



PROBLEMES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE MATERNELLE DES REFUGIEES NIGERIANES DANS LE CAMP DE MINAWAO (MAYO-TSANAGA, EXTREME-NORD CAMEROUN)

PROBLEMS OF ACCESS TO MATERNAL HEALTH SERVICES FOR NIGERIAN REFUGEES IN THE MINAWAO CAMP (MAYO-TSANAGA, EXTREME-NORD CAMEROON)

¹ BASKA TOUSSIA Daniel Valérie, ² GONGA François et ³ PEL-MBARA Richard

¹Enseignant-Chercheur, Département de Géographie, ENS-Université de Maroua-Cameroun, baskatoussia@yahoo.fr

² Doctorant, Département de Géographie, Université de Maroua-Cameroun, gongafrancois@yahoo.fr

³ Doctorant, Département de Géographie, Université de Maroua-Cameroun, richardpelmbara@gmail.com

Daniel Valérie BASKA TOUSSIA, François GONGA et PEL-MBARA Richard, Problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées Nigérianes dans le camp de Minawao (Mayo-Tsanaga, extrême-nord Cameroun), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6) 81-99, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-10 09:20:30, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=142>

Résumé

L'insécurité commise par Boko-Haram à la frontière Camerounaise et Nigériane a amené à la création du camp de Minawao avec d'énormes problèmes liés à la santé maternelle. L'objectif de cette étude est de décrire les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur accès aux soins maternels. Ainsi les données ont été collectées à travers les observations, les entretiens, le dépouillement des registres des structures de santé (International Medical Corps

(IMC), l'Hôpital de District de Mokolo (HDM) et l'Hôpital Régionale annexe de Mokolo). Les résultats montrent une prévalence des maladies de personnes spécifiques telles que les enfants de moins de 5 ans (63,8%), les femmes enceintes (58,5%) et les femmes allaitantes (59,1%). Les réfugiées font face au paludisme (60,13%), à la malnutrition (13,50%), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%). Nos résultats montrent que l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle. Face à ces contraintes, les acteurs humanitaires, sanitaires et d'assainissement doivent construire et doter les maternités d'équipements modernes et de ressources financières, assainir le cadre de vie afin de faciliter l'accès aux services de santé maternelle au camp de Minawao.

Mots clés : Cameroun, Minawao, accès aux soins, réfugiée, santé maternelle.

Abstract

The insecurity committed by Boko-Haram on the Cameroonian and Nigerian border led to the creation of the Minawao camp with huge

problems related to maternal health. The objective of this study is to describe the problems of access to maternal health services for Nigerian refugees in the Minawao camp and strategies to improve their access to maternal care. Thus the data were collected through observations, interviews, the analysis of the registers of health structures (International Medical Corps (IMC), the Mokolo District Hospital (HDM) and the Regional Hospital annex of Mokolo). The results show a prevalence of diseases of specific people such as children under 5 years (63.8%), pregnant women (58.5%) and breastfeeding women (59.1%). Refugees face malaria (60.13%), malnutrition (13.50%), rheumatism (4.50%), dysentery and measles (4.18%). Our results show that the absence of women in the reception, listening and care of women, the lack of confidential space for reception and listening to refugees, cultural burdens and lack of financial means limit women's access to maternal health services. Faced with these constraints, humanitarian, health and sanitation actors must build and equip the maternities with modern equipment and financial resources, clean the living environment in order to facilitate access to maternal health services at Minawao camp.

Keywords: Cameroon, Minawao, access to care, refugee, maternal health.

INTRODUCTION

Le Cameroun souffre aujourd'hui d'une double crise humanitaire complexe et sans précédent. D'une part, les violences perpétrées par Boko Haram dans le Nord-Est du Nigéria ont entraîné l'afflux massif des réfugiés nigériens qui ont été contraints de fuir leurs maisons. Et d'autre part, la crise en République Centrafricaine a suscité un afflux des réfugiés qui ont cherché protection et assistance dans les régions de l'Est, de l'Adamaoua et du Nord Cameroun (ONU Cameroun, 2016, p.5).

En 2019, environ 463 000 réfugiés dont 276 000 centrafricains, 187 000 nigériens ont été forcés de fuir vers les régions de l'Adamaoua, l'Est, le Nord et l'Extrême-Nord pour échapper à

l'insécurité et à la violence de l'armée. Toutes ces personnes ont été contraintes de partir en laissant derrière elles leurs maisons, leurs champs, leurs commerces et se retrouvant du jour au lendemain sans moyens de subsistance ni terre cultivable ou toit (UNOCHA, 2019).

Pour répondre à ces arrivées massives, le gouvernement camerounais avec l'aide des partenaires et des organismes humanitaires, a mis en place un dispositif d'aide à ces personnes vulnérables. La violence du groupe Boko Haram et l'insécurité grandissante ont abouti à la création du camp de Minawao en 2013 dans la région de l'Extrême-Nord Cameroun afin d'apporter une protection aux réfugiés (MSF, 2017).

Au 31 Mars 2016, la population totale de réfugiés s'élève à 56 803 personnes. 60,4 % de la population totale du camp à moins de 18 ans et les femmes représentent 53,2% (UNHCR, août 2016, p.1). Avec une augmentation continue de la population du camp de Minawao, la capacité d'accueil du camp atteint ses limites et crée de nouveaux besoins. Ces besoins sont notamment l'approvisionnement en eau et en quantité suffisante, la construction de nouveaux abris familiaux, la mise en œuvre des activités de prévention du choléra et le renforcement des mesures sécuritaires (UNHCR, mars 2016, p.1). Or en 2017, la situation étant encore instable dans les régions du Nord du Nigéria, le Cameroun continue à enregistrer des personnes au camp de Minawao. Depuis le début de l'année 2017, 4 513 nouveaux arrivants ont été enregistrés au camp de Minawao (UNHCR, juin 2017, p.1). Au 30 juin 2017, la population du camp s'élève à 58 819 réfugiés nigériens. 61% de la population a moins de 18 ans et les femmes/filles représentent 54% de la population totale du camp (UNHCR, juin 2017, p.1). Ainsi l'intégration de la prise en charge sanitaire des réfugiés dans le système national de santé au Cameroun est signée entre le Haut-Commissariat pour les réfugiés (HCR) et le Ministère de la Santé pour améliorer les activités préventives VIH/SIDA et l'organisation des campagnes de

dépistage volontaire. De 2018 à 2019, l'effectif s'accroît avec plus de 533 nouveaux arrivants enregistrés au camp de Minawao et la population totale du camp s'élève à 56 932 réfugiés nigériens. 61% de la population a moins de 18 ans et les femmes/filles représentent 53% de la population totale du camp (UNHCR, juillet 2018, p. 1 ; UNHCR, juin 2019, p.1). Cette crise pose de réels défis de prise en charge des personnes à besoins spécifiques (J. Lémougué, É. J. Fofiri Nzossie et J. L. Kahou Nzouyem, 2019, p.63) parmi lesquelles les femmes enceintes, allaitantes et celles ayant les enfants de moins de cinq (05) ans. Ces catégories de femmes nécessitent une attention particulière en raison de leurs vulnérabilités et de leurs conditions de vie dans le camp (UNHCR, juin 2019, p.3). On note aussi une insuffisance des ressources humaines (03 médecins) pour assurer les soins de santé primaire, un déficit dans la prise en charge de la santé reproductive, de la santé mentale et des activités préventives VIH/SIDA. Il en n'est de même des barrières socio-culturelles, des accouchements à domicile, de la malnutrition, du planning familial, de l'insuffisance des médicaments, du matériel médical et de la capacité de référencement très limité. Cela pose la problématique de la santé maternelle dans le camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3-4). Ce camp qui est situé dans une région où l'indice de mortalité néonatale (38‰) est le plus élevé du pays, l'accès des femmes et des enfants de moins de cinq ans aux services de santé reste préoccupant dans les zones de conflit depuis 2014 (MINSANTE, 2017). Les besoins d'assistance en santé maternelle et infantile se sont accrus en raison de l'augmentation du nombre des réfugiées dans le camp de Minawao. Des efforts sont faits pour apporter un soutien sanitaire à cette catégorie de femme avec la mise,

en place d'une maternité. Toutefois, le constat qui se dégage est que l'accès aux soins en santé maternelle n'est pas optimale dans le camp de Minawao (A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam, 2016) étant donné qu'un écart dans la prise en charge de la santé reproductive est observé dans les deux maternités du camp. Notamment, l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers. Ce sont des problèmes qui limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle et qui méritent d'être clarifiés dans la présente étude. L'objectif poursuivi par ce travail est de décrire les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigériennes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur accès aux soins maternels.

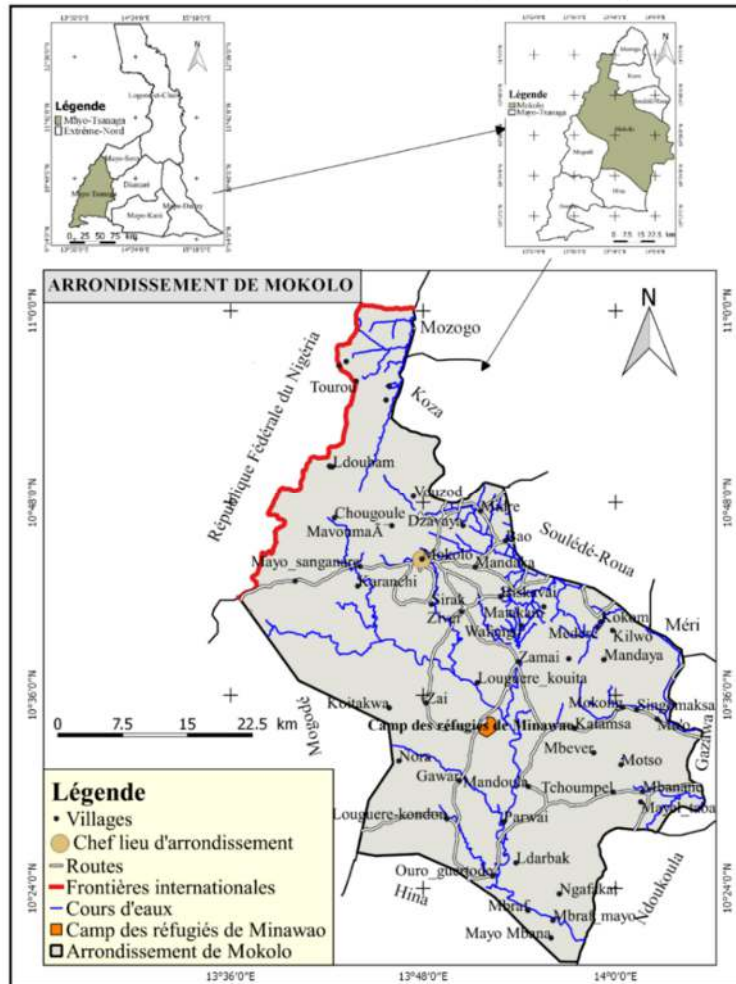
1. MATERIELS ET METHODES

1.1. Présentation de la zone d'étude

Le Camp de Minawao est situé entre le 10° 35' 0" de latitude Nord et 13° 53' 0" de longitude Est dans le Département du Mayo-Tsanaga, région de l'Extrême-Nord du Cameroun, à environ 120 kilomètres à l'Est de la frontière Camerounaise avec le Nigéria (S. Brangeon et E. Bolivard, 2017, p.12). Ce camp continue de recevoir en moyenne plus de 1,202 nouveaux arrivants par mois. Le nombre total de nouveaux arrivants (4,809) en 2020 ajouté à la croissance naturelle de l'année a porté la population totale du camp au 31 Mars 2020 à plus de 66 978 réfugiés nigériens. Cette population comprend 62% de mineurs (moins de 18 ans) et 54% de femmes/filles (UNHCR, juin 2020, p.1) (Carte n°1).

Problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées Nigérianes dans le camp de Minawao (Mayo-Tsanaga, extrême-nord Cameroun)

Carte n° 1. Situation et localisation du camp des réfugiées de Minawao



Source : Base de données SOGEFI et levés GPS, novembre 2020.

1.2. Données de l'étude

L'approche méthodologique utilisée dans le cadre de cette étude est la collecte des données secondaires et la collecte des données primaires.

1.2.1. Les données secondaires

Ces données secondaires ont été recueillies à l'aide de l'exploitation des profils des réfugiés du camp de Minawao élaborés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les

réfugiés (HCR), des mémoires sur les problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao. Le dépouillement des rapports d'activités du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), de l'International Medical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL ont porté sur la caractérisation sociodémographique et la prise en charge sanitaire des réfugiés du camp de Minawao.

Par ailleurs, nous avons utilisé des données administratives notamment : les rapports des centres de santé de Minawao 1 et 2 et de l'hôpital

de district de Mokolo sur les stratégies de prise en charge sanitaire et leurs programmes d'activités dans le camp des réfugiés de Minawao. Les données cliniques provenant des rapports des centres de santé ont apporté des clarifications sur les maladies récurrentes dans le camp de Minawao dont sont victimes les femmes.

Les informations sur les caractéristiques des sites d'accueil des réfugiés sont extraites du rapport sur l'impact environnemental du camp de réfugiés de Minawao. Ces informations ont été complétées par les données primaires collectées sur le terrain afin d'approfondir les précisions sur l'accès des réfugiés du camp de Minawao aux services de santé maternelle.

1.2.2. Données primaires

Nous avons procédé par un échantillonnage non-probabiliste à l'aveuglette de 311 femmes (H. Gumuchian et al, 2000, p.271). Les femmes ont été enquêtées à l'aide d'un questionnaire dans les ménages du camp et on en a dénombré 120 femmes allaitantes, 106 femmes avec les enfants de moins de 5 ans et de 85 femmes enceintes. Le questionnaire a porté sur le profil sociodémographique, l'année d'arrivée, les conditions de vie, les pathologies récurrentes, l'offre de service de soins, les contraintes et stratégies d'améliorations de l'accès aux soins des femmes dans le camp de Minawao. L'enquête s'est déroulée du 15 au 20 janvier 2020.

Par ailleurs, à partir d'un guide d'entretien administré du 16 au 23 décembre 2019, nous avons eu des entretiens semi-directifs (Ghiglione et Matalon, 2004, p.75) avec le Chef de District de santé de Mokolo, le Médecin-Chef de l'hôpital de district de Mokolo à Mokolo, les médecins chefs des centres de santé intégrés de Minawao 1 et 2, les responsables d'International

Médical Corps (IMC), de PUBLIC CONCERN, de la Croix Rouge Camerounaise, de PLAN INTERNATIONAL, des chefs de blocs dans le camp de Minawao et le responsable santé du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) à Maroua. Ce guide d'entretien auprès de tous ces acteurs a porté sur le système de soins mis en place dans le camp de Minawao, les équipements de maternité, le plateau technique d'accouchement, la prise en charge sanitaire des femmes, l'analyse et la compréhension des difficultés qu'éprouvent les femmes pour accéder aux soins de santé maternelle.

1.2.3. Méthode de traitement des données

Une analyse descriptive des données recueillies du questionnaire administré aux femmes réfugiées a été réalisée sous SPSS Statistics 20. Ces analyses ont permis d'obtenir une description sociodémographique des femmes. Les groupes ethniques, les lieux de provenance des réfugiées, les maladies récurrentes des femmes et enfants, l'offre de soins en santé maternelle et les contraintes liées à l'accès aux soins des réfugiées ont été identifiés et caractérisés. Les tranches d'âges des réfugiés, leur statut matrimonial, la taille des familles, l'année d'arrivée, les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et celles allaitantes ainsi que les stratégies de prise en charge sanitaires à Minawao ont été analysées. L'analyse de contenu des entretiens semi-directifs ont permis ressortir les opinions des acteurs impliqués sur les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes. Les résultats issus des données quantitatives ont été présentés sous forme de graphiques et de tableaux. L'analyse cartographique a permis de réaliser la carte thématique de localisation du camp de Minawao sous le logiciel QGIS2.18.

2. RESULTATS

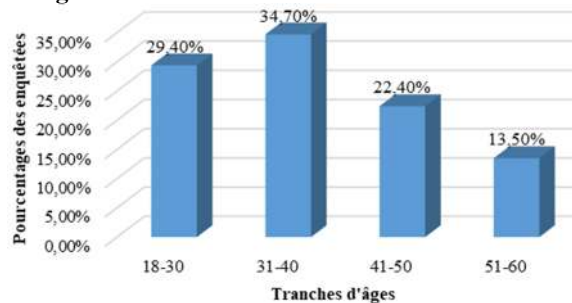
2.1. Profil sociodémographique des femmes enceintes et allaitantes au camp de Minawao

La caractérisation démographique des réfugiés de Minawao inclut l'âge, le sexe, le groupe ethnique, la situation matrimoniale, la taille de famille, le lieu de provenance et l'année d'arrivée dans le camp.

2.1.1. Caractérisation des femmes réfugiées selon l'âge et la situation matrimoniale

L'ampleur des violences perpétrées par Boko Haram au Nord-Est du Nigeria s'étend sur toutes les catégories de la classe féminine. Les femmes très vulnérables, qui ne réussissent pas à s'enfuir sont massacrées par les terroristes, celles en âge de se marier deviennent des otages sexuels et sont parfois mariées de force. Pour échapper à ce barbarisme, ces femmes se sont réfugiées au Cameroun. C'est ainsi qu'au camp des réfugiés nigériens de Minawao situé en territoire camerounais, on retrouve des femmes issues de tout âge (Graphique n°1)

Graphique n°1. Tranches d'âges des femmes réfugiées de Minawao



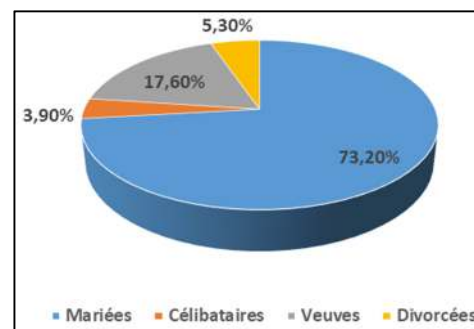
Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°2 montre que 73,20% des femmes réfugiées sont mariées, 17,60% sont veuves ; La proportion des femmes divorcées est de 5,3% tandis que les femmes célibataires viennent en dernière position avec un

Le graphique n°1 montre qu'au camp de Minawao, les femmes enquêtées sont des personnes ayant au moins 18 ans. Ces chiffres montrent que la plupart des enquêtées sont jeunes (31-40 ans) et (18-30) avec respectivement 34,70% et 29,40%. Par conséquent la communauté des femmes du camp de Minawao est en âge de procréer. L'accès aux services de santé maternelle s'intéresse à la variable âge car ce dernier est un facteur limitant la procréation et la fertilité des femmes. En outre, la vulnérabilité ou l'exposition à certaines maladies est tributaire de l'âge et de la situation matrimoniale.

La situation sécuritaire dans l'État de Borno et de l'Adamawa au Nord-Est du Nigeria s'est considérablement dégradée depuis 2013. La région étend devenue hostile pour vivre, des familles entières ont dû quitter pour trouver protection au Cameroun. Dans le camp de Minawao aménagé pour la circonstance, l'on rencontre des personnes de sexe féminin aux situations matrimoniales différentes : les femmes mariées, les veuves ayant perdu leurs maris lors des attaques de Boko Haram ou celles dont leurs maris ont été enrôlés de force par les terroristes et enfin les femmes célibataires (Graphique n° 2).

Graphique n° 2. Situation matrimoniale des femmes réfugiées de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

pourcentage de 3,90%. Par conséquent, la plupart des femmes réfugiées de Minawao sont mères de famille puisque 73,20% d'entre elles sont mariées. Les enquêtes de terrain ont permis de dénombrer les couches vulnérables que sont

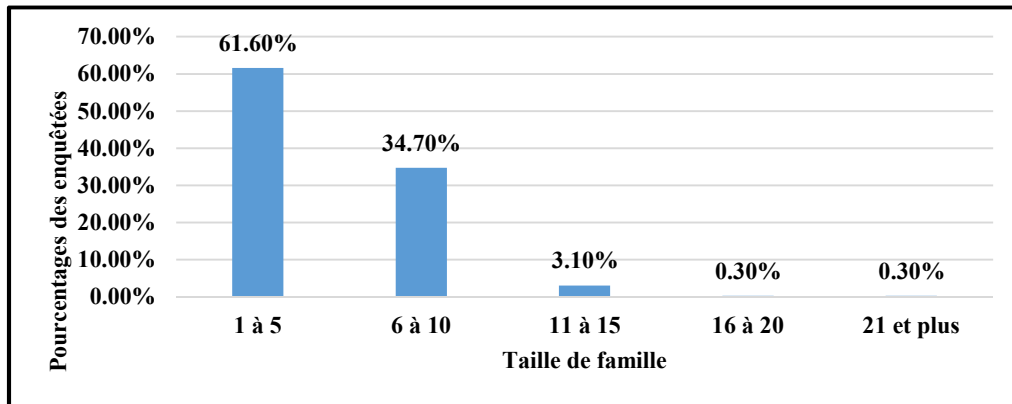
femmes allaitantes (120), femmes avec les enfants de moins de 5 ans (106) et 85 femmes enceintes.

ethniques de famille et l'année d'arrivée dans le camp

Les réfugiées nigérianes de Minawao vivent dans les familles de taille variée (Graphique n°3).

2.1.2. Caractérisation des femmes réfugiées selon la taille des ménages, les groupes

Graphique n°3. Taille de famille des femmes réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°3 analyse la taille de famille des femmes au camp des réfugiés de Minawao. Il ressort que 61,60% des femmes vivent dans des familles dont la taille ne dépasse pas 5 personnes ; 34,70% vivent dans une famille dont le nombre de personnes est compris entre 6 et 10. Les familles d'au moins 16 personnes sont les familles de 16 à 20 et 21 et plus, soit 0,60% des enquêtées. Ainsi plusieurs individus sont contraints à partager un espace de 5 mètres de longueur sur 3 mètres de largeur (UNHCR, 2015 cité par A. Bapouwa Ngafwé et A.C. Kiam, 2016, p.44). On dénombre une mosaïque de peuple composée de plusieurs groupes ethniques dans le camp de Minawao venue du Nord-Est du Nigéria. Les kanouri majoritaires, vivent en harmonie avec plusieurs autres groupes ethniques. L'assaut lancé par Boko-Haram a contraint ces ethnies qui se côtoyaient paisiblement à migrer dans l'Extrême-Nord du Cameroun où elles sont bien accueillies (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Groupes ethniques des femmes réfugiées au camp de Minawao

Ethnies	Effectifs	Pourcentages (%)
Kanouri	220	70,74
Haoussa	17	5,47
Djohode	4	1,29
Mafa	12	3,86
Peul	11	3,54
Glavda	7	2,25
Mandara	5	1,61
Zalidva	9	2,89
Chinene	15	4,82
Dogoide	8	2,57
Glauda	3	0,96
Total	311	100,00

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

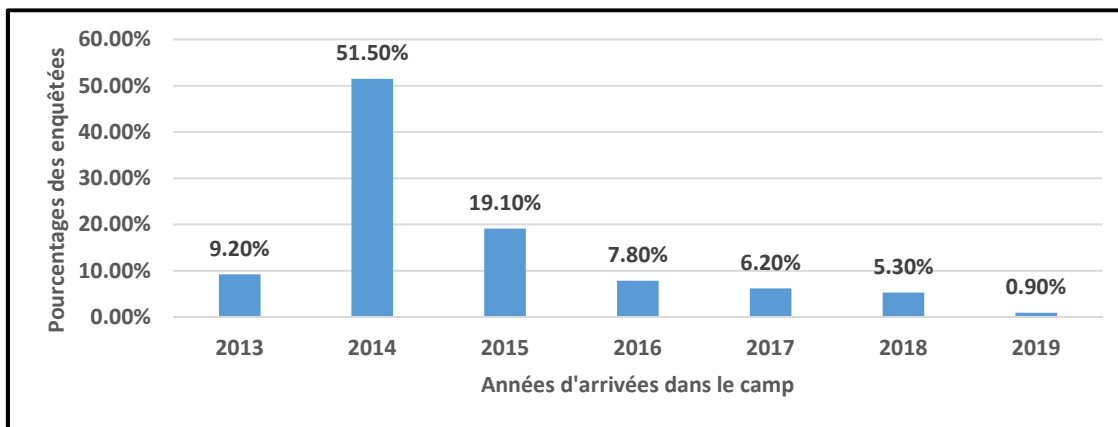
Le tableau n°1 ci-dessus montre que les femmes réfugiées de Minawao sont pour la plupart des Kanouri avec un taux de 70,74% des enquêtées. Les femmes Haoussa viennent en deuxième position avec 5,47% des réfugiées. L'ethnie la moins représentée est Glauda avec 0,96% de l'effectif total des femmes vivant dans le camp. Étant donné que chaque ethnie a ses croyances, ses traditions et ses cultures, celles-ci influent sur les perceptions des réfugiées de leur santé

émotionnelle et physique ainsi que sur la gestion de leur santé. On note que les réfugiées s'intègrent et s'adaptent bien dans leur pays d'accueil, malgré la pesanteur culturelle qui pourrait entraîner un diagnostic erroné par les professionnels de la santé.

S'agissant de l'année d'arrivée dans le camp, on note que le début des violences terroristes au Nord-Est du Nigeria fut marqué par des attaques ciblées. La contre-offensive lancée par l'armée

nigérienne en 2013 poussa Boko Haram à étendre son influence dans toute la région. En effet, la nébuleuse ayant trouvé sur son chemin une armée inorganisée et affaiblie étend son champ d'action d'année en année sans difficulté. Les populations ayant été prises pour cible ont commencé à quitter la zone depuis 2013. Depuis cette date, le camp de Minawao accueille des vagues de femmes réfugiées venant du Nigéria (Graphique n°4).

Graphique n°4 : Année d'arrivée des femmes réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°4 montre que l'arrivée massive des femmes réfugiées dans le camp se situe entre 2014 et 2015, période où Boko Haram a assiégé le Nord-Est du Nigeria. L'enquête révèle que 51,50% des femmes sont arrivées en 2014 et 19,10% en 2015. La tendance est à la baisse depuis 2016 avec 7,8% d'arrivée en 2016 et 6,2% en 2017. L'année 2018 a enregistré 5,3% d'arrivée alors qu'en 2019, le taux est de 0,9%. La baisse du taux des arrivées dans le camp est due à la situation sécuritaire qui est sous contrôle au Nord-Est du Nigéria. La forte concentration des réfugiées dans un espace désormais saturé, pose un sérieux problème de précarité des conditions de vie.

2.2. Des conditions de vie précaire

La concentration des individus dans des espaces aussi réduits (623 hectares pour une population totale 67 502 habitants) impose une hygiène de vie précaire, et par conséquent expose les réfugiés aux maladies. En effet, l'augmentation de la population accroît les besoins d'existence des populations en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans le camp de Minawao. On note une augmentation des besoins d'approvisionnement en eau potable dans un contexte difficile de COVID-19, une gestion très limitée des déchets solides et liquides et une difficulté réelle de réhabilitation et de construction des abris pendant la saison sèche. L'absence de ressources et d'abris familiaux pour relocaliser les ménages qui sont dans des abris provisoires sont notoires au Camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3). Cette

situation montre à suffisance la précarité des conditions de vie dans le camp de Minawao dont l'un des indicateurs majeurs est le déficit en latrines, en douches, en point d'eau potable dans

la consommation d'eau potable et à l'insuffisance des promoteurs d'hygiène dans le camp (tableau n°2).

Tableau n°2 : Indicateurs de la précarité des conditions de vie au camp de Minawao en 2019

Indicateurs	Normes internationales	Valeurs en 2019	Observations
Nombre de personnes par latrines	20	21	2690 latrines fonctionnelles, soit un gap de 1105 latrines à raison d'une latrine pour 2 ménages.
Nombre de personnes par douches	20	26	2157 douches fonctionnelles soit un gap de 621 douches
Nombre de personnes par point d'eau	400-500	825	36 forages et 33 bornes fontaines sont fonctionnels au camp de Minawao. Soit un gap de 45 points d'eau.
Nombre de litres d'eau / Personne / Jour	20	12	Dans la production totale de 690 m3/j : 21% de l'adduction Mokolo-Minawao, 55 % des forages, 24 % des pompages sur les Mayo-Louti 1 et 2. On note un gap de 449 m3/j à combler
Nombre de réfugiés par promoteur d'hygiène	500 pour 1	695	il y a 82 promoteurs d'hygiène au camp de Minawao soit un gap de 32 promoteurs.

Source : UNHCR, Février 2019

Le tableau n°2 fait une comparaison entre les normes internationales et la disponibilité des équipements tel le nombre de personnes par latrines, par douches, par point d'eau, la quantité d'eau potable consommée par personne et le nombre de personnes par promoteur d'hygiène. Les normes d'UNHCR en situation d'urgence préconisent 20 personnes par latrine, 20 personnes par douche, 400 à 500 personnes par point d'eau, 20 litres d'eau par jour/ personne, 500 personnes pour un promoteur de santé.

Or l'on constate que dans le camp de réfugiés de Minawao, ces indicateurs sont loin d'être satisfaits. 2690 latrines fonctionnelles, soit 21 personnes par latrines et un gap de 1105 latrines à raison d'une latrine pour deux ménages. La situation sur le terrain est de 2157 douches fonctionnelles, soit 26 personnes par douches et un gap de 621 douches. Les chiffres les plus alarmants concernent le nombre de personnes par point d'eau. Il est de 825 réfugiés par point d'eau avec un total de 36 forages, 33 bornes fontaines et la consommation journalière d'eau potable par réfugié est de 12 litres ce qui correspond à un déficit journalier de 8 litres par réfugiée. Pour ce

qui est des promoteurs d'hygiène dans le camp, on a 695 personnes pour un promoteur alors que la norme internationale prévoit 500 personnes. Ces insuffisances augmentent la vulnérabilité des réfugiés face aux maladies. D'où la récurrence des maladies dans le camp de Minawao.

Tableau n°3 : Pathologies auxquelles sont victimes les femmes au Camp de Minawao

Maladies	Effectifs	Pourcentages (%)
Paludisme	187	60,13
Fièvre typhoïde	9	2,89
Rhumatisme	14	4,50
Dysenterie	13	4,18
Malnutrition	42	13,50
Rougeole	13	4,18
Maux de ventre	12	3,86
Fièvre jaune	9	2,89
Tuberculose	8	2,57
Kyste ovarien	4	1,29

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

2.3. Les pathologies contractées par les femmes au camp de Minawao

Le camp de Minawao est un espace favorable à la récurrence des pathologies. Le camp des réfugiées fait face à certaines maladies dont la récurrence est notoire (Tableau n°3).

Le tableau n°3 présente les maladies maternelles et infantiles dans le camp. Il en ressort que les maladies auxquelles sont victimes les femmes sont le paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%). Les maux de ventre (3,18%), la fièvre typhoïde et la fièvre jaune avec 2,89% ne sont pas négligeables car elles sont sources de prise en charge sanitaire nécessitant des ressources financières non seulement pour

les réfugiées, mais aussi pour les structures humanitaires et sanitaires qui s'en occupent. Il en est de même de la tuberculose (2,57%) et des kystes ovariens (1,29%). En effet, le déficit dans la prise en charge de santé reproductive, la gestion des accouchements dans à domicile, les difficultés d'application du planning familial nécessitent une mobilisation assez importante des moyens financiers que les humanitaires (HCR, OMS, MINSANTE, IMC, Croix Rouge) n'arrivent plus à assumer correctement. D'où l'accès limité aux soins de santé des réfugiées au camp de Minawao (UNHCR, juin 2019, p.3-4). En outre, on note une appréciation des maladies récurrentes dans le camp de Minawao par les couches vulnérables (Tableau n°4).

Tableau n° 4 : niveaux d'appréciation des maladies récurrentes par les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans

Catégories de personnes	Jamais	Rarement	Fréquemment	Très fréquemment
Enfants de moins de 5 ans	14,60%	2,20%	19,30%	63,8%
Femmes enceintes	14,80%	0,90%	25,80%	58,5%
Femmes allaitantes	14,80%	1,20%	24,90%	59,1%

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le tableau n°4 ci-dessus montre les mères et enfants à besoins spécifiques selon quatre niveaux d'appréciation. Ces trois classes de personnes sont très fréquemment malades (paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50), le rhumatisme (4,50%), la dysenterie et la rougeole (4,18%) (Tableau n° 3). Chez les enfants de moins de 5 ans l'on retrouve 63,8% des cas qui sont très fréquemment malades (Tableau n°3). Les femmes enceintes et allaitantes sont aussi très fréquemment malades (Tableau n°3) : 59,1% des femmes allaitantes contre 58,5% pour les femmes enceintes. Tous ces maladies sont d'ailleurs prises en charge dans les centres de

santé du Camp de Minawao qui offre des soins de santé aux femmes malgré le fait que la capacité d'accueil est désormais questionnable au vu de l'afflux des femmes vers les centres de santé (UNHCR, juin 2019, p.1).

2.4. De l'offre de soins de santé des femmes au Camp des réfugiés de Minawao

Dès la création du camp de Minawao, des infrastructures et équipements y ont été implantés. Deux centres de santé à savoir le centre de santé de Minawao 1 et Minawao 2 ont été créés et dotés de 2 maternités. À Mokolo à

côté se trouve également des centres de santé et un hôpital de district qui appuient ceux de Minawao. Ces différents centres de santé sont dotés en équipements médicaux en général et de prise en charge sanitaire des femmes en

particulier. C'est-à-dire que l'offre de soins de santé des femmes au Camp de Minawao inclut la disponibilité en équipements, en infrastructures et en ressources humaines et financières (tableau n°5).

Tableau n°5. Offre en équipements et infrastructures en santé des femmes au camp de Minawao

Formation sanitaire	CSI 1 Minawao	CSI 2 Minawao	CSI Mokolo1	CSI Mokolo 2
Équipements disponibles 2013 – 2019		Équipement de prise en charge nutritionnel	Boite d'accouchement Lits d'accouchement	Instruments pour la maternité Matériel de stérilisation
Infrastructures disponible	4 salles de consultations curatives et pédiatriques	01 espace de prise en charge malnutrition	02 grands blocs de bâtiment (bâtiment 1: consultation curative, CPN, maternité, petite chirurgie); (Laboratoire, service PEV, CNAS, pharmacie, magasin)	01 bloc pour la maternité
	1 bâtiment complet de maternité			

Source : Enquête de terrain, janvier 2019 - juin 2020

Le tableau n°5 fait un état de lieu des équipements et des infrastructures de prise en charge de santé maternelle. Le CSI 1 de Minawao dispose d'un bâtiment complet de maternité. À Minawao 2, on retrouve un équipement de prise charge nutritionnel et un espace de prise en charge de la malnutrition. Au CSI 1 de Mokolo, l'on retrouve une boîte

d'accouchement et des lits d'accouchement. Les équipements et infrastructures disponibles au CSI 2 de Mokolo sont les instruments pour la maternité, les matériels de stérilisation et le bloc opératoire pour la maternité. D'ailleurs l'avis des femmes sur la qualité des soins offerts dans les deux maternités le montre à suffisance (Tableau n° 6).

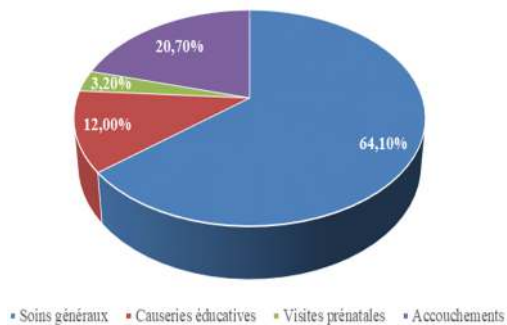
Tableau n° 6. Avis des femmes sur la qualité des soins offerts dans les maternités au camp de Minawao

Avis des réfugiées	Effectifs	Pourcentages (%)
Satisfait par la qualité des soins offerts dans les deux maternités	219	70,43
Non-satisfait par la qualité des soins offerts dans les deux maternités	92	29,57
Total	311	100

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Ces formations sanitaires sont appuyées par les acteurs humanitaires qui assurent la prise en charge sanitaire des réfugiés. S'agissant de la disponibilité en ressources humaines, les deux postes de santé du camp de Minawao comptent 5 médecins, 15 infirmiers, 20 aides-soignants et 7 sages-femmes (Rapport annuel du secteur santé, 2017, p.9). Le camp de Minawao qui abrite environ 58 561 réfugiés dispose de 2 postes de santé alors que le standard du HCR pour les centres de santé dans les camps de réfugiés est de 1 poste de santé pour 20 000 réfugiés. D'où la nécessité de construire un poste de santé supplémentaire pour les soins de santé primaires, notamment ceux liés à la santé maternelle. D'où les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes (Graphique n°5).

Graphique n°5 : Raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°5 montre les raisons de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes et allaitantes. Il ressort

que 64,10% de ces femmes vont dans les centres de santé pour recevoir des soins généraux. La proportion des femmes qui y vont pour les visites prénatales est de 3,20%, 20,70% pour les accouchements alors que 12% d'entre elles fréquentent les centres pour les causeries éducatives. La fréquence très élevée des maladies liées à la santé maternelle et infantile dans le camp, les centres de santé aménagés pour accueillir les réfugiés sont tout de même visités par ces femmes et ceci pour plusieurs raisons (Graphique n°5).

2.5. Les contraintes liées à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao

Les problèmes d'accès des femmes aux soins de santé maternelle sont d'ordres éducatifs, religieux et financiers.

2.5.1. L'influence de la religion et le faible niveau d'instruction comme facteurs entravant les recours aux soins de santé maternelle

La religion est un système de représentation du monde et des croyances reliant les hommes entre eux au sein de leur communauté et les reliant à leur environnement naturel fondé sur la foi dans l'existence des forces inconnues appelées Dieu qui ont donné naissance, qui dirige sa vie et qui prend en charge sa conscience après la mort. La religion selon Akoto (1993), a une influence sur le mode de vie de ses adeptes. Le camp de Minawao compte trois principales religions : l'islam,

le christianisme et l'animisme. Cette diversité religieuse est associée à des différentes perceptions du recours aux soins de santé moderne. La religion chrétienne certes faiblement représenté apparaît comme un facteur de changement et d'adaptation à l'opposé de la religion musulmane, un peu conservatrice. Le constat qui se dégage montre que la prise en charge des femmes enceintes est influencée par l'appartenance à une obédience religieuse. Ainsi, sur les 311 femmes enquêtées, 122 femmes chrétiennes fréquentent les formations sanitaires à plus 52% alors que 186 musulmanes fréquentent les centres de santé à 47% et 1% des 3 animistes vont aux centres de santé (Enquête de terrain, décembre 2019). Par ailleurs le faible niveau d'instruction est un facteur entravant la prise en charge effective des femmes.

Le niveau d'instruction joue un rôle fondamental dans l'explication des comportements des hommes dans la société. Selon Fournier et Haddad (1995, p.289), au fur et à mesure que les populations sont scolarisées, l'on peut s'attendre d'une part à un renforcement de l'utilisation des soins de santé moderne et d'autre part, à une réduction de l'utilisation de la médecine traditionnelle. Dans la plupart des études, le niveau d'instruction a retenu l'attention particulière des nombreux chercheurs. Ceux-ci sont parvenus à une conclusion semblable selon laquelle, l'utilisation des services de soins obstétricaux augmente avec le niveau d'instruction de la femme. Cette observation est perceptible au camp de Minawao (Tableau n° 7).

Tableau n° 7. Utilisation des services de santé de maternité par les femmes selon le niveau d'instruction

niveau d'instruction de la femme (%)	Effectif des femmes enquêtées	Pourcentage (%)	Femmes fréquentant les CSI	Pourcentage (%)	Femmes ne fréquentant les CSI	Pourcentage (%)
Aucun	75	24,12	35	19,23	40	31,01
Primaire	189	60,77	110	60,44	79	61,24
Secondaire	42	13,50	32	17,58	10	7,75
Supérieur	5	1,61	5	100	0	0
Total	311	100,00	182	52,58	129	41,48

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

A travers ce tableau n° 7, on constate aussi que l'utilisation des services de santé maternelle a un rapport direct avec le niveau d'instruction ; d'où les taux suivants : 100% du niveau supérieur, 17,58% du secondaire, 60,44% du primaire et enfin 46,67% des

sans niveau. Il existe une forte relation dépendante entre la demande des services et le niveau d'éducation. Plus le niveau est élevé, plus la demande est grande d'où la tendance à aller vers un service de soins de maternité. C'est le cas du résultat obtenu

chez les femmes enquêtées ayant un niveau d'instruction supérieur (100%). Ceci explique l'influence positive du niveau d'éducation sur la fréquentation des formations sanitaires. En est-il de même des autres contraintes liées à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao ?

2.5.2. Les autres contraintes à l'accès aux services de santé des femmes au camp de Minawao

Les femmes enquêtées ont signalé plusieurs autres types de problèmes d'accès aux services de santé à Minawao. Le manque de moyens financiers semble être le problème le plus rencontré par ces femmes (tableau 8).

Tableau 8. Autres contraintes à l'accès aux services de santé des femmes

Avis des réfugiées	Effectifs	Pourcentages (%)
Manque de médicaments	41	13,18
Inefficacité des médicaments	79	25,40
Manque de moyens financiers	165	53,05
Comportement du personnel soignant	17	5,47
Eloignement des centres de santé	9	2,89
Total	311	100,00

Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020.

Le Tableau 8 montre que 53,05% des femmes réfugiées n'ont pas de moyens financiers pour se faire soigner dans les centres de santé, 25,40% mettent en doute l'efficacité des médicaments (les réfugiés achètent les médicaments dans les rues et non dans les officines recommandées parce que moins chers). Or ces médicaments de rue sont de faux médicaments et 13,18% déplorent le manque des médicaments dans les centres de santé. En effet, le manque de moyens financiers limite en grande partie la fréquentation des services de santé maternelle chez les réfugiées. On note aussi que l'attitude du personnel soignant est aussi un facteur limitant à plus de 5%, tout comme l'éloignement des centres de santé (2,89%). La qualité d'accueil d'une patiente est gage d'assurance de la patiente et dissipe toute inquiétude. Or les enquêtes de terrain

montrent que 5,47% des femmes trouvent ce comptant désolant et sont prêtes à ne plus y revenir.

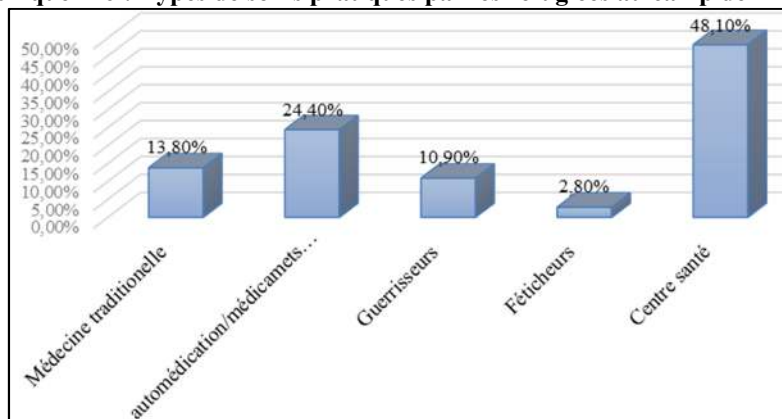
Il est à noter que malgré la détermination des humanitaires dans la prise en charge sanitaire des femmes enceintes et allaitantes, ils rencontrent plusieurs obstacles dans l'exercice de cette tâche. Que ce soit au niveau des réfugiées ou du personnel médical, les difficultés rencontrées sont nombreuses. Dans les centres de santé de Minawao 1 et 2, les acteurs humanitaires déplorent l'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des malades femmes, le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des malades femmes et les problèmes linguistiques (manque d'interprète pour mieux communiquer) et religieux (avec l'influence de l'islam). Ces

obstacles ont pour conséquence la réticence ou le refus de certaines femmes (51% des enquêtées) à aller se faire dépister par un personnel masculin ou même se faire soigner dans ces structures de santé. Ceci entrave davantage l'accès des femmes aux de soins de santé de qualité dans les maternités. Néanmoins cela n'empêche pas la détermination des acteurs humanitaires sanitaires à agir pour trouver des stratégies d'amélioration de la qualité de l'offre de soins maternelle.

Les difficultés d'accès aux services de santé maternelle (femmes enceintes, allaitantes et des enfants de moins de 5 ans) au camp de Minawao ont amené la communauté des réfugiés et les acteurs humanitaires à adopter des stratégies et méthodes pour un accès approprié aux services de santé des malades. En effet l'insuffisance des équipements, infrastructures et les contraintes rencontrées dans les centres de santé ont amené ces réfugiées à se tourner vers d'autres types de soins (Graphique n°6).

2.6. Des stratégies d'amélioration des services de santé maternelle au camp de Minawao

Graphique n°6 : Types de soins pratiqués par les réfugiées au camp de Minawao



Source : Enquête de terrain, janvier 2019- juin 2020

Le graphique n°6 montre les types de soins auxquels les femmes enceintes et allaitantes ont recours pour se soulager et pour soulager leurs enfants. Les enquêtes de terrain montrent que 24,40% de ces femmes se sont tournées vers l'automédication et 13,80% utilisent la médecine traditionnelle ; 10,90% des femmes en phase maternelle vont chez les guérisseurs pour trouver

guérison alors que les féticheurs en reçoivent 2,8%. La proportion des femmes fréquentant les centres de santé est de 48,10%. Par conséquent les femmes fréquentent plus les autres types de soins (51,90%) que la médecine moderne (48,10%).

Ainsi pour continuer à offrir des services et des soins minimums aux réfugiées et enfants, les centres de santé ont adopté un système qui est celui du traitement des patientes « à crédit ». La plupart des femmes enceintes et allaitantes reconnaissent avoir reçu des traitements avant de verser l'argent au centre de santé de prise en charge (61,60%). Cette stratégie des centres de santé justifie l'importance accordée à la santé maternelle dans le camp de Minawao. Ce qui a permis de réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans qui est passé de 0,51% en 2018 à 0,3% en 2019. Par ailleurs, les centres de santé, sous la coordination du Ministère camerounais de la santé publique et des humanitaires (OMS, IMC, UNHCR, UNFPA) organisent des campagnes de vaccination gratuite contre les maladies maternelles et infantiles telles la rougeole, le tétanos, la poliomyélite, la méningite à méningocoque.

3. DISCUSSION

Les crises humanitaires amènent des individus, des familles et des communautés à migrer afin d'assurer leur survie ; ces crises et les migrations qui en découlent engendrent des situations de vulnérabilité en matière de santé (Laliberté, 2007, p.1-2). L'auteur propose une réflexion théorique sur les enjeux de santé reliés aux migrations de refuge, fondée sur une revue d'études empiriques et d'observations effectuées dans le cadre d'interventions humanitaires en Afrique. Les principaux problèmes de santé associés aux crises humanitaires et la

réponse déployée par le régime humanitaire sont présentés en ouvrant des pistes de réflexion pour mesurer l'effet de la migration forcée sur l'état de santé des populations. Pour l'auteur l'état de santé doit être considéré dans le cadre de l'ensemble du régime démographique, avec une attention particulière accordée aux structures familiales. Il est enfin essentiel de tenir compte de la dimension temporelle des conflits et de la dynamique démographique, en lien avec les diverses phases traversées par les réfugiés et personnes déplacées dans le cadre de leur migration forcée (Laliberté, 2007, p.8). Narentinoudjou (2006, p.68) traite également de la problématique des réfugiés à Bangui (capitale de Centrafrique) et précise que ce pays accueille des réfugiés de nationalité différente : Soudanais, Tchadien, congolais de Brazzaville, Burundais et Rwandais. Le HCR leur vient en aide dans les domaines de la santé et de l'assistance financière. De même, il analyse les besoins des réfugiés en matière de logement, de nourriture et d'habillement. L'intérêt de ce mémoire par rapport à ce thème est de mettre en lumière la situation politique difficile dans tous les pays des grands lacs. Cependant, le document traite uniquement de la question sociale des réfugiés relevant du mandat du HCR mais n'aborde en aucun point les problèmes liés à la qualité des soins dans le camp des réfugiés. Bien plus, la composition démographique du camp de Bangui est cosmopolite. Une telle population est sujette au problème d'insécurité psychologique entraînant des xénophobies

sans toutefois poser les problèmes d'accès aux soins de santé maternelle.

Nara (2017, p.1) constate plutôt que les soins de santé des mères étaient inadéquats dans le camp de réfugiés (Kampala en Ouganda) : les ressources humaines étaient insuffisantes, les installations étaient en mauvais état et les médicaments n'étaient pas toujours disponibles. Les femmes devaient attendre longtemps avant de recevoir des soins et en venaient parfois à offrir des pots-de-vin en échange de services. Bon nombre d'entre elles subissaient de la discrimination lorsqu'elles accédaient aux services, et les barrières linguistiques ajoutaient à ces problèmes. Or la présente étude pose plutôt un problème spécifique lié à la santé maternelle. L'étude commence par une caractérisation sociodémographique des réfugiées nigérianes au camp de Minawao. La plupart des femmes réfugiées au camp de Minawao sont jeunes (18-30 ans ; 31-40) avec respectivement 29,4% et 34,7%. A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam (2016, p. 43) ont fait le même constat et démontrent que 53,4% des réfugiés sont jeunes. La communauté des mères Kanouri est la plus nombreuse avec 57,7% (enquête de terrain, janvier 2019-juin 2020). Sur environ dix (10) ethnies présentes au camp, les kanouri symbolisent un peu plus de la moitié. Leur prédominance est mise en relief par UNHCR juin 2019 où elle mentionne que (51%) des kanouri résident dans le camp des réfugiés nigériens de Minawao (UNHCR, 2019 p.1).

L'étude a également pris en compte l'année d'arrivée des réfugiées au camp de

Minawao en montrant que la plupart des réfugiées sont arrivées au camp de Minawao en 2014, confirmant ainsi l'étude faite par A. Bapowa Ngafwé et A. C. Kiam (2016 p.40). Les enquêtes ont démontré que la plupart des femmes sont victimes des maladies telles que le paludisme (60,13%), la malnutrition (13,50%), le rhumatisme (4,50%), la rougeole (4,18%) et la dysenterie (4,187%) attestant ainsi le point de vu de A. Bapouwa Ngafwé et A. C. Kiam (2016 p.50) qui, dans une étude faite au camp de Minawao démontrent que ces maladies figurent parmi les pathologies les plus récurrentes.

Par ailleurs, les centres de santé rencontrent d'énormes problèmes liés aux dispositifs d'accueil et de soins des malades femmes. C'est ce que Anne-Cécile Hoyez (2012, p.12) confirme en étudiant le problème de « Mobilités et accès aux soins des migrants en France ». Elle fait le même constat en affirmant que le dispositif sanitaire mis en place pour l'accueil des migrants n'est pas toujours capables de prendre en charge les maux spécifiques de la précarité en migration. D'où les nouvelles stratégies à caractère communautaire développées par les réfugiées. Il s'agit de la stratégie communautaire de prise en charge sanitaire. Ainsi, on note que les ménages font recours à d'autres types de soins, notamment la mise en place d'un comité hygiène et santé. La présente étude révèle que les femmes enceintes, allaitantes et les enfants de moins de 5 ans s'organisent en communauté pour mieux recevoir les soins dans les centres de santé hôte (Minawao 1 et 2) grâce à l'appui des partenaires humanitaires. Ceci a été

confirmé par 61,6% des femmes. Le renforcement et l'équipement de ce comité dont les femmes représentent 50% (UNHCR, 2016, p.1) serait un atout face aux problèmes spécifiques d'accès aux soins de santé maternelle à Minawao.

Donc, les problèmes d'accès aux soins révélés dans la présente étude traduisent une situation préoccupante qui nécessite l'amélioration des stratégies et la capacité d'accueil des femmes dans le camp des réfugiés nigériens de Minawao. Le nombre total de nouvelles personnes (5224) en 2020 ajouté à la croissance naturelle de l'année 2019 a porté la population totale du camp à 2020 à plus de 67502 réfugiés nigériens. Cette population comprend 54% de femmes/filles (UNHCR, 2016, p.1). D'où la nécessité de recherche de financements pour faciliter l'accès des femmes à la santé reproductive et renforcer la sensibilisation des réfugiées sur les risques d'accouchement à domicile. Un plaidoyer auprès de l'Etat camerounais afin d'intégrer les réfugiées dans la prise en charge sanitaire est aussi impératif.

CONCLUSION

Il était question de montrer les problèmes d'accès aux services de santé maternelle des réfugiées nigérianes dans le camp de Minawao et les stratégies d'amélioration de leur prise en charge sanitaire et humanitaire ». Les résultats montrent que les offres en santé maternelle sont insuffisantes pour un accès adéquat. L'absence des femmes dans le dispositif d'accueil, d'écoute et de soins des femmes,

le manque d'espace confidentiel pour la réception et l'écoute des réfugiées, les pesanteurs culturelles ainsi que le manque de moyens financiers limitent l'accès des femmes aux services de santé maternelle. En plus de l'évaluation de la prévalence des maladies chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, les pathologies maternelles et infantiles, les conditions d'hygiène et d'assainissement, l'efficacité de l'offre sanitaire en faveur des réfugiés au camp de Minawao sont identifiées, ainsi que les contraintes et mesures de prise en charge sanitaire. Des nouvelles stratégies de résilience consistant à faire recours à d'autres types de soins et administrer des soins gratuits aux patients ont été confirmées et permettent de surmonter les difficultés en santé maternelle au camp de Minawao. Face à ces difficultés, les acteurs humanitaires, sanitaires et d'assainissement doivent construire et doter les maternités d'équipements modernes et de ressources financières, assainir le cadre de vie afin de faciliter l'accès aux services de santé maternelle au camp de Minawao.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAPOWA NGAFWE Adèle et KIAM Alain Charly, 2016, Problèmes de santé dans le camp des réfugiés de Minawao (Extrême-Nord, Cameroun). Mémoire de DIPES II. Géographie. Université de Maroua. 130 pages.
- BOUCHER Sylvie, 2018, les besoins en santé des femmes et des filles réfugiées, Projet de rapport présenté à la Réunion du Réseau des femmes parlementaires, Ottawa (Canada), pp.15.
- GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin, 2004, Les enquêtes sociologiques,

Théories et pratiques, Comment interroger ? les
Entretiens, Armand Colin, 301 pages.

GUMUCHIAN Hervé, MAROIS Claude et
FEVRE Véronique, 2000, Initiation à la
recherche en géographie. Aménagement,
développement territorial, environnement,
433pages).

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2015, Profil du camp de Minawao,
[Http://data.unhcr.org](http://data.unhcr.org). Consulté le 3 octobre
2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2016, Profil du camp de Minawao,
[reliefweb.int//data.unhcr.org](http://reliefweb.int/data.unhcr.org). Consulté le 3
octobre 2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2019, profil du camp de Minawao,
<https://data2.unhcr.org>. Consulté le 3 octobre
2020.

HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS
UNIES POUR LES REFUGIES (UNHCR),
2020, profil du camp de Minawao d'avril 2020,
<https://data2.unhcr.org>. Consulté le 14
décembre 2020.

HOYEZ Anne Cécile, 2012, « mobilités et
accès aux soins des migrants en France », article,
CNRS, Université de Poitiers.

LALIBERTE Danièle, 2007, « Crises
humanitaires, santé des réfugiés et des
déplacés : un cadre analytique », *Revue
européenne des migrations internationales*, vol.
23 - n°3, pages 12.

LEMOUOGUE Joséphine, FOFIRI NZOSSIE
Éric Joël, KAHOU NZOUYEM Jasmine
Laurelle, 2019, « Cameroun : les zones
d'accueil des personnes déplacées, entre
recomposition sociodémographique et gestion
des personnes à besoins spécifiques »,
Alternatives Humanitaires, Numéro : 12 pp. 59-
75.

MEDECINS SANS FRONTIERES (MSF),
2016, les actions de MSF dans le monde, rapport
international d'activités, www.msf-azg.be,
Consulté le 3 octobre 2020.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
(MINSANTE), 2017, dossier d'investissement

pour l'amélioration de la santé de la
reproduction, santé de la mère, du nouveau-né,
de l'enfant et de l'adolescent/jeune au
Cameroun, Ministère de la santé publique,
Cameroun, pp.222.

NARA Ruth, 2017, Les femmes réfugiées ont
des besoins criants en soins de santé, Centre de
recherches pour le développement international
(CRDI), <https://www.idrc.ca/fr>. Consulté le 21
décembre 2020.

NARENTINOUDJOU, 2006, La prise en
charge des réfugiés vivant à Bangui par le
H.C.R. Université de Bangui : E.N.T.S.S, pages
69.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU), mars 2016, Proposer des solutions
ensemble pour une croissance forte, durable et
inclusive, le Système des Nations Unies au
Cameroun, rapport annuel, archive.ipu.org.
Consulté le 3 octobre 2020.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU), août 2016, Proposer des solutions
ensemble pour une croissance forte, durable et
inclusive, le Système des Nations Unies au
Cameroun, rapport annuel, archive.ipu.org.
Consulté le 3 octobre 2020.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES
(ONU)-FEMMES, 2017, enquêtes de base sur
l'état des lieux des espaces de cohésion des
femmes dans le camp de réfugiés de Minawao
et les sites de Ngam et Timangolo, Organisation
Des Nations Unies (ONU), reliefweb.int.
Consulté le 3 octobre 2020.

SAMANTHA Brangeon, BOLIVARD
Emmanuel, 2017, L'impact environnemental du
camp de réfugiés de Minawao, rapport d'étude,
reliefweb.int. Consulté le 3 octobre 2020.

SECTEUR SANTE REGION DE
L'EXTREME-NORD CAMEROUN, 2017,
rapport annuel de la réponse humanitaire, pp.28.