



Réseau des femmes
parlementaires

LES BESOINS EN SANTÉ DES FEMMES ET DES FILLES RÉFUGIÉES

Projet de rapport

Présenté par Mme Sylvie Boucher, députée
Rapporteuse (Canada)

Réunion du Réseau des femmes parlementaires
Ottawa (Canada) | 19-20 mars 2018

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION.....	1
PORTRAIT DES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE	1
LES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE ET L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ	2
A. Les besoins spécifiques des réfugiées	2
B. Les facteurs ayant un impact sur l'accès aux soins de santé des réfugiées	3
1. La langue, l'emploi et le statut socio-économique	4
2. La culture et la religion	5
3. Les personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers et bispirituelles	6
LES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE ET LES BESOINS EN SANTÉ	7
A. La violence sexuelle et fondée sur le genre.....	7
1. Les violences sexuelles liées aux conflits.....	7
2. Les violences sexuelles dans les camps de réfugiés	8
3. Les mutilations génitales féminines et l'excision	9
4. Les besoins de santé des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre	10
B. La santé reproductive	11
1. La santé maternelle.....	12
a. Dépression post-partum.....	12
2. L'accès aux produits d'hygiène féminine	14
3. La planification familiale	14
C. La santé mentale	15
ANNEXE A – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES AU SUJET DES RÉFUGIÉS RÉSIDANT SUR LE TERRITOIRE DES SECTIONS MEMBRES ET ASSOCIÉES DE L'ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DE LA FRANCOPHONIE	

INTRODUCTION

À la réunion du Réseau des femmes parlementaires de l'Assemblée parlementaire de la Francophonie (APF) de juillet 2017 au Luxembourg, il a été convenu que la section canadienne prépare un nouveau projet de rapport ayant pour thème la santé des femmes réfugiées. Le présent document constitue une première ébauche de ce projet de rapport.

La première section de cette ébauche de rapport présente un portrait des réfugiées dans le monde et dans l'espace francophone. La section suivante détaille différents facteurs qui ont un impact sur l'accès aux soins de santé des réfugiées. Pour terminer, différents besoins en santé des réfugiées, particulièrement les besoins découlant de la violence sexuelle et fondée sur le genre, de la santé sexuelle et reproductive et de la santé mentale, sont détaillés.

PORTRAIT DES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE

L'article premier de la *Convention relative au statut des réfugiés* définit un réfugié comme une personne qui

craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut pas ou, du fait de cette crainte, ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner¹.

Selon des données récentes publiées par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), il n'y a jamais eu autant de personnes déplacées dans le monde². Des 65,6 millions de personnes déracinées, 22,5 millions sont des réfugiés; de ce nombre, 17,2 millions relèvent de la compétence du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et 5,3 millions relèvent de la compétence de l'Office de secours et de travaux des Nations unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA)³.

La population mondiale actuelle de réfugiés se compose principalement de gens provenant de pays non européens, alors qu'auparavant elle se composait surtout de réfugiés de l'Europe de l'Est des suites de la Seconde Guerre mondiale⁴. Actuellement, plus de 55 % des réfugiés proviennent de la Syrie, de l'Afghanistan et du Soudan du Sud.

Selon le HCR, les principaux pays d'accueil des réfugiés sont la Turquie, le Pakistan et le Liban. Des sections membres et associées de l'APF pour lesquelles les données compilées par le HCR sont disponibles, le Liban, la République démocratique du Congo (RDC), le Tchad et le Cameroun comptent

¹ Organisation des Nations Unies [ONU], [Convention relative au statut des réfugiés](#), art. 1(a)(2).

² Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés [HCR], [Aperçu statistique](#).

³ *Ibid.*

⁴ Gil Loescher, Alexander Betts et James Milner, « UNHCR: The politics and practice of refugee protection (second edition) », *Routledge*, Londres, 2011 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

le plus de réfugiés sur leur territoire. Un tableau présentant les données pour les sections membres et associées de l'APF se trouve à l'Annexe A de ce rapport.

Selon les données publiées par le HCR, plus de 50 % des réfugiés sont âgés de moins de 18 ans⁵ et 55 % sont des femmes et des filles⁶.

En date du 14 février 2018, le HCR assure le suivi de quatre situations d'urgence se déroulant au sein des sections membres et associées de l'APF, soit les situations :

- **En République centrafricaine** : plus de 543 000 réfugiés centrafricains se trouvent dans les États limitrophes de la République centrafricaine (Cameroun, Tchad, RDC et Congo)⁷. Les femmes représentent 53 % des réfugiés centrafricains. Par ailleurs, 30 % des réfugiés centrafricains sont des filles âgées de moins de 18 ans⁸.
- **En République démocratique du Congo** : plus de 508 000 réfugiés originaires de la RDC ont fui vers d'autres États sur le continent africain, les femmes et les filles représentant 51 % de nombre. La RDC accueille également plus de 537 000 réfugiés d'autres pays sur son territoire, principalement de l'Ouganda, du Rwanda, de la Tanzanie et du Burundi⁹.
- **Au Burundi** : le HCR estime que près de 394 000 personnes ont fui le Burundi depuis le début de la crise politique en avril 2015¹⁰. Les femmes représentent 49 % des réfugiés burundais et un peu plus de 26 % des réfugiés burundais sont des filles âgées de moins de 18 ans¹¹.
- **En République arabe syrienne** : en date du 8 février 2018, le HCR a enregistré plus de 5,5 millions de réfugiés syriens, 47,7 % de ce nombre étant des femmes. Par ailleurs, environ 995 000 réfugiés syriens sont enregistrés au Liban, dont 52,5 % sont des femmes¹².

De plus, le HCR assure un suivi particulier des arrivées en Europe via les trois différentes routes de migration autour de la mer Méditerranée. En 2017, plus de 170 000 personnes ont traversé la mer Méditerranée pour rejoindre l'Europe, principalement l'Espagne, la Grèce et l'Italie. De ce nombre, environ 13 % étaient des femmes et 19 % des enfants¹³.

LES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE ET L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

A. Les besoins spécifiques des réfugiées

En octobre 2006, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a reconnu, dans sa *Conclusion sur les femmes et les filles dans les situations à risque*, que,

⁵ *Ibid.*

⁶ HCR, [UNHCR Statistical Yearbook 2015](#), 2017, p. 105 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷ Portail opérationnel – Crises de réfugiés, [Réponse Régionale à la crise des Réfugiés en République centrafricaine](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁸ *Ibid.*

⁹ Portail Interagence de partage de l'Information, « [Réponse Régionale à la crise des Réfugiés en RDC](#) », *Vue d'ensemble*.

¹⁰ Portail opérationnel – Crises de réfugiés, [Burundi Situation](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹¹ *Ibid.*

¹² Portail Interagence de partage de l'Information, « [Réponse Régionale à la crise des Réfugiés en Syrie](#) », *Lebanon*.

¹³ Portail Interagence de partage de l'Information, [Mediterranean Situation](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

si les hommes et les garçons déplacés de force rencontrent également des problèmes de protection, les femmes et les filles peuvent être exposées à des problèmes de protection particuliers liés à leur genre, leur situation culturelle et socio-économique, et leur statut juridique, ce qui implique qu'elles peuvent avoir moins de chances que les hommes et les garçons de pouvoir exercer leurs droits et qu'une action spécifique en leur faveur pourrait être nécessaire pour veiller à ce qu'elles puissent jouir d'une protection et d'une assistance sur un pied d'égalité avec les hommes et les garçons¹⁴.

Les réfugiées ont besoin d'une protection particulière en raison de leur genre. Elles doivent, par exemple, être davantage protégées contre les manipulations, les violences et l'exploitation sexuelles et physiques, ainsi que contre la discrimination sexuelle en ce qui concerne la distribution des biens et des services. Plusieurs chercheurs ont indiqué que la violence sexiste, la santé et le bien-être mental, l'intégration culturelle, les conflits familiaux et les problèmes liés à l'emploi sont des sujets particulièrement préoccupants pour les réfugiées¹⁵.

Pourtant, selon ONU Femmes, « les besoins, les priorités et les voix des réfugiées et des migrantes sont souvent ignorés dans les politiques mises en place pour les protéger et les aider¹⁶ ». En effet, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (UNOCHA) a observé que seuls 4 % des projets ayant fait l'objet de sollicitations entre agences de l'ONU ciblaient les femmes et les filles en 2014, même si ces dernières représentent près de la moitié des réfugiés¹⁷.

Par ailleurs, les programmes et services à l'intention des réfugiées donnent des résultats mitigés. Le HCR et ONU Femmes ont publié plusieurs rapports sur la mise en œuvre dans différents pays de services, programmes et engagements divers visant à venir en aide aux réfugiées. Dans ces rapports, on conclut que les services et protections adaptés aux réfugiées ne sont pas suffisants¹⁸.

B. Les facteurs ayant un impact sur l'accès aux soins de santé des réfugiées

Plusieurs facteurs peuvent avoir un impact négatif sur l'accessibilité des soins de santé pour les réfugiés. Selon une étude européenne, les réfugiés font face à cinq principales difficultés lorsqu'ils désirent accéder à des soins de santé :

- documentation : des problèmes d'alphabétisme et de langue peuvent constituer des obstacles dans un système exigeant une documentation exhaustive;

¹⁴ HCR, « [Conclusion sur les femmes et les filles dans les situations à risque](#) », Assemblée générale, 57^e session, A/Ac.96/1035, 10 octobre 2006, p. 6.

¹⁵ Badiah Haffejee et Jean East, « African Women Refugee Resettlement: A Womanist Analysis », *Journal of Women and Social Work*, vol. 21, n° 2, 2012. Voir aussi : Marta Young et K. Chan, « The Psychological Experience of Refugees: A gender and cultural analysis », dans *Psychology of Gender Through the Lens of Culture*, éd. S. Safdar, N. Kosakowska-Beresecka, Springer International Publishing, Suisse, 2015, p. 17 à 26 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁶ ONU Femmes, « [Les réfugiées et les migrantes](#) », *Gros plan*.

¹⁷ Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, [World Humanitarian Data and Trends 2015](#), 2016, p. 23 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

¹⁸ Voir par exemple : ONU Femmes, [Gender Assessment of the Refugee and Migration Crisis in Serbia and FYR Macedonia](#), Istanbul, Turquie, 2016; HCR, [UNHCR Review of Gender Equality in Operations Summary Version](#), 2016; et ONU Femmes, [Inter-Agency Assessment Gender-Based Violence and Child Protection among Syrian Refugees in Jordan](#), Amman, Jordanie, 2013 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

- confusion à propos de l'admissibilité : les différences d'admissibilité associées aux divers statuts de migrant accroissent la confusion autant pour la personne qui souhaite recevoir des soins que pour le professionnel de la santé, et les professionnels refusent de fournir les services;
- organisation des services de santé en conjonction avec les services d'immigration : il se peut que les services d'un spécialiste soient utilisés plutôt que ceux d'un généraliste;
- questions géographiques : les services de santé dans les capitales sont loin des centres de réception et de détention des réfugiés et les moyens de transport abordables sont déficients;
- structures de financement : les réfugiés et demandeurs d'asile sans emploi ou pauvres n'ont peut-être pas la documentation et les ressources nécessaires pour couvrir les coûts d'un système de sécurité sociale;
- paiements informels : les réfugiés et demandeurs d'asile sans emploi ou pauvres n'ont peut-être pas les ressources nécessaires pour couvrir les coûts¹⁹.

Toutefois, la population mondiale de réfugiés n'est pas homogène; les réfugiés ont différentes origines, cultures, religions, ethnicités, statuts socioéconomiques, identités de genre et orientations sexuelles. Ainsi, les besoins des réfugiés, notamment en santé, nécessitent une attention particulière et des approches différentes de la part de leurs pays d'accueil. La section suivante présente un aperçu de ces différences croisées et de la façon dont elles influent sur les besoins des réfugiées en matière de santé.

1. La langue, l'emploi et le statut socio-économique

La langue joue un rôle clé dans l'accès aux services, la participation à des cours, l'obtention d'un emploi et le développement de connexions sociales²⁰. Pour certains groupes d'immigrants et de réfugiés, la connaissance de la langue du pays d'accueil peut représenter un défi. Par exemple, les femmes immigrantes ayant le français comme première langue officielle parlée ont en moins grande proportion un diplôme d'études ce qui a un impact sur leur capacité linguistique²¹.

La santé des réfugiées est liée à leurs compétences linguistiques : selon une étude sur les migrants au Canada, réalisée en 2011, les compétences linguistiques sont liées à l'accès aux soins de service et à l'état de santé autodéclaré²². La prévalence de l'autodéclaration d'un piètre état de santé augmente parmi les migrants dont les compétences linguistiques sont faibles. De plus, toujours selon l'étude, parmi les populations de réfugiés en 2005, 15 % des réfugiées déclaraient un piètre état de santé après les quatre premières années passées au Canada, comparativement à 10 % chez les hommes²³. La

¹⁹ Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la santé [OMS], « [Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region](#) », *Health Evidence Network synthesis report 44*, Hannah Bradby, Rachel Humphris, Dave Newall, Jenny Phillimore, 2015, p. 16 [TRADUCTION].

²⁰ Elisha Riggs *et al.*, « Flexible Models for Learning English are Needed for Refugee Mothers », *Australian Journal of Adult Learning*, vol. 52, n° 2, juillet 2012, p. 398 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

²¹ Gouvernement du Canada, [Portrait statistique de la population immigrante de langue française à l'extérieur du Québec \(1991 à 2011\)](#), juin 2014.

²² Edward Ng, Kevin Pottie et Denise Spitzer, « [Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada](#) », *Rapports sur la santé, Statistique Canada*, vol. 22, n° 4, Ottawa, décembre 2011.

²³ *Ibid.*

même étude indique que les femmes invoquent souvent la langue comme obstacle pour accéder à des services de santé, et le manque d'accès aux services de santé est associé à la détérioration générale de l'état de santé autodéclaré²⁴.

Selon une autre étude réalisée en 2011, les réfugiées au Canada qui étaient nouvellement mères étaient souvent incapables de communiquer en français ou en anglais, avaient de la difficulté à avoir accès à des cours de langue et hésitaient à contacter les services d'urgence en cas de besoin, de peur de ne pas être capables de communiquer.²⁵ Il est possible que le manque de compétences linguistiques d'une mère mène à l'isolation sociale et à la marginalisation; ses enfants pouvant également en souffrir. En effet, si les réfugiées ne connaissent pas la langue, il se peut qu'elles aient de la difficulté à communiquer avec l'enseignant de leurs enfants, de même qu'avec des professionnels de la santé²⁶. Par ailleurs, selon Merry *et al.*, les réfugiées qui sont nouvellement mères manquent de connaissances relativement aux soins du bébé et à leurs propres soins, et, en raison de la langue, les professionnels de la santé ont souvent de la difficulté à transmettre ces connaissances aux mères²⁷.

2. La culture et la religion

Les croyances, les traditions et les racines culturelles, de même que des facteurs socioéconomiques, influent sur les perceptions des immigrantes et des réfugiées de leur santé émotionnelle et physique ainsi que sur la gestion de leur santé²⁸.²⁹ S'il est important que les réfugiées s'intègrent et s'adaptent bien dans leur pays d'accueil, le manque de soins culturellement adaptés pourrait entraîner un diagnostic erroné par un professionnel de la santé, car la manifestation, l'interprétation et la description des symptômes peuvent varier selon l'ethnicité et la culture du patient. Le problème de santé risque également de ne pas être traité³⁰. Pour certains migrants, l'accès aux systèmes canadiens de soins de santé peut être difficile. En effet, les nouveaux arrivants peuvent ne pas être à l'aise et ne pas bien connaître la structure et la culture du système de soins de santé au Canada³¹.

Les immigrantes et les réfugiées qui ont participé à une étude canadienne ont décrit leurs croyances et pratiques spirituelles comme étant une source d'identité communautaire, de soutien, ainsi qu'un moyen efficace de composer avec divers problèmes de santé. Selon les participantes, leur religion leur fournit

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Lisa Merry *et al.*, « Refugee Claimant Women and Barriers to Health and Social Services Post-Birth », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 10, n° 4, 2011, p. 286 à 290 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

²⁶ Elisha Riggs *et al.*, « Flexible Models for Learning English are Needed for Refugee Mothers », *Australian Journal of Adult Learning*, vol. 52, n° 2, juillet 2012, p. 401 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Joyce O'Mahony *et al.*, « Cultural Background and Socioeconomic Influence of Immigrant and Refugee Women Coping with Postpartum Depression », *Immigrant and Minority Health*, vol. 15, 2013, p. 300 à 314 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

²⁹ Joyce O'Mahony *et al.*, « Cultural Background and Socioeconomic Influence of Immigrant and Refugee Women Coping with Postpartum Depression », *Immigrant and Minority Health*, vol. 15, 2013, p. 300 à 314 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

³⁰ Anne-Marie Robert et Tara Gilkinson, « [Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada](#) », *Citoyenneté et Immigration Canada*, novembre 2012.

³¹ *Ibid.*

un sens de familiarité duquel elles puisent leur force et retrouvent leur identité³². Il est possible que la maîtrise de la langue du pays d'accueil, la fierté ethnique et le soutien de la famille et de la communauté ethnique soient associés à une meilleure santé pour les nouveaux arrivants³³.

3. Les personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers et bispirituelles

Pour certains réfugiés, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, le statut de réfugié et l'identité raciale ou ethnique peuvent former des obstacles particuliers; non seulement ils doivent justifier leur statut de réfugié, mais ils doivent aussi défendre leur identité en tant que membre des minorités sexuelles et de genre³⁴. De même, la recherche montre que l'orientation sexuelle et l'identité de genre des réfugiés racialisés ne correspondent pas nécessairement aux attentes ni aux conceptions occidentales dominantes par rapport à ces identités³⁵. Par exemple, les demandeurs d'asile peuvent ne pas s'identifier au vocabulaire utilisé dans leur pays d'accueil pour décrire les personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers et bispirituelles. Un demandeur d'asile pourrait ne pas connaître ou ne pas s'identifier au terme *transgenre*, mais décrire une réalité personnelle associée à cette identité de genre dans son pays d'accueil³⁶. Il est possible que les demandeurs d'asile tentent d'adapter leur façon de se présenter aux stéréotypes associés à leur orientation sexuelle et/ou à leur identité de genre de leur pays d'accueil pour accroître les chances que leur demande de réfugié soit acceptée³⁷. Dans cette situation, les demandeurs d'asile ne mentent pas sur leur orientation sexuelle et sur leur identité de genre, mais cherchent plutôt à avoir un comportement qui reflète les stéréotypes communs associés à leur orientation sexuelle et à leur identité de genre. Au Canada, des recherches démontrent que les décideurs de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada pourraient se référer à des stéréotypes sur les personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers et bispirituelles pour déterminer la crédibilité des demandeurs d'asile³⁸.

S'ils doivent modifier leur comportement, il est possible que les réfugiés des communautés lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queers et bispirituelles ne reçoivent pas les soins médicaux adéquats. En effet, il est possible que les réfugiés qui s'identifient comme faisant partie des minorités sexuelles et de genre hésitent à utiliser certains services, par exemple les services de santé. D'ailleurs, la recherche montre qu'il est important que les fournisseurs de services tiennent compte de ces facteurs pour répondre aux besoins de réfugiés appartenant à ces groupes minoritaires³⁹.

³² Joyce O'Mahony *et al.*, « Cultural Background and Socioeconomic Influence of Immigrant and Refugee Women Coping with Postpartum Depression », *Immigrant and Minority Health*, vol. 15, 2013, p. 300 à 314 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

³³ Anne-Marie Robert et Tara Gilkinson, « [Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada](#) », *Citoyenneté et Immigration Canada*, novembre 2012.

³⁴ Edward Ou Jin Lee et Shari Brotman, « Speak Out! Structural intersectionality and anti-oppressive practice with LGBTQ refugees in Canada », *Revue canadienne de service social*, vol. 30, n° 2, 2013, p. 157 à 183 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

LES RÉFUGIÉES DANS L'ESPACE FRANCOPHONE ET LES BESOINS EN SANTÉ

Les réfugiés, tant les hommes que les femmes, rencontrent un certain nombre de problèmes sanitaires particuliers en raison de leur situation précaire. Toutefois, les réfugiées rencontrent des problèmes uniques en raison de leur genre et des inégalités entre les hommes et les femmes. Cette section présente différents besoins en santé des réfugiées, particulièrement les besoins découlant de la violence sexuelle et fondée sur le genre, de la santé sexuelle et reproductive et de la santé mentale.

A. La violence sexuelle et fondée sur le genre

1. Les violences sexuelles liées aux conflits

Les Nations Unies définissent « les violences sexuelles liées aux conflits » comme étant « des actes tels que le viol, l'esclavage sexuel et la prostitution, la grossesse, l'avortement, la stérilisation et le mariage forcés, ainsi que toute autre forme de violence sexuelle de gravité comparable, perpétrés contre des femmes, des hommes, des filles ou des garçons, et ayant un lien direct ou indirect avec un conflit⁴⁰ ».

Dans les zones de conflits, les violences sexuelles sont souvent utilisées comme tactique de guerre ou de terrorisme. Par exemple, ces violences peuvent prendre « la forme de viols stratégiques et généralisés, notamment de viols multiples, perpétrés par plusieurs parties à des conflits armés, notamment dans le cadre de meurtres, de pillages, de saccages, de déplacements forcés ou de détentions arbitraires⁴¹. » Ces violences sont notamment utilisées pour contrôler la sexualité des femmes et pour générer des revenus, par exemple au moyen de l'esclavage sexuel ou de la demande de rançons⁴². Selon le *Rapport du Secrétaire général sur les violences sexuelles liées aux conflits* de 2017, les femmes et les filles peuvent être considérées comme une « forme de solde de guerre » et peuvent parfois être offertes en tant que compensation aux combattants⁴³. Il est également possible que les femmes et les filles soient victimes de viol visant à punir un homme de leur famille ou un proche⁴⁴.

Dans son rapport de 2017, le Secrétaire général sur les violences sexuelles liées aux conflits met l'accent sur un certain nombre de situations dans lesquelles des violences sexuelles liées aux conflits ont été enregistrées, notamment en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Mali, en République arabe syrienne et au Burundi⁴⁵. Par exemple⁴⁶ :

- **En République centrafricaine** : la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation en République centrafricaine « a constaté 179 cas de violences sexuelles liées aux conflits » durant l'année 2016, dont 515 viols et 54 viols collectifs.
- **En République démocratique du Congo** : la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo « a constaté 514 cas de violences sexuelles liées au conflit commises à l'encontre de 340 femmes, de 170 filles et d'un garçon » durant l'année

⁴⁰ ONU, Conseil de sécurité, *Rapport du Secrétaire général sur les violences sexuelles liées aux conflits*, S/2017/449.

⁴¹ *Ibid.*, p. 4.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

2016. Par ailleurs, le Secrétaire général sur les violences sexuelles liées aux conflits note dans son rapport de 2017 que plusieurs affaires de viols à grande échelle restent en suspens depuis 2010.

- **Au Mali** : durant l'année 2016, la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali a ouvert 23 enquêtes sur des cas de violence sexuelle liée aux conflits, notamment sur des cas de « viols, de viols collectifs, de prostitution forcée, d'esclavage sexuel et de mariage forcé. »
- **En République arabe syrienne** : les femmes et les filles sont particulièrement exposées aux risques de viol, de grossesse non désirée et de traumatisme en raison de la fréquence des mariages forcés. Les femmes et les filles peuvent également être victimes de violence sexuelle dans les camps.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) reconnaît la violence sexuelle systémique comme une cause possible de la fuite des réfugiées de leur pays d'origine; ces formes de violence « ont forcé les membres de certains groupes ethniques, culturels ou religieux à fuir leur foyer et souvent à chercher du refuge dans un autre pays⁴⁷ ». Pour les femmes en fuite, il peut être difficile d'avoir accès aux services de soins de santé généraux ou d'urgence. Par exemple, en cas de conflit armé, il peut être impossible d'accéder à des services de santé comme la planification familiale, la prévention des maladies et l'éducation sexuelle⁴⁸.

Des femmes et des filles fuient leur pays d'origine pour échapper à la persécution et à la violence sexuelle, mais les réfugiés – en particulier les femmes et les filles – peuvent également être victimes de viols et d'autres formes de violence sexuelle pendant leur fuite et après leur arrivée dans un camp de réfugiés ou dans le pays d'accueil⁴⁹. Le HCR indique que, pendant la fuite, les femmes et les filles risquent de subir de la violence sexuelle et d'être enlevées dans une optique de viols à répétition ou de prostitution, que ce soit par des bandits, des trafiquants, des gardes-frontières, des agents de police, des membres des forces militaires et irrégulières de chaque côté de la frontière ou même des responsables des camps de réfugiés⁵⁰. De plus, à leur arrivée dans un pays d'accueil ou dans un camp de réfugiés, les femmes et les filles peuvent être victimes d'extorsion de faveurs sexuelles lorsqu'elles cherchent à accéder à des biens essentiels, à se faire délivrer des documents d'identification ou à se faire octroyer le statut de réfugié⁵¹.

2. Les violences sexuelles dans les camps de réfugiés

Le fait d'avoir quitté une situation violente ou de conflit n'est pas un gage de protection contre les violences sexuelles et fondées sur le genre pour les réfugiées. Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les réfugiées vivant dans un camp de réfugiés font face à un certain nombre de facteurs de risque particuliers en lien avec la violence sexuelle et fondée sur le genre. Par

⁴⁷ HCR, « [Note sur certains aspects de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées](#) », Comité exécutif du Programme du haut-commissaire, 44^e session, 12 octobre 1993.

⁴⁸ Parlement européen, [Female refugees and asylum seekers: the issue of integration](#), Direction générale des politiques internes, Direction C : Direction des droits des citoyens et des affaires constitutionnelles, 2016, p. 37 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ HCR, « [Note sur certains aspects de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées](#) », Comité exécutif du Programme du haut-commissaire, 44^e session, 12 octobre 1993.

⁵¹ Comité exécutif du HCR, « [La protection des réfugiés et la violence sexuelle](#) », n° 73 (XLIV) dans *Documents officiels de l'Assemblée générale, supplément n° 12A (A/48/12Add.1)*, 8 octobre 1993.

exemple, les femmes et les filles vivant dans des camps de réfugiés peuvent être victimes de violences sexuelles en raison :

- de la conception et de la structure sociale des camps de réfugiés (surpeuplement, habitations abritant un grand nombre de familles, logement communautaire);
- de la conception des services et des installations des camps de réfugiés;
- de la direction des camps de réfugiés qui peuvent être à prédominance masculine;
- des décisions à orientation sexiste pouvant être prises par les autorités des camps de réfugiés⁵².

Dans les camps de réfugiés confinés, les valeurs traditionnelles en matière de comportement et de retenue peuvent s'effondrer et les femmes et les filles peuvent être agressées sexuellement par d'autres réfugiés. De plus, la frustration et le changement dans le mode de vie qu'entraîne la vie dans les camps peuvent également conduire à la violence, y compris à des sévices sexuels⁵³.

3. Les mutilations génitales féminines et l'excision

L'Organisation mondiale de la santé (l'OMS) définit les mutilations génitales féminines et l'excision (MGF/E) comme des « interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales⁵⁴ ». Plusieurs organisations internationales, par exemple l'OMS et l'UNICEF, reconnaissent les MGF/E comme étant une violation des droits fondamentaux des femmes et des filles⁵⁵, particulièrement de leur droit à la santé et de leur droit de vivre à l'abri de la torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants⁵⁶.

Les conséquences à long terme pour les victimes de MGF/E féminines peuvent être nombreuses. Par exemple, les victimes peuvent souffrir⁵⁷ :

- de douleurs;
- d'infections de l'appareil reproducteur et d'infections sexuellement transmissibles;
- de rapports sexuels douloureux;
- de risques de complications lors des accouchements et pour les nouveau-nés;
- de conséquences psychologiques.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), au regard des développements dans la jurisprudence de plusieurs États signataires de la *Convention relative au statut des réfugiés* et du *Protocole relatif au statut des réfugiés*, a établi que la crainte d'être soumise à une MGF/E peut constituer une crainte d'être persécuté selon les motifs d'appartenance à un groupe social, aux opinions

⁵² HCR, [La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : Principes directeurs pour la prévention et l'intervention](#), mai 2003, p. 23.

⁵³ HCR, « [Note sur certains aspects de la violence sexuelle contre les femmes réfugiées](#) », Comité exécutif du Programme du haut-commissaire, 44^e session, 12 octobre 1993.

⁵⁴ OMS, [Mutilations sexuelles féminines](#).

⁵⁵ Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], [Mutilations génitales féminines / excision : un aperçu statistique et étude de la dynamique des changements](#), juillet 2013, p. 7.

⁵⁶ OMS, [Mutilations sexuelles féminines](#).

⁵⁷ OMS, [Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines](#).

politiques et à la religion⁵⁸. Selon une étude menée par le HCR au sujet des demandes d'asile liées aux MGF/E dans l'Union européenne, 21 % des décisions de demandes d'asiles déposées en Belgique entre 2008 et 2011 par des femmes provenant d'États où les MGF/E sont pratiquées étaient liées aux MGF/E⁵⁹.

4. Les besoins de santé des victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre

Les conséquences sanitaires et psychosociales de la violence sexiste et fondée sur le genre sont nombreuses. Les conséquences potentielles peuvent notamment comprendre :

- des conséquences fatales (homicide, suicide, mortalité maternelle, mortalité infantile, et mortalité liée au sida);
- des conséquences physiques aiguës (blessures, choc, maladie, et infection);
- des conséquences physiques chroniques (invalidité, infections chroniques, douleur chronique, troubles gastro-intestinaux, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil et abus d'alcool et de drogue);
- des conséquences sur la santé reproductive (fausse couche, grossesse non souhaitée, avortement dangereux, maladies transmissibles sexuellement [VIH/sida, gonorrhée, chlamydie, papillomavirus humain, etc.], troubles menstruels, complications de la grossesse, troubles gynécologiques, troubles sexuels);
- des conséquences affectives et psychologiques (stress post-traumatique, dépression, anxiété, peur, colère, honte, insécurité, haine de soi, culpabilisation, maladie mentale et idées ou comportement suicidaires);
- des conséquences sociales (culpabilisation de la victime, perte de rôle et/ou de fonctions dans la société, stigmatisation sociale, rejet social et isolement)⁶⁰.

Lors de dialogues avec des représentants du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), des réfugiées ont indiqué qu'elles ne recevaient pas de support et de soins adéquats suite à des incidents de violence sexuelle⁶¹.

Selon le HCR, il est essentiel que les réponses aux instances de violence sexuelle et fondée sur le genre incluent des soins de santé adéquats, complets et accessibles. Ces soins devraient être octroyés par des professionnels de santé qualifiés et du même sexe que la victime. Le HCR souligne également qu'il est important que le suivi des soins soit assuré et que des attestations médicales soient fournies lorsque nécessaires (par exemple pour des procédures judiciaires)⁶². De plus, le HCR recommande de mettre sur places des activités à base communautaire pour répondre aux besoins psychosociaux des victimes; par exemple de former le personnel de soutien traditionnel au sein des communautés, de

⁵⁸ HCR, [Note d'orientation sur les demandes d'asile relatives aux mutilations génitales féminines](#), mai 2009, p. 14 à 16.

⁵⁹ HCR, [Trop de souffrance – Mutilations génitales féminines et asile dans l'Union européenne – Une analyse statistique](#), février 2013, p. 30.

⁶⁰ HCR, [La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : Principes directeurs pour la prévention et l'intervention](#), mai 2003, p. 24-25.

⁶¹ HCR, [UNHCR's Dialogues with Refugee Women: Progress Report on Implementation of Recommendations](#), 2013, p. 16 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁶² HCR, [La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : Principes directeurs pour la prévention et l'intervention](#), mai 2003, p. 64 à 65.

mettre sur pied des groupes de soutien et des centres de soins pour les victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre⁶³.

B. La santé reproductive

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé reproductive comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » en ce qui a trait « aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie⁶⁴ ». Les soins de santé reproductive peuvent par exemple inclure l'éducation à la planification familiale et les soins prénataux et postnataux pour les mères ainsi que la prévention et le soin des violences sexuelles et des maladies transmissibles sexuellement.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies transmissibles sexuellement peuvent avoir, dans certains cas, des conséquences importantes sur la santé reproductive des femmes, notamment la stérilité ou la transmission des infections de la mère à l'enfant. Par exemple, en 2012, sur plus de 900 000 femmes enceintes infectées par la syphilis, 350 000 femmes ont connu des complications durant leur grossesse. Par ailleurs, l'OMS estime que le papillomavirus humain (VPH) est responsable de 528 000 cas de cancer du col de l'utérus chaque année, dont 266 000 décès. De plus, la gonorrhée et la chlamydie sont des causes importantes d'inflammation pelvienne et de stérilité⁶⁵. Dans leur pays d'accueil, plusieurs facteurs peuvent empêcher ou décourager les réfugiées à consulter des professionnels de la santé au sujet de maladies transmissibles sexuellement et de leur santé sexuelle, notamment des barrières linguistiques, culturelles et socioéconomiques, des antécédents de torture ou de viol, et des iniquités entre les hommes et les femmes et la violence conjugale⁶⁶.

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les besoins en matière de santé reproductive sont accrus dans les périodes de conflit⁶⁷. Dans ces situations, l'accès à des soins de santé reproductive « peut permettre de prévenir des décès, des maladies et des handicaps consécutifs à une grossesse non désirée, à des complications obstétriques, à des violences sexuelles ou autres violences basées sur le genre, à une infection par le VIH ou tout autre problème de santé reproductive⁶⁸ ».

⁶³ *Ibid.*, p. 65.

⁶⁴ OMS, [Santé reproductive](#).

⁶⁵ OMS, « [Infections sexuellement transmissibles](#) », Aide-mémoire n° 110, août 2016.

⁶⁶ Gouvernement du Canada, « [Section 6-1 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Populations spécifiques – Immigrants et réfugiés](#) », *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*.

⁶⁷ HCR, [Plan stratégique de l'UNHCR pour la santé reproductive 2008-2012](#), p. v3.

⁶⁸ Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise, [Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire](#), 2010, p. 6.

1. La santé maternelle

La santé maternelle comprend « tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement jusqu' au postpartum⁶⁹ ». L'accès aux soins obstétricaux est donc essentiel pour prévenir les causes de morbidités et de mortalité maternelle.

Dans les situations d'urgence impliquant des réfugiés, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) recommande de mettre en place des dispositifs minimum d'urgence qui permettent de prévenir les morbidités et la surmortalité néonatales et maternelles, notamment en fournissant des kits d'accouchement individuels aux mères, aux accoucheuses traditionnelles et aux sages-femmes pour permettre l'accouchement à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène et mettant en place un système de référence des urgences obstétricales⁷⁰.

Dans les situations plus stables, une gamme complète de soins prénataux, d'accouchement et post-partum de qualité doit être offert aux réfugiées. Le HCR met l'accent sur la nécessité que ces soins soient adaptés aux besoins des réfugiées et qu'ils respectent leurs croyances, pratiques et comportements sanitaires. Par exemple, les soins prénataux peuvent inclure une évaluation de l'état de santé de la future mère, la détection et la prise en charge des complications, la surveillance de l'alimentation de la future mère et la prévention de certaines maladies⁷¹.

Lors de dialogues avec des représentants du HCR, des réfugiées ont notamment indiqué qu'elles souhaitent que les employés dans les camps de réfugiés soient formés pour performer des césariennes⁷².

Dans leur pays d'accueil, les réfugiées enceintes peuvent faire face à un certain nombre de problématiques liées à leur statut. Une étude menée auprès de réfugiées et de femmes demandeuses d'asile en Europe démontre que certaines réfugiées comprennent parfois mal ou sont inconfortables avec le système de santé de leur pays d'accueil et que les différences culturelles et linguistiques peuvent créer des problèmes de communications entre les docteurs et les réfugiées enceintes⁷³.

a. Dépression post-partum

Selon les articles publiés, bien que les causes de la dépression post-partum ne soient pas clairement définies, il existe certains facteurs de prédiction, notamment la dépression ou l'anxiété pendant la grossesse, des antécédents de dépression dans la famille, un stress récent dans la vie, la piètre qualité des relations interpersonnelles, l'absence de soutien social et des événements stressants de la vie⁷⁴.

⁶⁹ OMS, [Santé maternelle](#).

⁷⁰ HCR, [La santé reproductive en situation de réfugiés](#), Manuel de terrain interorganisations, 2001, p. 13 à 14.

⁷¹ *Ibid.*, p. 20 à 21.

⁷² HCR, [UNHCR's Dialogues with Refugee Women: Progress Report on Implementation of Recommendations](#), 2013, p. 30 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷³ Kristin Janssens, Marleen Bosmans et Prof. Dr. Marleen Temmerman, [Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe: Rights, Policies, Status and Needs](#), juin 2005, p. 87 à 90 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷⁴ Joyce O'Mahony *et al.*, « Cultural Background and Socioeconomic Influence of Immigrant and Refugee Women Coping with Postpartum Depression », *Immigrant and Minority Health*, vol. 15, 2013, p. 300 à 314 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

Selon une étude menée au Canada auprès de réfugiées, de femmes demandant l'asile, d'immigrantes et de femmes nées au Canada, la prévalence de symptômes mineurs et majeurs de dépression à une semaine et 16 semaines post-partum est plus élevée chez les réfugiées que chez les femmes nées au Canada; le taux est de 26,6 % et de 18,2 % pour les réfugiées et de 14,8 % et 7,4 % pour les femmes nées au Canada⁷⁵. De même, la recherche montre également que les mères réfugiées en période post-partum qui vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles ressentent davantage de symptômes de la dépression que celles qui vivent dans de bonnes conditions socioéconomiques⁷⁶. Certains facteurs affectant les mères réfugiées peuvent les maintenir dans ces conditions socioéconomiques difficiles. Par exemple, les exigences de la maternité et le manque de soutien social peuvent jouer sur la capacité des femmes à participer à des cours de langue, à faire des études et à se trouver un emploi⁷⁷.

Selon une étude canadienne s'intéressant à la dépression maternelle et à l'expérience des réfugiées syriennes au Canada enceintes ou qui avaient récemment accouché, il y a un écart entre les perceptions des mères syriennes et celles des chercheurs à propos des symptômes, des causes et de la prévalence de la dépression post-partum chez les Syriennes⁷⁸. Les participantes ont indiqué que, pour elles, le fait de se sentir fatiguée ou de s'ennuyer n'est pas des symptômes de dépression, et que les Syriennes étaient moins susceptibles de vivre une dépression post-partum que les autres femmes. Toutefois, les chercheurs ont conclu qu'une bonne partie des participantes présentaient des symptômes de dépression⁷⁹.

Dans le même ordre d'idées, des réfugiées nouvellement mères qui ont participé à une autre étude canadienne ont fait remarquer que le concept ou la description de la dépression post-partum n'existent peut-être pas dans d'autres cultures ou peuvent y être interprétés différemment⁸⁰. En effet, dans certaines cultures, la dépression n'est pas perçue comme étant un problème médical et est plutôt acceptée comme un effet secondaire courant de l'accouchement. Par conséquent, les femmes de ces cultures sont réticentes à demander de l'aide pour des symptômes qui semblent indiquer une dépression⁸¹. En raison de ces différences culturelles, des préjugés et de la réaction de la famille et du conjoint, et du rôle des femmes dans la structure familiale, certaines mères réfugiées hésitent à se faire soigner.

⁷⁵ Cyndy-Lee Dennis *et al.*, « Prevalence, continuation, and identification of postpartum depressive symptomatology among refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 9, n° 6, décembre 2016, p. 962 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Asma Ahmed, Angela Bowen et Cindy Xin Feng, « Maternal Depression in Syrian Refugee Women Recently Moved to Canada: a preliminary study », *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, 2017, p. 6 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Anne-Marie Robert et Tara Gilkinson, « [Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada](#) », *Citoyenneté et Immigration Canada*, novembre 2012.

⁸¹ *Ibid.*; et Lisa Merry *et al.*, « Refugee Claimant Women and Barriers to Health and Social Services Post-Birth », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 10, n° 4, 2011, p. 286 à 290 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

2. L'accès aux produits d'hygiène féminine

Pour les réfugiées, une des problématiques principales en matière de santé reproductive est le manque d'accès à des trousseaux d'hygiène féminine; par exemple, un manque d'accès aux tampons et aux serviettes sanitaires peut empêcher les femmes de participer à certaines activités ou programmes et les empêcher d'aller à l'école⁸². Lors de dialogues avec des représentants du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), des réfugiées ont indiqué que le manque d'accès aux produits d'hygiène féminine avait également un impact sur leur bien-être et leur dignité et que cela leur faisait honte⁸³.

3. La planification familiale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la planification familiale comme un moyen pour les populations de « choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à déterminer l'espacement des naissances⁸⁴ ». La planification familiale, particulièrement la promotion de la contraception, permet notamment de prévenir les risques sanitaires liés aux grossesses, de réduire le nombre de grossesses chez les adolescents, de réduire la mortalité infantile et de prévenir la transmission du VIH/sida⁸⁵.

En 2011, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et l'organisme Women's Refugee Commission ont mené une étude dans cinq lieux d'accueil de réfugiés, tant en milieu urbain que dans des camps de réfugiés. Un des lieux visités dans le cadre de l'étude était le camp Nakivale en Ouganda, qui accueille en majorité des réfugiés provenant de la République démocratique du Congo (RDC). Selon les résultats de l'étude :

- le taux d'utilisation des contraceptifs était généralement plus faible dans les camps de réfugiés que dans les établissements autour de ces camps;
- les connaissances des réfugiés au sujet des méthodes de planification familiale étaient relativement limitées;
- les adolescents avaient de la difficulté à accéder à de l'information au sujet de la planification familiale et aux services de santé associés;
- les femmes ont mentionné qu'elles hésitaient à utiliser les services des structures sanitaires dans les lieux d'accueil de réfugiés notamment en raison d'un manque de respect des standards de précautions et de propreté et des temps d'attente trop élevés;
- les méthodes de contraception permanentes ou à long terme ne sont pas toujours disponibles dans les lieux d'accueil de réfugiés⁸⁶.

⁸² *Ibid.*; et HCR, [UNHCR's Dialogues with Refugee Women: Progress Report on Implementation of Recommendations](#), 2013, p. 33 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁸³ Parlement européen, [Female refugees and asylum seekers: the issue of integration](#), Direction générale des politiques internes de l'Union, Direction C: Direction des droits des citoyens et des affaires constitutionnelles, 2016, p. 37 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; et HCR, [UNHCR's Dialogues with Refugee Women: Progress Report on Implementation of Recommendations](#), 2013, p. 33 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁸⁴ OMS, [Planification familiale/Contraception](#), Aide-mémoire no 351, février 2018.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ HCR et Women's Refugee Commission, [Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study](#), novembre 2011, p. 3 à 6 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

C. La santé mentale

Les réfugiées peuvent être exposées à divers facteurs qui affectent leur santé mentale, comme des expériences traumatisantes et stressantes avant et pendant leur migration, des obstacles linguistiques, de la marginalisation, du racisme et de la discrimination, un manque d'accès aux ressources et aux services, du stress économique, un manque de soutien social, la séparation de leur famille, une faible santé physique et des difficultés à s'ajuster à la culture du pays d'accueil⁸⁷.

Selon une étude longitudinale effectuée par Citoyenneté et Immigration Canada, les réfugiés présentent les plus hauts niveaux de problèmes émotionnels et de stress de toutes les catégories d'immigrants étudiés. Cette constatation est conforme à d'autres études, qui indiquent que les réfugiés sont plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé que les autres sous-groupes d'immigrants⁸⁸. Toujours selon cette étude, environ 80 % des réfugiés sont concentrés dans les quartiles de revenu familial les plus bas, comparativement à 50 % pour les autres sous-groupes d'immigrants. Les auteures de l'étude ont conclu que cette constatation, combinée avec la constatation qu'un revenu familial moins élevé est souvent associé à une mauvaise santé mentale, laisse croire que les réfugiés au Canada seraient plus à risque d'avoir une mauvaise santé mentale que les autres sous-groupes d'immigrants⁸⁹.

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, les réfugiés représentant un groupe à risque élevé de problèmes de santé mentale⁹⁰; plus particulièrement, les réfugiés au Canada présenteraient des taux croissants de syndrome de stress post-traumatique et de dépression, comparativement avec le reste de la population⁹¹. La définition du syndrome de stress post-traumatique est complexe et contestée parmi les spécialistes. Toutefois, bon nombre s'entendent pour dire qu'il est le résultat d'un traumatisme, ou une réaction à un traumatisme⁹². Un traumatisme peut être une exposition à la mort ou à des blessures, ou à une menace de mort ou de blessures, comme témoin ou comme victime, une agression sexuelle et un viol, et de la discrimination ou de l'oppression systémique, comme le racisme⁹³. Il est possible qu'un traumatisme se transmette de génération en génération.

CONCLUSION

Dans le cadre du rapport final ou d'une deuxième ébauche de rapport sur les besoins de santé particuliers des femmes et des filles réfugiées, il serait possible de:

⁸⁷ Joyce O'Mahony *et al.*, « Cultural Background and Socioeconomic Influence of Immigrant and Refugee Women Coping with Postpartum Depression », *Immigrant and Minority Health*, vol. 15, 2013, p. 300 à 314; et Rachel Goodman *et al.*, « Trauma and Resilience Among Refugee and Undocumented Immigrant Women », *Journal of Counseling and Development*, vol. 95, juillet 2017, p. 309 à 321 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁸⁸ Anne-Marie Robert et Tara Gilkinson, « [Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada](#) », *Citoyenneté et Immigration Canada*, novembre 2012.

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ *Ibid.*; et Branka Agic *et al.*, [Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada](#), Commission de la santé mentale du Canada, janvier 2016.

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Rachel Goodman *et al.*, « Trauma and Resilience Among Refugee and Undocumented Immigrant Women », *Journal of Counseling and Development*, vol. 95, juillet 2017, p. 309 à 321 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

⁹³ *Ibid.*

- inclure davantage d'information sur les sections membres de l'APF et des besoins de santé particuliers des femmes et des filles réfugiées sur leur territoire;
- brosser un portrait des programmes et services sexospécifiques actuellement offerts par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et ses organisations affiliées.

Je sollicite maintenant l'avis du Réseau des femmes parlementaires de l'APF sur ce projet de rapport.

**ANNEXE A – DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES AU SUJET DES RÉFUGIÉS RÉSIDANT
SUR LE TERRITOIRE DES SECTIONS MEMBRES ET
ASSOCIÉES DE L'ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DE LA FRANCOPHONIE**

Sections membres et associées	Nombre total de réfugiés sur le territoire de la section membre ou associée	Nombre total de réfugiés et de personnes vivant dans des conditions similaires pour lesquels des données démographiques sont disponibles^a	Proportion de femmes et de filles au sein des réfugiés et des personnes vivant dans des conditions similaires
Albanie	104	104	36 %
Alberta	S.O.	S.O.	S.O.
Andorre	S.O.	S.O.	S.O.
Arménie	3 319	19 319	50 %
Belgique (Communauté française/Wallonie Bruxelles) ^b	S.O.	S.O.	S.O.
Bénin	530	530	48 %
Bulgarie	16 557	S.O.	S.O.
Burkina Faso	34 017	34 017	51 %
Burundi	53 363	53 363	52 %
Cambodge	76	76	20 %
Cameroun	327 121	327 121	53 %
Canada	135 888	S.O.	S.O.
Cap Vert	S.O.	S.O.	S.O.
Colombie-Britannique ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Comores	S.O.	S.O.	S.O.
Congo	44 955	44 955	47 %
Côte d'Ivoire	1 980	1 980	49 %
Égypte	212 500	212 500	49 %
Ex-République yougoslave de Macédoine	530	701	50 %
France	273 126	204 846	42 %
Gabon	943	943	42 %
Genève (Canton de) ^d	S.O.	S.O.	S.O.
Grèce	13 088	S.O.	S.O.

Sections membres et associées	Nombre total de réfugiés sur le territoire de la section membre ou associée	Nombre total de réfugiés et de personnes vivant dans des conditions similaires pour lesquels des données démographiques sont disponibles^a	Proportion de femmes et de filles au sein des réfugiés et des personnes vivant dans des conditions similaires
Guinée	8 839	8 839	50 %
Guinée-Bissau	8 684	S.O.	S.O.
Guinée Équatoriale	S.O.	S.O.	S.O.
Haïti	3	3	0 %
Hongrie	4 393	63	13 %
Ile-du-Prince-Édouard ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Jersey	S.O.	S.O.	S.O.
Jura ^d	S.O.	S.O.	S.O.
Laos	S.O.	S.O.	S.O.
Liban	1 070 854	1 070 854	52 %
Lituanie	1 093	S.O.	S.O.
Luxembourg	1 332	1 332	43 %
Madagascar	10	10	50 %
Mali	15 917	15 917	49 %
Manitoba ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Maroc	3 908	3 908	43 %
Maurice	S.O.	S.O.	S.O.
Mauritanie	51 394	51 394	55 %
Moldavie	446	446	36 %
Monaco	32	S.O.	S.O.
Niger	124 721	124 721	55 %
Nouveau-Brunswick ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Nouvelle-Écosse ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Ontario ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Pologne	14 065	14 065	50 %
Québec ^c	S.O.	S.O.	S.O.
République arabe syrienne	21 113	21 113	52 %
République centrafricaine	7 330	7 330	50 %

Sections membres et associées	Nombre total de réfugiés sur le territoire de la section membre ou associée	Nombre total de réfugiés et de personnes vivant dans des conditions similaires pour lesquels des données démographiques sont disponibles ^a	Proportion de femmes et de filles au sein des réfugiés et des personnes vivant dans des conditions similaires
République démocratique du Congo	383 095	383 095	51 %
Roumanie	2 598	2 598	32 %
Rwanda	144 737	144 737	53 %
Saskatchewan ^c	S.O.	S.O.	S.O.
Sénégal	14 392	14 392	52 %
Seychelles	S.O.	S.O.	S.O.
Suisse	73 336	57 88	42 %
Tchad	369 540	369 540	56 %
Togo	21 953	21 953	56 %
Tunisie	665	665	39 %
Vallée d'Aoste ^e	S.O.	S.O.	S.O.
Valais (Canton du) ^d	S.O.	S.O.	S.O.
Vanuatu	S.O.	S.O.	S.O.
Vaud (Canton de) ^d	S.O.	S.O.	S.O.
Vietnam	S.O.	S.O.	S.O.

Notes : a. Selon le HCR, les personnes vivant dans des conditions semblables aux réfugiés sont généralement des personnes se trouvant à l'extérieur de leur pays ou territoire d'origine et qui font face à des risques similaires aux réfugiés, mais qui n'ont pas obtenu le statut de réfugié.

b. Pour information, les données pour la Belgique sont : 35,314 réfugiés dont 42 % sont des femmes ou des filles.

c. Pour information, les données pour le Canada sont disponibles dans le tableau.

d. Pour information, les données pour la Suisse sont disponibles dans le tableau.

e. Pour information, les données pour l'Italie sont : 118,047 réfugiés dont 19 % sont des femmes ou des filles.

Source : Tableau préparé par les auteures à l'aide de données du HCR, [UNHCR Statistical Yearbook 2015](#), 2017, p. 12 à 16 et 102 à 105 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].