublier que les réfugiés restent toujours une population très vulnérable. L'intégration ne peut devenir le prétexte pour les oublier ou les négliger.

