

**DISPOSITIF
MINIMUM
D'URGENCE
DMU**



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

IAWG

Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

**POUR LA SANTÉ
SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE (SSR) EN
SITUATIONS DE CRISE :
UN MODULE
D'APPRENTISSAGE
À DISTANCE**



Remerciements

Le module actuel du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) s'appuie sur le Chapitre 3 du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, révisé en 2018, qui a pour titre « Dispositif minimum d'urgence. » Heather Lorenzen, consultante indépendante, et Little Man Project sont respectivement à l'origine de la révision et de la conception de cette version du module d'apprentissage à distance conduit par la Women's Refugee Commission et le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise. Une équipe de volontaires s'est occupée de la direction et des orientations générales. Les membres de l'équipe de travail sont Raya Alchukr (Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP]), Melissa Garcia (Consortium international pour la contraception d'urgence /Management Sciences for Health), Alison Greer (Secrétariat du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise/Women's Refugee Commission), Virginie Jouanicot (Save the Children), Sandra Krause (Women's Refugee Commission) et Chelsea L. Ricker (consultante indépendante). L'équipe de travail remercie Luna Mehraïn de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), Danielle Jurman et Nadine Cornier du FNUAP ainsi que Sarah Rich, Hilary Wartinger et Lily Jacobi de la Women's Refugee Commission pour leurs contributions. Les sous-groupes de travail du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise ont également revu et finalisé ce module sur les thématiques suivantes : SSR des adolescents, violence basée sur le genre, fournitures, santé maternelle et néonatale, DMU pour la SSR, soins liés à l'avortement sans risques et contraception volontaire.

La version française de ce module a été traduite par Mariam Bagayoko et la révision a été assurée par Nadine Cornier, Hilde Cortier, Virginie Jouanicot, Valentine Larici, et Pauline Thomas. Nancy Chuang a conçu la mise en page.

Le module d'apprentissage à distance du DMU pour la SSR initial date de 2007 et il a été principalement élaboré par Julia Matthews, à l'époque membre du personnel de la Women's Refugee Commission ; Sandra Krause de la Women's Refugee Commission ; et Sarah Chynoweth de l'IPPF. Diana Quick de la Women's Refugee Commission a assuré la supervision éditoriale et du projet. La révision du module effectuée en 2011 a été actualisée pour refléter la version 2010 du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* révisée par Sandra Krause et Sarah Chynoweth et elle a été revue par Diana Quick. Nous adressons nos remerciements à nos collègues du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise : Ribka Amsalu, Wilma Doedens, Brad Kerner, Cecile Mazzacurati, Chen Reis, Marian Schilperoord, et Mihoko Tanabe.

Le premier module d'apprentissage à distance du DMU pour la SSR a été possible grâce au soutien généreux de la Fondation Bill & Melinda Gates. Le généreux soutien du FNUAP, de l'Initiative Reproductive Health Access Information Services (RAISE), et du programme d'aide à l'étranger du gouvernement australien a permis la révision de 2011. Grâce à la contribution d'un donateur anonyme, le module actuel a pu être révisé.

À propos de la Women's Refugee Commission et du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise

La Women's Refugee Commission améliore les vies et protège les droits des femmes, des enfants et des jeunes déplacés à la suite de conflits et de crises. Nous menons des recherches sur leurs besoins, nous définissons des solutions et plaidons en faveur de programmes et de politiques qui visent à renforcer leur résilience et stimuler le changement dans la pratique de l'aide humanitaire. Depuis notre création en 1989, nous sommes devenus des experts de premier plan en termes de réponse donnée aux besoins des femmes et des enfants réfugiés et de politiques pouvant les protéger et les autonomiser. La Women's Refugee Commission héberge le secrétariat du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise.

Le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise est une vaste coalition collaborative qui agit en faveur de l'élargissement et du renforcement de l'accès aux services de SSR de qualité pour les personnes touchées par des conflits et des catastrophes naturelles. Fondé en 1995 sous la dénomination de Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de réfugiés, la coalition s'emploie à documenter les lacunes, les accomplissements, les leçons apprises ; à évaluer l'état de la SSR sur le terrain ; à établir des normes techniques pour la prestation de services de SSR ; à recueillir et à diffuser des données auprès des décideurs, des responsables et de praticiens. Elle s'efforce aussi de plaider pour l'inclusion des personnes touchées par des crises dans les programmes mondiaux de développement et d'action humanitaire. Le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise est dirigé par un comité de pilotage de 19 membres parmi lesquels figurent des agences des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales intervenant dans les domaines de l'humanitaire, du développement, de la recherche et du plaidoyer. En 2018, il comptait plus de 2 800 membres issus de 450 organismes.

Date de publication : septembre 2006

Révisé en novembre 2007

Révisé en février 2011

Révisé en juin 2019

SOMMAIRE

À propos du Module d'Apprentissage à Distance du DMU pour la SSR	1
Introduction	5
Session 1 : Qu'est-ce que le DMU pour la SSR ?	8
Session 2 : Veiller à ce que le secteur/cluster de santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU	22
Session 3 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes.....	38
Session 4 : Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST	63
Session 5 : Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales	85
Session 6 : Prévenir les grossesses non désirées	109
Session 7 : Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaire	122
Session 8 : Autres priorités du DMU en matière de SSR	136
Session 9 : Commander les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations	149
Post-Test sur le Module du DMU pour la SSR	163
Annexe A : Quels sont les objectifs du DMU pour la SSR ?	168
Annexe B : Liste de contrôle du suivi du DMU pour la SSR.....	171
Annexe C : Calculatrice du DMU pour la SSR	177
Annexe D : Exemple de proposition de projet	181
Annexe E : Fiche de plaidoyer sur le DMU pour la SSR	186
Annexe F : Synthèse du DMU pour la SSR	187
Annexe G : Liste de contrôle des services adaptés aux adolescents	189
Annexe H : Réponses aux quiz	191

LISTE DES SIGLES

CERF	Fonds central pour les interventions d'urgence
CPI	Comité permanent interorganisations
CU	contraception d'urgence
DIU	dispositif intrautérin
DMU	dispositif minimum d'urgence (pour la santé sexuelle et reproductive)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HeRAMS	Health Resources Availability Monitoring System [Système de recensement des ressources sanitaires disponibles]
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IAFM	Manuel de terrain du Groupe interorganisations
IAWG	Groupe de travail interorganisations (sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire)
IEHK	kit sanitaire d'urgence interorganisations
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	infection sexuellement transmissible
Kits de SR	kits de santé reproductive du Groupe interorganisations
LGBTQIA	lesbienne, gay, bisexuel, personnes transgenre, queer, intersexes et asexuées
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires

OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisations non-gouvernementales
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PPE	prophylaxie post-exposition
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SitRep	rapport de situation
SONU	soins obstétriques et néonataux d'urgence
SONUB	soins obstétriques et néonataux d'urgence de base
SONUC	soins obstétriques et néonataux d'urgence complets
SPA	soins post-avortement
SPRINT	Sexual and Reproductive Health Programme in Crisis and Post-Crisis Situations
SR	santé reproductive
SSR	santé sexuelle et reproductive
TBN	taux brut de natalité
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	violence basée sur le genre
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	papillomavirus humain

À PROPOS DU MODULE D'APPRENTISSAGE À DISTANCE DU DMU POUR LA SSR

Le module d'apprentissage à distance du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) a pour but d'améliorer les connaissances des acteurs humanitaires et des parties prenantes concernant les services de SSR prioritaires qui doivent être lancés en début de crise humanitaire et intensifiés pour une couverture équitable pendant les crises prolongées et le rétablissement. Cela suppose notamment de procéder à la planification et à la mise en œuvre des services de SSR dès que possible suite à une crise.

Le DMU pour la SSR a dans un premier temps été énoncé en 1996 dans la version testée sur le terrain du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés*, un outil conçu par le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise. Le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations (IAFM)* a été finalisé en 1999 et largement diffusé¹. Le DMU pour la SSR a ensuite fait l'objet d'une mise à jour dans la révision 2010 du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire pour revue sur le terrain* et de nouveau, dans le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, révisé en 2018*. La version 2018 de l'IAFM est le fruit du consensus entre les représentants des agences travaillant sur la SSR dans le secteur humanitaire et elle fait état des meilleures données disponibles sur la pratique clinique et la mise en œuvre de programmes à la fin de l'année 2017. Le processus de révision a été conduit par l'équipe de travail en charge de la révision de l'IAFM qui compte plus de 50 membres issus de 21 agences des Nations Unies, d'organisations non-gouvernementales internationales, d'institutions académiques. Une consultante experte a guidé ce processus.

Sauf mention contraire, les informations fournies dans ce module d'apprentissage s'appuient sur la révision de 2018 du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*.

¹ Santé reproductive en situations de réfugiés : *Manuel de terrain interorganisations* (Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, 1999).

Les nouveautés de la version 2018 du DMU pour la SSR

Dans la version la plus récente du DMU pour la SSR, un nouvel objectif relatif à la prévention des grossesses non désirées a été ajouté, il s'agit essentiellement :

- ▶ D'assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [quand déjà utilisés avant la crise] et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- ▶ De fournir des informations, notamment les supports d'information, d'éducation et de communication et les conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix et le consentement informé, l'efficacité, le respect de l'intimité des clients et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination
- ▶ De veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Autre changement majeur dans le chapitre sur le DMU pour la SSR : les références explicites aux soins liés à l'avortement sans risques. Outre l'intégration des conseils sur les options en matière de grossesse et la prestation de services d'avortement ou l'orientation vers des services d'avortement dans les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle, les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi, figurent désormais dans le chapitre sur le DMU pour la SSR en tant qu'« autre activité prioritaire » autonome. Enfin, les directives ont été renforcées concernant les soins maternels et néonataux, la prévention et le traitement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle, et la planification de services complets de SSR.

À qui le module d'apprentissage du DMU pour la SSR est-il destiné ?

Le module englobe un ensemble d'activités multisectorielles conduites par des travailleurs humanitaires dans le cadre de leurs actions dans les secteurs de la santé, de l'installation et de la gestion de camps de réfugiés, de la logistique, des services communautaires, de la protection et autres domaines. Le module est particulièrement pertinent pour les équipes d'intervention d'urgence et autres premiers intervenants humanitaires car il est axé sur les populations affectées par des crises comme les conflits armés et les catastrophes naturelles. Cependant, il peut également s'avérer utile pour les efforts de préparation aux urgences et l'intensification des services en vue d'une couverture plus complète et équitable lors des crises prolongées et pendant le rétablissement.

Combien de temps faut-il pour compléter ce module ?

Il faut environ 5 à 7 heures pour compléter ce module.

À la fin du module d'apprentissage du DMU pour la SSR, les apprenants devront être en mesure de :

- ▶ définir et comprendre chaque composante du DMU pour la SSR ;
- ▶ expliquer l'importance et les aspects essentiels de la mise en œuvre du DMU pour la SSR dans les situations de crise humanitaire ;
- ▶ expliquer l'importance de la SSR comme élément fondamental de l'intervention sanitaire globale, de la coordination du secteur/cluster santé, et de la coordination avec d'autres secteurs comme le secteur/cluster de protection ;
- ▶ recenser les rôles et les fonctions de l'agence cheffe de file/du/de la coordinateur/coordinatrice SSR au sein du secteur/cluster santé ;
- ▶ expliquer les actions les plus importantes pour le secteur/cluster santé qui doivent être menées lors d'une crise humanitaire pour prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes ;
- ▶ décrire les interventions prioritaires pour la prévention de la transmission et la réduction de la morbidité et de la mortalité en raison du VIH et d'autres IST aux premiers stades des situations de crise ;
- ▶ expliquer les interventions prioritaires pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables en début de crise ;
- ▶ recenser les interventions prioritaires permettant de prévenir les grossesses non désirées ;
- ▶ décrire les modalités de la planification des services complets de programmation en SSR intégrés dans les soins de santé primaires dès que la situation le permet ;
- ▶ expliquer comment assurer l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi ; et
- ▶ décrire la procédure pour commander les fournitures du DMU pour la SSR à l'échelle internationale ou comment les obtenir localement.

Comment suivre le module d'apprentissage du DMU pour la SSR ?

Ce module est un module d'auto-apprentissage. Il faut le lire en suivant l'ordre des sessions d'apprentissage. Il peut ensuite faire office d'outil de référence. L'apprenant lit chaque unité, fait les quiz de l'unité, et passe le post-test qui reprend des questions issues de toutes les unités. **La version en ligne du module d'apprentissage à distance est interactive ; elle contient des exercices qui ont pour objectif de renforcer les éléments figurant présentés dans les sessions et les relie à d'autres ressources en ligne².** Les études de cas et les leçons apprises des actions humanitaires précédentes menées par les membres du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise sont intégrées dans cette version du module.

2 Le site du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise est accessible via <http://www.iawg.net>.



Autres conseils et informations : Les apprenants doivent se référer au *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, qui peut être consulté sur <http://iawg.net/iafm>.

Veillez garder à l'esprit...

Pendant la formation, vous verrez des références relatives aux kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (kits de SR). Les kits de SR version 2019, seront disponibles début 2020. Si vous suivez ce module d'apprentissage à distance **avant que les kits de SR soient disponibles**, veuillez vous référer aux informations sur les kits de SR actuellement disponibles dans le *Manuel sur les kits de santé reproductive inter-organisations à utiliser en situations de crise* (5^e édition, 2011)³.

Sous quel format et en quelles langues le module d'apprentissage du DMU pour la SSR est-il disponible ?

Le module est accessible via les sites internet du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise (www.iawg.net) et de site internet de la Women's Refugee Commission (www.womensrefugeecommission.org). Les versions imprimées peuvent être commandées en adressant un email à info@wrcommission.org ou à info.iawg@wrcommission.org.



Clause de non-responsabilité : Veuillez noter que le module d'apprentissage du DMU pour la SSR est accessible gratuitement. Le fait d'avoir suivi le module d'apprentissage du DMU pour la SSR ne garantit pas l'obtention d'un emploi auprès d'une organisation humanitaire.

Est-il possible de transmettre des commentaires pour améliorer ou de poser des questions sur le module d'apprentissage du DMU pour la SSR ?

Oui, veuillez envoyer un email à info.iawg@wrcommission.org.

Existe-t-il un moyen d'obtenir un certificat attestant du suivi du module d'apprentissage du DMU pour la SSR ?

Les apprenants qui auront obtenu un score d'au moins 80 % au post-test se verront automatiquement accorder un certificat de fin de formation qui peut être imprimé et enregistré.

³ Une version en ligne de ce document peut être obtenue en consultant le site <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations-2011>.

INTRODUCTION

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un ensemble d'activités prioritaires à mettre en œuvre en début de crise humanitaire. Ces services doivent être amplifiés et maintenus dans la durée pour garantir une couverture équitable pendant les crises prolongées et le rétablissement tout en planifiant l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaires, dès que possible.

La morbidité et la mortalité liées à la SSR sont des enjeux majeurs. Les femmes et les filles en situations de crise humanitaire souffrent de manière disproportionnée de maladies graves en raison des obstacles accrus à l'accès aux services de santé⁴. Les besoins en SSR sont négligés lors des crises humanitaires et cela entraîne de graves conséquences, notamment la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables ; les conséquences évitables de la grossesse non désirée, comme l'avortement à risques ; et les cas évitables de violence sexuelle et leurs effets y compris les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), l'augmentation de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les problèmes persistants de santé mentale comme la dépression.

Le DMU définit les services SSR qui sont les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité, tout en protégeant le droit à la vie dans la dignité dans les situations de crise humanitaire. Les acteurs humanitaires ont pour usage de respecter et de garantir des droits humains élémentaires, notamment la SSR, obligations auxquelles sont soumis les États conformément aux législations internationales. Toute personne, y compris celle qui est touchée par une crise, jouit d'un droit humain fondamental à la SSR. Pour exercer ce droit, les populations affectées doivent bénéficier d'un environnement favorable et d'un accès à des informations et des services complets de SSR afin qu'elles puissent faire des choix libres et informés. Le DMU pour les services de SSR fournis pendant une urgence humanitaire doit être fondé sur les besoins des populations touchées par une crise, il doit respecter les valeurs religieuses et éthiques ainsi que les contextes culturels, et il doit être conforme au droit international des droits humains et aux normes humanitaires.

Bien qu'elle soit reconnue comme une norme reconnue à l'échelle internationale, les évaluations menées par la Women's Refugee Commission et ses partenaires en 2003^{5,6}, en 2004⁷, et en 2005⁸ ont démontré que la mise en œuvre du DMU pour la SSR a souvent été négligée lors des

4 *Maternal Mortality in Humanitarian Crises and Fragile Settings* (Fonds des Nations Unies pour la population, novembre 2015), <https://www.unfpa.org/resources/maternal-mortality-humanitarian-crises-and-fragile-settings>.

5 *Still in need : Reproductive Health Care for Afghan Refugees in Pakistan* (Women's Refugee Commission, octobre 2003), <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/359-still-in-need-reproductive-health-care-for-afghan-refugees-in-pakistan>.

6 *Displaced and Desperate : Assessment of Reproductive Health for Colombia's Internally Displaced Persons*, Marie Stopes International and Women's Refugee Commission, (Reproductive Health Response in Crises Consortium, février 2003), <https://www.womensrefugeecommission.org/srh-2016/resources/72-displaced-and-desperate-assessment-of-reproductive-health-for-colombia-s-internally-displaced>.

7 *Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad* (Women's Refugee Commission and United Nations Population Fund, août 2004), <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/photo-essays/60-our-fuel-and-firewood-team-in-kenya>.

8 *Reproductive Health Priorities in an Emergency : Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-Affected Areas in Indonesia* (Women's Refugee Commission, février, 2005), https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/id_misp_eng.pdf.

situations d'urgence et peu de travailleurs humanitaires étaient au fait de ses objectifs et de ses activités. Depuis lors, des progrès ont été accomplis pour mieux faire connaître le DMU pour la SSR. En septembre 2009, le Consensus de Grenade a été établi grâce à une consultation interorganisations organisée par le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Organisation mondiale de la Santé et l'École andalouse de santé publique, il prévoit un nouvel engagement et un cadre d'action.

Une des composantes clés du Consensus de Grenade a été l'intensification de la couverture équitable du DMU pour la SSR et le maintien de ces services dans les crises prolongées et pendant le rétablissement tout en intégrant les services complets de SSR à travers le renforcement des systèmes de santé⁹. Les évaluations interorganisations menées en 2007 et en 2010 ont mis en évidence une connaissance accrue des services prioritaires de SSR du DMU pour la SSR qui doivent être mis en œuvre ; ces services n'étaient cependant pas systématiquement disponibles¹⁰.

En 2013 et 2015, des évaluations interorganisations sur des situations de crise ont montré que le DMU pour les services de SSR était systématiquement disponible et que les intervenants connaissaient le DMU pour la SSR en tant que norme¹¹. Selon une évaluation interorganisations du DMU pour la SSR conduite en Jordanie en 2013, à la suite de l'afflux de réfugiés syriens, le DMU pour la SSR était de plus en plus reconnu et soutenu grâce au solide leadership du Ministère de la Santé, des agences des Nations Unies et des organisations non-gouvernementales. La coordination était adaptée au niveau national et des camps mais elle reste insuffisante dans les zones urbaines où la participation des bénéficiaires et la connaissance des services faisaient défaut¹². En 2015, l'évaluation menée au Népal, à la suite d'un séisme, des avancées non négligeables avaient eu lieu ; le groupe de travail sur la SSR (sous-groupe SSR) a été mis en place dans les jours qui ont suivi le séisme, les fonds et fournitures étaient suffisants et le DMU pour la SSR était parfaitement connu des praticiens humanitaires. Les engagements et investissements en faveur de la SSR avant la crise, la prise en compte du DMU pour la SSR dans les activités de préparation, et le stockage préalable des kits de santé reproductive d'urgence du Groupe interorganisations étaient des éléments clés du succès. Parmi les principales limites de l'intervention fondée sur le DMU pour la SSR au Népal, figuraient une activation plus lente de la coordination au niveau des districts et un manque de connaissance au niveau communautaire des questions liées à la SSR y compris les bienfaits du recours aux soins et la localisation des services de prise en charge de la violence sexuelle, des IST et du VIH. Après l'évaluation, le plan national chiffré de mise en œuvre de la planification familiale du Népal (2015–2020) a été défini, et des formations au niveau central et des districts sur le DMU pour la SSR ont été menées pour intégrer le DMU pour la SSR dans les plans de prévention des catastrophes et d'intervention des districts¹³.

9 *Sexual and Reproductive Health During Protracted Crises and Recovery : Report on an Expert Consultation Held in Granada, Spain, 28–30 September 2009*, Preliminary Publication (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

10 *Four Months On : A Snapshot of Priority Reproductive Health Activities in Haiti: An Inter-Agency MISP Assessment Conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and the Women's Refugee Commission 17-21 mai 2010* (Women's Refugee Commission, octobre 2010). ; *Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad Hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya* (Women's Commission for Refugee Women and Children, septembre 2008), https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/ken_misp.pdf.

11 Sandra K. Krause, Sarah K. Chynoweth, and Mihoko Tanabe, « Sea-Change in Reproductive Health in Emergencies : How Systemic Improvements to Address the MISP Were Achieved, » *Reproductive Health Matters*, 25, no. 51, (13 décembre 2017): 7–17, DOI: 10.1080/09688080.2017.1401894.

12 Sandra Krause, Holly Williams, Monica A Onyango, Samira Sami, Wilma Doedens, Noreen Giga, Erin Stone and Barbara Tomczyk, « Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan : An Evaluation of the Minimum Initial Services Package, » *Conflict and Health* 9, Suppl 1 (2 février 2015): S4, <http://www.conflictandhealth.com/content/9/S1/S4>.

13 Anna Myers, Samira Sami, Monica Adhiambo Onyango, Hari Karki, Rosilawati Anggraini, and Sandra Krause « Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package (MISP) For Reproductive Health in Nepal Post-Earthquake, » *Conflict and Health* 12, no. 35 (15 août 2018), <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0170-0>.

Tous ces exemples illustrent les progrès accomplis au fil des années pour assurer l'accès au DMU pour la SSR dès le but des actions humanitaires. Malgré des avancées notables, il faut néanmoins garantir sa mise en œuvre universelle dans les situations de crise grave. Le *Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise* : Un module d'apprentissage à distance, élaboré par la Women's Refugee Commission et le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise, fournit des orientations sur la mise en œuvre de services du DMU pour la SSR de qualité et sensibilise sur l'importance des services prioritaires de SSR dans les situations de crise.





SESSION 1 : QU'EST-CE QUE LE DMU POUR LA SSR ?

Le dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un ensemble d'activités prioritaires mises en œuvre au début de chaque urgence humanitaire (si possible, dans les 48 heures).

Le but du DMU pour la SSR est de prévenir la morbidité et la mortalité liées à la SSR tout en protégeant le droit de la communauté touchée à vivre dans la dignité. Ses objectifs sont de garantir l'identification d'une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU pour la SSR, prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes, prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et réduire la morbidité et la mortalité liées à ce virus et ces infections, prévenir la surmortalité et surmorbidité maternelles et néonatales, prévenir les grossesses non désirées et planifier des services de SSR intégrés dans les soins de santé primaires, dès que possible. L'accès aux soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi, représente une autre activité prioritaire du DMU pour la SSR.

Un personnel formé doit assurer la mise en œuvre de cet ensemble d'activités prioritaires dans le cadre d'une coordination. Le DMU pour la SSR peut être mis en œuvre sans un recensement approfondi des besoins car des données probantes documentées justifient déjà son utilisation. En revanche, certaines informations situationnelles, démographiques et sanitaires concernant la population affectée doivent être établies avec le mécanisme de coordination sanitaire pour la prestation optimale des services du DMU pour la SSR et le plaidoyer. Il est important de noter que ces activités constituent des critères minimums qui sont censés être maintenus, améliorés sur le plan qualitatif, et développés avec d'autres services complets et programmations en SSR dès que la situation le permet.

À l'issue de cette session, les apprenants seront en mesure de :

- ▶ recenser les objectifs et les priorités du DMU pour la SSR ;
- ▶ expliquer pourquoi le DMU pour la SSR est une priorité dans les situations d'urgence humanitaire ;
- ▶ expliquer l'importance de l'implication des populations touchées par une crise dans la planification et la mise en œuvre des services du DMU pour la SSR ; et
- ▶ expliquer comment suivre et obtenir des financements destinés au DMU pour la SSR.

Objectifs et activités du DMU pour la SSR

Le DMU pour la SSR comporte six objectifs et une autre priorité. Il s'agit de :

Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU. L'agence cheffe de file en matière de SSR¹⁴ :

- ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé ;
- ▶ accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU pour la SSR ;
- ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/sous-groupe de travail sur la VBG ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU ;
- ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH ;
- ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR en coordination avec les secteurs/clusters santé et de logistique ; et
- ▶ veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR.

Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes :

- ▶ travailler avec d'autres clusters, plus précisément le groupe de travail sur la protection ou la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle ;
- ▶ mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien ; et
- ▶ créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés.



14 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire : Révision de 2018* (Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, 2018), <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité en raison du VIH et d'autres IST :

- ▶ Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité ;
- ▶ Assurer l'application de précautions standards ;
- ▶ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population avant la crise), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins ;
- ▶ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- ▶ Proposer la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle, selon les cas, et aux agents concernés par l'exposition professionnelle ;
- ▶ Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué ; et
- ▶ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST.

Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :

- ▶ Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - Au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour la prestation de soins obstétriques et néonataux d'urgence complets (SONUC) ;
 - Au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétriques et néonataux d'urgence de base (SONUB) ;
 - Au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU et insister sur l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible ;
- ▶ Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital ;
- ▶ Assurer la disponibilité des soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux ; et
- ▶ Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable.

Prévenir les grossesses non désirées :

- ▶ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence [CU]) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande ;
- ▶ Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication, et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix, le consentement informé, l'efficacité et privilégient le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination ; et
- ▶ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes.

Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaires dès que possible.

- ▶ Collaborer avec les partenaires du secteur/cluster santé pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

Autre priorité

- ▶ Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

Qu'est-ce que la santé sexuelle et reproductive (SSR) ?

La Conférence internationale sur la population et le développement a défini la SSR ainsi : « Un état de bien-être, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement¹⁵. »

Cette définition implique que les femmes, les hommes et les adolescents y compris ceux qui sont confrontés à des situations de crise humanitaire :

- ▶ ont le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité ;
- ▶ sont libres de décider si, quand et à quelle fréquence procréer ;
- ▶ peuvent être informés et avoir accès à des méthodes contraceptives de qualité, sûres, efficaces, abordables et acceptables de leur choix ;
- ▶ peuvent prétendre à des services de santé adaptés qui permettent de mener à bien des grossesses et accouchements sans risques et préservent la santé des nouveau-nés ;

15 Nations Unies, « Programme d'action » (adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5–13 septembre 1994), paragraphe 7.2, <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>.

- ▶ ont le droit de bénéficier d'informations sur la prévention et le traitement du VIH et des IST ; et
- ▶ peuvent bénéficier d'interventions et de stratégies de régulation des naissances, dans les limites prévues par la loi.

Pourquoi le DMU pour la SSR est-il une priorité ?

Le DMU pour la SSR repose sur des actions sanitaires vitales qui doivent être mises en œuvre parallèlement à d'autres activités essentielles. Le DMU pour la SSR est crucial pour réduire le nombre de décès, de maladies et le handicap tout en protégeant le droit de vivre dans la dignité. Les communautés affectées par des crises ont le droit d'accéder à ces services et de bénéficier d'informations exhaustives sur la SSR pour les aider à faire des choix libres et informés.



Si le DMU pour la SSR est ignoré ou s'il n'est pas privilégié dans le cadre d'une action humanitaire, utilisez les éléments suivants dans votre campagne de plaidoyer auprès des Nations Unies (ONU), des décideurs nationaux, des organisations non-gouvernementales (ONG), et autres.

Le DMU pour la SSR est :

- ▶ une norme minimale d'interventions lors de catastrophes, reconnue à l'échelle internationale ;
- ▶ un critère de sauvetage minimum du Fonds central pour les interventions d'urgence admissibles en vue d'un financement accordé par le FCIU ;
- ▶ intégré dans le Guide pratique du groupe de responsabilité sectorielle Santé ; et
- ▶ intégré dans la révision de 2018 des Standards minimums de l'intervention humanitaire de Sphere et les normes relatives au VIH.

Quelles sont les conséquences possibles si on fait abstraction du DMU pour la SSR lors d'une situation d'urgence ?

Les vies des personnes touchées par les crises sont mises en danger lorsque le DMU pour la SSR n'est pas mis en œuvre. Par exemple, les femmes et les filles peuvent être exposées à la violence sexuelle lorsqu'elles essaient d'avoir accès à la nourriture, au bois, à l'eau et aux latrines. Leur hébergement d'urgence peut s'avérer inadapté pour les protéger face aux intrus ou elles peuvent être logées dans des conditions qui les privent de leur intimité. Ceux qui sont en position de pouvoir peuvent exploiter les personnes vulnérables, surtout les femmes et les filles en imposant des rapports sexuels en contrepartie de l'accès à des biens essentiels.

Si on fait abstraction du DMU pour la SSR, les établissements de santé peuvent être privés des services qui permettent d'assurer la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle. De plus, le fait de ne pas respecter les précautions standards au sein d'un établissement de soins

peut conduire à la transmission du VIH et d'autres infections aux patients ou aux professionnels de santé, et le fait de ne pas garantir des médicaments pour la prévention et le traitement du VIH (PPE et TAR) ainsi que le traitement des IST peut accroître les taux de transmission des infections. Par ailleurs, le manque de méthodes contraceptives peut entraîner des grossesses non désirées et, en l'absence d'un système d'orientation pour transférer les patientes qui nécessitent des SONU de base ou complets dans un établissement de santé équipé, les femmes et les nouveau-nés peuvent mourir ou souffrir de lésions (par ex., la fistule obstétricale) voire de maladies de longue durée.

Le DMU pour la SSR présente les principales étapes à suivre pour sauver des vies, préserver la santé, éviter ces conséquences négatives et d'autres.

Qui est responsable de la mise en œuvre du DMU pour la SSR ?

Le secteur/cluster santé et le Ministère de la Santé doivent assurer la mise en œuvre des activités prioritaires du DMU pour la SSR. Néanmoins, toutes les activités du DMU pour la SSR ne relèvent pas uniquement du secteur/cluster santé. Par exemple, les activités ayant pour but de prévenir et répondre à la violence sexuelle se recoupent avec celles des secteurs/clusters de la protection, de la nourriture/nutrition, de l'éducation, de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de l'hébergement d'urgence. Le secteur/cluster santé doit jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, ce qui est mis en évidence dans les outils et le guide pratique du groupe de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations¹⁶.

Quels sont les principes fondamentaux de la programmation en SSR dans les situations de crise humanitaire ?

Ces principes sont des valeurs définies lors de consultations avec les parties prenantes dans les secteurs humanitaires et la SSR et doivent contribuer à orienter l'action. Il s'agit de :

- ▶ Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux avec les personnes qui bénéficient de soins, les prestataires, ainsi que les partenaires locaux et internationaux ;
- ▶ Garantir l'égalité en répondant aux divers besoins des personnes en matière de SSR et veiller à ce que les services et les fournitures soient abordables ou gratuits, accessibles à tous et de haute qualité ;
- ▶ Donner des informations complètes, fondées sur des données probantes et accessibles et le choix par rapport aux fournitures et aux services ;
- ▶ Garantir la participation efficace et significative des personnes concernées et des soins axés sur les personnes, qui reconnaissent le pouvoir de décision autonome et le choix des patients en matière de services et de produits ;
- ▶ Garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité pour tous et traiter les personnes avec dignité et respect ;
- ▶ Promouvoir l'équité vis-à-vis de l'âge, du sexe, du genre et de l'identité de genre, du statut

16 Guide Responsabilité Sectorielle Santé : Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national (Comité permanent interorganisations, 2009), https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/.

matrimonial, de l'orientation sexuelle, du lieu (par ex. rural/urbain), du handicap, de la race, de la couleur de peau, de la langue, de la religion, des opinions politiques ou autres, des origines nationales, ethniques ou sociales, de la propriété, de la naissance ou d'autres caractéristiques ;

- ▶ Reconnaître et aborder les dynamiques de genre et de pouvoir dans les établissements de soins pour veiller à ce que les personnes ne soient pas victimes de coercition, de discrimination ou de violences/de mauvais traitements/d'irrespect lorsqu'elles bénéficient ou dispensent des soins ;
- ▶ Mobiliser la communauté, y compris les populations souvent marginalisées comme les adolescents, lors de la sensibilisation communautaire pour informer la communauté de la disponibilité et de la localisation des services et produits du DMU ; et
- ▶ Assurer le suivi des services et des fournitures, et partager les informations et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins.

Comment les populations touchées par une crise et les communautés sont-elles impliquées ?

Bien que cela puisse être difficile lors des premiers jours d'une crise, tout doit être fait pour faire en sorte que les populations touchées par une crise y compris les femmes, les adolescents et les hommes soient impliqués dans la planification de programmes et la mise en œuvre des services du DMU pour la SSR au début d'une situation d'urgence. Pour assurer l'implication des membres de la population, il est important de cibler les groupes particulièrement vulnérables notamment les lesbiennes, les gays, les personnes transgenres, les queers, les personnes intersexes et asexuées (LGBTQIA) ainsi que les personnes handicapées, tout en prenant soin de les protéger. Les communautés affectées doivent au moins être informées des bienfaits du recours aux services—comme les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle, la contraception, les SONU—et les modalités de l'accès à ces services ainsi que leur localisation.

Pour améliorer et accroître l'accès de la communauté et l'équité et pour appuyer les services inclusifs, les organisations peuvent examiner les données relatives au programme afin de comprendre l'utilisation des services et s'associer aux groupes pour dispenser une éducation et fournir des informations aux groupes sous-représentés. En encourageant l'implication de divers groupes communautaires, les partenariats respectueux contribuent au développement et à l'amélioration de la couverture et de la qualité des services de SSR.

Définitions de LGBTQIA

Lesbienne	Une femme qui est attirée par d'autres femmes sur le plan émotionnel, romantique ou sexuel.
Gay	Une personne qui est attirée par d'autres personnes du même genre sur le plan émotionnel, romantique ou sexuel.
Bisexuel	Une personne qui est attirée par des personnes de plus d'un sexe, d'un genre ou d'une identité de genre bien que cela ne soit pas nécessairement de façon simultanée, de la même manière ou au même degré.
Transgenre	Un terme générique pour les personnes dont l'identité et/ou l'expression de genre sont différentes des attentes culturelles fondées sur le sexe qui leur a été attribué à la naissance. Le fait d'être transgenre n'implique pas une orientation sexuelle spécifique. Par conséquent, les personnes transgenres peuvent s'identifier comme étant hétérosexuelles, gays, lesbiennes, bisexuelles, etc.
Queer	Un terme souvent utilisé pour faire état d'identités et d'orientations fluides.
Questionnement	Un terme souvent utilisé pour décrire les personnes qui sont dans un processus consistant à explorer leur orientation sexuelle et leur identité de genre.
Personnes intersexes	Un terme générique souvent utilisé pour décrire un large éventail de changements physiques naturels. Dans certains cas, ces traits sont visibles à la naissance, et chez d'autres personnes, ils n'apparaissent pas avant la puberté. Il se peut que certains changements chromosomiques de ce type ne soient pas physiquement apparents du tout.
Personnes asexuées	Le manque d'attirance ou de désir sexuel pour d'autres personnes.

Source : « Glossary of Terms, » Human Rights Campaign, consulté le 8 avril 2019, <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>.

Quels sont les outils disponibles pour appuyer les prestataires de service dans la communication d'informations sur le DMU pour la SSR aux communautés ?

La Women's Refugee Commission a développé *des formulaires d'information, d'éducation et de communication universels et adaptables relatifs au DMU pour la SSR* pour les populations touchées par une crise afin de souligner l'importance du recours aux soins après une agression sexuelle et de l'accès aux soins suite à des complications obstétriques, de même que *des formulaires d'information, d'éducation et de communication sur la planification familiale* ayant pour but d'appuyer les prestataires de service dans la communication d'informations aux clients¹⁷. Ces formulaires soulignent les 3 objectifs du DMU pour la SSR et ils sont censés aider les prestataires de service à informer les communautés dans diverses situations de crise sur les services disponibles et les bienfaits du recours aux soins.

¹⁷ Téléchargez les formulaires d'information, d'éducation et de communication via <http://iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp> et les formulaires de planification familiale via <http://iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/>

Où puis-je trouver ces outils et d'autres ressources pour la mise en œuvre du DMU pour la SSR ?

Sur la page consacrée aux domaines du DMU pour la SSR du site internet du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise, vous trouverez les supports et les ressources qui facilitent la mise en œuvre du dispositif, y compris les supports d'information, d'éducation et de communication, les outils d'évaluation du processus du DMU pour la SSR, les listes de contrôle, la calculatrice du DMU pour la SSR—qui génère les statistiques relatives à la SSR nécessaires pour le plaidoyer, la programmation et la collecte de fonds (voir l'Annexe C)—et plus.

Pourquoi est-il important de garantir une réponse aux besoins et aux capacités des adolescents ?

Immédiatement après une crise, la perturbation des familles et des communautés, à laquelle s'ajoute la perte de perspectives en matière d'éducation, d'emploi et d'autres activités significatives sont des difficultés courantes pour les adolescents et elles peuvent considérablement impacter leur capacité à se protéger. En raison du déplacement, il se peut qu'ils n'aient plus accès aux réseaux familiaux, à ceux des pairs, aux institutions religieuses, au soutien social et aux services de santé, ce qui peut les exposer à des environnements violents ou malsains. Avec l'effondrement du système juridique et de l'ordre public, les adolescents, surtout les filles, sont particulièrement confrontés à la contrainte, à l'exploitation et la violence sexuelles, et aux mariages précoces et forcés, ce qui accroît les risques de grossesse non désirée, de complications durant la grossesse et l'accouchement, des avortements à risques et des IST y compris le VIH.

La résilience et l'ingéniosité des adolescents peuvent les aider à s'adapter aux circonstances et à soutenir leurs communautés. Il faut leur offrir la possibilité de participer à la conception, à la coordination et à la mise en œuvre de services du DMU pour la SSR accessibles, acceptables et adaptés pour faire en sorte que leurs besoins soient pris en compte dès le début d'une situation d'urgence¹⁸.

Pourquoi est-il important de tenir compte des populations urbaines, des populations mobiles, et de la programmation éloignée pour la mise en œuvre du DMU pour la SSR ?

Dans chacune de ces situations, l'offre de services de santé peut s'avérer difficile en raison des problèmes de sécurité, de logistique ou de communication.

Urbain : Le monde est en proie à un processus d'urbanisation rapide. Aujourd'hui, 55 % de la population mondiale vit dans des zones urbaines, et selon les estimations, 68 % de la population mondiale vivra dans des zones urbaines d'ici 2050¹⁹. Près de 60 % des réfugiés et 80 % des

18 Save the Children et Fonds des Nations Unies pour la population, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (FNUAP, 2010), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf.

19 *World Urbanization Prospects : The 2018 Revision* (Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population 2018), <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>.

personnes déplacées dans leur propre pays vivent en milieu urbain où l'emploi, est, par exemple, plus accessible²⁰. En revanche, les systèmes de santé sont souvent surexploités dans les zones urbaines et il arrive qu'ils soient dans l'incapacité de prendre en charge un afflux de personnes touchées par une crise.

Populations mobiles : Ces dernières années, nous avons observé une augmentation des populations mobiles et de la migration. Parmi les obstacles entravant l'accès des migrants aux services de santé figurent le manque d'informations, la question linguistique et la crainte des arrestations ou des expulsions²¹.

Programmation à distance : Les caractéristiques changeantes des crises ont engendré des difficultés d'ordre sécuritaire et logistique qui peuvent limiter la capacité des organisations humanitaires à secourir certaines populations affectées par des conflits et des catastrophes naturelles²². La programmation à distance est plus courante dans les zones touchées par des conflits prolongés, fragiles dont l'accès est limité.

Pour les femmes et les adolescents touchés par une crise, il est souvent difficile de bénéficier de soins ou d'autres services dans ces contextes du fait d'obstacles culturels, sociaux, économiques mais aussi en raison de problèmes de sécurité. Par ailleurs, il est possible qu'ils ne disposent pas d'informations concernant les services existants et leur localisation. Des études ont montré que chez les femmes enceintes vivant dans des zones touchées par des conflits ou qui sont mobiles, les taux de complications liées à la grossesse sont plus élevés, ce qui conduit à des taux plus élevés de morts maternelles et néonatales, souvent en raison de l'accès limité et d'un niveau de soins inférieur²³.

Tous les intervenants doivent collaborer pour remédier à ces difficultés et protéger la sécurité et le bien-être des personnes vivant dans ces contextes²⁴. Étant donné que la prestation de soins varie selon les pays et la situation, une des approches à privilégier consisterait à effectuer un recensement rapide des établissements et systèmes de santé, y compris le Ministère de la Santé, les ONG et les services confessionnels. Dans le cas des populations mobiles, les services doivent être recensés par rapport à la localisation des clusters/secteurs et dans d'autres zones/pays tout au long des itinéraires de migration. Il convient de fournir des informations aux femmes, aux adolescents et à

20 Hans Park, « The Power of Cities, » Agence des Nations Unies pour les Réfugiés, 25 novembre 2016 <https://www.unhcr.org/innovation/the-power-of-cities>.

21 *New Walled Order : How Barriers to Basic Services Turn Migration into a Humanitarian Crisis* (Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, juillet 2018), <http://media.ifrc.org/wpcontent/uploads/sites/5/2018/07/Migration-policy-Report-Final-LR.pdf>.

22 Simran Chaudhri, Kristina Cordes, et Nathan Miller, *Humanitarian Programming and Monitoring in Inaccessible Conflict Settings : A Literature Review* (OMS, février 2017), <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf>.

23 Olivia Tulloch, Fortunate Machingura, et Claire Melamed, *Health, Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Overseas Development Institute, juillet 2016), <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10761.pdf> ; A.D. Akol, S. Caluwaerts, et A.D. Weeks, « Pregnant Women in War Zones, » *BMJ* (20 avril 2016), 353, <https://doi.org/10.1136/bmj.i2037>.

24 Des informations complémentaires sur la programmation à distance et les populations mobiles et migrantes comprennent : *Demeurer et accomplir, Bonnes pratiques pour les acteurs humanitaires dans les environnements de sécurité complexes* (OCHA, 2011), https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/Stay_and_Deliver_French.pdf. *HUMANITARIAN PROGRAMMING AND MONITORING IN INACCESSIBLE CONFLICT SETTINGS: A Literature Review* (Groupe de responsabilité sectorielle Santé, février 2017), <http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf>. Antonio Donini et Daniel Maxwell, « From face-to-face to face-to-screen : remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments, » *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 95, pp 383-413 doi:10.1017/S1816383114000265. Peta Sandison, *Limited Access Humanitarian Programming Operational Guidance for Managing Programme Quality Version 1* (Oxfam, January 2017), <https://www.medbox.org/limited-access-humanitarian-programming/download.pdf>. *Health of refugees and migrants : Practices in addressing the health needs of refugees and migrants* (OMS Afrique, 2018), www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf.

d'autres groupes vulnérables, sur les modalités et la localisation des services dont ils peuvent avoir besoin lorsqu'une liste complète peut être consultée. Une autre approche consiste à établir des partenariats avec des organisations locales qui font partie d'une structure communautaire et qui sont plus à même de trouver des solutions locales pour ne pas faire de laissés pour compte et faire en sorte de cibler ceux qui sont touchés par la crise et ont besoin de services.

Comment peut-on assurer le suivi de la mise en œuvre du DMU pour la SSR ?

La liste de contrôle du DMU pour la SSR (voir l'Annexe B) peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans chaque situation de crise humanitaire. Cela peut être fait par le biais des rapports oraux des coordinateurs/coordinatrices SSR et /ou par le biais de visites d'observation. Il faut impérativement procéder à un suivi hebdomadaire au début de l'intervention humanitaire. Une fois que les services ont été entièrement mis en place et font l'objet d'un consensus, un suivi et une évaluation de routine doivent être instaurés pour mesurer les progrès accomplis par rapport au DMU et aux services complets de SSR de qualité.

Le Health Resources Availability Monitoring System [Système de recensement des ressources sanitaires disponibles] (HeRAMS) est un autre outil qui permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre du DMU pour la SSR et d'appuyer la coordination et la prise de décision des acteurs de la santé²⁵. Le HeRAMS est un système d'information basé sur un logiciel dont le but est d'appuyer le suivi et l'évaluation de la situation des établissements de santé et la disponibilité des services et ressources de santé dans différentes zones touchées par les situations d'urgence, par type de service et niveau de soins. Les 4 domaines suivis par le HeRAMS sont les établissements de santé, les ressources destinées aux services de santé, les services fournis (y compris ceux qui sont spécifiques au DMU pour la SSR), et les raisons pour lesquelles ces services ne sont pas disponibles.

La boîte à outils du Système d'information sanitaire (SIS) conçue par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), contient des indicateurs de SSR pour guider la collecte de données au niveau des établissements de santé au début d'une situation d'urgence²⁶. Ces données peuvent être utilisées pour aborder la question des lacunes et des recoupements en termes de couverture des services au sein des mécanismes de coordination du secteur/cluster santé et afin de trouver et appliquer des solutions.

Comment une agence peut-elle obtenir des fonds pour appuyer les activités du DMU pour la SSR ?

Étant donné que le DMU pour la SSR répond aux critères de sauvetage du FCIU²⁷, les ONG peuvent accéder aux fonds du FCIU des Nations Unies en soumettant des propositions de projet qui s'inscrivent dans le cadre de la planification humanitaire et des processus de recours. Les fonds communs nationaux sont une autre option de financement comme les Plans d'aide humanitaire. Les propositions doivent décrire les activités prioritaires de SSR indiquées dans le DMU comme les premières composantes de la SSR à aborder, et l'élargissement de la programmation en SSR dès que la situation le permet.

25 Pour plus d'informations sur le HeRAMS, consulter <https://www.who.int/hac/herams/en>.

26 « La boîte à outils du Système d'information sanitaire », HCR, consulté le 8 avril 2019, <https://www.unhcr.org/protection/health/4a3374408/health-information-system-toolkit.htm/>.

27 *Critères de sauvetage et activités sectorielles* (Fonds central pour les interventions d'urgence, 2010) <https://cerf.un.org/>.

Les organisations qui interviennent face à une crise doivent également inclure le financement des activités du DMU pour la SSR dans les propositions de projet soumises aux bailleurs de fonds, comme le Ministère australien des Affaires étrangères et du commerce extérieur (DFAT), le Bureau pour la Population, les Réfugiés et la Migration (BPRM) du Département d'État américain, Affaires mondiales Canada (GAC), le Département du Développement international du Royaume-Uni (DFID), la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (ECHO), le Ministère des Affaires étrangères du Danemark, le Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas, l'Agence norvégienne pour la coopération au développement, le Bureau d'assistance en cas de catastrophe à l'étranger (OFDA), l'Agence suédoise de coopération internationale pour le développement (Sida), le HCR, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de même que les bailleurs de fonds privés qui peuvent appuyer les activités d'intervention d'urgence (voir l'Annexe D pour un exemple de proposition)²⁸.

Il peut être utile de citer les standards de Sphere sur la SSR et le VIH dans les propositions. Dans l'édition 2018 du *Manuel Sphere*, les activités prioritaires du DMU pour la SSR figurent dans les normes relatives à la santé sexuelle et reproductive : « Standard 2.3.1 Soins de santé reproductive de la mère et du nouveau-né », « Standard 2.3.2 Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol, » et « Standard 2.3.3 VIH²⁹. »

Quelles sont les fournitures nécessaires pour mettre en œuvre le DMU pour la SSR, et où une agence peut-elle se les procurer ?

Les médicaments, les équipements et les fournitures essentiels à la mise en œuvre du DMU pour la SSR ont été assemblés dans des kits pré-conditionnés : les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (kits de SR). Ces kits, gérés par le FNUAP au nom du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise, sont censés être utilisés dès la phase initiale d'une situation d'extrême urgence. Il se peut que certains médicaments et dispositifs médicaux des kits ne soient pas adaptés à certains contextes. Cela est inévitable car il s'agit de kits d'urgence standardisés, conçus pour une utilisation dans le monde entier, pré-conditionnés et prêts pour une distribution immédiate. Toutes les situations ne se prêtent pas forcément à l'utilisation de ces kits, cela dépend de la disponibilité des fournitures avant la crise et de la capacité des établissements de santé. De plus, des produits essentiels ne figurent pas dans les kits mais ils peuvent être commandés en complément des principaux kits, dans certains cas précis. La question des fournitures doit être évoquée au sein du secteur/cluster santé, et/ou lors des réunions du sous-secteur/groupe de travail et de la phase de préparation aux situations d'urgence.

Pour éviter l'interruption des fournitures essentielles de SSR pendant les situations d'urgence, les acteurs humanitaires doivent garder à l'esprit l'idée que le renforcement des chaînes d'approvisionnement localement durables est fondamental non seulement pendant l'élargissement des services vers la programmation complète des SSR mais aussi pendant la période d'urgence extrême lorsque le DMU pour la SSR est mis en œuvre. Compte tenu de la fréquence des problèmes logistiques dans les situations de crise, surtout en ce qui concerne les fournitures, les partenaires du sous-secteur/groupe de travail sur la SSR et le secteur/cluster santé doivent travailler en

28 « Guidelines for Proposals, » USAID, consulté le 8 avril 2019, <https://www.usaid.gov/what-we-do/working-crises-and-conflict/crisis-response/resources/guidelines-proposals> ; « Funding Opportunities, » Département d'État américain, consulté le 8 avril 2019, <https://www.state.gov/j/prm/funding> ; « Financement de l'aide humanitaire, » Opérations européennes de protection civile et d'aide humanitaire (ECHO), consulté le 8 avril 2019, https://ec.europa.eu/echo/funding-evaluations/funding_fr ; Ministère australien des Affaires étrangères (site internet), consulté le 8 avril 2019, <https://dfat.gov.au>.

29 *Le Manuel Sphere* 2018 (Sphere, 2018), <https://spherestandards.org/fr/manuel-2018/>.

étroite collaboration avec le secteur/cluster logistique et d'autres partenaires de santé. Les acteurs humanitaires concernés doivent œuvrer pour l'intégration des fournitures de santé humanitaire dans la planification logistique et rapidement identifier et faire en sorte que les fournitures de SSR fondées sur les besoins fassent partie de l'approvisionnement global en fournitures médicales pour éviter les pénuries et les ruptures de stock.



Pour plus d'informations sur les fournitures et les logistiques, veuillez vous référer la session 9 du Chapitre 4 de l'IAFM 2018 et le Manuel sur les kits de SR (2019) ainsi que les supports d'accompagnement.

Le DMU pour la SSR est-il uniquement destiné aux situations d'extrême urgence ?

Le DMU pour la SSR ne s'applique pas seulement aux crises graves. *Le cadre du Consensus de Grenade sur la santé sexuelle et reproductive dans les crises prolongées et le rétablissement* prévoit la mise en œuvre des composantes cliniques du DMU pour la SSR, en assurant une couverture équitable et en maintenant les services lors de leur intégration dans la programmation en SSR dans les crises prolongées et pendant le rétablissement³⁰. Il est important de souligner que dans certaines situations de crises prolongées et post-crisis, les services cliniques prioritaires du DMU pour la SSR ne sont pas en place. Dans ce cas, la programmation en SSR ne doit pas être suspendue ou réduite, elle doit plutôt faire l'objet d'améliorations immédiates pour inclure tous les services prioritaires du DMU pour la SSR.

Que peut-on faire pour se préparer à une urgence dans les pays exposés à des catastrophes naturelles et des conflits ?

Les communautés locales, les représentants de districts et d'instances nationales, ainsi que les agences spécialisées en action humanitaire, en catastrophes naturelles et en développement doivent donner la priorité à la SSR dans les politiques de gestion des urgences sanitaires, y compris les plans de préparation aux urgences et les plans de secours. De tels plans pourraient inclure la formation des agents de santé nationaux, locaux et communautaires sur le DMU pour la SSR ; l'identification d'un système pour recenser les services disponibles à la fois avant et au début d'une situation d'urgence ; le choix de stratégies de coordination et de communication ; la planification des ressources humaines pour répondre à l'urgence ; et la mise en place de plans logistiques pour le stockage, la gestion, les commandes et la distribution de fournitures du DMU pour la SSR. Voici deux exemples de ressources pour appuyer ces mesures de préparation :

La Sexual and Reproductive Health Program in Crisis and Post-Crisis Situations Initiative (SPRINT) [Programme de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise et post-crisis en Asie de l'Est et du Sud-Est et dans le Pacifique] a été mise en place avec un financement du Gouvernement australien après la neuvième réunion du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise en octobre 2006, qui a eu lieu à Sydney en Australie. Le but de cette initiative est d'améliorer l'accès aux services et aux informations sur la SSR pour les populations

30 Le Consensus de Grenade sur la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crises prolongées et le rétablissement (École Andalous de Santé Publique, FNUAP et OMS), consulté le 8 avril 2019, https://www.who.int/hac/techguidance/pht/reproductive_health_protracted_crises_and_recovery.pdf.

confrontées à des situations de crise humanitaire. Cette initiative a atteint sa troisième phase et se concentre sur l'Asie du Sud et du Sud-Est et le Pacifique, avec l'objectif de veiller à ce que :

- ▶ le contexte politique et financier soutienne de plus en plus la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les situations de crise humanitaire ;
- ▶ les capacités nationales soient développées pour coordonner la mise en œuvre du DMU pour la SSR dans les crises ; et
- ▶ le DMU pour la SSR soit mis en œuvre dans les plus brefs délais, lors des situations de crise.

L'Initiative SPRINT est gérée par l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) et elle fait l'objet d'une étroite collaboration avec des partenaires comme le FNUAP, la Women's Refugee Commission et d'autres membres du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise. Pour plus d'informations sur l'Initiative SPRINT et le travail humanitaire de l'IPPF, veuillez consulter www.ippf.org/our-priorities/humanitarian.

L'Initiative Partenariat de Formation du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise a été créée en 2006 pour combler les lacunes en matière de services cliniques dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR. L'Initiative Partenariat de Formation de l'IAWG se concentre sur une approche intégrée, inclusive et complète afin de développer les capacités régionales, nationales et locales pour coordonner et dispenser des services de SSR de manière efficace dès le début d'une situation d'urgence et conduire la planification et la mise en œuvre de services de SSR intégrés et complets. Pour plus d'informations sur l'Initiative Partenariat de Formation de l'IAWG, veuillez visiter iawg.net.

Session 1 : Points clés

- ▶ Les 6 objectifs du DMU pour la SSR sont : garantir l'identification d'une organisation pour mener la mise en œuvre du DMU pour la SSR, prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes, prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST, prévenir la surmorbidity et surmortalité maternelles et néonatales, prévenir les grossesses non désirées et planifier des services complets de SSR intégrés dans les soins de santé primaires, dès que possible. Parmi les autres activités prioritaires du DMU pour la SSR, figurent l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi.
- ▶ Le DMU pour la SSR est essentiel pour réduire le nombre de décès, de maladies et le handicap tout en protégeant le droit de vivre dans la dignité.
- ▶ Tout doit être fait pour veiller à ce que les populations touchées par une crise y compris les femmes, les adolescents et les hommes soient impliqués dans la planification de programmes et la mise en œuvre des services du DMU pour la SSR au début d'une situation d'urgence. Les communautés affectées doivent au moins être informées des bienfaits du recours aux services—comme les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle, la contraception et les SONU—et les modalités de l'accès à ces services et leur localisation.
- ▶ La liste de contrôle du DMU pour la SSR peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR et de la coordination dans les situations de crise humanitaire.
- ▶ Les organisations qui interviennent face à une crise doivent inclure le financement des activités du DMU pour la SSR dans les propositions qu'ils soumettent aux bailleurs de fonds.

SESSION 2 : VEILLER À CE QUE LE SECTEUR/CLUSTER DE SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR CONDUIRE LA MISE EN ŒUVRE DU DMU



La coordination des activités du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive dans le cadre de l'intervention du secteur/cluster santé est essentielle à différents niveaux, y compris au sein de chaque agence chargée d'intervenir face à la situation d'urgence de même qu'aux échelons infranational, national et international. La coordination au sein de ces entités et entre les niveaux et secteurs est primordiale pour assurer l'efficacité de l'intervention en matière de SSR. En effet, la coordination permet d'identifier et de combler les lacunes de la prestation de service, d'éviter les doublons, de renforcer le plaidoyer et d'appuyer la mise en œuvre de normes et la responsabilisation pour garantir l'accès des populations touchées par une crise aux services vitaux de SSR.

Dès le début de l'intervention face à une situation de crise humanitaire, le secteur/cluster santé doit identifier une organisation, cheffe de file en matière de SSR pour assurer la coordination. Il peut s'agir du Ministère de la Santé, d'une agence des Nations Unies, et/ou d'une organisation non-gouvernementale internationale (ONG). L'organisation choisie comme étant celle qui est la plus apte à remplir ce rôle, affecte immédiatement un/une coordinateur/coordinatrice SSR à temps plein pour une période minimale de 3 à 6 mois. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR assure un appui opérationnel et technique pour assister les partenaires de santé et une planification coordonnée pour garantir la priorisation de la SSR et de l'offre de services du DMU pour la SSR. Il est important que cette personne ait des connaissances techniques sur l'ensemble des composantes du DMU pour la SSR et qu'elle ait des compétences en matière de coordination pour assumer cette mission.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- montrer l'importance de la présence d'une agence cheffe de file en matière de SSR et d'un/une coordinateur/coordinatrice SSR et
- identifier les rôles et les fonctions du/de la coordinateur/coordinatrice SSR.



Objectifs et activités du DMU pour la SSR

VEILLER À CE QUE LE SECTEUR/CLUSTER SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR CONDUIRE LA MISE EN ŒUVRE DU DMU. L'AGENCE CHEFFE DE FILE EN MATIÈRE DE SSR :

- ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé ;
- ▶ accueille régulièrement des réunions avec toutes les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU pour la SSR ;
- ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/groupe de travail sur la VBG et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU ;
- ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH ;
- ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR en coordination avec les secteurs/clusters santé et de logistique ; et
- ▶ veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR

Quelles sont les activités du/de la coordinateur/coordinatrice SSR ?

Au début d'une intervention humanitaire, le secteur/cluster santé doit identifier une organisation, cheffe de file en matière de SSR. L'organisation cheffe de file en matière de SSR doit alors désigner un coordinateur SSR qui exerce ses fonctions au sein du secteur/cluster santé.

Les éléments présentés ci-dessous sont des termes de référence généraux qui régissent le mandat du/de la coordinateur/coordinatrice SSR :

Termes de référence du mandat du/de la coordinateur/coordinatrice SSR

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR est chargé d'appuyer les partenaires du secteur/cluster santé pour appliquer le DMU pour la SSR et planifier la prestation des services complets de SSR. Le rôle du/de la coordinateur/coordinatrice SSR est de :

- ▶ coordonner, communiquer et collaborer avec des acteurs du secteur/cluster santé et de participer activement aux réunions de coordination sur la santé et intersectorielles, en fournissant des informations et en attirant l'attention sur les problèmes et préoccupations d'ordre stratégique et technique ;
- ▶ organiser des réunions de coordination sur la SSR aux échelons national et infranational/ régional et local concernés avec toutes les parties prenantes clés y compris le Ministère de la Santé, les ONG locales et internationales (notamment les organisations de développement travaillant sur la SSR), les agences compétentes de l'ONU, les associations de la société civile, les représentants intersectoriels (protection, VBG, VIH) et les représentants

communautaires issus des populations souvent marginalisées comme les adolescents, les personnes handicapées, et les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et asexuées (LGBTQIA) pour faciliter la mise en œuvre du DMU pour la SSR ;

- ▶ recueillir des informations de base sur la démographie et la SSR des populations touchées pour appuyer le plaidoyer, la mise en œuvre et la planification du DMU pour la prestation de services de SSR ;
- ▶ identifier, comprendre et fournir des informations concernant les éléments des politiques, des protocoles, des réglementations et des lois coutumières nationales et du pays d'accueil qui :
 - sont en faveur des services de SSR pour la population touchée et
 - créent des obstacles et restreignent l'accès aux services de SSR ;
- ▶ avec les mécanismes de coordination de la santé, VBG et du VIH, appuyer un recensement/ une analyse situationnelle des services existants de SSR (notamment les prestataires de service locaux spécialisés qui travaillent déjà avec des catégories de populations comme les personnes LGBTQIA et les individus qui se livrent au travail du sexe) ; identifier les besoins, les capacités et les lacunes des programmes SSR ; et conduire une planification en coordination avec l'ensemble des parties prenantes concernées pour des services efficaces et durables ;
- ▶ appuyer les partenaires de santé dans la recherche de financement de la SSR par le biais de processus de planification humanitaire et de recours, y compris les appels urgents lancés aux donateurs (Fonds central pour les interventions d'urgence [FCIU] et les fonds de financement communs) ainsi que le Plan d'aide humanitaire, en coordination avec le secteur/cluster santé ;
- ▶ fournir des directives techniques et opérationnelles sur la mise en œuvre du DMU pour la SSR, et assurer l'orientation des partenaires de la santé par rapport au DMU, aux kits de SR du Groupe interorganisations et d'autres ressources³¹, et d'autres ressources ; et
- ▶ appuyer l'approvisionnement et la distribution coordonnés des kits et fournitures de SR, aider les partenaires pour la collecte de données élémentaires sur la consommation des fournitures et planifier des systèmes d'approvisionnement et de distribution pour le long terme et stables.

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR travaille dans le cadre d'un mécanisme global de coordination du secteur/cluster santé pour obtenir et utiliser des informations afin de :

- ▶ veiller à ce que les services du DMU pour la SSR fassent l'objet d'un suivi pour faciliter la qualité et la durabilité ; utiliser la liste de contrôle du DMU pour la SSR (voir l'Annexe B) pour mener le suivi des services ;
- ▶ assurer une communication régulière entre tous les niveaux et rendre compte des conclusions et difficultés clés nécessitant une solution de la part du mécanisme global de coordination sanitaire ;
- ▶ collecter et appliquer les données relatives à la prestation de service, analyser les résultats, combler les lacunes des services, et planifier la prestation de services complets de SSR ;

31 Voir la Session 9 pour plus d'informations sur les kits de SR.

- faciliter les réunions de planification avec l'ensemble des parties prenantes pour recenser les synergies, les besoins, les lacunes et les possibilités ; et
- appuyer la mise en place de services complets de SSR axés sur le client dès que possible et dans les 3 à 6 mois suivant le début de la situation d'urgence

Adolescents

Il est possible que le DMU pour la SSR ne réponde pas à tous les besoins des adolescents et il se peut que tous les principes relatifs à la SSR des adolescents ne soient pas intégrés lors de la mise en œuvre du DMU pour la SSR. Au vu de ces éléments, Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit activement mobiliser les adolescents dans le cadre de la coordination, de la définition et de la mise œuvre du projet et il/elle doit appuyer la prestation de services de SSR adaptés aux adolescents. Il convient de se référer à la Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire élaborée par Save the Children et le FNUAP pour obtenir des directives complémentaires sur la mise en place et la prestation des services du DMU pour la SSR adaptés aux jeunes³². Voir l'Annexe E pour une version actualisée de la liste de contrôle des services de SR adaptés aux adolescents issue de cette boîte à outils.

Pourquoi faut-il impérativement nommer un/une coordinateur/coordinatrice SSR ?

Il a été démontré que sans une expertise et une coordination techniques adaptées pour appuyer l'intervention sur la SSR, les services clés du DMU pour la SSR sont souvent ignorés, relégués au second plan ou isolés dans leur mise en œuvre.

Qui devrait participer aux réunions du groupe de travail sur la SSR ?

La tenue régulière de réunions de coordination sur la SSR est une des missions attribuées au/à la coordinateur/coordinatrice SSR. Les acteurs concernés par l'intervention en santé humanitaire doivent participer à ces réunions, y compris :

- le Ministère de la Santé et tout autre ministère concerné ;
- les organisations locales et internationales du développement, de l'humanitaire et de la société civile et les acteurs du secteur privé ayant une expertise et une expérience en matière de SSR ;
- les bailleurs de fonds ;
- le groupe de travail ou pôle de protection et leur domaine de responsabilité par rapport à la VBG ;
- les représentants des communautés affectées ; ainsi que

32 Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : Document accompagnant le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Save the Children et FNUAP, septembre 2009), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf.

- les agences des Nations Unies comme le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

En tant que partenaires au sein du mécanisme de coordination, ces agences ont pour mission de soulever les problèmes relatifs à la SSR qui doivent être abordés à l'occasion des réunions du secteur/cluster santé.

La coordination SSR aux niveaux national et infranational

Pour comprendre la coordination SSR au niveau national et infranational, il est important de se souvenir que dans un camp de réfugiés, les mécanismes de coordination sont différents des camps qui accueillent les populations déplacées à l'intérieur de leur pays.

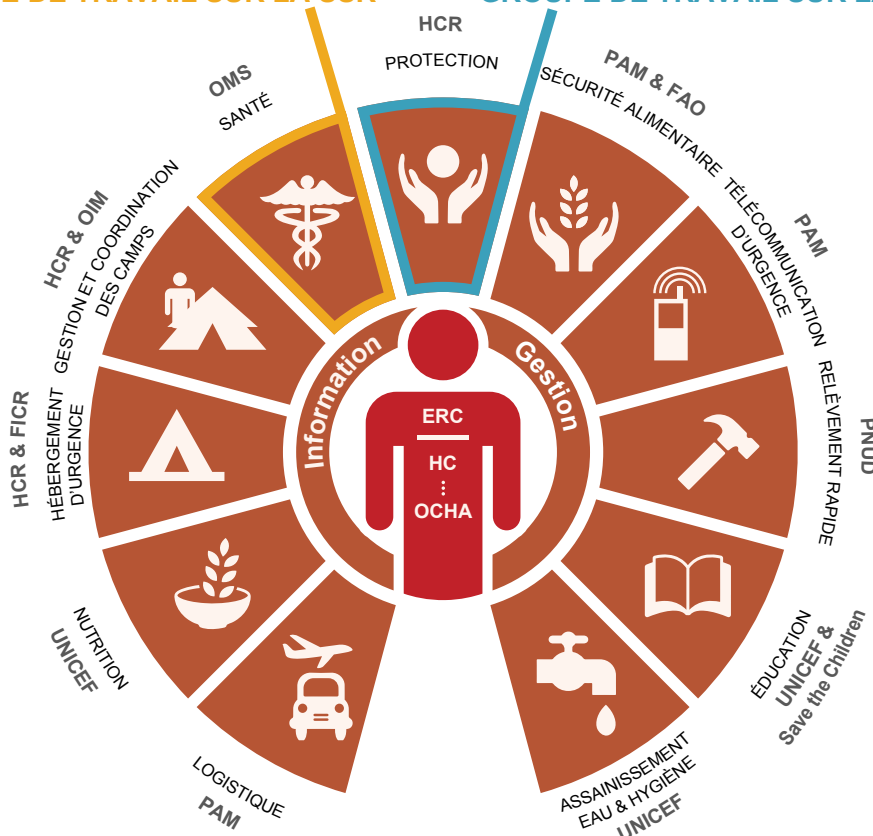
- Si vous intervenez dans un camp de réfugiés, le HCR est chargé de la coordination générale de l'intervention.
- Si vous intervenez dans un camp de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) est chargé de la coordination générale et s'appuie sur l'« approche à responsabilité sectorielle » (décrite en page 35).

Bien que ces structures de coordination varient sur le plan opérationnel, il convient de noter que les obligations des partenaires d'assurer la mise en œuvre du DMU pour la SSR au début de chaque urgence, demeurent identiques.

Pour plus d'informations sur les différences entre les mécanismes de coordination des interventions relatives aux réfugiés et celles qui sont axées sur les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, veuillez vous référer à la formation sur la coordination humanitaire *Vers une intervention humanitaire plus efficace* (<https://www.buildingabetterresponse.org/?lang=fr>) ou consulter les sites Internet du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et du HCR.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SSR

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA VBG



Source : « Qu'est-ce que l'approche à responsabilité sectorielle ? » Intervention humanitaire, consulté le 8 avril 2019
<https://www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach>.

Sigles des organismes chefs de file de l'approche sectorielle

FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
PAM	Programme alimentaire mondial
OMS	Organisation mondiale de la Santé

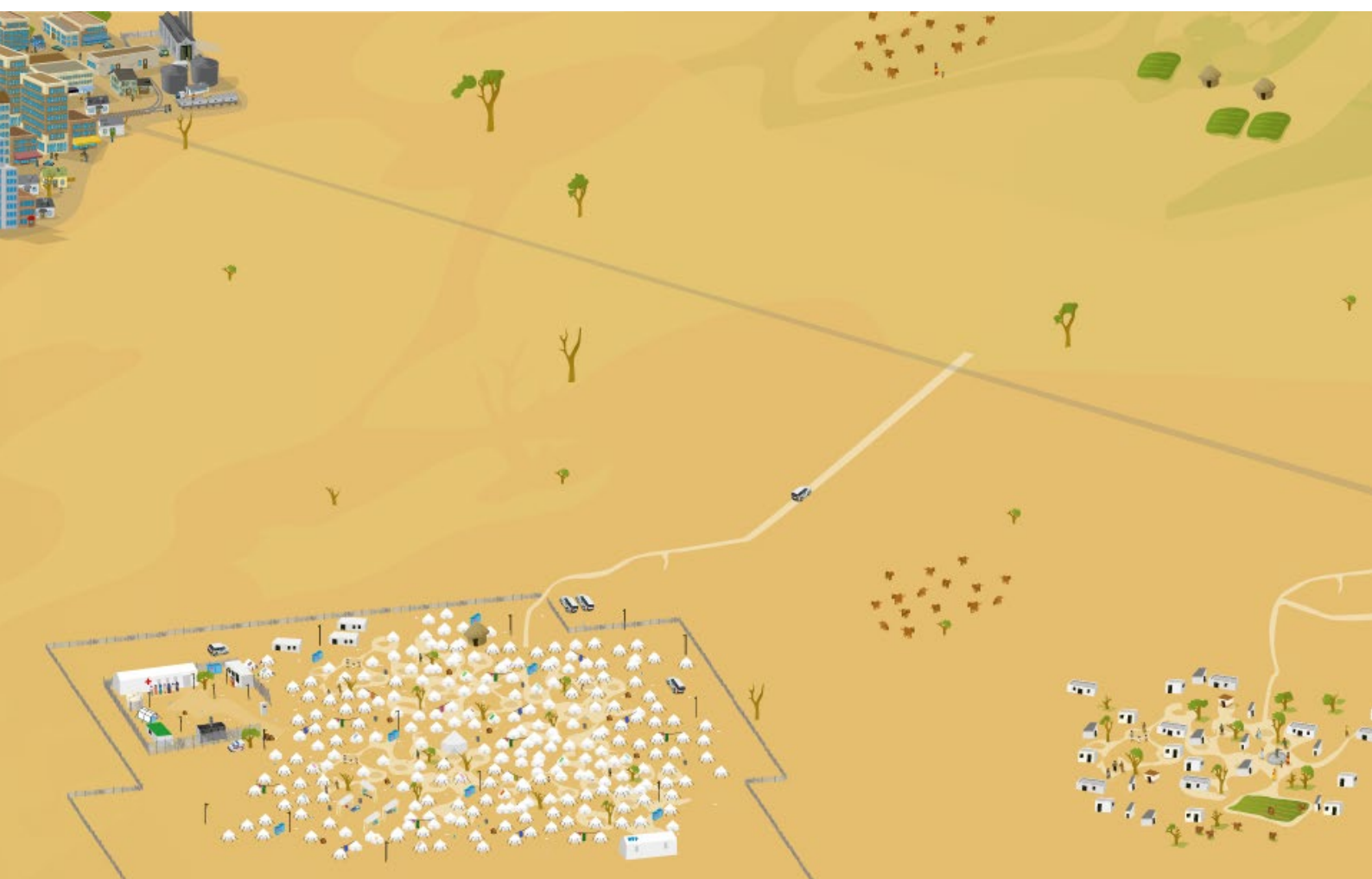
Veuillez noter qu'au niveau national, la direction et la coordination peuvent être confiées à différentes agences qui ont davantage de compétences sur le terrain.

De quel appui le/la coordinateur/coordinatrice SSR a-t-il/elle besoin ?

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit être appuyé/e par une administration, un personnel en charge de la communication et de la logistique pour :

- organiser les réunions de coordination sur la SSR ;
- identifier et assurer l'inclusion active des groupes locaux de la société civile notamment les réseaux et les organisations représentant les femmes, les adolescents, les personnes LGBTQIA et les personnes handicapées et d'autres membres de la communauté touchée par une crise ;
- conserver les compte rendus de réunions et les afficher ;
- partager des mises à jour situationnelles, des formations et des ressources connexes ; et
- travailler avec les secteurs/clusters logistiques pour commander, stocker et distribuer les fournitures de SSR.

Les ressources utiles du DMU pour la SSR destinées au/à la coordinateur/coordinatrice SSR et autres peuvent être consultées sur iawg.net.



Quelles sont les caractéristiques de réunions ou groupes de travail efficaces sur la coordination de la SSR ?

Les réunions ou groupes de travail efficaces sur la coordination de la SSR :

- ▶ disposent de termes de référence ayant fait l'objet d'un consensus (ciblant la mise en œuvre et le renforcement du DMU pour la SSR) ;
- ▶ sont bien animés et utilisés pour la planification stratégique et la résolution de problèmes afin de garantir la couverture de services du DMU pour la SSR ;
- ▶ bénéficient de la mobilisation active du Ministère de la Santé dans la direction et la codirection des efforts de coordination ;
- ▶ sont annoncés à l'ensemble des parties prenantes et ouverts à toutes les agences concernées et aux membres des communautés touchées—y compris les représentants des populations souvent marginalisées (par ex., les adolescents, les personnes handicapées, les personnes LGBTQIA) ;
- ▶ ont lieu à des endroits accessibles et régulièrement—en général, une fois par semaine au début d'une situation d'urgence ; et
- ▶ sont efficaces et rapides et s'appuient sur un programme axé sur l'action pour garantir une couverture équitable et exhaustive des activités du DMU pour la SSR.

La facilitation de ces réunions doit :

- ▶ encourager une participation équitable, l'écoute efficace et la prise de notes ;
- ▶ être renforcée par la distribution des compte rendus après les réunions ; les compte rendus doivent également être postés sur le site de l'Intervention humanitaire (humanitarianresponse.info), et le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit veiller à ce que les points clés soient inclus dans les rapports de situation du pôle de santé et communiqués aux représentants du Bureau de la coordination des affaires humanitaires, dans le cadre de la contribution du secteur/cluster santé ;
- ▶ accueillir de nouvelles agences et faciliter la rotation du personnel en examinant le DMU pour la SSR et le plan d'action du groupe de travail au début de chaque réunion ; au début de la réunion, différentes organisations peuvent prendre l'initiative de distribuer et de passer en revue la fiche de plaidoyer et la synthèse du DMU pour la SSR (également dénommées « aide-mémoire ») (Annexes E et F).

Comment la coordination de la SSR peut-elle être maintenue pendant des crises après une phase d'extrême urgence/des crises prolongées ?

Les coordinateurs/coordinatrices SSR internationaux doivent, au début de leur mission, activement mobiliser le Ministère de la Santé ou identifier un homologue local pour diriger ou codiriger la coordination. Cela permettra une transition sans heurt pendant la rotation du personnel tout en faisant en sorte que le Ministère de la Santé assume la coordination de la SSR.



Le Népal après le(s) séisme(s) de 2015 : préparation et coordination du DMU pour la SSR

Avant le(s) séisme(s) survenu(s) au Népal en 2015, le gouvernement et ses partenaires ont pris des engagements et ont investi dans la SSR. Le DMU pour la SSR a été inclus dans les activités de préparation notamment la coordination et le stockage préalable des kits de SR. Dans les 2 jours qui ont suivi le séisme dévastateur, un mécanisme de coordination de la SSR a été lancé sous l'égide du pôle de santé à Katmandou³³. Le Département des services de santé, la Division de la santé familiale et le FNUAP ont conduit cette mission.

La direction et la collaboration entre les partenaires ont été instaurées immédiatement pour garantir le soutien des bailleurs de fonds et atteindre les communautés touchées par le séisme. Au niveau national, le Népal a désigné un groupe de travail sur la SSR en tant que sous-groupe de travail sur la SR. Les réunions de Katmandou auraient commencé rapidement ; les parties prenantes clés y compris le Département des services de santé, les agences des Nations Unies, les ONG locales et internationales, et les adolescents ont participé aux réunions de coordination du sous-groupe de travail sur la SR. Dans les zones rurales, le Bureau de santé publique du district a mené un certain nombre d'interventions y compris la mise en place d'hôpitaux temporaires, de camps mobiles de SR et de mécanismes de distribution des fournitures, ce qui a permis l'intégration du DMU pour la SSR dans les efforts visant à atteindre des communautés plus rurales et éloignées.

Quels mécanismes globaux fournissent un appui politique et technique au DMU pour la SSR ?

Groupe de responsabilité sectorielle Santé : Le groupe de responsabilité sectorielle Santé dirigé par l'OMS, comprend environ 700 partenaires au niveau national. Cinquante-cinq d'entre eux s'engagent dans une perspective stratégique, au niveau mondial. Ces organisations travaillent conjointement pour assurer une action sanitaire prévisible et responsable y compris pour la SSR en situations de crise³⁴. Pour les crises impliquant des réfugiés, le HCR gère la coordination y compris pour la SSR.

Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise : Le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise est une vaste coalition collaborative qui agit en faveur de l'élargissement et du renforcement de l'accès aux services de SSR de qualité pour les personnes touchées par des conflits et des catastrophes naturelles. Ce groupe est dirigé par un Comité de pilotage de 19 membres comprenant des agences des Nations Unies, des organisations non-gouvernementales intervenant dans les domaines de l'humanitaire, du développement, de la recherche et du plaidoyer. Avec plus de 2 800 membres issus de 450 agences en 2018, ce groupe collabore avec ses membres notamment lors de réunions biennuelles (en 2017) durant lesquelles les partenaires locaux et internationaux partagent des activités et des ressources, initient des efforts de collaboration et analysent les problèmes à régler sur le terrain³⁵. Le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise compte 12 sous-groupes de travail

33 Myers, et al., « Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package. »

34 Le site internet du groupe de responsabilité sectorielle Santé est le suivant : http://www.who.int/hac/global_health_cluster.

35 Pour plus d'informations sur les réunions de l'IAWG, consulter le site. http://iawg.net/event_type/annual-meeting.

actifs qui permettent à leurs membres d'aborder les enjeux de la SSR. Les sous-groupes de travail développent leurs propres termes de référence qui sont actualisés chaque jour. Le sous-groupe de travail sur le DMU pour la SSR se réunit régulièrement par téléconférence pour aborder ses termes de référence, partager des résultats et identifier les points à améliorer. Les résultats de ces réunions et les actions mises en œuvre en fonction des termes de référence vont dans le sens d'une intervention plus coordonnée et efficace du DMU pour la SSR lors de nouvelles situations d'urgence. Voilà comment l'action peut appuyer les activités sur le terrain, au niveau mondial. Pour plus d'informations sur la manière de rejoindre le Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise, veuillez visiter iawg.net.

Cluster logistique : Le Cluster logistique, dirigé par le Programme alimentaire mondial (PAM), assure la coordination et la gestion de l'information pour appuyer la prise de décision opérationnelle et améliorer la prévisibilité, la rapidité et l'efficacité de l'intervention humanitaire. Lorsque cela est nécessaire, le cluster logistique facilite aussi l'accès à des services logistiques courants.

Domaine de responsabilité de la VBG : Le domaine de responsabilité de la VBG, conduit par le FNUAP réunit des ONG, des agences des Nations Unies, des universitaires et d'autres dans l'objectif commun de garantir une prévention vitale, prévisible, responsable et efficace ainsi que l'atténuation des risques et des interventions en matière de VBG, dans les situations de crise humanitaire. Il œuvre également pour le renforcement de la préparation du système et la capacité technique de répondre aux situations d'urgence humanitaire. Le domaine de responsabilité de la VBG s'inscrit dans le cadre du Groupe de protection globale³⁶.



La mise en œuvre du DMU pour la SSR sur le terrain en Jordanie

En mars 2011, les troubles civils qui ont sévi en Syrie, ont conduit à un exode massif de Syriens vers les pays voisins, notamment la Jordanie³⁷. Les organismes d'aide humanitaire ont fait en sorte que les besoins en SSR des réfugiés soient pris en compte dans l'intervention humanitaire, en s'appuyant sur les directives du Ministère de la Santé jordanien en matière de soins maternels, néonataux et de soins post-avortement ; par rapport à la prévention et au traitement du VIH ; et à la planification familiale.

En 2013, une évaluation conjointe des services du DMU pour la SSR a été menée par la Women's Refugee Commission, le FNUAP et le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies afin de dresser le bilan de la mise en œuvre du DMU pour les réfugiés syriens dans le camp de réfugiés de Zaatari et la zone urbaine d'Irbid en Jordanie, dans le cadre de l'évaluation globale de la SR dans les situations de crise. D'après les résultats, les agences de santé en responsabilité ont géré le DMU en garantissant des fonds et des fournitures et en mettant en place les points focaux, les services et mécanismes de coordination de la SR.

Le FNUAP a organisé des réunions hebdomadaires à Zaatari. Ces réunions portaient précisément sur les réfugiés du camp, et des réunions mensuelles ont eu lieu à Amman, Jordanie. Les thèmes abordés étaient l'afflux de réfugiés et la crise en général. En revanche,

³⁶ « What we do » Gender-Based Violence AoR (site internet), consulté le 19 juin 2019, <http://gbvaor.net>.

³⁷ Krause, et al., « Reproductive Health Services for Syrian Refugees. »

il n'y avait pas de coordination à Irbid et dans d'autres zones urbaines qui comptaient un grand nombre de réfugiés. Les services de santé maternelle et néonatale y compris les transfusions sanguines sécurisées, étaient opérationnels dans les zones urbaines. Cela s'expliquait vraisemblablement par le niveau préexistant de soins maternels et néonataux en Jordanie.

Le problème était que les réfugiés vivant dans les zones urbaines n'étaient pas aussi visibles que ceux du camp de Zaatari, ce qui les a rendus plus vulnérables. Par exemple, les informations manquaient concernant le type et la localisation des services qui leur étaient accessibles. À Zaatari, les partenaires régionaux dispensaient des soins maternels et néonataux avancés, mais il y avait des lacunes en matière de prévention de violence sexuelle et l'offre de soins cliniques aux victimes. Cela semblait s'expliquer par le fait que les agents de santé accordaient peu d'attention à la prévention et des interventions contre la violence sexuelle.

Globalement, cette évaluation a montré que le DMU pour la SSR était de plus en plus connu dans le cadre des interventions au niveau du terrain. Elle a également mis en évidence les difficultés du travail dans un contexte urbain et rappelé qu'il était important que les personnes affectées connaissent et aient accès aux services.

Session 2 : Points clés

- Il est important d'avoir une agence cheffe de file en matière de SSR et un/une coordinateur/coordinatrice SSR car en l'absence d'expertise et de coordination techniques des parties prenantes pour appuyer l'intervention en SSR, les services essentiels du DMU pour la SSR sont souvent ignorés et les interventions restent isolées voire reléguées au second plan. Cela peut avoir des conséquences graves pour les populations touchées.
- Le rôle du/de la coordinateur/coordinatrice SSR, avec l'appui de l'agence cheffe de file en matière de SSR, est d'apporter un soutien opérationnel et technique, d'organiser des réunions régulières avec les parties prenantes concernées, de partager des informations sur les services et produits de SSR accessibles, de veiller à ce que la communauté ait connaissance des services de SSR, de travailler avec les secteurs/clusters santé et logistiques pour les fournitures, et avec les mécanismes de coordination de santé/VBG/VIH assurer un recensement, une analyse des services de SSR existants et des lacunes et difficultés liées à la mise en œuvre du DMU pour la SSR.
- Tous les acteurs concernés et impliqués dans l'intervention de santé humanitaire doivent participer aux réunions de coordination de la SSR (Ministère de la Santé, ONG internationales, organisations de la société civile, secteur privé travaillant dans le domaine de la SSR, les bailleurs de fonds, le groupe de travail/pôle de protection—y compris le domaine de responsabilité de la VBG—les représentants des communautés affectées, et les agences des Nations Unies).

Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Le manque de compréhension et/ou de priorisation de la SSR par les acteurs humanitaires peuvent parfois causer des difficultés pour la mise en œuvre du DMU pour la SSR dans le cadre de l'intervention sanitaire en général. Comment peut-on faire en sorte que la SSR et le DMU pour la SSR soient privilégiés et intégrés comme il se doit ?	<p>Insister sur le fait que le DMU pour la SSR est une norme minimale qui figure dans le Manuel Sphère, les critères de sauvetage du FCIU, le <i>Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire</i>, et le Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national.</p> <p>Encourager tous les personnels techniques et d'encadrement impliqués dans l'intervention humanitaire à suivre le module d'apprentissage à distance du DMU pour la SSR et à partager les ressources pertinentes comme les Fiches de plaidoyer et de Synthèse du DMU pour la SSR (Annexes C et E).</p> <p>Conduire des formations sur les services vitaux de SSR du DMU pour la SSR dans le cadre des efforts de préparation et collaborer avec le Ministère de la Santé et d'autres organisations gouvernementales compétentes avant une situation d'urgence, si possible.</p> <p>Procéder à une évaluation de la préparation aux urgences dans le cadre du DMU pour la SSR.</p>
Au début d'une situation d'urgence, il est possible que le FNUAP et d'autres agences spécialisées dans la SSR ne soient pas encore opérationnelles sur le terrain. Il se peut que la sécurité soit insuffisante et que les capacités du personnel soient limitées. Dans de tels contextes, que peut faire une agence par rapport à la SSR ?	<p>Si votre agence participe à une intervention sanitaire, elle doit faire en sorte que le DMU pour la SSR figure dans sa programmation. Votre agence ou une autre agence pourrait se porter volontaire lors des réunions du secteur/cluster santé pour être cheffe de file de la SSR et organiser des réunions fréquentes du groupe de travail sur la SSR pour faciliter la mise en œuvre du DMU pour la SSR.</p> <p>Si votre agence est dans l'incapacité d'assurer toutes les activités recommandées par rapport au DMU pour la SSR, évaluer les capacités de service des acteurs de la santé/de la SSR, et établir un système d'orientation efficace pour les services que votre agence ne peut assumer.</p>
Comment un homologue local peut-il être identifié pour diriger ou codiriger les efforts de coordination de la SSR ?	S'il est doté des capacités nécessaires, le Ministère de la Santé doit diriger ou codiriger la coordination. Le Ministère de la Santé pourrait fournir des informations concernant les organisations locales et leurs capacités. Recenser les acteurs locaux qui mettent en œuvre des programmes de SSR pour identifier les candidats qui pourraient diriger ou codiriger les efforts de coordination.

Comment les populations marginalisées peuvent-elles faire partie des initiatives de coordination ?

Avec le groupe de travail sur la SSR, identifier au niveau local, les représentants des adolescents, des femmes, des personnes handicapées et des personnes LGBTQIA et d'autres groupes souvent marginalisés issus des populations affectées par la crise. Adresser une invitation à ces personnes pour que leurs leaders soient représentés lors des réunions du groupe de travail sur la SSR.

Que faut-il faire à propos des membres du groupe de travail sur la SSR qui n'ont jamais entendu parler du DMU pour la SSR ?

Au cours des premières réunions hebdomadaires et mensuelles du groupe de travail sur la SSR, commencer par une brève orientation sur le DMU pour la SSR. Partager la Synthèse du DMU pour la SSR (également dénommée « aide-mémoire ») et expliquer que l'objectif général du groupe de travail sur la SSR est de travailler conjointement pour assurer l'accessibilité du DMU pour la SSR pour l'ensemble des populations touchées par une crise. En cas de forte rotation du personnel et si de nouvelles agences prennent part aux réunions du groupe de travail sur la SSR, examiner le DMU pour la SSR et le plan d'action pour le groupe de travail au début de chaque réunion.



LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : COORDINATION

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire.

1. Agence cheffe de file en matière de SSR et coordinateur/coordinatrice SSR			
		Oui	Non
1.1	Agence cheffe de file en matière de SSR identifiée et coordinateur/coordinatrice SSR opérationnel/opérationnelle au sein du secteur/cluster santé		
	Agence cheffe de file		
	Coordinateur/coordinatrice SSR		
1.2	Les réunions des parties prenantes de la SSR sont organisées et ont eu lieu régulièrement ³⁸	Oui	Non
	Au niveau national (MENSUELLES)		
	Au niveau infranational/des districts (BI-HEBDOMADAIRES)		
	Au niveau local(HEBDOMADAIRES)		
1.3	Les parties prenantes concernées mènent/participent aux réunions du groupe de travail sur la SSR	Oui	Non
	Ministère de la santé		
	FNUAP et autres agences de l'ONU concernées		
	ONG internationales		
	ONG locales		
	Protection/VBG		
	VIH		
	Organisations de la société civile y compris les personnes marginalisées (adolescents, personnes handicapées, personnes LGBTQIA)		
1.4	Avec les secteurs/pôle de santé/protection/VBG et les contributions des programmes nationaux sur le VIH, assurer le recensement et la validation des services SSR existants		
2. Données démographiques			
2.1	Population totale		
2.2	Nombre de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans, estimé à 25 % de la population)		
2.3	Nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 % de la population)		
2.4	Taux brut de natalité (population nationale du pays d'accueil et/ou des populations touchées, estimé à 4 % de de la population)		

³⁸ Les réunions sont plus fréquentes au début d'une crise.

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles fournitures sont nécessaires pour la coordination de la mise en œuvre du DMU pour la SSR ?

Kits de SR (2019)

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR issus du DMU aux soins complets.

Produits complémentaires

Aucun kit de SR n'est associé au premier objectif. Cependant, un kit d'administration et de formation sur les produits complémentaires est disponible, il doit uniquement être acheté lorsque l'approvisionnement en fournitures administratives est impossible dans le pays.

Les produits complémentaires peuvent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Niveau de prestation de service	Élément	En complément de
Coordination	Kit 0 Administration et formation	Tous les kits

Quiz sur la Session 2 : Coordination du DMU pour la SSR

1. L'agence cheffe de file en matière de SSR doit immédiatement affecter un/une coordinateur/coordinatrice SSR à temps plein pour une période minimale d'un an afin d'assurer un appui opérationnel et technique aux partenaires de santé et faciliter une planification coordonnée pour garantir la priorisation de la SSR et l'offre efficace de services du DMU pour la SSR.

Vrai ou Faux

2. Dans le DMU pour la SSR, l'agence cheffe de file en matière de SSR est chargée des éléments ci-dessous **sauf** :

- a. L'organisation de réunions régulières avec toutes les parties prenantes concernées
- b. Le recensement et l'analyse des services de SSR existants seuls et séparés par rapport aux mécanismes de coordination de la santé/VBG/VIH
- c. La désignation d'un/une coordinateur/coordinatrice SSR
- d. Le partage d'informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- e. Le fait de veiller à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR

3. Qui devrait participer aux réunions du groupe de travail sur la SSR ?

- a. Les représentants des communautés touchées
- b. Les ONG
- c. Les organisations de la société civile
- d. Le/la coordinateur/coordinatrice VBG
- e. Tout ce qui précède

4. Les composantes d'une coordination réussie de la SSR comprennent tout **sauf** :

- a. Des termes de référence ayant fait l'objet d'un consensus
- b. La mobilisation du Ministère de la Santé pour diriger ou codiriger la coordination
- c. L'appui administratif, en communication et en logistique
- d. Les réunions mensuelles ou bimensuelles au début d'une situation d'urgence

5. La liste de contrôle du DMU pour la SSR peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR et de la coordination dans les situations de crise humanitaire.

Vrai ou Faux



SESSION 3 : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES

La violence sexuelle constitue une des formes de violence les plus répandues et c'est un problème de santé majeur. Elle s'aggrave lors des conflits, des migrations forcées et des catastrophes naturelles. D'après les estimations, une femme ou une fille sur 5 subit de la violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire³⁹. Tout le monde peut être confronté à la violence sexuelle y compris les femmes, les hommes, les adolescents, les personnes handicapées, les jeunes, les personnes âgées, les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles, transgenres, queers, intersexes et asexuées (LGBTQIA) et les minorités ethniques et religieuses, ainsi que les travailleurs/travailleuses du sexe, entre autres. Tous les acteurs intervenant dans les situations de crise humanitaire doivent avoir connaissance des risques de violence sexuelle et coordonner des activités multisectorielles pour prévenir et protéger les populations touchées en particulier les femmes, les filles et d'autres populations à risque.

Parmi les mesures de protection figurent :

- ▶ l'accès sécurisé aux établissements de santé ;
- ▶ des latrines et les installations sanitaires séparées pour filles et garçons, avec des serrures à l'intérieur ;
- ▶ un éclairage suffisant dans le camp et dans les établissements de santé ; et
- ▶ des logements cloisonnés ou des tentes familiales pour préserver l'intimité.

Les acteurs humanitaires doivent aussi veiller à ce que les femmes, les filles, les hommes et les garçons dans toute leur diversité, qui ont été victimes de violence sexuelle bénéficient de soins cliniques et de services psychosociaux, de protection et de soutien dès que possible à la suite de l'incident. La violence sexuelle est une épreuve traumatisante qui peut avoir des conséquences graves et négatives à court et long terme, sur le plan physique, psychologique, personnel et social pour les victimes, et auxquelles il faut remédier. La violence sexuelle réduit la capacité de femmes et des filles et d'autres populations à risques, à participer de façon significative au développement, au maintien de la paix, d'avoir des perspectives en matière d'éducation et d'activités économiques. Des familles et communautés entières souffrent profondément en raison des impacts multidimensionnels de la violence sexuelle.

Les Directives sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations (CPI) sont une référence essentielle car elles présentent les interventions multisectorielles minimales pour prévenir et répondre à la violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire⁴⁰. Ces directives proposent des interventions dans tous les domaines avant une

39 Alexander Vu, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer, et Sonal Singh « The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies : A Systematic Review and Meta-Analysis, » PLOS Currents Disasters, 18 mars 2014, DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

40 Directives du Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre (site internet), consulté le 8 avril 2019, <https://gbvguidelines.org/fr/>.

situation d'urgence, pendant la phase d'urgence aiguë et une fois que la situation se stabilise. Un référentiel de ces directives est également disponible.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- ▶ définir la violence sexuelle et les raisons pour lesquelles la prévention de la violence sexuelle et la réponse aux besoins des victimes sont une priorité ;
- ▶ recenser les actions qui doivent être mises en œuvre pour prévenir la violence sexuelle ;
- ▶ décrire les composantes des soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle ;
- ▶ expliquer qui est en charge de la prévention et de la prise en charge des actes de violence sexuelle ;
- ▶ décrire les raisons pour lesquelles les cas de violence sexuelle ne sont pas signalés ; et
- ▶ comprendre ce que sont un code de conduite et un mécanisme de signalement.

Objectifs et activités du DMU pour la SSR :

PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES.

Pour prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes dès le début d'une situation d'urgence, Le/la coordinateur/coordinatrice de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programme et les prestataires de service doivent collaborer avec le secteur/cluster santé pour:

- ▶ travailler avec d'autres clusters, plus précisément le groupe de travail sur la protection ou la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé pour protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle ;
- ▶ mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien ; et
- ▶ créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés.

Qu'est-ce que la violence sexuelle ?

La violence sexuelle est une violation des droits humains fondamentaux et elle se présente sous différentes formes comme le viol, le harcèlement sexuel, les grossesses/avortements forcés, l'exploitation sexuelle et le trafic sexuel. Il s'agit de tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à l'exploitation sexuelle d'une personne en utilisant la coercition, les menaces ou la force physique, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte y compris le domicile mais pas seulement. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la SSR aborde principalement les trois domaines de violence sexuelle suivants :

Le viol/la tentative de viol : Le viol est un rapport sexuel non consenti. Il peut inclure la pénétration de n'importe quelle partie du corps avec un organe sexuel et/ou la pénétration d'un orifice génital ou anal avec un objet ou une partie du corps. Le viol ou la tentative de viol implique le recours à la force, à la menace ou à la coercition. Sont considérés comme une tentative de viol, les actes visant à violer quelqu'un sans aboutir à la pénétration.

La violence sexuelle : Intrusion ou menace d'intrusion physique de nature sexuelle soit par force ou dans des conditions d'inégalité ou de coercition.

L'exploitation sexuelle : Tout abus réel ou tentative d'abus par rapport à une position de vulnérabilité, de pouvoir différentiel ou de confiance, à des fins sexuelles, y compris mais sans s'y limiter, pour tirer profit pécuniairement, socialement ou politiquement de l'exploitation sexuelle d'une autre personne.

Pourquoi est la prévention de la violence sexuelle et la réponse aux besoins des victimes est-elle une priorité ?

Pendant les situations d'urgence comme les conflits ou les catastrophes naturelles, les risques de violence, d'exploitation et de maltraitance se multiplient. En outre, les inégalités préexistantes en matière de genre et sur le plan social peuvent être exacerbées. Les individus peuvent être confrontés à la perte d'un logement stable, à des perspectives économiques limitées et à l'instabilité, ce qui conduit à la violence sexuelle opportuniste commise par des personnes que les victimes connaissent ou non. Dans certains contextes de conflit ou post-conflit, la violence sexuelle est utilisée comme une tactique de guerre. Par ailleurs, les systèmes nationaux et les réseaux de soutien communautaire et social peuvent être affaiblis, et dans un climat d'impunité, les auteurs des faits ne sont pas tenus responsables.

Les victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de dépression et d'anxiété, elles peuvent tenter de se suicider ou mettre fin à leurs jours, contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), tomber enceintes voire être tuées, une pratique parfois appelée « crime d'honneur », par leurs familles ou des membres de leurs communautés. L'impact de la violence sexuelle est d'ailleurs multiple : elle influe sur la santé physique et mentale, ainsi que le bien-être social de la victime tout en ayant éventuellement des conséquences pour la famille de la victime et la communauté élargie. Ce risque accru et la crainte de violence sexuelle peuvent aussi entraîner l'augmentation de pratiques néfastes ayant pour but de « protéger » les femmes et les filles comme le mariage précoce et/ou forcé, le nombre croissant d'actes de violences domestiques et de violences commises par un partenaire intime, et la perte de mobilité des femmes et des filles.

Une fois que la situation s'est stabilisée et que toutes les composantes de la SSR ont été mises en œuvre, il faut se pencher sur un large éventail de questions relatives à la VBG y compris la violence domestique, la violence commise par un partenaire intime, le mariage précoce et/ou forcé, la mutilation génitale féminine, la stérilisation forcée ou la grossesse forcée, la prostitution forcée ou contrainte, ainsi que le trafic de femmes, de filles et de garçons.

Quelles sont les personnes les plus affectées par la violence sexuelle ?

Les personnes de tout sexe, genre, âge ou de toute capacité peuvent subir de la violence sexuelle. Dans les communautés touchées par une crise—et dans la majorité des contextes à travers le monde, la plupart des cas de violence sexuelle impliquent des auteurs des faits masculins qui commettent des actes de violence contre les femmes et les filles⁴¹. Les auteurs de ces faits sont souvent des partenaires intimes (y compris des conjoints) ou d'autres personnes connues de la victime (parents, amis ou membres de la communauté). Néanmoins, les hommes et les garçons sont aussi exposés au risque de violence sexuelle, en particulier dans les zones de conflit et lorsqu'ils sont en détention ou soumis à des actes de torture⁴². Les adolescentes, les personnes handicapées (surtout du point de vue intellectuel) et les personnes LGBTQIA sont particulièrement vulnérables car elles sont souvent les cibles de l'exploitation sexuelle et du viol alors même que les structures de protection sociales sont affaiblies⁴³.

Il est important de reconnaître que toute personne peut subir des actes de violence sexuelle et il faut veiller à ce que des services complets et de qualité soient accessibles à tous.

À quel moment la violence sexuelle survient-elle pendant les crises ?

La violence sexuelle peut survenir à tout moment pendant le déplacement y compris avant qu'une personne fuit son domicile, pendant la fuite, dans le pays d'asile, pendant le rapatriement et la réintégration et dans les hébergements temporaires des populations déplacées dans leur propre pays. Elle peut avoir lieu dans les communautés touchées par une crise après une catastrophe naturelle ou un conflit, même parmi celles qui n'ont pas été déplacées.

Qui est responsable de la prévention et de la réponse aux actes de violence sexuelle ?

Tous les acteurs humanitaires sont responsables de la prévention de l'exploitation sexuelle, du signalement de la violence et ils doivent faire en sorte que l'aide humanitaire soit fournie de manière impartiale, sans préjugé ou discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le genre et l'identité de genre, le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le lieu (par ex. rural/urbain), le handicap, la race, la couleur de peau, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, les origines nationales, ethniques ou sociales, la propriété, la naissance ou d'autres caractéristiques. Les acteurs humanitaires doivent veiller à ce que les victimes aient accès aux soins cliniques et à d'autres services de soutien.

Une approche multisectorielle, multidimensionnelle est nécessaire pour protéger les populations touchées par une crise et apporter une réponse adaptée face à la violence sexuelle. Le Groupe de protection globale, sous la direction du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

41 « La violence à l'encontre des femmes », OMS, 29 novembre 2017, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

42 Sarah Chynoweth, *Sexual Violence Against Men and Boys in the Syria Crisis* (HCR, octobre 2017), <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60864>.

43 *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence* (Women's Refugee Commission, février 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1455>.

(HCR), a pour mission d'assurer la généralisation et l'intégration de la protection et de faire en sorte que les groupes de protection bénéficient d'une assistance au niveau des pays. Le groupe de travail sur la protection repose sur cinq autres domaines de responsabilité, y compris la protection des enfants sous la direction du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et la VBG sous la direction du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). L'objectif déclaré du domaine de responsabilité sur la GBV est de « mettre au point des mécanismes efficaces et inclusifs de protection qui promeuvent une approche cohérente, complète et coordonnée de la VBG au niveau du terrain, notamment en ce qui concerne la prévention, les soins, le soutien et le rétablissement, et œuvrent pour demander des comptes aux auteurs⁴⁴. »

Au niveau du terrain, la coordination mise en place pour remédier à la violence sexuelle doit englober tous les secteurs techniques (par ex., la protection ; la santé ; l'éducation ; la logistique ; l'eau, assainissement et hygiène [WASH] ; les services communautaires ; la sécurité/police ; la planification des sites ; etc.) et toutes les zones géographiques touchées par les crises. Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle relèvent du secteur/cluster santé et de l'agence cheffe de file en matière de SSR⁴⁵.

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR, le groupe de travail sur la SSR et les secteur/cluster santé, doivent collaborer avec l'agence cheffe de file du domaine de responsabilité de la GBV pour appuyer un processus qui permet une répartition claire des rôles et responsabilités parmi les partenaires de santé et entre tous les programmes des secteurs/clusters répondant aux besoins des victimes. Il peut s'agir des services de justice/juridiques, de protection, de sécurité, psychosociaux et communautaires. Les représentants de la communauté affectée, les partenaires des Nations Unies, les organisations non-gouvernementales (ONG) et les autorités gouvernementales doivent informer et/ou participer à ce processus et aux réunions de coordination des secteurs/clusters pertinentes.

Par ailleurs, pour faire en sorte que le mécanisme d'orientation soit coordonné, axé sur les victimes et confidentiel, il est important de mettre en relation les groupes d'entraide communautaire, y compris ceux qui ont été créés par des adolescents, des personnes handicapées, les populations LGBTQIA et les travailleurs/travailleuses du sexe.

Activité du DMU pour la SSR :

Instaurer des mesures préventives au niveau communautaire, local et des districts pour protéger les populations touchées contre la violence sexuelle

Quelles sont les situations qui exposent les femmes et les filles au risque de violence sexuelle ?

Les femmes et les filles qui ont été déplacées ou sont confrontées à un conflit ou à d'autres situations d'urgence peuvent être surexposées à la violence sexuelle dans les situations suivantes :

- Si elles sont privées de leurs papiers personnels pour obtenir leurs rations alimentaires, pour bénéficier d'aide ou de services essentiels et si elles dépendent des hommes pour leur survie quotidienne ;

44 Pour plus d'informations sur le domaine de responsabilité relatif à la VBG, voir <http://gbvaor.net>.

45 Comité permanent interorganisations, Humanitarian Response, <https://www.humanitarianresponse.info/fr/>.

- ▶ Quand seuls les hommes (personnes affectées, membres des communautés d'accueil ou les acteurs humanitaires) sont chargés de la distribution de la nourriture et d'autres biens essentiels ;
- ▶ Si elles doivent se déplacer pour rejoindre des points de distribution alimentaire, pour récupérer du bois pour la cuisine, et de l'eau sans bénéficier de sécurité ou d'autres protections ;
- ▶ Si leurs lieux de couchage ne sont pas verrouillés et protégés ou si l'éclairage est limité ; et
- ▶ Si les latrines et les installations sanitaires masculines et féminines ne sont pas séparées, si elles ne sont pas dotées de verrous internes ou sont situées dans des zones non sécurisées du camp ou du campement.

Un manque de protection policière et de législations peut également contribuer à un accroissement des actes de violence sexuelle. Les officiers de police, le personnel militaire, les travailleurs humanitaires, les administrateurs des camps ou d'autres responsables gouvernementaux peuvent eux aussi contraindre les femmes et les filles à avoir des rapports sexuels en échange de la sécurité, de services et d'autres soutiens. En l'absence d'organisations indépendantes, comme le HCR ou des ONG internationales pour garantir la sécurité personnelle au sein d'un camp, le nombre d'incidents augmente souvent. Les agents de protection féminins doivent être recrutés et disponibles car les femmes et les filles sont souvent plus à l'aise pour signaler leurs inquiétudes au sujet des questions de protection et des incidents de violence à une autre femme.

Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées pour la prévention de la violence sexuelle ?

Des réunions de coordination sur la santé et la protection doivent systématiquement aborder la violence sexuelle pour assurer la coordination de l'intervention entre le/la coordinateur/coordinatrice SSR et d'autres acteurs du secteur. Les procédures d'opération et de coordination confidentielles doivent faire l'objet d'un consensus et elles doivent être appliquées pour évaluer et intervenir face à des risques ou pour les atténuer⁴⁶.

Dans le cadre du travail du mécanisme général du secteur/cluster santé, le/la coordinateur/coordinatrice SSR et le personnel du programme SSR doivent faire en sorte que le secteur/cluster santé et d'autres acteurs de la santé appliquent les mesures suivantes :

- ▶ Garantir un accès sécurisé aux services de santé de base, notamment les services de SSR pour les femmes, les hommes, les adolescents et les enfants.
- ▶ Concevoir et localiser les établissements de santé pour améliorer la sécurité physique et être accessibles aux personnes handicapées, en consultation avec la population, surtout les femmes, les adolescents, les personnes handicapées et d'autres groupes marginalisés.
- ▶ Consulter les prestataires de service et les clients à propos des questions de sécurité pour l'accès aux établissements de santé et en leur sein.
- ▶ Veiller à ce que les établissements de santé se situent dans des lieux sécurisés et disposent d'un parcours éclairé la nuit.
- ▶ Veiller à ce que les établissements de santé disposent d'espaces sécurisés, de prestataires formés et de fournitures essentielles pour dispenser des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle.

46 Voir le Réseau des intervenants face à la VBG <https://gbvresponders.org/resources> pour les outils et les ressources existantes pour faciliter sa mise en œuvre.

- ▶ Envisager la nécessité d'un personnel de sécurité positionné à l'entrée des établissements.
- ▶ Localiser les latrines masculines et féminines séparées et les installations sanitaires dans l'établissement de santé et veiller à ce que les portes puissent être verrouillées de l'intérieur⁴⁷.
- ▶ Recruter et former des prestataires de service, les agents de santé communautaire, du personnel de programme, et des interprètes féminins⁴⁸.
- ▶ Veiller à ce que toutes les langues des sous-groupes ethniques soient représentées parmi les prestataires de service ou s'assurer de la présence d'interprètes.
- ▶ Insister auprès des prestataires de service et de l'ensemble du personnel d'établissement, sur l'importance de la confidentialité y compris de la protection des informations et des données concernant les victimes.
- ▶ Veiller à ce que les agents de santé et tous les autres personnels d'établissement aient signé et obéissent à un code de conduite contre l'exploitation et violence sexuelle.
- ▶ Veiller à ce que les codes de conduite et les mécanismes de signalement relatifs à l'exploitation et à la violence sexuelle (qui garantissent la protection des lanceurs d'alerte) soient en place, de même que les mesures d'enquête pertinentes pour appliquer les codes de conduite.

Activité du DMU pour la SSR :

Mettre les soins et les orientations cliniques et autres services de soutien à la disposition des victimes de violence sexuelle

Principes directeurs à appliquer pour répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle

Les principes directeurs suivants doivent être respectés par les acteurs humanitaires qui répondent aux besoins des victimes, à tout moment :

- | | |
|-------------------|----------------------|
| ▶ Sécurité | ▶ Respect |
| ▶ Confidentialité | ▶ Non-discrimination |

Pourquoi est-il crucial pour les professionnels de santé de s'attaquer à la violence sexuelle ?

Les services de santé sont souvent le premier—et parfois le seul—point de contact des victimes en quête d'assistance pour la violence sexuelle. La qualité des soins fournis peut avoir un impact à

47 WASH, *Protection et responsabilité: Document d'information* (HCR, 2017), <http://wash.unhcr.org/fr/download/protection-et-responsabilite-dans-le-domaine-eha-unhcr/>.

48 *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique* (OMS, septembre 2014), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf;jsessionid=8DAD9AB5892732E60B8233C0A8CB8FCC?sequence=1.

court et à long terme sur le bien-être de la victime et la volonté de la victime de signaler l'incident. Par conséquent, l'ensemble des agents de santé (notamment ceux qui ne travaillent pas dans un établissement qui fournit des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle) doivent être préparés à l'offre de soutien de première ligne.

Le soutien psychosocial de première ligne comprend :

- ▶ l'écoute et la validation empathique ;
- ▶ l'identification des besoins immédiats sur le plan émotionnel, psychologique et physique ;
- ▶ la réponse aux besoins immédiats de la victime en termes de sécurité (protection) et de santé, notamment la santé mentale par l'orientation vers le soutien psychosocial ;
- ▶ rassurer la victime qu'elle n'est pas en faute ou coupable ;
- ▶ se renseigner sur les besoins et les préoccupations de la victime ;
- ▶ identifier et fournir des informations sur d'autres services de soutien ; et
- ▶ appuyer les décisions de la victime.

Qu'est-ce qu'une approche axée sur la victime ?

Une approche axée sur la victime implique que les droits, les besoins et les souhaits de la victime soient priorités. Cette approche peut guider les agents de santé lorsqu'ils abordent les personnes qui ont subi de la violence sexuelle. Elle vise à créer un environnement favorable dans lequel les droits d'une victime de VBG sont respectés, la sécurité est garantie, et dans lequel la victime est traitée avec dignité et respect.

Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées lors de la mise en place de services cliniques ?

Tous les acteurs humanitaires doivent respecter les droits d'une victime de violence sexuelle à la vie, aux soins de santé de bonne qualité, à la non-discrimination, au respect de sa vie privée, à la confidentialité, à l'information et à la considération. Les victimes doivent avoir accès aux soins cliniques, y compris aux conseils psychosociaux de même qu'à la contraception d'urgence et à la prophylaxie après exposition (PPE) au VIH dès que possible après l'incident.

Pour veiller à ce que les services de santé puissent fournir ces soins dès le début d'une intervention humanitaire, les coordinateurs/coordinatrices et le personnel de programme sur la SSR doivent :

- ▶ établir une zone de consultation privée, non stigmatisante qui dispose d'une armoire de classement verrouillable ;
- ▶ mettre en place des protocoles clairs et une liste des droits des patients rédigés dans les langues des prestataires et patients ;
- ▶ avoir suffisamment de fournitures et d'équipements ;
- ▶ recruter des prestataires hommes et femmes parlant couramment les langues locales et former des chaperons et interprètes masculins et féminins ;

- ▶ impliquer les femmes, les adolescentes et les adolescents, et d'autres populations à risques comme les personnes handicapées et les groupes LGBTQIA, dans les décisions sur l'accessibilité et l'acceptabilité des services ;
- ▶ sous la direction du pôle de santé, veiller à ce que les services et un mécanisme d'orientation y compris le transport vers un hôpital en cas de complications graves, soient disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Que peut-on faire pour informer la communauté à propos des services disponibles ?

Une fois que les services sont en place, les coordinateurs/coordinatrices et le personnel du programme sur la SSR doivent informer la communauté à propos :

- ▶ des horaires et sites des services ;
- ▶ de l'importance de recourir immédiatement à des soins médicaux après un acte de violence sexuelle au plus tard dans les 72 heures pour la prévention du VIH, et dans les 120 heures pour la prévention de la grossesse—le plus tôt étant le mieux dans les deux cas ; et
- ▶ des services de santé dispensés aux victimes qui ne sont pas en mesure de recourir immédiatement aux soins.

Pour garantir l'accessibilité, divers formats et langues doivent être utilisés (par ex., le Braille, la langue des signes, les images) et distribués via des campagnes de sensibilisation communautaire (associations de femmes, de jeunes, de personnes LGBTQIA et handicapées) et d'autres canaux de communication (par ex., les écoles, les agents de santé communautaire, les leaders de communautés, les messages radio, les brochures d'information dans les latrines de femmes).

Quelles sont les mesures clés qui doivent être adoptées pour veiller à ce que les prestataires de service soient qualifiés et puissent fournir des services non-discriminatoires, impartiaux et axés sur la victime ?

Le cas échéant, le/la coordinateur/coordinatrice SSR en collaboration avec le groupe de travail SSR et le secteur/cluster santé doit organiser des séances d'information ou de brefs recyclages sur les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle.

Quelles sont les composantes des soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle ?

Communication de soutien : Veiller à ce que les prestataires de service soient en mesure de proposer un appui bienveillant et confidentiel à la victime, par le biais d'une communication précise, claire, sans jugement et qui implique une écoute active sans faire pression sur la victime pour qu'elle réponde. Ils doivent Informer la victime des différentes options de soins, l'encourager et répondre à ses questions et à ses inquiétudes, et obtenir son consentement écrit ou verbal pour tous les aspects des soins. Les prestataires doivent prendre soin de ne pas faire de promesses ou de fausses déclarations (en particulier par rapport à la sécurité) qui ne peuvent être garanties.

Antécédents et examen⁴⁹ : Le principal but des antécédents et de l'examen est de déterminer le type de soins cliniques nécessaire. La santé et le bien-être de la victime sont une priorité absolue dans ce processus. Il faut permettre à la victime de choisir une personne de confiance qui sera présente à l'examen, si elle ou il le désire. Pour les enfants, il peut s'agir de son tuteur (non agresseur) ou s'il n'y en a pas, il peut s'agir d'une personne formée pour apporter son soutien aux victimes. La victime doit toujours être en mesure de choisir le sexe de la personne, c'est obligatoire pour les enfants. L'étude des antécédents et un examen médical approfondi (évitant des procédures invasives autant que possible conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS]⁵⁰) sont menés. Les prestataires doivent veiller à ce que la victime comprenne et consente à chaque étape. L'étude des antécédents comprend les éléments suivants :

- ▶ des questions sur l'agression limitées à ce qui est nécessaire pour les soins médicaux et, le cas échéant (les capacités existent pour tester et utiliser les preuves), les prélèvements d'échantillons pour les preuves médico-légales ;
- ▶ les informations médicales générales ;
- ▶ les antécédents médicaux et gynécologiques pour les femmes et les filles ; et
- ▶ une évaluation de l'état de santé mental en demandant comment la victime se sent et en notant les émotions pendant l'examen.

Garder une trace écrite de l'ensemble des actions et des orientations (médicales, psychosociales, sécurité, juridique, soutien communautaire) pour faciliter les soins de suivi. Veiller à ce que la documentation soit disponible pour des poursuites judiciaires si la victime choisit d'y avoir recours.

Pendant ce processus, les victimes doivent être rassurées quant au fait qu'elles maîtrisent la situation, qu'elles ne sont pas obligées de parler de choses qui les mettent mal à l'aise, et qu'elles peuvent interrompre le processus à tout moment. La victime est en droit de décider d'être examinée ou de refuser un élément de l'examen. Tous les aspects de l'examen doivent être expliqués et le consentement doit être obtenu avant de toucher la victime. Autoriser la victime à poser des questions et à accepter ou refuser un élément de l'examen et du traitement à tout moment.

Le système médico-légal et le recueil de preuves médico-légales⁵¹, dans la mesure du possible et si nécessaire :

- ▶ Le/la coordinateur/coordinatrice SSR, en collaboration avec le chef de file du domaine de responsabilité sur la GBV et les experts légaux, doit connaître les dispositions du système médico-légal national y compris les lois et les politiques pertinentes par rapport à la violence sexuelle, et partager ces informations avec les parties prenantes.
- ▶ Les preuves médico-légales, si possible et quand elles peuvent être utilisées, doivent être collectées, conservées, analysées et utilisées uniquement si la victime donne son accord après une explication complète de chaque procédure. La gestion clinique des victimes de violence sexuelle est prioritaire par rapport au processus médico-légal.

49 Un exemple de formulaire d'anamnèse et d'examen se trouve en p. 44–47 du manuel intitulé *Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays* (OMS, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf.

50 *Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays* (OMS, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf.

51 Pour plus d'informations sur la collecte de preuves médico-légales, voir le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018 (IAWG, novembre 2018), p.27, <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Traitement et conseils confidentiels et bienveillants : Le traitement clinique des victimes de violence sexuelle peut être entamé sans examen si la victime en décide ainsi. Ce point sera examiné plus en détail dans cette section mais inclura :

1. La contraception d'urgence ;
2. Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risque/l'orientation vers les soins liés à l'avortement sans risque, dans les limites prévues par la loi ;
3. Le traitement présomptif des IST ;
4. La PPE pour prévenir la transmission du VIH ;
5. La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH) ;
6. Le traitement des lésions et la prévention du tétanos ;
7. L'orientation vers d'autres services de santé, psychologiques et sociaux ; et
8. Les soins de suivi.

Traiter les cas de complications graves en premier lieu et les orienter vers des établissements de santé de niveau supérieur, le cas échéant. Pour donner des directives aux prestataires de soins en vue de la prise en charge médicale après le viol de femmes, d'hommes et d'enfants, il convient de se référer à la ressource suivante publiée en 2004: *Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*⁵².

En outre, l'OMS, le HCR et le FNUAP possèdent un programme d'apprentissage électronique pour les prestataires de soins sur la *Gestion clinique des victimes de viol* qui est disponible en ligne en anglais et en français⁵³.

1. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence peut prévenir les grossesses non désirées et doit être mise à la disposition des victimes dès que possible et dans les 120 heures qui suivent l'acte de violence sexuelle⁵⁴.

Méthodes courantes de contraception d'urgence

Les pilules contraceptives d'urgence (CU) à progestatif seul sont la forme la plus répandue de CU et contiennent 1,5 mg de lévonorgestrel.

Délais : Les pilules de CU peuvent être utilisées jusqu'à 120 heures (5 jours) après les rapports sexuels non protégés mais elles sont plus efficaces si elles sont prises au plus tôt.

Sécurité : Les PCU à progestatif seul sont sans danger pour toutes les femmes, les filles et les adolescentes en âge de procréer, même pour celles à qui il a été conseillé de ne pas utiliser les

52 Gestion clinique des victimes de viol : Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. (OMS, 2004), <https://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.htm>.

53 « Gestion clinique des victimes de viol, » OMS, consulté le 8 avril 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/fr/>.

54 Pour plus d'informations sur la contraception d'urgence et la recevabilité médicale, consulter le site internet du Consortium international pour la contraception d'urgence: <http://www.ec-ec.org/ecmethod>.

contraceptifs oraux combinés pour la contraception permanente, alors que la dose d'hormones est relativement limitée et les pilules sont utilisées pour une courte durée.

Dépistage clinique : Aucun examen ou test clinique (y compris un test de grossesse) n'est nécessaire avant de fournir des pilules de CU à progestatif seul.

Mécanisme d'action : Les pilules de CU retardent ou empêchent l'ovulation. Autre postulat du mécanisme : elles peuvent empêcher l'ovule de féconder les spermatozoïdes. Les PCU n'ont pas d'effet après la fécondation et ne peuvent pas interrompre ou interférer avec une grossesse établie. Autrement dit, la CU à progestatif seul ne peut pas provoquer un avortement.

Effets secondaires : Les pilules de CU sont sans danger et il n'y a pas de cas où les risques l'emportent sur les bienfaits. Ces effets secondaires peuvent inclure des cycles de saignements altérés, la nausée, les maux de tête, les douleurs abdominales, la sensibilité des seins, les vertiges et la fatigue. En cas de vomissements (rares) dans les deux heures suivant la prise d'une dose, la dose doit être répétée et si possible, un antiémétique peut être administré.

Conseils : Il y a peu de chance que les pilules soient inefficaces. Informer la victime que la menstruation doit avoir lieu à peu près au moment où elle est censée avoir lieu, mais jusqu'à une semaine avant ou après. Si elle n'a pas eu ses règles dans la semaine qui suit la date habituelle, elle doit revenir pour un test de grossesse et/ou évoquer les différentes options en cas de grossesse⁵⁵.

Utilisation répétée : Les pilules de CU restent sans danger et efficaces pour prévenir la grossesse si elles sont prises plus d'une fois même pendant le même cycle menstruel, et il n'y a pas de limite quant au nombre de fois où la femme peut prendre des pilules de CU à progestatif seul. Cependant, l'utilisation d'une méthode contraceptive permanente est recommandée comme étant la meilleure façon de prévenir la grossesse.

Les DIU en cuivre peuvent également être insérés chez les femmes éligibles jusqu'à 5 jours après des rapports sexuels non protégés y compris dans les cas de violence sexuelle. Il s'agit d'une forme efficace de contraception post-coïtale qui permettra de prévenir plus de 99 % des grossesses attendues. Le risque d'ovulation étant faible jusqu'au 7^e jour du cycle menstruel, une femme peut se faire poser un DIU en cuivre au-delà de 5 jours après l'acte de violence sexuelle, lorsque l'ovulation peut faire l'objet d'une estimation et à condition que l'insertion n'ait pas lieu plus de 5 jours après l'ovulation.

Les prestataires doivent fournir des informations et prodiguer des conseils complets sur ce service (en prenant soin d'éviter d'autres traumatismes) aux victimes de manière à ce qu'elles puissent prendre une décision volontaire et informée quant à l'utilisation des pilules de CU ou l'insertion d'un DIU. Les conseils doivent inclure des informations sur les risques, les avantages, les effets secondaires et les complications. Seul un agent qualifié peut poser un DIU et uniquement après avoir effectué un examen pelvien.

Si un DIU est inséré, veiller à administrer un traitement complet des IST notamment des antibiotiques pour traiter empiriquement les IST et/ou les maladies pelviennes inflammatoires. Le DIU peut être retiré au moment des prochaines menstruations d'une femme ou laissé en place comme contraception permanente.

55 « Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte (listes de contrôle), » FHI360, 2015, <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/checklist-pregnancy-french.pdf>.

Si les pilules de CU à progestatif seul ne sont pas disponibles dans le pays, **les pilules contraceptives orales combinées** peuvent être utilisées (méthode Yuzpe).

- ▶ Deux doses de pilule contraceptive orale combinée sont nécessaires. Les pilules contraceptives orales combinées contiennent différents dosages ; le prestataire doit procéder à un calcul pour faire en sorte que chaque dose contienne des œstrogènes (100–120 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone (0,50-0,60 mg de lévonorgestrel ou 1,0-1,2 de norgestrel).
- ▶ La première dose doit être prise dès que possible après des rapports sexuels non protégés (de préférence dans les 72 heures mais au plus tard dans les 120 heures ou 5 jours) et la seconde dose doit être prise 12 heures plus tard.
- ▶ En cas de vomissements dans les heures qui suivent la prise d'une dose, il faut reprendre une dose.
- ▶ Les pilules hormonales combinées sont moins efficaces et causent plus d'effets secondaires que les pilules de CU à progestatif seul et l'acétate d'ulipristal.

2. Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi

Fournir des tests de grossesse au moment de la première présentation, mais ne pas refuser la CU si le test n'est pas disponible. Fournir des tests de grossesse supplémentaires lors des visites de suivi à 2 semaines et 1 mois. Donner des informations précises sur les options en matière de grossesse y compris la poursuite de la grossesse et les responsabilités parentales, la poursuite de la grossesse et la mise à l'adoption de l'enfant, et l'avortement le cas échéant, et des conseils objectifs pour faciliter la prise de décision informée. Si la victime est enceinte suite à un acte de violence sexuelle et si un avortement est envisagé, fournir des soins liés à l'avortement sans risques et orienter la victime vers un service compétent pour ces soins, dans les limites prévues par la loi.

3. Le traitement présomptif des IST

Administrer des antibiotiques aux victimes pour le traitement présomptif de la gonorrhée, de l'infection à chlamydia et de la syphilis si besoin et si souhaité⁵⁶. Si d'autres IST sont prévalentes dans la région (comme la trichomonase ou le chancre mou), administrer un traitement présomptif pour ces infections également.

4. La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH.

La probabilité que le VIH puisse être transmis après un acte de violence sexuelle peut être limitée par l'administration rapide de la prophylaxie après exposition au VIH (PPE)⁵⁷. La PPE doit être proposée et initiée dès que possible (au plus tard dans les 72 heures suivant l'exposition et elle doit être

56 Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, p. 34-35.

57 Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, p. 42-43.

continuée pendant 28 jours) pour toutes les personnes potentiellement exposées à la transmission du VIH. La grossesse n'est pas une contre-indication (cas dans lesquels le traitement ne doit pas être fourni) pour la PPE.

5. La prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH)

Administrer un vaccin contre l'hépatite B dans les 14 jours suivant l'agression à moins que la victime soit déjà vaccinée. Envisager l'administration d'un vaccin contre le VPH à toute personne âgée de 26 ans ou moins, à moins que la victime ait déjà été vaccinée.

6. Le traitement des lésions et la prévention du tétanos

Nettoyer toute ouverture, coupure et écorchure et recoudre les lésions propres sous 24 heures. Administrer une prophylaxie contre le tétanos en cas de lésion de la peau ou des muqueuses et si la victime n'a pas été vaccinée contre le tétanos ou lorsque le statut vaccinal est incertain.

7. L'orientation vers d'autres interventions en situations de crise

Avec le consentement de la victime ou à sa demande, proposer une orientation vers :

- ▶ un hôpital en cas de complications graves ou de complications impossibles à traiter au niveau de l'établissement de santé ;
- ▶ des services sociaux ou de protection si la victime ne peut pas aller dans un lieu sûr en quittant l'établissement de santé et ;
- ▶ des services psychosociaux et de santé mentale, le cas échéant ; se mettre en relation avec les points focaux VBG et de protection pour identifier les services psychosociaux dans ce contexte. Cela peut inclure les services dispensés par les populations touchées, les associations de femmes et d'autres groupes d'appui.

8. Les soins de suivi

- ▶ Si possible, le suivi est recommandé à 2 semaines, 1 mois, 3 mois, et 6 mois, après l'incident.
- ▶ Poursuivre le soutien psychosocial de première ligne et les soins, suivre les besoins en santé mentale et orienter vers des services d'appui psychosocial et/ou de santé mentale si nécessaire.
- ▶ Proposer des tests de grossesse à 2 et 4 semaines après l'incident.
- ▶ Assurer un suivi des blessures et du programme de vaccination contre le tétanos le cas échéant.
- ▶ Si cela s'avère opportun, évoquer le respect de la prophylaxie des IST ou du traitement y compris la PPE et le vaccin contre l'hépatite B (doses additionnelles à 1 mois et à 6 mois), le test de dépistage du VIH à 3 mois et 6 mois, et l'état de la grossesse et les options en matière de grossesse.



La mise en œuvre du DMU pour la SSR sur le terrain en Jordanie

En 2013, l'évaluation du DMU pour la SSR menée en Jordanie par la Women's Refugee Commission a indiqué que la planification de l'intervention face à la violence sexuelle était insuffisante dans les camps et les zones urbaines⁵⁸. Les difficultés étaient liées au faible nombre de prestataires formés, à l'absence d'un protocole de gestion clinique du viol, aux problèmes d'utilisation de la CU et de la PPE. La violence sexuelle représentait aussi un tabou au sein de la communauté et beaucoup de personnes n'avaient pas connaissance des services disponibles. Ces facteurs et la crainte de représailles compliquaient la possibilité pour les victimes de faire un choix informé concernant le recours aux soins.



Pratique observée : Prévenir et gérer les conséquences de la violence sexuelle à Cox's Bazar, Bangladesh

- ▶ Durant les phases initiales de la situation d'urgence, les organisations ont eu recours à des incitations comme les bons de transport, pour promouvoir l'utilisation et la localisation des services dans les établissements. Le déploiement anticipé d'un programme communautaire volontaire a également permis d'informer les communautés à propos de la disponibilité et de la localisation des services pour les victimes de violence sexuelle⁵⁹.
- ▶ Une solide coordination a été établie entre le groupe de travail sur la SSR et le groupe de protection/le groupe de travail sur la VBG, ce qui a contribué à rapidement instaurer des mesures préventives pour protéger les populations touchées en particulier les femmes et les filles, contre la violence sexuelle.
- ▶ Les sessions de formation sur la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle ont été co-facilitées par le groupe de travail sur la SSR et les experts du groupe de travail sur la VBG au début de l'intervention.
- ▶ Des espaces sécurisés réservés aux femmes ont immédiatement été créés près des établissements de santé, ce qui a permis d'établir un lien étroit et des orientations rapides et faciles.

58 Krause, et al., « Reproductive Health Services for Syrian Refugees. »

59 Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

Considérations particulières pour des populations spécifiques

Les enfants	Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit comprendre et diffuser des informations sur les lois propres au pays en ce qui concerne l'âge du consentement au traitement, le professionnel habilité à donner le consentement légal aux soins cliniques si l'un des parents ou tuteur est l'agresseur présumé (par exemple, un/une représentant/représentante de la police, des services communautaires, ou le tribunal), et les exigences et procédures relatives au signalement obligatoire lorsque les prestataires de services soupçonnent ou sont informés d'un cas de maltraitance d'enfants. Aucun examen vaginal, anal ou par spéculum ne doit être pratiqué sur les enfants à moins que cela soit absolument nécessaire. Dans ces cas-là, les enfants doivent être orientés vers un spécialiste. Les protocoles indiquant les dosages de médicaments adaptés doivent être affichés ou facilement accessibles pour les prestataires de services.
Victimes masculines	Les victimes masculines sont moins susceptibles de signaler un incident en raison de la honte, de la criminalisation des relations sexuelles homosexuelles, des attitudes négatives ou méprisantes des prestataires et du manque de reconnaissance de l'ampleur du problème. Les victimes masculines souffrent de traumatismes physiques et psychologiques semblables à ceux des victimes féminines et ils doivent avoir accès à des services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires qui fournissent des soins complets.
Personnes handicapées (handicap intellectuel et physique)	Les personnes handicapées y compris les femmes, les filles, les garçons et les hommes, sont davantage exposés au risque de violence sexuelle et sont souvent confrontées à une discrimination extrême de la part des prestataires de service. Les aidants (en général, des femmes et des filles) des personnes handicapées peuvent aussi être exposés au risque de violence et d'exploitation en raison de l'isolement, ce qui peut limiter leur accès au soutien social, économique et matériel. Les organisations de personnes handicapées au sein des communautés d'accueil disposent souvent de ressources que les agents de santé peuvent utiliser pour faire en sorte que les soins cliniques soient fournis à cette population qui est souvent cachée.
Personnes LGBTQIA	Les personnes LGBTQIA sont confrontées à un certain nombre de facteurs de risque de violence sexuelle et il est important de reconnaître que chaque population a des besoins distincts et qu'elle est exposée à des risques différents. Les personnes LGBTQIA peuvent être confrontées des pratiques discriminatoires de la part des prestataires de santé, ce qui les empêche de recourir aux services de SSR. L'ouverture d'un dialogue avec les organisations d'entraide ou de droits des personnes LGBTQIA et les dispositions visant à rendre les établissements de santé plus respectueux de la diversité permettraient à ces populations d'accéder à des services de santé essentiels.
Personnes se livrant au travail du sexe	Les personnes qui se livrent au travail du sexe sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination de la part des prestataires de santé qui peuvent être moins susceptibles de prendre au sérieux la violence sexuelle à l'égard de cette population. Les acteurs humanitaires doivent nouer le dialogue avec cette population pour développer des programmes sur les soins de SSR.
Minorités ethniques et religieuses	Les minorités ethniques et religieuses sont confrontées à des degrés divers de stigmatisation et de discrimination qui les rendent plus vulnérables face à la violence sexuelle y compris l'oppression et le harcèlement. Il est important de former les soignants, les prestataires et d'autres responsables sur les pratiques non discriminatoires liées à la prestation de service de SSR.

Pourquoi est-il fréquent que les actes de violence sexuelle ne soient pas signalés ?

Même en dehors des contextes de crise, la violence sexuelle ne fait généralement pas l'objet de signalement en raison d'un certain nombre de facteurs, notamment la peur des représailles, la honte, la stigmatisation, l'impuissance, le manque de connaissances concernant les bienfaits du recours aux services et au soutien, la non-fiabilité de la santé publique et d'autres services, le manque de confiance à l'égard des services, et l'absence de confidentialité. Toutes ces circonstances sont aggravées lors des situations de crise humanitaire, ce qui accroît la probabilité que les incidents de violence sexuelle au sein de la population ne soient pas signalés. Bien que la gestion clinique de la violence sexuelle et d'autres services soit un élément clé de l'intervention, la gestion des cas de violence sexuelle doit également s'appuyer sur un environnement où les femmes sont protégées, soutenues et en mesure d'accéder à ces soins.

Même en l'absence de cas signalés, les services doivent être mis en place. ***L'ensemble du personnel humanitaire doit partir du principe que la violence sexuelle est un fait et la traiter comme une question cruciale de protection, et il doit agir comme indiqué, pour limiter les risques de violence sexuelle en s'appuyant sur des interventions sectorielles, indépendamment de la présence ou de l'absence de preuves concrètes.***

Quels sont les mécanismes que les agences peuvent utiliser pour répondre à la violence sexuelle ?

Code de conduite

Un code de conduite contre l'exploitation et la violence sexuelle est un ensemble de directives établies par une agence et il stipule que le personnel de cette entité doit respecter les droits humains fondamentaux, la justice sociale, la dignité humaine et les droits des femmes, des hommes et des enfants. Il indique aussi aux personnels qu'il est de leur devoir de faire preuve de respect, condition sine qua non de leur emploi. Un code de conduite applicable constitue une composante essentielle de la responsabilité des acteurs humanitaires envers les bénéficiaires. Toutes les agences humanitaires y compris celles qui sont impliquées dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, doivent être dotées d'un code de conduite et de politiques ayant pour but de prévenir l'exploitation et la violence sexuelle. Les agences doivent faire en sorte que l'ensemble des personnels s'engagent à adhérer aux directives et qu'ils aient bénéficié d'orientations sur leurs responsabilités. Pour développer ces directives, les agences peuvent s'appuyer sur les ressources suivantes : *Protection from Sexual Exploitation and Abuse Implementation Quick Reference Handbook*⁶⁰ de Core Humanitarian Standards Alliance et *Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment* du CPI⁶¹.

60 Corinne Davey et Lucy Heaven Taylor, *PSEA Implementation Quick Reference Handbook* (Core Humanitarian Standards Alliance, juillet 2017), <http://www.pseatactforce.org/uploads/tools/1499958998.pdf>.

61 Champion on Protection from Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-on-protection-from-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment>.

Un Code de conduite est pertinent pour l'ensemble du personnel—international et local. Les agences doivent veiller à ce que le personnel recruté auprès des organisations locales ou des personnes issues de la communauté local signe le Code de conduite, suive une orientation et puisse en discuter. Les bénéficiaires et les communautés affectées doivent être informées et se familiariser avec les règles et les systèmes des sites de manière à pouvoir les utiliser en cas de violation. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit appuyer le développement d'un système pour le signalement confidentiel et le suivi des cas d'exploitation et de violence sexuelle.

Les six principes du groupe de travail du CPI sur la protection et l'exploitation et la violence sexuelle à inclure dans les Codes de conduite des Nations Unies et des ONG

- ▶ L'exploitation et la violence sexuelle perpétrées par des travailleurs humanitaires constituent des fautes graves et sont par conséquent un motif de licenciement.
- ▶ L'activité sexuelle avec les enfants (les personnes de moins de 18 ans) est interdite indépendamment de l'âge de la majorité ou de l'âge du consentement en vigueur localement. La croyance erronée concernant l'âge d'un enfant ne constitue pas un argument valable.
- ▶ Les échanges d'argent, d'emploi, de biens ou de services contre des rapports sexuels y compris des faveurs sexuelles ou d'autres formes d'humiliation, de comportement dégradant ou allant jusqu'à l'exploitation sont interdits. Cela inclut le détournement de l'aide qui revient aux bénéficiaires.
- ▶ Toute relation sexuelle entre les personnes qui assurent l'assistance et la protection humanitaires et une personne qui bénéficie de cette assistance et de cette protection humanitaires impliquant un exercice abusif de ses fonctions est interdite. De telles relations portent préjudice à la crédibilité et l'intégrité du travail humanitaire.
- ▶ Lorsqu'un travailleur humanitaire est préoccupé et soupçonne des actes de violence ou d'exploitation sexuelle par un collègue de travail, que ce soit dans la même agence ou non, elle/il doit signaler ce problème par l'intermédiaire des mécanismes de signalement de l'agence.
- ▶ Les travailleurs humanitaires doivent créer et maintenir un environnement permettant la prévention de l'exploitation et la violence sexuelle et promouvant la mise en œuvre de leur code de conduite. À tous les échelons, les décideurs ont des responsabilités spécifiques pour appuyer et développer les systèmes qui préservent cet environnement⁶².

62 Cité dans *Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) Inter-Agency Cooperation in Community-Based Complaint Mechanisms : Global Standard Operating Procedures* (CPI, mai 2016), <https://fscluster.org/document/iasc-psea-Inter-Agency-cooperation>.

Mécanismes de plainte

Les plaintes contre l'exploitation et la violence sexuelle doivent être prises très au sérieux. Les agences doivent développer un système de réponse pour gérer correctement les plaintes qui leur sont présentées. Ces mécanismes doivent être sécurisés, confidentiels, transparents et accessibles. Ils comprennent les éléments suivants :

- **des procédures de signalement claires et établis** de manière à ce que le personnel, les communautés et les personnes touchées par la crise sachent comment et quand signaler de manière confidentielle des cas d'exploitation et de violence sexuelle. Cela est particulièrement important si votre agence est la seule organisation qui fournit des services au sein de la communauté.
- **Une culture organisationnelle qui incite à la discussion et au questionnement sur le comportement adapté concernant la protection des bénéficiaires face à l'exploitation et à la violence sexuelle.** Une telle culture permet au personnel de porter à la connaissance d'un superviseur un comportement douteux.
- **Rapports de signalement rapide d'exploitation et de violation sexuelle en vue d'une enquête.** Les agences doivent se préparer à assurer des enquêtes solides et engagées en cas de signalement. Elles doivent faire preuve de réactivité pour aider les victimes concernées⁶³.
- **Les mesures disciplinaires et la criminalisation des actes d'exploitation et de violence sexuelle** qui peuvent inclure le licenciement, la rétrogradation, une amende ou la mise à pied sans salaire. S'il s'agit d'une infraction pénale, elle doit être soumise aux autorités policières concernées⁶⁴.
- **Un accord selon lequel l'agence conservera tous les documents originaux sur les allégations dans les dossiers correspondants pour référence ultérieure.** Les documents doivent rester confidentiels et être accessibles uniquement au personnel concerné.



Si vous connaissez quelqu'un qui a subi des actes d'exploitation et de violence sexuelle, signalez l'incident à l'autorité concernée, de manière confidentielle, conformément aux dispositions prévues par les mécanismes de plaintes.

63 Pour un exemple de formulaires d'incident, voir l'Annexe 4 dans *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide* (Comité permanent interorganisations, 2016), <https://interagencystandingcommittee.org/accountability-affected-populations-including-protection-sexual-exploitation-and-abuse/documents-50>.

64 *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide*.

Session 3 : Points clés

- ▶ La violence sexuelle est définie comme tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant au trafic sexuel d'une personne en ayant recours à la coercition, aux menaces ou à la force physique, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte y compris le domicile mais pas seulement. Le DMU pour la SSR traite principalement le viol/la tentative de viol, la violence sexuelle et l'exploitation sexuelle. Une fois que la situation se stabilise et que toutes les composantes du DMU pour la SSR ont été mises en œuvre, il convient d'aborder un éventail plus large de questions relatives à la VBG.
- ▶ La violence sexuelle est une violation des droits humains qui porte atteinte à la santé physique et mentale, et au bien-être social de la victime tout en ayant des conséquences sur la famille de la victime et la communauté élargie.
- ▶ Pendant les situations d'urgence comme les conflits ou les catastrophes naturelles, le risque de violence, d'exploitation et de maltraitance est exacerbé, surtout à l'égard des femmes et des filles.
- ▶ Les adolescentes, les personnes handicapées (surtout sur le plan intellectuel), et les populations LGBTQIA sont particulièrement exposées à la violence sexuelle car elles sont souvent touchées par l'exploitation sexuelle et le viol.
- ▶ Tous les acteurs humanitaires sont responsables de la prévention et du signalement de l'exploitation et de la violence sexuelles et ils doivent faire en sorte que l'aide humanitaire soit fournie de manière impartiale, sans préjugé ou discrimination fondée sur l'âge, le sexe, le genre et l'identité de genre, le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le lieu (par ex. rural/urbain), le handicap, la race, la couleur de peau, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, les origines nationales, ethniques ou sociales, la propriété, la naissance ou d'autres caractéristiques.
- ▶ Une approche multisectorielle suivant un mode opératoire standard dans chaque contexte, est nécessaire pour la prévention et la protection de la population touchée et pour réagir comme il se doit face à la violence sexuelle.
- ▶ Pour répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle, les principes directeurs à appliquer sont la sécurité, la confidentialité, le respect et la non-discrimination.
- ▶ Une approche axée sur la victime implique que les droits, les besoins et les souhaits de la victime sont priorités.
- ▶ Les composantes des soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent la communication de soutien ; les antécédents et l'examen ; le système médico-légal et la collecte de preuves médico-légales dans la mesure du possible et si nécessaire ; et le traitement et les conseils bienveillants et confidentiels y compris la CU, les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation pour des soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi, le traitement présomptif des IST, la PPE, la prévention de l'hépatite B et du VPH, les soins des lésions et la prévention du tétanos et l'orientation vers d'autres services de santé, psychologiques et sociaux.
- ▶ Le/la coordinateur/coordinatrice et le personnel de programmes sur la SSR doivent informer la communauté à propos de l'importance du recours aux soins médicaux immédiats suite à

un acte de violence sexuelle et le type, le lieu et les horaires des services disponibles pour les victimes de violence sexuelle.

- Parmi les raisons pour lesquelles la violence sexuelle ne fait généralement pas l'objet de signalement figurent la peur des représailles, la honte, la stigmatisation, l'impuissance, le manque de connaissances concernant les bienfaits du recours aux services et au soutien, la non-fiabilité de la santé publique et d'autres services, le manque de confiance à l'égard des services, et le manque de confidentialité.
- Toutes les agences humanitaires notamment celles qui sont impliquées dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, doivent être dotées d'un code de conduite et de politiques ayant pour but de prévenir l'exploitation et la violence sexuelle.
- Les agences doivent développer un mécanisme de réponse sûr, confidentiel, transparent et accessible pour gérer correctement les plaintes contre l'exploitation et la violence sexuelle qui sont portées à la connaissance à leur connaissance.

Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que se passe-t-il si les membres du personnel ont des capacités limitées et manquent de compétences élémentaires pour fournir des services psychosociaux ?	<p>Le personnel local sera en mesure d'identifier les personnes ayant une attitude neutre, faisant preuve de soutien et étant dotées des compétences en communication pour cette fonction, au niveau local.</p> <p>Il est fondamental que l'ensemble du personnel qui entre en contact avec une victime respecte ses souhaits et veille à ce que toutes les informations relatives à sa situation médicale et sanitaire restent confidentielles et privées, notamment à l'égard des membres de la famille de la victime.</p> <p>Les membres du personnel doivent communiquer avec la victime en garantissant le partage d'informations précises et en ayant une attitude bienveillante et neutre.</p> <p>Les programmes de formation sur le soutien psychosocial peuvent être mis en place une fois que la situation se sera stabilisée. Des programmes de formation continue peuvent être fournis pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence, si nécessaire. Le suivi de cette formation dans le cadre de la préparation aux urgences serait aussi utile.</p> <p>Les ressources recommandées qui sont consacrées aux stratégies de mobilisation pour le travail auprès des victimes de violence sexuelle comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence</i>⁶⁵

65 *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (CPI, 2009), http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf. D'autres outils figurent sur la page web du CPI « Mental Health and Psychosocial Support, » <https://interagencystandingcommittee.org/product-categories/mental-health-and- psychosocial-support>.

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux (1^{ère} éd.)</i>⁶⁶ • <i>Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused</i>⁶⁷ • <i>Directives du Comité permanent interorganisations sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire</i>⁶⁸ • <i>Establishing Gender-based Violence Standard Operating Procedures</i>⁶⁹
Que peut-on faire dans les contextes où la violence sexuelle est taboue et/ou dans lesquels les agents de santé locaux et les membres de la communauté opposent une forte résistance à la lutte contre la violence sexuelle ?	Même dans les contextes où la violence sexuelle est vivement rejetée, il est important de trouver des moyens innovateurs pour y remédier. Par exemple, une ONG locale travaillant avec une population de réfugiés très conservatrice a organisé des ateliers « de santé familiale » pour les réfugiées. Ces ateliers traitaient un vaste éventail de questions sanitaires, notamment la violence sexuelle. Ainsi, la communauté a acquis des connaissances sur la violence sexuelle y compris les raisons, le lieu et le moment auquel il faut recourir aux soins médicaux si elle ou une de ses connaissances est agressée.
Que se passe-t-il si le personnel n'a pas été formé aux soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle ?	<p>Il est important que les organisations déploient le personnel de SSR formé à la gestion clinique des victimes de violence sexuelle.</p> <p>Travailler avec les capacités existantes du personnel local et planifier des formations sur les soins cliniques des victimes de violence sexuelle dès que possible.</p> <p>Il est également utile d'ajouter la formation sur les soins cliniques dispensés aux victimes de violence sexuelle en tant que composante de la préparation aux urgences.</p>

66 *La prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles en situations de crise humanitaire : Guide destiné aux prestataires de services de santé et de services psychosociaux* (IRC et UNICEF, 2012), https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc_ccs_guide_french_0.pdf.

67 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused : WHO Clinical Guidelines* (OMS, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>.

68 *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement* (CPI, 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf

69 *Ressources sur la violence basée sur le genre : Establishing Gender-Based Violence Standard Operating Procedures* (IASC Sub-Working Group on Gender and Humanitarian Action, mai 2008), <https://www.k4health.org/toolkits/igwg-gender/establishing-gbv-standard-operating-procedures-sops>.

LISTE DE CONTRÔLE : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES

La liste de contrôle ci-dessous peut être utilisée pour suivre la prestation des services de SSR dans les contextes humanitaires.

3. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes			
		Oui	Non
3.1	Des mécanismes multisectoriels coordonnés pour prévenir la violence sexuelle sont en place		
3.2	Accès sécurisé aux établissements de santé		
	Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur; éclairage autour de l'établissement de santé; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, comme des agents de sécurité ou d'accueil)	%	
3.3	Services de santé confidentiels pour prendre en charge les victimes de violence sexuelle	Oui	Non
	Pourcentage d'établissements de santé prenant en charge les victimes de violence sexuelle : (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100	%	
	Contraception d'urgence (CU)		
	Test de grossesse (non requis pour obtenir la CU ou la prophylaxie après exposition au VIH [PPE])		
	Grossesse		
	PPE		
	Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST		
	Anatoxine tétanique/immunoglobuline tétanique		
	Vaccin contre l'hépatite B		
	Soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services de santé		
	Orientation vers des services de soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services psychologiques et de soutien social		
3.4	Nombre de cas de violence sexuelle signalés aux services sanitaires		
	Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100	%	
3.5	Informations sur les bienfaits et la localisation des soins pour les victimes de violence sexuelle		

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles sont les fournitures nécessaires ou quels kits de SR pourraient être commandés pour dispenser des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle ?

Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux qui ciblent les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique⁷⁰.

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR issus du DMU aux soins complets.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communauté/poste de santé	Kit 3	Traitement post-viol
Communauté/poste de santé	Kit 5	Traitement IST
Communauté/poste de santé	Kit 8	Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou à un avortement
Communauté/poste de santé	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales

Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Prestation de service	Élément	En complément des
Communauté/poste de santé	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Mifépristone	Kit 8

* Le misoprostol peut également être acheté pour compléter les kits 6A et 8 pour les établissements de soins de santé primaires.

Dans la mesure du possible, il est important de pré-enregistrer des kits et les produits de SR avant une crise et pour éviter l'achat de médicaments qui ne sont pas enregistrés ou autorisés dans un pays pendant une situation de crise humanitaire.

⁷⁰ Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les *kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Quiz sur la Session 3 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux

1. Si une victime ne se sent pas à l'aise pour subir un examen et le refuse, l'agent de santé doit lui expliquer que le traitement et les médicaments ne peuvent être administrés qu'après un examen.

Vrai ou Faux

2. Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent tout **sauf** :
 - a. Les antécédents et l'examen
 - b. La communication de soutien
 - c. Le traitement présomptif des IST
 - d. Le test de grossesse, et s'il est négatif, alors administrer la PPE uniquement à ce moment-là
 - e. La contraception d'urgence dès que possible et dans les 120 heures qui suivent le viol
 - f. Les informations sur les options en matière de soins liés à l'avortement sans risques/ orientation pour des soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi

3. Les victimes masculines sont plus susceptibles de signaler un incident de violence sexuelle.

Vrai ou Faux

4. Les auteurs de violence sexuelle sont souvent des partenaires ou d'autres personnes connues de la victime.

Vrai ou Faux

5. Que devrez-vous faire si vous soupçonnez qu'un membre du personnel viole les principes fondamentaux de la protection face à l'exploitation et la violence sexuelle ?
 - a. Enquêter pour savoir si le membre du personnel enfreint la règle
 - b. Parler au membre du personnel et lui demander de cesser ses actes
 - c. Signaler le membre du personnel concerné à votre superviseur ou point focal pour une protection contre l'exploitation et la violence sexuelle
 - d. Ne rien faire

SESSION 4 : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ LIÉES AU VIH ET À D'AUTRES IST



En 2013, 1,6 millions de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été touchées par des urgences humanitaires, 68 % d'entre elles n'avaient pas accès à un traitement⁷¹. Le lien entre la transmission du VIH et les situations de crise humanitaire est complexe et dépend de l'interaction entre différents facteurs comme :

- la prévalence du VIH et la vulnérabilité de certains groupes au sein de la population de la région d'origine et de la population d'accueil ;
- le degré d'interaction entre les populations déplacées et les populations environnantes ;
- la durée du déplacement ; et
- la localisation et le degré d'isolement des populations déplacées (par ex., réfugiés en milieu urbain vs réfugiés vivant dans des camps).

Les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH, peuvent se développer dans les contextes de crise lorsque l'accès à des moyens de prévention, de traitement et de soins est limité. Cependant, des résultats issus des zones de conflit ont montré que dans certaines circonstances, quand les populations déplacées ont été déplacées et sont moins mobiles, la prévalence du VIH est plus faible que dans les pays voisins⁷². Pour avoir une présentation de l'ensemble des interventions multisectorielles minimales visant à prévenir et à affronter le VIH dans les situations de crise humanitaire, il convient de consulter les *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence* du CPI⁷³.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- expliquer ce qu'est la transfusion sanguine sécurisée et rationnelle et comment l'organiser ;
- définir les précautions standards, expliquer leur importance et comment assurer leur application ;
- expliquer pourquoi il est important de garantir la disponibilité de préservatifs gratuits et lubrifiés ;
- expliquer l'importance de la poursuite des antirétroviraux et de l'administration de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes ;
- identifier les personnes qui doivent bénéficier d'une prophylaxie après exposition (PPE) ; et
- décrire la prise en charge syndromique des IST.

71 VIH et urgence humanitaire (ONUSIDA, 2015), <https://www.unhcr.org/566961609.pdf>.

72 Brady W. Bennett, Brandon D. L. Marshall, Annie Gjelsvik, Stephen T. McGarvey, et Mark N. Lurie, « HIV Incidence Prior To, During, and After Violent Conflict in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012 : An Ecological Study, » *PLoS One* 10, no. 11 (12 novembre 2015), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0142343>.

73 *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence* CPI, 2010 (CPI, 2 septembre 2010), <https://interagencystandingcommittee.org/hiv-humanitarian-situations/documents-public/iasc-guidelines-addressing-hiv-humanitarian-settings>.

Objectifs et activités du DMU pour la SSR

PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET MORTALITÉ LIÉES AU VIH ET À D'AUTRES IST.

Pour réduire la transmission du VIH et d'autres IST, le/la coordinateur/coordinatrice, les responsables de programme sur la SSR et les prestataires de service doivent collaborer avec le secteur/cluster de la santé pour :

- ▶ mettre en place des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles ;
- ▶ assurer l'application de précautions standards ;
- ▶ garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et le cas échéant, (par ex., déjà utilisés par la population), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins ;
- ▶ soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme de thérapie antirétrovirale, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- ▶ fournir la PPE aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle ;
- ▶ soutenir la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients qui s'avèrent être séropositifs ou chez qui le VIH a été diagnostiqué ; et
- ▶ veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST.

Pourquoi la prévention de la transmission et la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH et à d'autres STI sont-elles une priorité ?

Les IST sont en grande part responsables de la charge mondiale de maladies. La lutte contre le VIH reste un défi permanent en particulier dans les situations d'urgence humanitaire et ce, malgré les avancées significatives constatées au cours de ces 30 dernières années face à l'épidémie du VIH à l'échelle mondiale. Bien qu'une part importante de personnes impactées par les urgences humanitaires soient des personnes à risques par rapport au VIH, l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH sont souvent exclus des priorités pendant les situations d'urgence. Les caractéristiques propres à une urgence complexe, comme les conflits, les déplacements massifs, la perte de moyens de subsistance, l'insécurité alimentaire, l'instabilité sociale, le manque d'emploi, les pressions liées aux infrastructures, la dégradation de l'environnement et l'impuissance peuvent accroître la vulnérabilité et les risques d'exposition au VIH. Il faut donc déployer tous les moyens possibles pour faire cesser les nouvelles infections et fournir un traitement à ceux qui en ont besoin.

Quels sont les facteurs de risque de propagation du VIH dans les contextes de crise ?

Si elles ne sont pas prises en charge ou maîtrisées, les IST y compris les infections par le VIH, peuvent augmenter parmi les populations touchées par une crise, pour diverses raisons^{74, 75, 76} :

- Il se peut qu'il y ait un accès limité à la prévention, au traitement du VIH et aux soins en raison de l'effondrement des infrastructures sanitaires (par ex., manque d'équipement de protection personnelle, d'aiguilles/de seringues propres, etc.).
- Les membres du personnel peuvent considérer qu'ils sont trop occupés pour respecter les précautions standards ou n'en ont pas connaissance.
- Un effondrement des structures sociales et communautaires peut accroître l'incidence du viol, de l'exploitation sexuelle, et des relations sexuelles de nature transactionnelle pour satisfaire des besoins vitaux, et la perturbation des normes régissant les comportements sexuels.
- Il se peut que les inégalités existantes, la stigmatisation et la marginalisation des populations clés exposées au VIH et de celles qui vivent avec le VIH soient aggravées.
- Il est possible que la population se déplace vers une zone à forte prévalence du VIH.
- L'accès aux préservatifs est limité ou inexistant, ou les préservatifs ne sont pas priorisés dans le cadre d'une intervention d'urgence.
- Les personnes touchées par une crise sont plus exposées aux IST pour de nombreuses raisons y compris la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le manque d'accès aux services de santé, la mobilité et l'absence de protection contre la violence et/ou l'exploitation exercée par les militaires, les forces de maintien de la paix et d'autres.
- Les adolescents peuvent commencer à avoir des relations sexuelles à un jeune âge.
- Certains individus peuvent être plus susceptibles de prendre des risques sexuels, comme les rapports sexuels non protégés.

Il faut néanmoins souligner que la transmission du VIH chez les populations touchées par une crise est complexe. L'hypothèse courante selon laquelle la vulnérabilité accrue de ces populations se traduit forcément par la multiplication des infections par le VIH, n'est pas étayée par des données. Divers facteurs contradictoires et interconnectés impactent la transmission du VIH en période de conflits et de déplacements⁷⁷.

74 Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence du CPI, 2010

75 Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes (ONUSIDA et HCR, octobre 2005) http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1157-refugees_fr.pdf.

76 Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings (CPI, 2004), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidelines-hiv-emergencies.pdf>.

77 Bennett, et al., « HIV Incidence ... in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012. »

Transmission du VIH

Le VIH se transmet par quatre fluides corporels : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, et le lait maternel. Les principaux modes de transmission du VIH sont l'entrée de fluides infectés dans le système sanguin d'une personne non infectée, plus communément par les rapports sexuels non protégés, le sang infecté et la transmission mère-enfant. Bien que la majorité des infections soit généralement la conséquence de rapports sexuels non protégés, la proportion des différents modes de transmission varie selon le contexte.

Activité du DMU pour la SSR :

Utilisation sécurisée et rationnelle des transfusions sanguines

L'utilisation rationnelle et sécurisée des transfusions sanguines est essentielle pour prévenir la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par transfusion comme l'hépatite B, l'hépatite C, le paludisme et la syphilis. Le sang mal dépisté ou non dépisté et la mauvaise utilisation du sang et des produits sanguins augmentent le risque de transmission du VIH et d'autres infections aux bénéficiaires. En cas de transfusion de sang contaminé, la transmission du VIH au patient transfusé est presque certaine à 100 %. Aucune transfusion sanguine ne doit être effectuée en dehors d'un établissement de santé, sans fournitures et sans personnel qualifié. Si elles sont effectuées correctement, les transfusions sanguines permettent de sauver des vies. Néanmoins, la réduction du nombre de transfusions sanguines non nécessaires est également essentielle pour éviter le risque d'infection et la pénurie de sang. La transfusion non nécessaire de sang peut être réduite grâce à la bonne utilisation clinique du sang, en évitant les besoins de transfusion, et en ayant recours à des alternatives à la transfusion sanguine.

Utiliser les critères standards pour les transfusions sanguines comme le recommande l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁷⁸ :

Les transfusions sanguines rationnelles comprennent les éléments suivants :

- La transfusion sanguine effectuée uniquement pour des cas graves et à défaut de toute autre alternative.
- L'administration de médicaments pour prévenir ou réduire les hémorragies (comme l'ocytocine et le misoprostol).
- L'utilisation de substituts sanguins pour remplacer les volumes perdus comme les cristalloïdes (le Ringer lactate, chlorure de sodium) dans la mesure du possible.

Les transfusions sanguines sécurisées comprennent les éléments suivants :

- Le dépistage systématique du VIH 1 et 2, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis dans le sang prélevé pour transfusion, avec les tests les plus appropriés. Un seul test de dépistage du VIH ne suffit pas à déterminer le statut VIH. Bien que les services de dons de sang ne doivent pas être considérés comme un moyen d'accéder au test de dépistage du

⁷⁸ La page Web de l'OMS sur la transfusion sanguine peut être consultée via le lien suivant : <http://www.who.int/bloodsafety/en>.

VIH, si une personne donneuse de sang a un résultat de test positif, elle doit être informée. Elle doit ensuite être incitée à se mettre en relation avec les services cliniques pour des tests approfondis afin de confirmer son statut VIH et en cas de confirmation, elle doit être orientée vers les services compétents.

- ▶ Le prélèvement de sang uniquement sur des donneurs volontaires, bénévoles, peu exposés au risque de contracter des infections transmissibles par transfusion et la définition de critères stricts de sélection des donneurs.
- ▶ La mise en relation des services de transfusion sanguine et des services de consultation et de dépistage volontaires du VIH dès qu'ils sont mis en place dans le cadre d'une intervention complète et l'orientation des donneurs vers les services de consultation et de dépistage volontaires avant de procéder au dépistage.
- ▶ Le groupage ABO et le typage RhD et, si le temps le permet, l'épreuve de compatibilité.
- ▶ La transfusion de sang uniquement pour des femmes en âge de procréer avec un sang RhD approprié.
- ▶ Le fait de garantir une transfusion sécurisée au chevet du patient et l'élimination sécurisée des pochettes de sang, des aiguilles et des seringues⁷⁹.

Que doivent faire le/la coordinateur/coordinatrice et le responsable de programme sur la SSR pour garantir des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles ?

Le/la coordinateur/coordinatrice et le responsable de programme sur la SSR doivent collaborer avec les partenaires du secteur/cluster santé pour veiller à ce que :

- ▶ les hôpitaux de référence disposent de fournitures suffisantes pour une transfusion sanguine sécurisée et rationnelle.
- ▶ le personnel ait des connaissances suffisantes sur les pratiques de transfusion sanguine et qu'il ait accès aux fournitures pour réduire les besoins en transfusion sanguines.
- ▶ des donneurs sûrs sont recrutés. Des donneurs sûrs peuvent être recrutés sur questionnaire en les informant clairement des exigences relatives à la sécurité du sang. Recruter des donneurs volontaires sans exiger du personnel qu'il donne son sang.
- ▶ des modes opératoires standards pour la transfusion sanguine soient établis. Ce sont des composantes essentielles d'un système de qualité au sein d'une organisation et ils ont pour but de garantir la cohérence des actions. Le recours aux modes opératoires standards est obligatoire pour l'ensemble des membres du personnel qui effectuent des transfusions sanguines. Conserver des copies dans toutes les langues en un point centralisé et les afficher là où les interventions ont lieu pour une consultation facile.
- ▶ la responsabilité de la décision relative à la transfusion est définie et le personnel médical l'assume.
- ▶ le personnel est informé des protocoles et suit les procédures à tout moment pour assurer des pratiques de transfusion sanguine sécurisées au chevet.

⁷⁹ Pour des informations complémentaires sur la sélection des donneurs de sang sûrs, consulter http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en.

- les déchets, les pochettes de sang, les aiguilles et les seringues sont éliminés en toute sécurité.
- les sites de dépistage du sang et de transfusion sont correctement éclairés. Pour minimiser le risque d'erreurs, éviter, dans la mesure du possible, de pratiquer des transfusions sanguines la nuit, à moins que l'éclairage soit suffisant⁸⁰.

Activité du DMU pour la SSR :

Assurer l'application de précautions standards

Il est important que le/la coordinateur/coordinatrice SSR insiste sur l'importance des précautions standards lors des premières réunions de coordination sur la santé et la SSR. Gardez à l'esprit le fait qu'il est possible que les agents d'entretien et d'autres personnels de soutien, qui sont souvent nouvellement recrutés, n'aient pas travaillé dans des environnements sanitaires auparavant et qu'ils n'ont donc pas suivi une formation adaptée.

Quelle est la définition des précautions standards ?

Les précautions standards sont des mesures de contrôle des infections réduisant les risques de transmission d'agents pathogènes transmissibles par voie sanguine (par ex. VIH et hépatites B et C), par le biais de l'exposition au sang ou aux fluides corporels, entre les patients et les agents de santé. Selon le principe de « précautions standards », le sang et les fluides corporels y compris le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel, doivent systématiquement être considérés comme infectés par le VIH, indépendamment du statut connu ou soupçonné de la personne.

Pourquoi les précautions standards sont-elles importantes dans les contextes de crise humanitaire ?

Dans les contextes de crise humanitaire, le manque de fournitures ou d'infrastructures et une charge de travail accrue sont possibles. Il se peut que le personnel du secteur médical fasse abstraction de certaines procédures, ce qui compromet la sécurité des patients et du personnel. Il faut donc impérativement respecter les précautions standards. Une supervision régulière peut permettre de réduire le risque d'exposition professionnelle sur le lieu de travail.

Quelles sont les exigences minimales en vue du contrôle des infections ?

Les précautions standards sont des exigences minimales pour le contrôle des infections. Tous les membres du personnel (médical et de soutien) exerçant dans le secteur des soins, doivent comprendre les précautions standards⁸¹.

80 Pour des informations complémentaires sur la sélection des donneurs de sang sûrs, consulter http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en.

81 Pour plus d'informations sur la prévention des infections, consulter « Evidence, Guidelines and Publications » de l'OMS <http://www.who.int/infection-prevention/publications> et le guide d'EngenderHealth intitulé Prévention des infections : *Un guide de référence pour les professionnels de santé*, <https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/imports/files/pubs/qi/ip/ip-ref-fr-new.pdf>

Les éléments suivants sont des précautions standards :

► Lavage fréquent des mains :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant et après chaque contact avec un patient.
- Mettre à la disposition de tous les prestataires de service des installations et des fournitures facilement accessibles pour le lavage des mains.

► Port de gants :

- Porter des gants stériles à usage unique pour tous les actes pour lesquels un contact avec le sang ou d'autres fluides corporels potentiellement infectieux est prévu.
- Se laver les mains avant de mettre les gants et après les avoir retirés. Jeter les gants immédiatement après utilisation. Obliger le personnel manipulant des matériaux et objets tranchants à porter des gants plus épais et à recouvrir les éventuelles coupures et blessures avec un pansement étanche. Faire en sorte que les fournitures soient suffisantes.
 - **Note** : Assurer la disponibilité d'un stock adéquat et durable de gants pour mener toutes les actions. Ne jamais réutiliser ou re-stériliser des gants jetables car ils deviennent poreux.

► Porter des vêtements de protection :

- Le port de blouses ou de tabliers imperméables est recommandé en cas de risques de projections de sang ou d'autres fluides corporels.
- Imposer au personnel le port de masques et de lunettes de protection en cas d'exposition possible à de grandes quantités de sang.

► Manipuler avec précaution des objets pointus ou tranchants :

- Limiter la nécessité de manipuler des aiguilles et seringues.
- Utiliser une seringue et une aiguille stérile jetable pour chaque injection.
- Organiser le lieu où sont pratiquées les injections de manière à réduire le risque de blessure.
- Utiliser des fioles unidoses plutôt que des fioles multidoses. Si des fioles multidoses sont utilisées, éviter de laisser une aiguille dans le bouchon. Une fois entamées, les fioles multidoses doivent être conservées au réfrigérateur.
- Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles.
- Installer et informer les patients comme il se doit, avant les injections.
- Jeter les aiguilles et les objets pointus ou tranchants dans des boîtes sécurisées, étanches et résistantes. Veiller à ce que des récipients ne pouvant être percés par les instruments pointus ou tranchants soient disponibles à proximité, et hors de portée des enfants. Les instruments pointus ou tranchants ne doivent jamais être jetés dans des poubelles ou des sacs ordinaires.

► Élimination des déchets :

- Brûler tous les déchets médicaux dans un endroit à part, de préférence dans l'enceinte de l'établissement de santé.

- Enfouir les déchets constituant encore une menace comme les objets pointus ou tranchants, dans une fosse couverte à au moins 10 mètres d'une source d'eau.
- ▶ Traiter les instruments usagés (dans l'ordre suivant) :
 1. Décontaminer les instruments pour détruire les virus (VIH et hépatite B) et sécuriser les articles.
 2. Nettoyer les instruments avant stérilisation ou désinfection de haut niveau pour éliminer les débris.
 3. Stériliser (éliminer tous les pathogènes) les instruments pour minimiser le risque d'infections pendant les actes médicaux. Un autoclavage à la vapeur est recommandé. Il est possible que la désinfection de haut niveau (par ébullition ou trempage dans une solution de chlore) n'élimine pas tous les spores.
 4. Utiliser ou stocker de façon appropriée les instruments immédiatement après stérilisation.
- ▶ Nettoyage :
 - Nettoyer les éclaboussures de sang ou d'autres fluides corporels rapidement et soigneusement avec une solution de chlore à 0,5 %.

Que doivent faire les coordinateurs/coordinatrices SSR pour soutenir les politiques du personnel du secteur/cluster santé par rapport à l'exposition professionnelle ?

Malgré la mise en place et le respect des précautions standards, l'exposition professionnelle au VIH reste possible. Les coordinateurs/coordinatrices SSR doivent préconiser et apporter une assistance au sein du secteur/cluster santé pour veiller à ce que les politiques du personnel relatives à l'exposition professionnelle soient établies et mises en œuvre, y compris les éléments suivants :

- ▶ Assurer la confidentialité concernant l'agent de santé exposé et la personne qui est la source d'exposition à tout moment.
- ▶ Évaluer le risque de transmission du VIH en cas d'exposition professionnelle : le type d'exposition (lésion percutanée, projection sur une muqueuse, etc.), le type de fluides exposés (sang, autres fluides corporels, etc.) et la probabilité que le patient-source soit séropositif.
- ▶ Conseiller le patient infecté concernant le dépistage du VIH et conduire le test de dépistage du VIH si le consentement est obtenu.
- ▶ Conseiller l'agent exposé sur les implications de l'exposition, la nécessité d'une PPE, lui expliquer comment la prendre et ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires.
- ▶ Uniquement après le consentement informé, noter l'historique médical et procéder à un examen seulement après le consentement informé, recommander une consultation et un test de dépistage volontaire et proposer une PPE le cas échéant. Un test de dépistage du VIH n'est pas obligatoire (ni pour le patient-source ni pour l'agent de santé) avant de prescrire une PPE, et personne ne doit subir un test de dépistage sous la contrainte.
- ▶ Informer à propos de la réduction des risques par un passage en revue de la séquence des événements.
- ▶ Informer l'agent exposé concernant l'utilisation des préservatifs pour prévenir une transmission secondaire.

- Proposer des conseils et un test volontaire du VIH à 3 et 6 mois après l'exposition, que l'agent ait reçu une PPE ou non.
- Remplir un rapport d'incident.

Comment les coordinateurs/coordinatrices SSR peuvent-ils collaborer avec les partenaires du secteur/cluster santé pour assurer l'application de précautions standards ?

- S'assurer de l'affichage des protocoles de précautions standards dans chaque établissement de santé dans toutes les langues locales et de leur application par les superviseurs.
- Veiller à ce que les fournitures soient disponibles pour mettre en œuvre les protocoles pour les précautions standards à tous les niveaux de prestation de service.
- Organiser des séances d'orientation sur les précautions standards, en interne, pour les agents de santé et le personnel auxiliaire, si nécessaire.
- Établir des systèmes de supervision comme de simples listes de contrôle pour assurer le respect des protocoles.
- Veiller à ce que des mesures de secours soient affichées en cas d'exposition professionnelle, dans toutes les langues locales et à ce que le personnel soit informé et sache où faire un signalement confidentiel et obtenir la PPE si nécessaire.
- Passer en revue les rapports d'incidents relatifs à l'exposition professionnelle régulièrement pour déterminer quand et comment elle survient, identifier les problèmes de sécurité et les mesures préventives possibles.

Activité du DMU pour la SSR :

Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et le cas échéant (par ex., déjà utilisés par la population), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins

Les préservatifs sont une méthode de protection clé pour la prévention du VIH, d'autres IST et de la grossesse non planifiée. Veiller à ce que des préservatifs masculins et le cas échéant, (déjà utilisés par la population), des préservatifs féminins lubrifiés dans des zones accessibles et privées et promus dès les premiers jours d'une intervention humanitaire. Commander immédiatement suffisamment de préservatifs de bonne qualité. (Voir l'encadré ci-dessous pour calculer le nombre correct de préservatifs masculins à commander.)

Préservatifs féminins

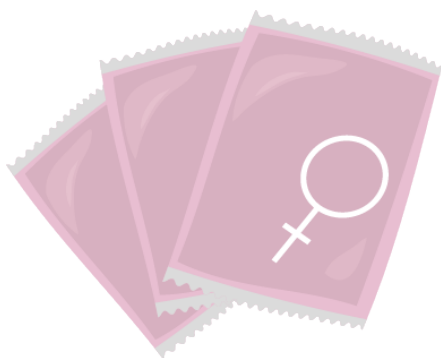
Les préservatifs féminins offrent une méthode à l'initiative des femmes, aux femmes et aux filles, pour qu'elles se protègent contre le VIH et d'autres IST et la grossesse non désirée. Cela est particulièrement important étant donné que les femmes et les filles sont dans l'incapacité de négocier l'utilisation du préservatif masculin avec leurs partenaires car elles n'ont pas de pouvoir dans leur relation. Les préservatifs féminins sont généralement plus onéreux et ne sont pas aussi connus que les préservatifs masculins au sein de la population. Dans la plupart de contextes, les préservatifs féminins ne doivent pas être achetés au début d'une situation d'extrême urgence. Néanmoins, les préservatifs peuvent être achetés au début d'une situation d'urgence si la communauté touchée est connue pour avoir utilisé des préservatifs féminins auparavant. Lors de la planification des services complets de SSR, voir s'il est possible de garantir un approvisionnement stable en préservatifs féminins, si la communauté touchée n'en a aucune connaissance. Une fois que la situation d'urgence s'est stabilisée, fournir des informations à la population sur cette méthode et former les femmes, les filles, les hommes et les garçons sur la bonne utilisation des préservatifs.

Calculer un approvisionnement en préservatifs masculins pour 3 mois pour une population de 10 000 personnes

Population d'hommes sexuellement actifs = 20 %	$10\,000 \times 0,2 = 2\,000$ hommes
Pourcentage d'hommes sexuellement actifs qui utilisent des préservatifs = 20 %*	$2\,000 \times 0,2 = 400$ utilisateurs
Préservatifs utilisés sur 1 mois par homme = 12	$400 \times 12 = 4\,800$ préservatifs
Gaspillage ou perte = 20 %	$4\,800 \times 0,2 = 960$ préservatifs
Préservatifs utilisés sur 1 mois + gaspillage ou perte	$4\,800 + 960 = 5\,760$ préservatifs
Calculer pour 3 mois d'approvisionnement**	$5\,760 \times 3 = 17\,280$ préservatifs

* Le taux de 20 pourcent est une estimation générale qui peut être modifiée si des informations supplémentaires des enquêtes ou études précédentes indiquent un taux d'utilisation plus élevé ou plus faible.

** Préservatifs sont souvent conditionnés dans des boîtes de 144. C'est le contenu d'un kit de SR 1A.



Où le personnel humanitaire peut-il commander des préservatifs ?

Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) peut rapidement expédier de grandes quantités de préservatifs de bonne qualité sur le terrain, dans le cadre du dispositif des kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR). Les préservatifs masculins sont disponibles dans le Kit de SR 1 et les préservatifs féminins sont dans le kit de SR 1B de produits complémentaires (à compter de 2020). Ces kits de SR contiennent un stock suffisant pour couvrir les besoins d'une population de 10 000 personnes pendant 3 mois (voir les calculs ci-dessus). Des brochures expliquant l'utilisation appropriée des préservatifs masculins et féminins sont jointes. Pour des informations détaillées sur la commande de kits de SR, voir la Session 9.

Si une organisation souhaite procéder à un approvisionnement en préservatifs en gros, il faut garantir la qualité des préservatifs masculins et féminins. Il existe plusieurs marques de préservatifs sur le marché. Il faut s'assurer que le bureau d'approvisionnement chargé des achats en gros pour les situations d'urgence achète uniquement des préservatifs approuvés par l'OMS/le FNUAP et ajoute un certificat dans la langue concernée à tous les envois où il est indiqué que les préservatifs ont fait l'objet de contrôles qualité effectués sur chaque lot dans un laboratoire indépendant. Les organisations peu expérimentées en matière d'approvisionnement en préservatifs peuvent passer par le FNUAP⁸².

Adolescents

Sans accès aux informations et aux services nécessaires, les adolescents sont plus susceptibles d'être exposés à des pratiques sexuelles à risques qui peuvent aboutir à des grossesses non désirées, à des avortements à risques, à des IST et au VIH. Il faut leur fournir des informations et un accès distincts à des préservatifs gratuits au niveau des points de distribution réservés aux adolescents. De plus, il faut veiller à ce que des services de santé adaptés aux adolescents soient disponibles et à ce que les agents de santé fournissent des préservatifs aux adolescents qui se présentent dans les établissements.

Quelles doivent être les modalités de la mise à disposition des préservatifs ?

Outre la mise à disposition de préservatifs sur demande dans les établissements de santé, le personnel humanitaire doit faire en sorte que les préservatifs soient disponibles à des endroits accessibles, privés et dans la communauté. Les préservatifs doivent être acheminés dans les établissements de santé, de même que dans plusieurs autres sites, comme les bureaux d'inscription et les points de distribution non-alimentaire, les bureaux de services consacrés aux jeunes ou aux communautés, et à tout endroit où les personnes se réunissent ou viennent pour accéder aux services ou aux fournitures. Il peut être judicieux de mettre les préservatifs à disposition dans des lieux privés comme les latrines, et d'approvisionner les hôtels, les cafés et les bars. Il faut veiller à ce que les préservatifs soient également disponibles pour la communauté environnante, le personnel des agences d'aide, le personnel de services en uniforme, et les chauffeurs livreurs de l'aide, et autres. Il faut aussi faire

⁸² Les coordonnées figurent sur <https://www.unfpaprocurment.org/home>.

en sorte que des messages et des informations culturellement adaptés soient communiqués sur la bonne utilisation et élimination.

Il convient d'évoquer la distribution de préservatifs avec les leaders et les membres des communautés touchées pour qu'ils comprennent la nécessité et l'importance de l'utilisation du préservatif mais aussi pour veiller à ce que la distribution ait lieu en respectant la culture locale afin d'accroître le degré d'acceptation des préservatifs. Il peut être utile de consulter le personnel local à propos de la façon dont les préservatifs peuvent être mis à disposition en tenant compte de la culture locale, surtout pour les adolescents et les populations clés, comme les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes transgenres. Les populations clés et les adolescents connaîtront souvent les lieux où leurs pairs se rassemblent et ces bénévoles peuvent être recrutés pour distribuer des préservatifs à leurs pairs.



Pratique observée : Mise à disposition des préservatifs

Lorsqu'un membre du personnel national lui a demandé pourquoi il y avait des préservatifs dans les toilettes, un/une représentant/représentante d'une organisation internationale a expliqué : « L'agence X est une organisation internationale et, quel que soit l'endroit où nous travaillons dans le monde, nous mettons à disposition des préservatifs pour prévenir la transmission du VIH dans la région où nous travaillons. » Le membre du personnel en question a été satisfait de la réponse et progressivement le panier de préservatifs s'est vidé dans les toilettes réservées au personnel.

Activité du DMU pour la SSR :

Appuyer la mise à disposition d'antirétroviraux pour poursuivre le traitement

Les antirétroviraux réduisent la transmission du VIH et la surmortalité et la surmorbidity des suites d'infections opportunistes et de maladies liées au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Pourquoi la poursuite des antirétroviraux est-elle une priorité ?

La poursuite des antirétroviraux pour ceux qui sont déjà sous traitement avant la situation d'urgence est une priorité car l'interruption soudaine du traitement peut causer la détérioration l'état de santé individuel (en permettant la progression des infections opportunistes et de l'immunodéficience), la transmission potentielle (en raison de la remontée de la charge virale) et le développement de la résistance des ARV. Les antirétroviraux doivent être poursuivis pour les personnes qui étaient inscrites

au programme avant l'urgence, notamment les femmes qui sont inscrites dans les programmes de PTME du VIH et de la syphilis.

Comment déterminer qui a été sous traitement et quel traitement leur a été administré ?

Pour déterminer qui a été sous traitement, il faut examiner les dossiers médicaux ou les fiches des patients, en veillant à ce que la confidentialité soit préservée. Le cas échéant, les réseaux existants des personnes vivant avec le VIH peuvent être utiles pour diffuser des informations sur l'accès possible à la thérapie antirétrovirale pour la poursuite du traitement.

Pour déterminer quel traitement a été prescrit, il faut utiliser les fiches de traitement des patients, si possible. En général, le traitement de première ligne suffira. Cependant, en cas d'indisponibilité du traitement exact (par exemple, le traitement de deuxième ligne), le traitement doit être assorti des médicaments de première ligne équivalents en gardant à l'esprit les directives nationales et les protocoles de l'OMS pour changer les traitements⁸³. Conformément aux recommandations de l'OMS, les personnes qui prennent déjà des antirétroviraux ne doivent pas subir de nouveau des tests de dépistage du VIH. Des préservatifs doivent être proposés aux personnes sous thérapie antirétrovirale.

Quel est le rôle du/de la coordinateur/coordinatrice SSR pour appuyer la mise à disposition des antirétroviraux ?

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit collaborer avec le/la coordinateur/coordinatrice VIH (le cas échéant) ou avec le/la représentant/représentante national/nationale en charge du VIH pour appuyer le secteur/cluster santé pour rapidement :

1. Comprendre le système de coordination du VIH dans le pays. Cela se fait habituellement par le biais de mécanismes dirigés par le programme national sur le VIH, ONUSIDA, les équipes de coordination du VIH de l'ONU et les organisations de la société civile.
2. Veiller à ce que la population touchée soit intégrée dans le programme VIH national, y compris dans le programme national de thérapie antirétrovirale.
3. Informer le programme VIH national de la nécessité impérieuse d'adapter ses plans de distribution d'ARV et de co-trimoxazole pour répondre aux besoins de la population touchée par une crise.
4. Quantifier les besoins en utilisant les estimations totales de la population et des statistiques préalables à la crise sur la prévalence et les taux de traitement (La calculatrice du DMU pour la SSR peut être utile, voir l'Annexe C).
5. S'assurer que les points focaux sont identifiés (essentiellement les agents de soins de santé primaires ou les réseaux de PVVIH) et que la communauté sait comment contacter les points focaux qui l'aideront à bénéficier de traitements et de soins.

⁸³ Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection : Recommendations for a Public Health Approach (OMS, juin 2016), <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>.

6. Faciliter la poursuite du traitement des femmes et des nourrissons inscrits dans le programme de PTME du VIH et de la syphilis avant la crise.
7. Veiller à ce que le VIH soit inclus dans le recensement des besoins pour guider l'amplification des services VIH une fois que la situation se sera stabilisée.

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR ne doit pas être en charge de :

- ▶ l'approvisionnement en antirétroviraux pour le traitement en première ou deuxième ligne et le co-trimoxazole ;
- ▶ l'identification et la prise en charge active des cas ; ou
- ▶ la mise en place d'un système de suivi national.

Ces responsabilités incombent au programme national du VIH, à ONUSIDA et à l'équipe de coordination des Nations Unies sur le VIH.

Activité du DMU pour la SSR :

Administer la PPE aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle

La mise à disposition de la PPE pour les victimes de violence sexuelle s'inscrit dans le cadre d'un traitement et de conseils bienveillants et confidentiels, comme indiqué dans la Session 3⁸⁴. Les protocoles de traitement de PPE sont les mêmes que pour les victimes de violence sexuelle.

Activité du DMU pour la SSR :

Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes

Pourquoi est-il important d'administrer la prophylaxie au co-trimoxazole aux personnes vivant avec le VIH ?

La prophylaxie au co-trimoxazole est un antibiotique utilisé pour prévenir la pneumonie à pneumocystis et la toxoplasmose, de même que d'autres maladies infectieuses et parasitaires chez les personnes vivant avec le VIH. Il s'agit d'une intervention vitale, simple, bien tolérée et rentable et elle doit être appliquée comme un élément à part entière du dispositif de soins chroniques du VIH et en tant qu'élément clé de tout soin pré-antirétroviral. La prophylaxie au co-trimoxazole doit continuer après le début de la thérapie antirétrovirale et jusqu'à ce qu'il y ait une preuve d'une récupération immunitaire.

84 Pour plus d'informations sur la PPE, voir le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, révisé en 2018 p. 42-43

Pour qui la prophylaxie au co-trimoxazole est-elle recommandée ?

La prophylaxie au co-trimoxazole est recommandée pour les adultes (notamment les femmes enceintes) atteints d'une maladie avancée liée au VIH et/ou ayant une numération de CD4 de ≤ 350 cellules/mm³. Dans les contextes à forte prévalence du paludisme et/ou d'infections bactériennes graves, la prophylaxie au co-trimoxazole doit être commencée indépendamment de la numération de CD4 ou de la gravité de la maladie clinique. La prophylaxie au co-trimoxazole est recommandée pour les nourrissons, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, indépendamment de l'état clinique et du système immunitaire⁸⁵.

Activité du DMU pour la SSR :

Garantir la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST

Qu'est-ce que la prise en charge syndromique des IST ?

La prise en charge syndromique des IST est une méthode qui s'appuie sur les algorithmes (arbres de décision) sur la base des syndromes (symptômes et signes cliniques) pour arriver à prendre des décisions de traitement lors d'une seule visite en utilisant des protocoles de traitement standardisés. Les directives et les algorithmes ont été élaborés par l'OMS et figurent dans le *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*⁸⁶. Les antibiotiques recommandés par l'OMS pour le traitement syndromique des IST sont disponibles dans les kits de SR.

Pourquoi la prise en charge syndromique et le traitement des IST sont-elles une priorité ?

La transmission du VIH et les IST sont étroitement liées. Certaines IST facilitent la transmission du VIH et les systèmes immunitaires affaiblis des personnes vivant avec le VIH peuvent les rendre plus sujettes aux IST. La prise en charge syndromique est prévisible, rentable, satisfaisante pour les patients, elle s'appuie sur un solide fondement en santé publique et elle a un fort impact en la matière. Cette approche est particulièrement pertinente au début de la crise, lorsque les personnes sont moins susceptibles de se présenter pour des visites de suivi et quand l'accès aux laboratoires pourrait s'avérer difficile, impossible ou onéreux.

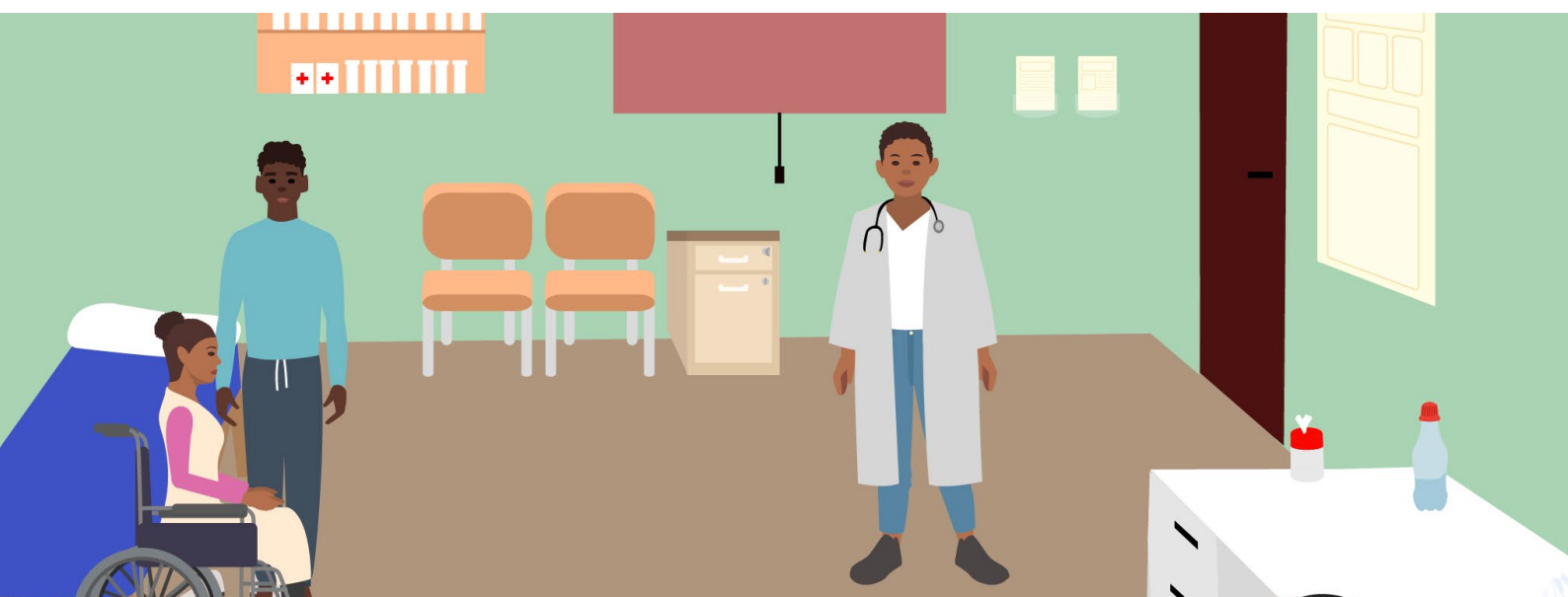
85 *Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV and the Use of Co-trimoxazole Prophylaxis for HIV-related Infections among Adults, Adolescents and Children : Recommendations for a Public Health Approach* (OMS, décembre 2014) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145719/9789241508193_eng.pdf?sequence=1.

86 *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* (OMS, février 2004), http://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf.



Pratique observée : Prévenir la transmission et la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH et à d'autres IST en Jordanie

- ▶ En Jordanie, une politique relative au VIH était en vigueur et des banques de sang étaient accessibles⁸⁷.
- ▶ Du sang sécurisé provenant d'une banque de sang était disponible dans les camps de Zaatari et d'Irbid.
- ▶ La plupart des établissements appliquaient des précautions standards, y compris l'utilisation des aiguilles et seringues jetables et des boîtes pour objets tranchants.
- ▶ En cas d'exposition professionnelle d'un agent de santé au VIH, le traitement post-exposition est accessible à Amman, bien qu'il soit limité.
- ▶ Dans le camp de Zaatari, les préservatifs masculins sont disponibles auprès les centres de santé et dans les coffres des femmes.



87 Krause, et al., « Reproductive Health Services for Syrian Refugees. » *Conflict and Health*, 2 février 2015.

Session 4 : Points clés

- Les IST, notamment les infections par le VIH, si elles ne sont pas prises en charge ou contrôlées, peuvent augmenter parmi les populations touchées par une crise lorsque l'accès aux moyens de prévention, de traitement et de soins est limité.
- Le/la coordinateur/coordinatrice et les responsables de programme sur la SSR doivent garantir l'utilisation rationnelle et sûre du sang pour prévenir la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par transfusion comme l'hépatite B, l'hépatite C, le paludisme et la syphilis.
- L'importance des précautions standards (le lavage fréquent des mains, le port de gants et de vêtements de protection, la manipulation avec précaution des objets tranchants, l'élimination des déchets, la manipulation et le nettoyage des projections) doit être mise en évidence et respectée.
- Les politiques du personnel visant à lutter contre l'exposition professionnelle doivent être établies et mises en œuvre.
- Les préservatifs masculins lubrifiés et, le cas échéant, (déjà utilisés par la population avant la crise), les préservatifs féminins doivent être disponibles dans des zones accessibles et privées et au sein des établissements de santé et de la communauté et ils doivent être mis en avant dès les premiers jours d'une intervention humanitaire.
- Les antirétroviraux doivent être poursuivis pour les personnes qui étaient inscrites au programme avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui étaient inscrites dans les programmes de PTME du VIH et de la syphilis.
- Il est important d'administrer la prophylaxie au co-trimoxazole pour prévenir la pneumonie à pneumocystis et la toxoplasmose, de même que d'autres maladies infectieuses et parasitaires chez les personnes vivant avec le VIH.
- La PPE doit être administrée aux victimes de violence sexuelle et aux agents concernés par l'exposition professionnelle. Le test de dépistage du VIH n'est pas obligatoire (ni pour le patient source ni pour l'agent de santé) avant de prescrire une PPE, et personne ne doit subir un test de dépistage sous la contrainte.
- La prise en charge syndromique des IST est un protocole de traitement standardisé fondé sur les syndromes (symptômes des patients et signes cliniques) qui permet de prendre des décisions concernant le traitement lors d'une seule visite.



Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que se passe-t-il si l'établissement de santé n'est pas en mesure de procéder à au dépistage du VIH chez les donneurs de sang ?	Ne pas administrer du sang qui n'a pas fait l'objet d'un dépistage. Vivement plaider auprès du Ministère de la Santé, des agences des Nations Unies comme l'OMS et le FNUAP et/ou d'une organisation humanitaire (comme le Comité international de la Croix-Rouge) pour la mise en place de services de dépistage du sang.
Que se passe-t-il si la culture de la population touchée par une crise s'oppose à l'utilisation des préservatifs ?	<p>Il est important de garantir la disponibilité des préservatifs. Les travailleurs humanitaires partent parfois du principe que la disponibilité répandue des préservatifs peut être mal vue par certaines cultures. Sachant qu'une telle hypothèse peut être avérée ou erronée, les préservatifs sont souvent invisibles ou indisponibles.</p> <p>Il existe des moyens originaux de fournir des préservatifs à ceux qui souhaitent se protéger ou protéger d'autres personnes face à la transmission du VIH, en mettant les préservatifs dans des zones moins publiques mais malgré tout accessibles. Par exemple, le fait de réaliser que les personnes sont réticentes à l'idée de demander des préservatifs, les médecins d'un hôpital situé au Sud-Soudan ont placé un panier contenant des préservatifs à un endroit facilement accessible dans l'hôpital (sous un arbre) où on pouvait les prendre sans demander la permission à un agent de santé. Les médecins ont informé la communauté de l'endroit où se trouvait le panier. Après un certain temps, les gens ont commencé à venir prendre des préservatifs et le panier doit être rempli chaque semaine.</p>
Que se passe-t-il si les dossiers médicaux et les fiches de traitement des patients vivant avec le VIH ne sont pas disponibles ou ont été détruites ?	En général, le traitement de première ligne suffira pour les personnes vivant avec le VIH et dont le traitement est inconnu. Cependant, en cas d'indisponibilité du traitement exact (par ex., le traitement de seconde intention), le traitement doit être assorti des médicaments de première ligne équivalents en gardant à l'esprit les directives nationales et les protocoles de l'OMS pour changer les traitements ⁸⁸ .

88 *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* (OMS, février 2004), http://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf.

Que se passe-t-il si personne ne semble lutter contre le VIH ?

Parler avec le/la coordinateur/coordinatrice SSR pour se renseigner directement ou lors de la prochaine réunion du secteur/cluster santé poser la question de savoir qui est le/la représentant/représentante national/nationale et ce qui peut être fait pour appuyer la disponibilité d'antirétroviraux et du co-trimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH dans la population touchée par une crise. Si les services ne sont pas disponibles, plaider au sein du secteur/cluster de secteur pour aider le Ministère de la Santé et d'autres à établir des services.

Solliciter des informations sur la manière dont le groupe de travail sur la SSR peut appuyer tout effort existant ou nouveau afin d'informer la communauté de la disponibilité et de la localisation des services pour les personnes vivant avec le VIH.

Contacteur ONUSIDA ou le programme national vertical sur le VIH pour assurer l'inclusion de la population cible dans les services VIH.



LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ LIÉES AU VIH ET À D'AUTRES IST

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire.

4. Prévention et traitement du VIH			
4.1	Protocoles en place pour des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles	Oui	Non
4.2	Unités de sang dépistées/unités totales de sang ayant fait l'objet d'un don x 100	%	
4.3	Les établissements de santé disposent de suffisamment de matériel pour garantir la mise en place de précautions standards	Oui	Non
4.4	Des préservatifs lubrifiés sont mis à disposition gratuitement	Oui	Non
	Établissements de santé		
	Niveau communautaire		
	Adolescents		
	Personnes LGBTQIA		
	Personnes handicapées		
	Travailleurs/travailleuses du sexe		
4.5	Nombre approximatif de préservatifs utilisés pendant cette période		
4.6	Nombre de préservatifs réapprovisionnés dans les sites de distribution pendant cette période. Indiquer les lieux :		
4.7	Antirétroviraux disponibles pour continuer le traitement pour les personnes inscrites dans les programmes de thérapie antirétrovirale avant la situation d'urgence y compris la PTME		
4.8	PPE disponible pour les victimes de violence sexuelle ; PPE disponible pour l'exposition professionnelle		
4.9	Prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes		
4.10	Diagnostic syndromique et traitement des IST dans les établissements de santé		

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles fournitures sont nécessaires ou quels kits de SR peuvent être commandés pour prévenir la transmission et administrer le traitement du VIH et d'autres IST ?

Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique^{89,90}.

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR du DMU aux soins complets.

Les antirétroviraux visant à continuer le traitement pour les personnes qui ont été recrutées pour le programme de thérapie antirétrovirale avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTME, **ne figurent pas dans les kits de SR**. Veuillez parcourir le programme vertical sur le VIH et/ou contacter ONUSIDA pour une source durable de fournitures.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit*
Communauté/poste de santé	Kit 1	Préservatifs masculins
Communauté/poste de santé	Kit 3	Traitement post-viol
Communauté/poste de santé	Kit 5	Traitement présomptif des IST
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 12	Transfusion sanguine

*Les fournitures complémentaires sur les précautions standards figurent dans les kits 2, 4, 6, 8, 9 et 11

Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Prestation de service	Élément	En complément de
Communauté/poste de santé	Kit 1B, préservatifs féminins	Kit1

89 La plupart des kits contiennent des fournitures pour garantir le respect de précautions standards universelles. De plus, le support de référence et de formation, une bibliothèque de supports de référence, accompagne chaque commande de kit. Le livret des kits de SR est disponible sur https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH_Kits_Manual_2011_FR_0.pdf.

90 Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Quiz sur la Session 4 : Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres

1. La prise en charge syndromique des IST est une méthode utilisée pour soigner les IST en fonction de visites multiples auprès du centre de santé, en utilisant des protocoles standardisés de traitement.

Vrai ou Faux

2. Quel est le rôle de l'agent de santé dans le cadre d'une situation d'urgence lorsqu'une personne se présente pour un traitement antirétroviral ? Choisir tous les cas qui s'appliquent:
- a. Assurer la confidentialité
 - b. Fournir des préservatifs
 - c. Administrer du co-trimoxazole, comme recommandé
 - d. Administrer des antirétroviraux
 - e. Dire à la personne de revenir pour un traitement d'ici quelques mois lorsque la phase d'urgence sera terminée
3. Parmi les éléments suivants, quelles sont les exigences minimales en vue du contrôle des infections (également dénommées précautions standards ?
- a. Manipulation avec précaution des objets tranchants
 - b. Porter des vêtements de protection
 - c. Élimination des déchets
 - d. Lavage fréquent des mains
 - e. Tout ce qui précède
4. Les préservatifs sont disponibles:
- a. Dans les établissements de santé
 - b. Aux points de distributions alimentaires et non-alimentaires
 - c. Dans les latrines
 - d. Dans les bars populaires ou les cafés dans les zones urbaines
 - e. Tout ce qui précède
5. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR ne doit pas prendre la responsabilité de l'approvisionnement des antirétroviraux.

Vrai ou Faux

SESSION 5 : PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ ET LA SURMORTALITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES



Deux-tiers des morts maternelles évitables et 45 % des morts néonatales surviennent dans des pays qui ont récemment été touchés par des conflits, des catastrophes naturelles ou les deux⁹¹. Les conditions de vie stressantes et l'accès limité à des agents qualifiés et aux établissements de santé accentuent la vulnérabilité des femmes touchées par une crise et augmentent le risque de la morbidité et de la mortalité causées par des complications liées à la grossesse.

Diverses ressources utiles proposent des approches étapes par étapes pour intégrer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans la programmation humanitaire, y compris le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, et la série des recyclages en sensibilisation clinique de l'Initiative Partenariat de Formation du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG)⁹². Parmi les ressources intéressantes qui permettent de suggérer et d'améliorer les stratégies et programmes nationaux pour les soins néonataux figurent *Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés*⁹³.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- expliquer pourquoi la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales est une priorité ;
- expliquer quels services à savoir l'accouchement hygiénique, les soins néonataux essentiels et les services d'urgence obstétricaux et néonatales de base doivent être proposés et accessibles dans les situations de crises ;
- définir les exigences pour un système d'orientation efficace ;

91 Sarah Zeid, Flavia Bustreo, Maha Taysir Barakat, Peter Maurer, and Kate Gilmore, « For Every Woman, Every Child, Everywhere: A Universal Agenda for the Health of Women, Children, and Adolescents, » *The Lancet* 16 mai 2015, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60766-8).

92 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Accouchement par voie vaginale avec extraction manuelle — recyclage ; évacuation utérine dans les situations de crise humanitaire à l'aide de l'AMIU — recyclage ; et les SONUB dans les situations de crise humanitaire: Quelques fonctions fondamentales*, IAWG, consulté le 8 avril 2019, <http://iawg.net/tpi-home/resources>. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (OMS, FNUAP, et l'UNICEF, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>.

93 *La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire: Guide de terrain* (Save the Children, OMS, et UNICEF, 1er janvier 2018). <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings> ; *Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés* (HCR, 2015) <https://www.unhcr.org/fr/54bd0f789.pdf>

- ▶ recenser les moyens qui permettent de garantir des soins post-avortement et de préciser ce qu'il faut faire si une femme se présente pour des soins ; et
- ▶ expliquer comment mettre à disposition les fournitures et les produits pour l'accouchement hygiénique et les soins néonataux immédiats si l'accès à un établissement de santé est impossible.

Objectifs et activités du DMU pour la SSR

PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ ET LA SURMORTALITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES.

Pour prévenir la surmorbidité et la surmortalité maternelles et néonatales dès le début de la situation d'urgence, le/la coordinateur/coordinatrice, les responsables de programme sur la SSR et les prestataires de service doivent travailler avec le secteur/cluster de la santé pour :

- ▶ assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des SONU vitaux ;
- ▶ établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital ;
- ▶ assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux ; et
- ▶ assurer la disponibilité de fournitures et de produits pour des accouchements hygiéniques et des soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à une structure sanitaire n'est pas possible ou n'est pas fiable.

Pourquoi la prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale est-elle une priorité ?

Dans n'importe quelle population touchée par une crise, environ 4 % de la population totale sera enceinte à un moment donné. Parmi ces femmes et ces filles enceintes, environ 15 % subiront une complication obstétrique comme le travail obstrué ou prolongé, la pré-éclampsie/l'éclampsie, les infections ou les hémorragies. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 9 à 15 % des nouveau-nés auront besoin de soins d'urgence⁹⁴. La plupart des morts maternelles et néonatales surviennent au moment du travail, de l'accouchement et de la période du postpartum immédiat. Le premier jour de vie est le moment où les risques sont les plus élevés pour les nouveau-nés. Dans les situations de crise humanitaire, l'effondrement des systèmes de santé peuvent causer l'augmentation des morts maternelles et néonatales liées aux complications non traitées qui peuvent être prévenues dans des situations stables (par ex., le travail obstrué). Cet objectif traite des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales et les interventions vitales suivantes qui doivent être mises à disposition dans les crises humanitaires.

94 Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire.

Pour quelles raisons les femmes meurent-elles à la suite de complications liées à la grossesse ?

Les causes fréquentes de mortalité maternelle sont les hémorragies (antepartum et postpartum), la septicémie postpartum, la pré-éclampsie ou l'éclampsie, les complications liées à l'avortement, la grossesse ectopique et le travail prolongé ou obstrué. Les retards dans l'accès aux soins vitaux qui peuvent être causés par de nombreux facteurs, peuvent coûter la vie aux femmes. Les retards qui contribuent à la probabilité de mort maternelle peuvent être regroupés à l'aide d'un modèle simple dénommé les Trois retards :

- ▶ Retard 1 : Retard pris pour décider du recours aux soins ;
- ▶ Retard 2 : Retard pris se rendre dans un centre de soins (incapacité à obtenir un moyen de transport, mauvais état des routes, insécurité, points de contrôle, couvre-feux, etc.) ; et
- ▶ Retard 3 : Retard pris pour bénéficier de soins de qualité (absence ou manque de personnel qualifié, d'équipements/fournitures, coûts élevés du traitement, nécessité d'un acompte avant de bénéficier de soins, etc.).

L'équipe d'intervention doit s'assurer que les services de SONU sont en place et que la priorité est donnée aux actions permettant d'éviter les retards pris pour accéder aux services de qualité pour les femmes, pendant le travail et l'accouchement et dans la période du postpartum immédiat.

Comment prendre en charge les complications périnatales ?

Selon l'OMS, dans toute population, 5 à 15 % de l'ensemble des accouchements peuvent nécessiter une césarienne. Si le pourcentage est élevé, cela laisse supposer que des césariennes ont été pratiquées alors qu'elles n'étaient pas indiquées. S'il est faible, il se peut que l'offre de SONU ne soit pas adaptée à la population. Les femmes qui se présentent pour des urgences obstétriques et celles qui ont besoin de transfusion sanguine et d'une chirurgie devront être orientées vers un hôpital en mesure de fournir des SONUC.

Lorsque des mutilations génitales féminines (MGF) de type III sont fréquentes, les coordinateurs/coordinatrices SSR et les responsables de programmes de santé veillent à ce que les prestataires de service soient formés en matière de désinfibulation si nécessaire pour l'accouchement ou qu'un système d'orientation vers des prestataires formés soit en place. Les prestataires doivent s'assurer que les femmes et les filles disposent d'informations sur tous les aspects de l'intervention et obtiennent le consentement.

Estimations du nombre de césariennes nécessaires pour une population de 150 000 personnes avec un taux brut de natalité (TBN) de 4 %

Nombre attendu de naissances vivantes pendant une période de 3 mois	$150\,000 \times 0,04 \text{ (TBN)} \times 0,25$	1 500 naissances
Nombre d'accouchements qui nécessitent une césarienne pendant une période de 3 mois	$1\,500 \times 0,05$	75 accouchements

Garantir des soins maternels et néonataux dans les contextes urbains et mobiles

Travailler au sein du secteur/cluster santé pour identifier et soutenir les établissements de santé en apportant des fournitures médicales et des ressources humaines afin de garantir la prestation de soins pour des accouchements normaux, des SONU de base et complets, des soins néonataux essentiels et un système de orientation d'urgence opérationnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Dans les cas où « une participation financière » constitue un obstacle aux services de soins, plaider auprès des gouvernements si possible et auprès des agences des Nations Unies comme l'OMS, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour l'accès gratuit aux services de soins maternels et néonataux, y compris les services de SONU.

Les femmes et les communautés doivent également être informées à propos des signes de danger de la grossesse et où elles peuvent recourir aux soins immédiats. Pour les populations mobiles et les contextes urbains, les populations touchées par une crise ne sont pas susceptibles de savoir où les femmes peuvent aller pour bénéficier de soins pendant l'accouchement ou pour les complications liées à l'accouchement. Veiller à ce que des informations explicites soient disponibles pour informer les femmes enceintes et la communauté touchée par une crise, du moment et du lieu où les femmes peuvent accéder aux soins. En outre, déterminer les modes d'information actuels des communautés, le cas échéant, comme la radio, les téléphones portables et d'autres moyens de communication. Pour informer les communautés, envisager l'utilisation de ces méthodes et les formulaires adaptables d'information, d'éducation et de communication disponibles sur iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp.

Activité du DMU pour la SSR :

Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, et des services de SONU

Où mettre à disposition les services d'accouchement hygiénique et sans risques, et les services de SONU ?

L'expérience a montré qu'au début d'une situation d'urgence, il se peut qu'il y ait une augmentation des naissances ayant lieu en dehors des établissements de santé sans l'assistance d'un personnel de santé formé. Étant donné que les complications liées à l'accouchement sont difficiles à prévoir, l'OMS recommande que **tous les accouchements** aient lieu en présence d'un agent qualifié et dans des établissements de santé équipés et pourvus en personnel pour gérer les complications.

Que faut-il au sein des différents niveaux de santé pour prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales ?

Les agents de santé doivent promouvoir la présence d'un prestataire de soins qualifié à tous les accouchements pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, le cas échéant. Ils doivent également faire en sorte qu'il y ait suffisamment d'agents qualifiés, d'équipements et de fournitures (surtout les médicaments vitaux) et informer les femmes de la localisation des établissements de santé.

Au niveau communautaire, des informations doivent être communiquées à la communauté à propos de la disponibilité de services d'accouchement hygiénique et de SONU et concernant l'importance du recours aux établissements de santé pour bénéficier de soins. Les kits d'accouchements hygiéniques doivent être fournis aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses afin de promouvoir les accouchements au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible. Lors de la distribution des kits d'accouchement hygiénique, il faut rappeler aux femmes qu'il est important qu'elles accouchent dans un établissement de santé, si possible.

Les établissements de soins de santé primaires doivent fournir des accoucheurs qualifiés (notamment les sages-femmes et des fournitures pour les accouchements par voie vaginale, les soins néonataux essentiels, et proposer des SONU de base (SONUB).

Les hôpitaux de référence doivent fournir tous les services évoqués ci-dessus, de même que le personnel médical qualifié et des fournitures pour les SONU complets (SONUC).

Adolescentes

Identifier les adolescentes enceintes dans la communauté et les mettre en relation avec des établissements de santé pour encourager les accouchements pratiqués dans les établissements de santé. Faciliter la participation des nouvelles mères adolescentes dans le cadre des réseaux de pairs pendant la grossesse et après l'accouchement.



Actions vitales des SONU de base et complets*

Garantir les SONU de base dans l'ensemble des centres de santé. Cela signifie que le personnel est qualifié et dispose des ressources pour pratiquer les actes suivants :

1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale pour le traitement de la septicémie maternelle.
2. Administrer des anticonvulsifs par voie parentérale (par ex. du sulfate de magnésium), pour le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie.
3. Réaliser un accouchement vaginal assisté (par ex. recours à l'extraction par ventouse).
4. Retirer le placenta manuellement.
5. Évacuer les produits de conception intra-utérins après l'accouchement ou un avortement incomplet.
6. Procéder à la réanimation néonatale de base (par ex., avec un ballon et un masque).
7. Administrer des utérotoniques (par ex. de l'ocytocine par voie parentérale ou des comprimés de misoprostol) pour le traitement des hémorragies postpartum et administrer de l'acide tranexamique par intraveineuse en plus des soins de base pour les femmes qui présentent une hémorragie postpartum diagnostiquée cliniquement.

Garantir les SONU complets dans les hôpitaux. Cela signifie que le personnel est qualifié et dispose des ressources pour appuyer l'ensemble des actes 1-7 présentées ci-dessus et :

8. Pratiquer des interventions chirurgicales (par ex., césariennes).
9. Procéder à des transfusions sanguines sécurisées en observant les précautions universelles de prévention des infections.

* Les actions vitales sont des interventions médicales essentielles dont le but est de traiter des complications obstétriques directes qui causent la vaste majorité des morts maternelles à travers le monde.

SONU de base

Les soins obstétriques et néonataux d'urgence de base (SONUB) doivent être fournis au niveau des centres de santé pour traiter les principales complications liées à l'accouchement y compris les complications néonatales. Bien que la présence d'agents qualifiés lors de tous les accouchements ayant lieu dans une structure sanitaire soit idéale car elle aide à réduire la morbidité et la mortalité associées à la grossesse et à l'accouchement, il se peut qu'elle soit impossible au début de l'intervention humanitaire. Toutefois, il faut au moins veiller à ce que les interventions et les capacités en matière de SONUB pour orienter les patientes vers l'hôpital en vue de SONU complets soient disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans chaque centre de santé.

SONU complets

Les soins obstétriques et néonataux d'urgence complets (SONUC) doivent être dispensés dans

les hôpitaux de référence pour gérer les complications obstétriques. Si possible, il faut appuyer les hôpitaux du pays d'accueil en mettant à disposition du personnel qualifié, des infrastructures et des produits médicaux notamment des médicaments et des équipements chirurgicaux, si nécessaire pour les SONUC. Si cela n'est pas possible en raison de la localisation de l'hôpital ou de l'incapacité à répondre à la demande accrue, le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit travailler avec le secteur/cluster santé et des organisations comme le Comité international de la Croix-Rouge, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Médecins Sans Frontières, ou d'autres organisations non-gouvernementales (ONG) pour fournir des SONUC. Il s'agirait par exemple, de mettre en place un hôpital de terrain temporaire ou de référence près de la population touchée par une crise.

Signes de danger clés de la grossesse

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| ▶ Saignements vaginaux | ▶ Convulsions | ▶ Fièvre |
| ▶ Douleurs abdominales aiguës | ▶ Maux de tête intenses | ▶ Respiration rapide ou difficile |

Quels sont les médicaments et les fournitures essentiels nécessaires pour prendre en charge les complications maternelles et néonatales ?

Il faut fournir aux sages-femmes et aux accoucheuses qualifiées des établissements de santé du matériel et des médicaments pour l'accouchement, fournir des soins néonataux, traiter les complications et stabiliser les femmes avant leur transport vers un hôpital si nécessaire.

Les médicaments et fournitures essentiels qui doivent être disponibles comprennent:

- ▶ **les antibiotiques** pour la prévention et la prise en charge des infections maternelles ;
- ▶ **les utérotoniques** (ocytocine, misoprostol et acide tranexamique) pour la prévention et la prise en charge des hémorragies postpartum ;
- ▶ **les anticonvulsifs** (sulfate de magnésium) pour la prévention et le traitement des cas de pré-éclampsie et d'éclampsie graves ;
- ▶ **la réanimation néonatale**, y compris par ballon et masque ;
- ▶ **les antibiotiques** (gentamicine et ampicilline) pour le traitement d'infections néonatales ; et
- ▶ **des stéroïdes prénatals** (dexaméthasone) pour la naissance avant terme et **les antibiotiques** (pénicilline et érythromycine) pour rupture prématurée des membranes, dans les hôpitaux de référence spécialisés. Les personnels médicaux qualifiés des hôpitaux de référence spécialisés doivent être capables de prendre en charge les complications obstétriques, d'administrer des soins intensifs néonataux, d'estimer de manière précise l'âge gestationnel, et d'administrer des stéroïdes (dexaméthasone pour maturation pulmonaire chez le fœtus).

Soins néonataux

Les soins néonataux essentiels sont les soins de base requis pour tous les bébés. Environ deux-tiers des décès de nourrissons surviennent dans les 28 premiers jours de vie. La plupart de ces morts sont évitables en mettant en place des actions essentielles qui peuvent être assurées par les agents de santé, les mères ou d'autres membres de la communauté. Environ 5 à 10 % des nouveau-nés ne respirent pas spontanément à la naissance et nécessitent une assistance, ce qui est une difficulté majeure. Les principales causes des problèmes respiratoires sont la naissance avant-terme et les problèmes graves à l'accouchement occasionnant une asphyxie sévère.

Signes de danger chez les nouveau-nés

Les signes de danger ci-dessous indiquent qu'un nouveau-né doit être orienté vers un établissement de santé, par des membres de la famille et des agents de santé communautaire :

- ▶ Problème d'alimentation
- ▶ Tirage sous-costal grave
- ▶ Crises ou convulsions
- ▶ Température au-dessus de 37,5 ou en dessous de 35,5 degrés Celsius
- ▶ Activité limitée ou manque de mobilité
- ▶ Très petite taille à la naissance
- ▶ Respiration rapide (plus de 60 respirations par minute)

Le personnel médical formé est en mesure d'identifier les autres signes de danger.

Quels sont les soins essentiels pour tous les nouveau-nés ?

Les soins néonataux font partie du continuum de soins pour la mère et le bébé. Dans les situations de crise humanitaire, les soins néonataux essentiels sont dispensés aux niveaux des communautés, des centres de santé et des hôpitaux et comprennent les éléments suivants :

- ▶ **La protection thermique** : séchage, réchauffement, contact peau à peau, et report du bain.
- ▶ **La prévention des infections/hygiène** : pratiques en matière d'accouchements hygiéniques, lavage des mains et soins du cordon ombilical, de la peau, soins oculaires.
- ▶ **L'aide alimentaire** : le contact peau à peau, le soutien pour l'allaitement immédiat et exclusif et le fait de ne pas jeter le colostrum (c'est-à-dire le premier lait).
- ▶ **Le suivi** : évaluation régulière des signes de danger d'infections graves et d'autres maladies qui nécessitent des soins complémentaires en dehors du domicile ou du poste de santé.
- ▶ **Les contrôles lors des soins postnatals** : soins dispensés au domicile ou le plus près possible du domicile durant la première semaine de vie. Les 24 premières heures sont les plus critiques et une visite postpartum doit être la priorité. Tout doit être fait pour cibler les nouveau-nés au domicile dès que possible après l'accouchement.

Soins du cordon ombilical à la chlorhexidine au domicile

L'application quotidienne de 7,1 % de digluconate de chlorhexidine (CHX) sur le cordon ombilical pendant la première semaine de vie est recommandée pour les nouveau-nés qui sont venus au monde au domicile dans des contextes à forte mortalité néonatale. Il s'agit d'une intervention à faible coût, acceptable et faisable dont il est démontré qu'elle réduit la morbidité et la mortalité néonatales liées aux infections et à la septicémie. Lorsque les femmes ont été formées sur l'application de la chlorhexidine pour le soin du cordon ombilical avant l'urgence, la chlorhexidine peut être achetée comme produit complémentaire du kit de santé reproductive du Groupe interorganisations (début 2020).

Les soins du cordon sec et propre sont recommandés pour les nouveau-nés qui sont venus au monde dans des structures sanitaires et à la maison dans des contextes à faible mortalité néonatale.

Note importante: L'OMS a publié une alerte dans laquelle elle indique que la solution aqueuse ou le gel (10 ml) de digluconate de chlorhexidine 7,1 % (CHX) avait causé de graves lésions oculaires quand ils ont été appliqués sur les yeux par erreur. Cela a entraîné de graves lésions oculaires, y compris la cécité⁹⁵.



95 *Système d'échange d'information, Alert No. 133, Digluconate de chlorhexidine 7,1 % (CHX), solution aqueuse ou gel (10ml) Rapports sur la survenue de lésions oculaires graves dues à des erreurs d'administration* (Organisation mondiale de la Santé, février 2019), https://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/news/alert133_chlorhexidine-fr.pdf?ua=1

Quels soins néonataux doivent être fournis au niveau des établissements de santé et des hôpitaux ?

Soins néonataux au niveau des établissements de santé

Traiter les complications obstétriques et assurer le suivi de l'accouchement à l'aide du partogramme et prendre en charge les complications comme il se doit.

Être préparé pour la réanimation des nouveau-nés à chaque accouchement y compris le maintien au chaud et au sec du bébé, le dégagement des voies respiratoires si nécessaire, la stimulation et la ventilation par ballon et masque.

Administer des soins néonataux essentiels à chaque nouveau-né.

Pour les nouveau-nés nés avant terme ayant un FPN/les petits nouveau-nés, lorsque les bébés et les mères sont stables sur le plan clinique, commencer le contact peau à peau, privilégier l'allaitement immédiat et orienter vers un hôpital dès que possible.

Prendre en charge les éventuels signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés notamment par le diagnostic, la classification et l'administration d'une première dose d'antibiotique et l'orientation vers un hôpital dès que possible.

Soins néonataux au niveau des hôpitaux

Prévoir un espace réservé à la réanimation néonatale dans la salle de travail ainsi que les capacités et les fournitures pour la ventilation par ballon et masque.

Traiter les complications obstétriques et assurer le suivi de l'accouchement à l'aide du partogramme et prendre en charge les complications comme il se doit.

Assurer la réanimation notamment le maintien au chaud et au sec du bébé, le dégagement des voies respiratoires, la stimulation, et la ventilation par ballon et masque. Continuer la prise en charge des nouveau-nés en détresse respiratoire.

Administer des soins néonataux essentiels à chaque nouveau-né.

Établir une unité de soins mère kangourou (SMK) pour les bébés et les mères qui sont cliniquement stables, soutenir l'allaitement immédiat, et suivre les directives de l'OMS pour les nourrissons nés avant terme y compris la prise en charge de signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés.

Soins mère kangourou pour les enfants nés avant terme et les bébés de faible poids à la naissance

Les soins mère kangourou (SMK) sont une des méthodes les plus prometteuses pour sauver les bébés nés avant terme et les bébés de faible poids à la naissance. Ce type de soins, entamé dans les établissements de santé, implique d'enseigner aux agents de santé et aux soignants les modalités permettant de maintenir les nouveau-nés au chaud par le contact peau à peau continu sur la poitrine de la mère ou du soignant, 24 heures sur 24. Les SMK peuvent considérablement améliorer d'autres traitements connus pour le traitement de la prématurité comme la protection thermique, l'aide à l'allaitement, la prévention et la prise en charge des infections et la réanimation néonatale.



La mise en œuvre du DMU pour la SSR sur le terrain au Népal

Selon les estimations du FNUAP, 1,4 million de femmes en âge de procréer ont été affectées par le séisme qui a frappé le Népal en avril 2015. Parmi ces femmes figuraient 93 000 femmes enceintes dont 1 000 à 1 500 étaient susceptibles de subir des complications⁹⁶. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) a immédiatement été lancé par le gouvernement et les acteurs internationaux et locaux.

En septembre 2015, l'évaluation du DMU pour la SSR a été conduite par une équipe du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise. En ce qui concerne l'objectif de la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, l'évaluation a indiqué que les établissements visités fournissaient des services d'accouchements normaux et les SONUB étaient accessibles. Pour augmenter les accouchements ayant lieu dans les établissements dans le district de Sindhupalchowk, un hôpital provisoire a été mis en place pour les SONUC avec un système d'orientation d'urgence vers les établissements compétents, et des campagnes radio et télévisées ont été menées pour communiquer des informations sur les services aux femmes.

Cependant, après la fermeture de cet hôpital provisoire, les SONUC n'étaient plus accessibles de manière fiable à Sindhupalchowk. Les participantes des groupes de discussion ont signalé qu'elles contournent les postes de santé et l'hôpital de district avoisinants lorsqu'elles sont confrontées à des complications et qu'elles vont directement à l'hôpital du district voisin de Katmandou pour bénéficier de soins de qualité. Parmi les obstacles persistants à l'accès aux soins obstétricaux au sein des établissements, figuraient les coûts directs et indirects liés aux trajets pour rejoindre les établissements, en particulier dans les districts lointains.

Des kits d'accouchement hygiénique ont été distribués aux femmes enceintes à Sindhupalchowk et des services de soins néonataux ont été dispensés à la fois dans les districts de Katmandou et de Sindhupalchowk, avec des soins complets dans les hôpitaux de niveau supérieur à Katmandou. Sindhupalchowk a signalé que le manque d'équipements ou les équipements défectueux étaient des obstacles à la mise en œuvre des soins néonataux.

96 Myers, et al., « Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package. »

Activité du DMU pour la SSR :

Établir un système d'orientation vers les établissements compétents, disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

Quand un système d'orientation des cas d'urgence obstétrique devrait-il être accessible ?

La majorité des morts maternelles et périnatales étant dues à l'incapacité d'obtenir une aide qualifiée à temps face aux complications liées à l'accouchement, il est essentiel d'avoir un système bien coordonné pour identifier les complications obstétriques et garantir la prise en charge immédiate et/ou l'orientation vers un centre de santé dispensant des SONUB ou hôpital compétent pour les SONUC. Les coordinateurs/coordinatrices SSR doivent associer leurs efforts à ceux du secteur/cluster santé et des autorités du pays d'accueil pour veiller à ce qu'un système d'orientation vers les établissements compétents (notamment des moyens de communication et de transport) soit en place dès les premiers jours d'une situation d'urgence humanitaire.

Un tel système d'orientation doit appuyer la prise en charge des complications obstétriques et néonatales 24 heures/24, 7 jours sur 7 (24/7). Il doit faire en sorte que les femmes, les filles et les nouveau-nés qui ont besoin de soins d'urgence soient orientés de la communauté vers un centre de santé qui dispense des SONUB. Les patientes présentant des complications obstétriques et des urgences néonatales qui ne peuvent pas être prises en charge au centre de santé, doivent être stabilisées et transportées vers un hôpital pour bénéficier de SONUC.

Quelles sont les conditions requises pour un système d'orientation efficace ?

Pour un système d'orientation efficace, il faut :

- ▶ Définir des politiques, des procédures et des pratiques à suivre dans les centres de santé et les hôpitaux pour garantir une orientation efficace⁹⁷.
- ▶ Évaluer les établissements de référence pour garantir des fournitures, des recrutements et des infrastructures adaptés pour fournir les SONUC.
- ▶ Déterminer les distances entre les communautés touchées et les centres de santé opérationnels et l'hôpital, de même que les options de transport pour orienter les patientes—y compris les chauffeurs, le carburant et les téléphones portables/radio/téléphones satellites 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- ▶ Afficher les protocoles dans chaque centre de santé avec des précisions sur le moment, le lieu et les modes d'orientation des patientes confrontées à des urgences obstétriques et néonatales vers le niveau suivant de soins.
- ▶ Dans les camps, négocier avec le personnel de sécurité pour l'accès à l'hôpital de référence afin de permettre le transfert des cas d'urgence, la nuit.
- ▶ Informer les communautés à propos des signes de danger de la grossesse et de la

⁹⁷ Dans l'idéal, les hôpitaux et les centres de santé doivent avoir des politiques et des procédures en place pour l'orientation des patients en cas d'urgence humanitaire pour faire en sorte que le système de santé soit prêt à répondre aux besoins.

localisation des établissements où elles peuvent solliciter des soins d'urgence suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement :

- Les messages doivent être communiqués sous des formats multiples et dans diverses langues pour garantir l'accessibilité (par ex., le Braille, la langue de signes, les formats picturaux) et dans les groupes de discussion par la sensibilisation communautaire (femmes, jeunes, LGBTQIA, groupes de personnes handicapées) et d'autres canaux adaptés selon le milieu (par ex., par l'intermédiaire des écoles, des sages-femmes, des agents de santé communautaire, des leaders communautaires, des messages radio ou des brochures dans les latrines de femmes).
- En cas d'impossibilité de mettre en place des services de référence 24 heures/24 et 7 jours/7, il faut que le personnel qualifié soit disponible à tout moment au sein des centres de santé pour fournir des SONUB. Par exemple, il peut être utile d'établir un système de communication, comme les radios ou les téléphones portables, pour obtenir des directives et un appui médical de la part du personnel qualifié. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit également parcourir le secteur/cluster santé pour résoudre le problème et veiller à ce que les populations aient accès aux SONU de base et complets.



Pratique observée : Mise en place d'un système d'orientation vers les services d'avortement à Cox's Bazar, Bangladesh

À Cox's Bazar, Bangladesh, l'accès aux établissements de santé et le transport vers les établissements de santé et les hôpitaux de référence étaient compliqués en raison des terrains accidentés⁹⁸. Outre la mobilisation d'ambulances, plus de 20 tomtom (motos avec siège passager) ont été utilisés pour acheminer les femmes enceintes et d'autres personnes en difficulté vers les établissements de santé. Le numéro de téléphone du/de la coordinateur/coordinatrice des tomtom a été communiqué et le service était disponible jour et nuit. Un tomtom était également garé devant chaque établissement pour les éventuels cas nécessitant un transfert d'urgence.

Activité du DMU pour la SSR :

Assurer la disponibilité des soins post-avortement dans les centres de santé et les hôpitaux

Les soins post-avortement sont une stratégie mondiale visant à réduire le nombre de décès et de souffrances causées par les complications liées aux avortements à risques et spontanés et ils sauvent des vies. Les morts et les blessures causées par des avortements à risques continuent d'être un grave problème de santé publique qui touche les femmes, les filles, les familles et des communautés entières. À l'échelle mondiale, les avortements à risques définis comme des avortements pratiqués par les personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu de normes médicales minimums, ou les deux, représentent près de

⁹⁸ Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

8 % des décès maternels, 97 % d'entre eux survenant dans les pays en développement⁹⁹. Dans les situations de crise humanitaire, les femmes et les filles peuvent être exposées à un risque accru de grossesses non désirées et d'avortements à risques.

La plupart des pays autorisent l'avortement pour une ou deux des raisons suivantes, y compris lorsque la grossesse :

- ▶ met la vie de la femme en danger ;
- ▶ menace la santé physique et/ou mentale de la femme ;
- ▶ est la conséquence d'un viol ou d'un inceste ; ou
- ▶ implique un fœtus atteint d'un grave handicap.

Tous les pays autorisent l'accès aux soins post-avortement d'urgence, indépendamment de la législation en vigueur concernant l'accès à l'avortement. Les femmes et les filles sont exposées au risque d'avortement spontané, et certaines auront besoin de soins ponctuels et adaptés.

Que faut-il faire pour les femmes qui se présentent pour des soins post-avortement ?

En général, les femmes qui se présentent pour des soins post-avortement sont en ambulatoire et souffrent de symptômes comme les saignements vaginaux, les douleurs abdominales, la fièvre ou les frissons¹⁰⁰. Les femmes qui ont souffert de complications plus graves peuvent se présenter avec un état de choc, une hémorragie, une septicémie et les blessures intra-abdominales. Des complications graves sont plus susceptibles de survenir dans les contextes où l'accès aux soins liés à l'avortement sûr et légal est limité.

Si une femme se présente pour des soins post-avortement, l'agent de santé qualifié doit :

- ▶ **Assurer une évaluation initiale rapide du choc.** Si une femme présente des signes et des symptômes de choc ou souffre de saignements vaginaux importants, elle doit être stabilisée immédiatement.
- ▶ **Une fois que l'évaluation initiale et la stabilisation sont lancées, une évaluation clinique plus complète doit être effectuée pour déterminer la cause et entamer le traitement.** L'étude des antécédents et l'examen physique dirigé parallèlement à un traitement concomitant doivent être administrés en toute urgence pour une prise en charge définitive des causes sous-jacentes. Le choc qui survient lors de soins post-avortement est généralement causé par une hémorragie ou une septicémie:
 - *Le choc hémorragique* est le résultat d'une forte perte de sang qui peut être causée par un avortement incomplet, une atonie utérine ou des blessures vaginales, du col de l'utérus et intra-abdominale.
 - *Le choc septique* est la conséquence ultime de l'infection qui peut avoir été causée par un avortement incomplet, une endométriose et une blessure intra-abdominale.
- ▶ **Procéder à une évacuation utérine immédiate, si le traitement le nécessite.** Pendant le premier trimestre, cela est généralement fait par extraction ou à l'aide du misoprostol. Si

99 « Induced Abortion Worldwide, » Guttmacher Institute, mars 2018, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide> ; et *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, p. 48.

100 La Session 8 consacrée aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi, fournit également des informations complémentaires sur les soins post-avortement.

la femme a besoin d'un traitement que l'établissement où elle se trouve ne peut administrer, il faut la stabiliser avant de la transférer vers un service de niveau supérieur.

- **Administrer la prophylaxie antitétanique à la patiente ou l'orienter vers un établissement compétent, à cet effet.** Les femmes qui ont subi des avortements à risques pratiqués avec des instruments non stérilisés sont exposées au risque du tétanos, en particulier dans les communautés où des cas de tétanos détectés après un avortement ont été signalés.
- **Fournir à toutes les femmes qui se présentent pour des soins post-avortement, des informations, des conseils et des services une fois qu'une les besoins immédiats ont été pris en charge.**



Pratique observée : les soins post-avortement à Cox's Bazar, Bangladesh

À Cox's Bazar, Bangladesh, un partenariat avec Ipas a permis d'appuyer le déploiement immédiat des services de soins post-avortement¹⁰¹. Le déploiement des agents de santé formés et la disponibilité des produits adaptés a facilité la prestation de service. Des ressources humaines et des produits ont été attribués aux établissements de référence pour qu'ils puissent dispenser systématiquement des soins post-avortement.

Activité du DMU pour la SSR :

Assurer la disponibilité des fournitures et des produits en vue d'accouchements hygiéniques et de soins néonataux de base

Quels matériels de base peuvent aider les femmes enceintes à bénéficier d'un accouchement hygiénique dans une situation d'urgence ?

Dans toutes les situations de crise humanitaire, certaines femmes et filles se trouvent aux derniers stades de la grossesse, par conséquent, elles seront amenées à accoucher pendant l'urgence. Au début de l'intervention humanitaire, les accouchements auront souvent lieu en dehors du centre de santé sans l'assistance d'une accoucheuse qualifiée. Les accouchements au domicile sont courants dans de nombreux endroits. Il faut proposer des kits d'accouchement hygiénique à toutes les femmes visiblement enceintes pour améliorer les pratiques en matière d'accouchement et de soins néonataux lorsque l'accès aux établissements de santé n'est pas possible. Il faut veiller à inclure des informations—dans la langue locale—sur la manière d'utiliser le kit, insister sur l'importance d'accoucher dans un établissement de santé en présence d'un agent qualifié et sur les modalités d'accès aux établissements de santé avoisinants. La distribution peut être effectuée sur les sites d'inscription ou par l'intermédiaire d'agents de santé communautaire lorsqu'un réseau est en place. Dans les contextes où l'accès aux établissements n'est pas possible et des accoucheuses traditionnelles assistent les accouchements au domicile, des kits d'accouchements hygiéniques et des fournitures de base complémentaires peuvent leur être distribués.

¹⁰¹ Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

Quelle est la meilleure façon d'obtenir des kits d'accouchements hygiéniques ?

Les kits d'accouchements hygiéniques (Kit de SR 2A) et les fournitures en vue de la distribution communautaire, peuvent être commandés auprès du FNUAP par le biais du processus d'approvisionnement en kits de SR¹⁰². Étant donné que ces fournitures peuvent souvent être obtenues facilement au niveau local et n'ont pas de date de péremption, il est possible de conditionner les kits sur le site et de les pré-stocker dans les contextes où ils ne sont pas nécessaires dans l'immédiat. Si possible, envisager de recruter une ONG locale pour produire les kits, ce qui pourrait apporter un revenu aux femmes locales. Si une décision est prise pour acheter les produits localement en guise de préparation, il est essentiel de garantir la qualité des produits achetés ; le bureau pays du FNUAP ou le Service des achats peuvent appuyer cet effort.



Pratique observée : Garantir la disponibilité des fournitures d'accouchements hygiéniques

Si la situation le permet, le conditionnement des kits d'accouchement hygiénique effectué au niveau local peut être l'occasion d'identifier et d'organiser les associations de femmes et les accoucheuses traditionnelles. Cela permet d'informer et d'inciter toutes les femmes enceintes à accoucher dans un établissement de santé et de détecter et orienter les femmes qui subissent des complications obstétriques. Les associations de femmes peuvent créer des kits et ensuite les distribuer gratuitement aux femmes visiblement enceintes. Cela est d'autant plus utile que les associations de femmes font partie des populations touchées par une crise, elles sont plus susceptibles de savoir quelles femmes sont sur le point d'accoucher et ont besoin de ces instruments. Celles qui sont chargées de la distribution des kits doivent aussi être informées concernant la localisation des établissements les plus proches, les signes de danger de la grossesse, et l'importance de l'accouchement en présence d'un agent qualifié pour qu'elles puissent transmettre cette information aux femmes qu'elles visitent.

Existe-t-il des activités liées aux soins maternels qui ne sont pas une priorité lors d'une crise ?

La mise en place de services pour fournir des soins prénatals et la formation des sages-femmes sont des activités pertinentes et elles doivent être instaurées dès que possible. Cependant, ces interventions ne sont pas une priorité lors d'une situation d'urgence et elles ne doivent pas détourner l'attention des besoins les plus urgents comme l'accès à l'accouchement dans un établissement, aux services de SONU de base et complets, et aux soins néonataux.

La formation des sages-femmes qui sont déjà en poste, à l'accouchement hygiénique peut attendre jusqu'à ce que la situation se soit stabilisée. Il faut néanmoins identifier les sages-femmes et veiller à ce qu'elles soient informées du système d'orientation vers les établissements compétents, dès le début d'une crise. Il est important de souligner que la définition du terme « agent qualifié » a été actualisée pour tenir compte des nouvelles données et se concentrer sur les compétences

102 Pour commander les kits, consulter le site <https://www.unfpaprocurement.org/humanitarian-supplies>.

exigées pour fournir des soins pendant l'accouchement. L'OMS ne recommande pas la formation des nouvelles accoucheuses traditionnelles mais plutôt la communication d'informations à toutes les femmes et les communautés concernant les signes de danger d'une grossesse. Il s'agit aussi de faciliter les orientations vers les établissements de santé et, pendant la phase de stabilisation des urgences humanitaires, appuyer la formation professionnelle des sages-femmes.



Pratique observée : Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales à Cox's Bazar, Bangladesh

- ▶ Le FNUAP et ses partenaires ont été en mesure de déployer des obstétriciens et des anesthésistes (un regroupement de personnels internationaux et nationaux) dans les établissements de référence pour dispenser des SONUC¹⁰³.
- ▶ Les sages-femmes qui étaient les premiers intervenants à tous les niveaux du système de santé, étaient formées à la stabilisation initiale et disposaient de produits et de fournitures.
- ▶ Un nombre adapté de sages-femmes a été garanti pour fournir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 outre la présence des tutrices de sages-femmes pour appuyer les nouvelles recrues et les inciter à dispenser des soins basés sur des données probantes.
- ▶ Des kits d'accouchement hygiénique ont été distribués très tôt pendant la situation d'urgence par le biais de centres de SSR mobiles et statiques et par le biais d'agents de santé communautaire. Un stock d'urgence a été conservé à tout moment pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures pour répondre aux besoins des nouvelles arrivées de Rohingyas au fil des semaines.

Session 5 : Points clés

- ▶ Pour prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales, tous les accouchements doivent avoir lieu en présence d'un agent qualifié et dans des établissements de santé équipés et pourvus en personnel pour gérer les complications.
- ▶ Chaque centre de santé doit disposer d'agents de santé qualifiés et de fournitures pour les accouchements vaginaux, les soins néonataux essentiels, et les interventions en SONUB et doit être en mesure d'orienter les patientes vers un hôpital pour les SONUC, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- ▶ Les services essentiels pour l'ensemble des nouveau-nés comprennent les soins thermiques, la prévention des infections/l'hygiène, le soutien alimentaire, le suivi et les soins postnatals.
- ▶ Les sages-femmes et autres accoucheuses qualifiées doivent obtenir du matériel et des médicaments pour assurer des accouchements, dispenser des soins néonataux, traiter les complications et stabiliser les femmes avant leur transport vers un hôpital, si nécessaire.
- ▶ Un système d'orientation doit être mis en place pour faciliter le transport et la communication de la communauté vers le centre de santé et les hôpitaux pour prendre en charge les complications obstétriques et néonatales, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

103 Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

- Les membres de la communauté doivent être informés à propos des signes de danger de la grossesse et de l'accouchement et de la localisation des soins d'urgence pour les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.
- Les soins post-avortement doivent être disponibles dans les centres de santé et les hôpitaux car les femmes et les jeunes filles en situations de crise humanitaire peuvent être plus exposées à une grossesse non désirée et aux avortements à risques.
- Des kits d'accouchement hygiénique doivent être proposés à toutes les femmes visiblement enceintes pour améliorer les pratiques en matière d'accouchement et de soins néonataux lorsque l'accès aux établissements de santé n'est pas possible.

Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que faire si on ne peut pas assurer les services d'orientation 24 heures sur 24 en raison de l'insécurité dans la région ?	À défaut d'accès à des SONU de base et complets, des femmes, des filles et des nouveau-nés mourront inutilement. Aussi, est-il crucial d'essayer de négocier l'accès à un établissement de référence adapté dans le cadre d'un système d'orientation vers des établissements compétents. S'il est impossible de mettre en place des services d'orientation 24 heures/24 et 7 jours/7, il faut que le personnel qualifié soit disponible à tout moment dans les centres de santé pour fournir des SONUB. Dans ce cas, il faut établir un système de communication comme les radios ou les téléphones portables, pour obtenir des directives et un appui médical de la part du personnel qualifié.
Que faire si la population touchée par une crise n'a pas pour habitude d'accéder à des services pour des accouchements assistés par un personnel qualifié ?	<p>Sachant que bon nombre de femmes accouchent habituellement chez elles, dans les pays en développement, il faut veiller à ce que la communauté—surtout les sages-femmes et les accoucheuses existantes—connaisse les signes de danger et sache où orienter les femmes si besoin. Il est aussi important d'orienter les nouveau-nés vers un établissement de santé s'ils présentent un des signes de danger.</p> <p>Accorder des incitations pour les accouchements pratiqués dans les établissements de santé, comme les bons de transport et les kits du nouveau-né.</p> <p>Planifier et mettre en œuvre des formations et d'autres possibilités de développement des capacités pour l'ensemble du personnel de santé formé une fois que la situation d'urgence est stabilisée et que le DMU pour la SSR a été totalement appliqué pour assurer des soins respectueux et de qualité.</p>

À part les ambulances, quels autres moyens de transport peuvent être utilisés ?

Tous les établissements de santé ne disposent pas d'ambulances. Selon le contexte, d'autres solutions pourraient entre autres, consister à recourir à des chariots tirés par des ânes, à des civières, à des véhicules de location et à des bicyclettes.

Que faire si un hôpital de référence manque de fournitures vitales nécessaires pour les SONUB et les SONUC ?

Aborder cette question pendant la réunion de coordination du secteur/cluster de SSR et santé.

Collaborer avec le FNUAP pour savoir si les kits de SR sont déjà disponibles dans le pays.

Travailler avec les agences des Nations Unies, notamment l'OMS, le HCR et le FNUAP, le Programme alimentaire mondial (PAM), et le pôle logistique pour voir s'ils peuvent assurer l'approvisionnement et la gestion des fournitures.

Aborder la question avec le Ministère de la Santé et/ou plaider pour l'envoi des fournitures disponibles aux hôpitaux de référence.

LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ ET LA SURMORTALITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire.

5. Prévenir la surmorbidité et la surmortalité maternelles et néonatales			
5.1	Disponibilité des SONU de base et complets pour une population de 500 000 personnes	Oui	Non
	Centre de santé disposant de services de SONU de base, 5 pour 500 000 personnes		
	Hôpital disposant de SONU complets, 1 pour 500 000 personnes		
5.2	Centre de santé (pour garantir les SONU de base 24 heures/24 et 7 jours/7)	Oui	Non
	Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour		
	Fournitures suffisantes y compris les fournitures pour nouveau-nés pour appuyer les SONU de base		
	Hôpital (pour assurer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7)	Oui	Non
	Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour		
	Une équipe de médecin/infirmière/sage-femme/anesthésiste de garde		
	Médicaments et fournitures en quantité suffisante pour appuyer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7		
	Soins post-avortement		
	Couverture des soins post-avortement : (nombre d'établissements de santé où les soins post-avortement sont disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100	%	
	Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins post-avortement		
5.3	Système d'orientation vers d'autres services/établissements pour les urgences obstétriques et néonatales fonctionnant 24 heures/24 et 7 jours/7 (moyens de communication [radios, téléphones portables])	Oui	Non
	Transport de la communauté vers le centre de santé disponible 24 heures/24 et 7 jours/7		
	Transport de la communauté vers l'hôpital disponible 24 heures/24 et 7 jours/7		
5.4	Chaîne du froid opérationnelle (pour l'ocytocine, les tests de dépistages sanguins) en place		
5.5	Part de l'ensemble des naissances dans les établissements de santé : (nombre de femmes accouchant dans les établissements de santé sur une période donnée/ nombre de naissances attendu sur la même période) x 100	%	

5. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales		
5.6	Besoin de SONU satisfait : (nombre de femmes présentant des complications obstétriques directes bénéficiant de traitement dans les établissements de SONU sur une période donnée/nombre attendu de femmes présentant des complications obstétriques directes graves dans la même zone durant la même période) x 100	%
5.7	Nombre de césariennes/nombre de naissances vivantes dans les établissements de santé x 100	%
5.8	Fournitures et produits pour accouchements hygiéniques et soins néonataux	
5.9	Couverture du kit d'accouchement hygiénique (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués où l'accès aux établissements de santé n'est pas possible/estimation du nombre de femmes enceintes) x 100 %	%
5.10	Nombre de kits néonataux distribués y compris dans les cliniques et les hôpitaux	
5.11	La communauté est informée à propos des signes de danger de la grossesse et des complications liées à l'accouchement et de la localisation des établissements pour recourir aux soins	

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles sont les fournitures nécessaires ou quels kits de SR pourraient être commandés pour des accouchements hygiéniques et sans risques, des soins néonataux essentiels, et des services de SONU ?

Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique¹⁰⁴.

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR du DMU aux soins complets.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communauté/poste de santé	Kit 2A, 2B	Accouchement hygiénique (A - Mère, B - Accoucheuse)
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 6A, 6B	Prise en charge clinique de l'accouchement – Fournitures de sage-femme (A : Réutilisables, B : Consommables)
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 8	Prise en charge des complications liées à l'avortement spontané ou à l'avortement
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 10	Accouchement assisté avec extraction par ventouse
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 11A, 11B	Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A – Réutilisable et B – Consommable)
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 12	Transfusion sanguine

* Lorsqu'il y a un kit A et B, cela signifie que ces kits peuvent être utilisés ensemble, mais ils peuvent aussi être commandés séparément.

Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés en fonction si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

¹⁰⁴ Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Niveau de la prestation de service	Élément	En complément des
Communauté/poste de santé	Chlorhexidine	Kit 2A
Communauté/poste de santé	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Communauté/poste de santé	Kit de fournitures pour soins néonataux du Groupe interorganisation (Communauté)**	Kit 2A, 2B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Vêtement non-pneumatique et anti-choc	Kit 6A
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Ocytocine	Kit 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit sanitaire d'urgence interorganisations (module complémentaire sur le paludisme)	Kit 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation (Établissement de santé primaire)**	Kit 6A, 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Mifépristone*	Kit 8
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Système de ventouse manuelle d'accouchement	Kit 10
Niveau des hôpitaux de référence (SONUC)	Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation (Hôpital)**	Kit 11A, 11B

* Le misoprostol peut également être acheté pour compléter le Kit 6B et le Kit 8 pour les établissements de soins de santé primaires.

** Au moment de la mise sous presse de l'IAFM 2018, les kits de fournitures pour soins néonataux n'étaient pas encore disponibles.



Quiz sur la Session 5 : Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelle et néonatale

1. Parmi les soins ci-dessous, lesquels ne sont pas un service essentiel pour tous les nouveau-nés ?
 - a. Le séchage, réchauffement, le contact peau à peau, et le report du bain
 - b. La prévention des infections/l'hygiène
 - c. Le soutien alimentaire : le fait de jeter le colostrum (ou premier lait) et ensuite le soutien à l'allaitement ou substitut de lait maternel si possible
 - d. Le suivi des signes de danger d'infections graves
 - e. Les contrôles lors des soins postnatals
2. Où les services de SONUB et/ou SONUC doivent-ils être mis à disposition ?
 - a. Dans les hôpitaux de référence
 - b. Dans les centres de santé
 - c. Au niveau communautaire
 - d. a et b
3. Les nouveau-nés doivent être orientés vers un établissement de santé en cas d'activité limitée ou d'absence de mouvement spontané.

Vrai ou Faux

4. Si une femme se présente pour des soins post-avortement, l'agent de santé qualifié doit procéder à une évaluation rapide initiale.

Vrai ou Faux

5. Avec qui le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit-il travailler pour un système d'orientation efficace au début d'une crise humanitaire ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. Le secteur/cluster santé
 - b. Les communautés
 - c. Les autorités du pays d'accueil



SESSION 6 : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

L'amélioration de l'accès à la contraception dans le cadre d'une intervention d'urgence est une méthode sûre, efficace et rentable qui permet de prévenir les grossesses non désirées et de réduire les morts néonatales, les avortements à risques et les morbidités liées à la grossesse. D'après les données mondiales, 29 % de morts maternelles supplémentaires pourraient être réduites en fournissant une contraception aux femmes qui souhaitent prévenir ou retarder la grossesse à ce moment-là¹⁰⁵. Cependant, les systèmes de santé étant perturbés pendant les catastrophes naturelles et les conflits, l'accès à la contraception diminue. Les coordinateurs/coordinatrices de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programmes de santé et les prestataires de service doivent impérativement comprendre l'importance de la mise à disposition de la contraception comme faisant partie intégrante des programmes établis pour la santé depuis les premiers stades d'une situation d'urgence jusqu'au rétablissement.

Un certain nombre de ressources utiles fournissent des informations approfondies sur les méthodes contraceptives et les Critères d'Éligibilité Médicale, notamment le *Contraceptive Delivery Tool for Humanitarian Settings*¹⁰⁶ et *Family Planning : A Global Handbook for Providers*¹⁰⁷.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- expliquer pourquoi la prévention des grossesses non désirées est une priorité vitale ;
- recenser les méthodes contraceptives qui doivent être disponibles auprès des centres de santé primaires ;
- dire quels types d'information doivent être fournies et comment faire en sorte que les femmes, les adolescents et les hommes soient informés de la disponibilité des contraceptifs ; et
- recenser les moyens de partager des informations sur la disponibilité des contraceptifs avec la communauté.

105 Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu, et Amy O Tsui, « Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries, » *The Lancet* 380, no. 9837 (14 juillet 2012), p. 111–125, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4).

106 *Contraceptive Delivery Tool for Humanitarian Settings* (OMS, 2018), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276553>.

107 *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 2015), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf?sequence=1> ; et *Family Planning : A Global Handbook for Providers* (OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, and USAID 2018), <http://www.fphandbook.org>.

Objectifs et activités du DMU pour la SSR

PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES.

Pour prévenir les grossesses non désirées dès le début d'une situation d'urgence, il est important de veiller à ce que les contraceptifs soient disponibles. Le/la coordinateur/ coordinatrice SSR, les responsables de programmes et les prestataires de service doivent œuvrer pour :

- ▶ assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence [CU] dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande ;
- ▶ fournir des informations, notamment les supports d'information, d'éducation et de communication et prodiguer des conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix et le consentement informé, l'efficacité, le respect de l'intimité et de la confidentialité des clients, l'équité et la non-discrimination
- ▶ veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes.

Pourquoi la prévention des grossesses non désirées est-elle une priorité vitale ?

Les besoins des femmes, des hommes et des adolescents en matière de SSR ne disparaissent pas pour autant lorsqu'ils sont contraints de fuir leurs domiciles et communautés ; il en va de même pour la contraception. Les déplacements et l'insécurité peuvent accentuer les souhaits et les besoins de ces personnes en matière de contraception, alors qu'elles sont de plus en plus confrontées à des obstacles. Il est possible que les personnes qui fuient une situation d'urgence ne soient pas en mesure d'emporter leurs contraceptifs ou d'en obtenir à l'endroit où elles sont réfugiées. Les conflits et les catastrophes naturelles exposent aussi les femmes et les filles à des risques accrus de violence sexuelle et de grossesse non désirée ultérieure. De plus, ces personnes continuent d'avoir une vie sexuelle pendant les situations d'urgence. Il se peut que les femmes souhaitent reporter ou éviter des grossesses lors des situations d'urgence pour diverses raisons, notamment pour éviter d'exposer les nouveau-nés aux risques inhérents aux déplacements. Les perturbations subies par les structures familiales et sociales peuvent représenter des difficultés surtout pour les adolescents qui, sans accès à des informations et des services adaptés, peuvent être plus exposés aux pratiques sexuelles à risques. En conséquence, la contraception doit impérativement être intégrée à l'intervention humanitaire et les services et fournitures doivent répondre à la demande de la population touchée par la crise, dès le début de la situation d'urgence.





La mise en œuvre du DMU pour la SSR sur le terrain au Nigeria

Les violences perpétrées par Boko Haram ont forcé les populations à fuir vers des camps de personnes déplacées dans leur propre pays et des communautés d'accueil¹⁰⁸. Pour répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de santé, l'équipe d'intervention d'urgence de l'International Rescue Committee a affecté un/une coordinateur/coordinatrice SSR au lancement du Dispositif minimum d'urgence (MISP) pour la SSR dans les zones nouvellement libérées par le gouvernement. Cette organisation non-gouvernementale (ONG) a recruté des sages-femmes et du personnel qualifié pour renforcer et appuyer les prestataires du Ministère de la Santé. Les kits de santé reproductive ont été commandés et livrés y compris les équipements, les médicaments de SSR, les contraceptifs et les fournitures pour six mois. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR a également conduit une formation pratique pour les prestataires afin de dispenser des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle, de fournir des méthodes contraceptives et des soins post-avortement. L'International Rescue Committee a appuyé 5 centres de santé au total. En l'espace de 4 semaines, cette ONG a mis en place le seul centre de SR dans le camp de personnes déplacées dans leur propre pays. Ce centre comptait des services de planification familiale—qui a enregistré 134 nouvelles utilisatrices de la contraception au cours du premier mois.

Leçons apprises : Les intervenants d'urgence doivent anticiper et se préparer à ce que le nombre de personnels qualifiés disponibles soit faible, mais aussi aux longs délais pour l'achat et le recrutement, et au fait que la SSR ne soit pas considérée comme une priorité.

Activité du DMU pour la SSR :

Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles dans les établissements de soins de santé primaires

Un éventail de méthodes contraceptives à longue durée d'action, réversibles (implants et dispositifs intrautérins [DIU] et à courte durée d'action (pilules contraceptives orales, injectables hormonaux, préservatifs masculins, préservatifs féminins le cas échéant, par ex., déjà utilisés par la population avant la crise, et les pilules de CU) doivent être immédiatement disponibles pour répondre à la demande de la population touchée, dès lors que les prestataires sont formés et qualifiés pour la mise à disposition et, dans le cas de la contraception à longue terme et réversible, le retrait de la méthode.

Les prestataires déjà qualifiés doivent commencer à fournir toutes les méthodes dès le début de la crise. Toutes les formes de contraception doivent être fournies de manière confidentielle sans solliciter le consentement d'un partenaire, d'un parent ou d'un aidant. Les préservatifs doivent être disponibles au niveau des communautés et des établissements de santé et tous les utilisateurs de contraceptifs doivent être conseillés à propos de la double protection (pour prévenir les grossesses et les infections sexuellement transmissibles [IST] y compris le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]). Pour plus d'informations sur la prestation de services de contraception dans les situations de

¹⁰⁸ Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, chapitre sur une étude de cas relative au DMU, 2018.

crise humanitaire et les Critères d'Éligibilité Médicale de l'OMS, consulter who.int/reproductivehealth/publications/humanitarian-settings-contraception/en/ et srhr.org/mecwheel/.

Dans le cadre de la planification pour la programmation en matière de SSR après la situation d'extrême urgence, il est important de travailler sur l'élargissement de la gamme de méthodes contraceptives à la disposition de la population ciblée. À cet effet, il faut travailler avec le Ministère de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres partenaires à l'échelle nationale pour enregistrer les méthodes, élargir la gamme de méthodes contraceptives et former les prestataires. Un certain nombre de méthodes contraceptives au-delà de ce qui est offert dans les kits de SR peuvent être achetées par l'intermédiaire de l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP.



Pratique observée : Prévenir les grossesses non désirées à Cox's Bazar, Bangladesh

- ▶ Les négociations avec le gouvernement ont eu lieu au début de la situation d'urgence afin qu'il puisse fournir temporairement des méthodes à courte durée d'action aux réfugiés—le FNUAP a ensuite procédé à un réapprovisionnement¹⁰⁹.
- ▶ Les supports d'information, d'éducation et de communication ont été utilisés avec les partenaires et à partir du pays d'origine au lieu de concevoir de nouveaux supports (les similitudes en termes de langue, bien que ce ne soit pas les mêmes, entre les réfugiés et les communautés d'accueil ont aidé dans une certaine mesure).

Quels sont les facteurs à prendre en considération pour établir une gamme de méthodes contraceptives adaptée à un contexte de situation d'extrême urgence ?

Lorsqu'on choisit les méthodes contraceptives à proposer au début d'une situation d'extrême urgence, il faut tenir compte des méthodes disponibles et utilisées par la population cible avant la situation d'urgence et des méthodes enregistrées dans le pays d'intervention. Les méthodes qui étaient à la disposition de la population cible avant la situation d'urgence et pour lesquelles il y a de la demande, doivent être fournies. Cependant, dans le cas d'une situation d'extrême urgence, le déploiement éthique d'une nouvelle méthode qui n'était pas disponible au préalable ou qui n'est pas fournie dans le contexte spécifique à une population en détresse, peut être difficile à garantir. Il se peut que les prestataires locaux ne connaissent pas les nouvelles méthodes, ce qui peut compromettre la capacité à prodiguer des conseils et fournir des services de haute qualité pendant une situation d'extrême urgence. Si un produit n'a pas été enregistré dans le pays d'opération avant une situation d'urgence, des problèmes d'arrivée et de dédouanement peuvent se poser même lorsque des exemptions sont en vigueur par rapport aux importations humanitaires. Si un produit n'a pas été enregistré mais s'avère nécessaire pour mettre en œuvre des services essentiels du DMU pour la SSR, il faut collaborer avec le/la coordinateur/coordinatrice SSR pour anticiper et remédier aux difficultés d'importation. De plus, lorsque des méthodes de contraception nécessitant un retrait sont proposées, il est important de prendre en compte la forte probabilité que les populations touchées poursuivent leur migration, dans ce cas il se peut qu'elles n'aient pas un accès permanent aux services de retrait. Envisager la priorisation de l'utilisation d'une nouvelle méthode (enregistrement

¹⁰⁹ Chef de la communication, Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, septembre 2018.

et déploiement) dans la planification de la préparation, pour faciliter l'importation et l'utilisation en cas de situation d'extrême urgence, et dans les contextes post-crise dans le cadre de l'élargissement du DMU à une programmation complète en SSR.

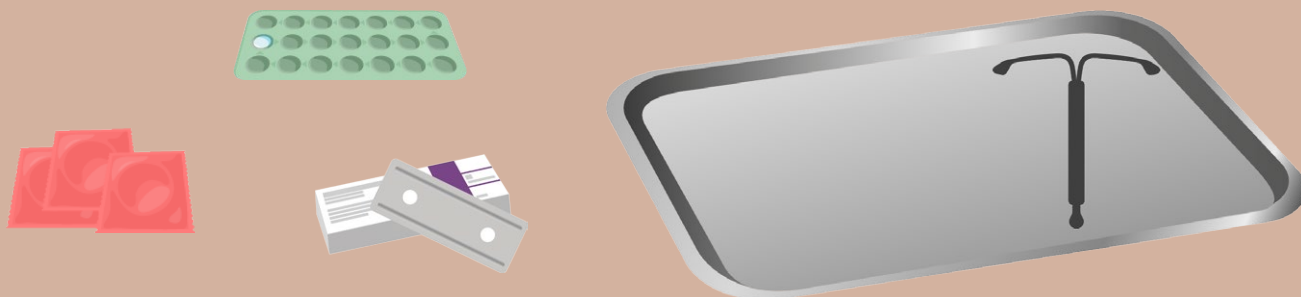
Pourquoi est-il important de fournir des méthodes contraceptives à longue durée d'action ?

Les femmes ont le droit de bénéficier d'un accès aux méthodes de contraception sûres, efficaces et acceptables de leur choix. Il est important que les méthodes contraceptives à longue durée d'action comme les DIU et les implants, soient disponibles car elles sont très efficaces, elles permettent d'éviter les visites répétées au centre de santé (cela est particulièrement utile dans les contextes instables) et l'action des utilisatrices n'est pas nécessaire (par ex. prendre une pilule) lorsqu'il y a des priorités concurrentes en termes de temps. De plus, l'expérience montre que quand il y a plus de méthodes à la disposition des femmes, elles sont plus nombreuses à trouver la méthode qui leur plaît et qu'elles vont utiliser.

Comment un prestataire peut-il garantir la qualité des soins ?

Les services de contraception de qualité privilégient le respect de la confidentialité, de la vie privée, le choix et le consentement volontaires et informés des clients. Les conseils doivent également inclure des informations sur l'éligibilité, l'efficacité d'une méthode, la gestion et le suivi des effets secondaires, les instructions pour le retrait de la méthode et le retour de la fécondité après l'interruption de la méthode. Les femmes de tout âge y compris les adolescentes, doivent obtenir des informations et des services complets. Avec l'exception majeure des pilules de contraception d'urgence et des préservatifs, il est important de s'assurer que la cliente n'est pas enceinte avant de lui fournir des contraceptifs.

Si une cliente est enceinte, informez-la des options qui s'offrent à elles : accoucher et élever l'enfant, mettre l'enfant à l'adoption ou l'offre de soins liés à l'avortement sans risques ou l'orientation vers ce type de soins, dans les limites prévues par la loi.



Activité du DMU pour la SSR :

Fournir des informations qui privilégient choix et le consentement informés, l'efficacité, le respect de la vie privée et de la confidentialité à l'égard des clients, l'équité et la non-discrimination

Veiller à ce que l'utilisation de la contraception soit volontaire

Toute personne a le droit à l'autodétermination reproductive et a donc le droit de prendre des décisions concernant sa santé reproductive sans être assujettie à la violence, à la coercition ou à la discrimination. En conséquence, une approche de la mise à disposition de la contraception fondée sur les droits humains exige que tous les services soient offerts sur la base du volontariat et connaissance de cause.

Les prestataires doivent veiller à ce que des informations précises soient fournies aux clientes et que ces dernières soient libres de choisir la méthode qu'elles préfèrent sans être soumises à une influence ou une coercition indues.

Les principes clés de la volonté dans la mise à disposition de services de planification familiale incluent les éléments suivants :

- ▶ Les personnes ont la possibilité de choisir volontairement d'utiliser la planification familiale ou une méthode contraceptive spécifique ou non.
- ▶ Les individus ont accès à des informations sur divers choix contraceptifs y compris les avantages et les risques sanitaires inhérents à des méthodes spécifiques.
- ▶ Un large éventail de méthodes contraceptives et de services est offert aux clientes soit directement soit par le biais d'orientation vers des établissements/services compétents.
- ▶ Le consentement volontaire et informé de tout client qui opte pour la stérilisation est vérifié par le biais d'un document écrit faisant état du consentement et signé par le/la client/e.

Quelles informations essentielles doivent être fournies à une cliente qui souhaite une contraception ?

Il est important que les prestataires partagent les informations suivantes avec les clientes qui souhaitent recourir à la contraception :

- ▶ Les modalités du fonctionnement de la méthode
- ▶ L'efficacité de la méthode
- ▶ La bonne utilisation de la méthode
- ▶ Les avantages de la méthode

- ▶ Les effets secondaires courants
- ▶ Les autres effets secondaires et les éventuels risques sanitaires associés à la méthode
- ▶ Comment surmonter les effets secondaires de la méthode
- ▶ Les signes et symptômes qui nécessiteraient un retour au centre de santé
- ▶ Le retour de la fécondité après l'interruption de la méthode
- ▶ La prévention des IST
- ▶ Le droit au retrait de la méthode si souhaité (par ex., contraception à longue durée d'action et réversible)

Activité du DMU pour la SSR :

Veiller à ce que la communauté ait connaissance de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Que faut-il faire pour veiller à ce que les femmes, les adolescents et les hommes soient informés de la disponibilité des contraceptifs ?

Veiller à ce que la communauté—y compris les membres de la communauté non mariés et les adolescents— connaisse l'endroit et les modalités d'accès à la contraception. Les informations doivent être communiquées sous divers formats et dans diverses langues pour garantir l'accessibilité (par exemple, le Braille, la langue des signes, les pictogrammes et les images). Les leaders communautaires et les bénévoles locaux y compris les pairs promoteurs peuvent aussi être mobilisés pour distribuer des informations sur la disponibilité des services contraceptifs. Pour aider les prestataires de service à fournir des informations sur la planification familiale, la Women's Refugee Commission a créé des supports d'information, d'éducation et de communication « universels » sur les sujets relatifs à la planification familiale. Les modèles sont accessibles via iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/.

Qu'est-ce que la contraception d'urgence ?

Les contraceptifs d'urgence (CU) sont des médicaments ou des dispositifs qui peuvent empêcher la grossesse lorsqu'ils sont utilisés jusqu'à 5 jours (120 heures) après un rapport sexuel¹¹⁰. Ils doivent être pris le plus vite possible pour une plus grande efficacité. Parmi les options en matière de CU figurent les pilules de CU et l'insertion de DIU (voir la Session 3 pour plus d'informations sur la CU). Ils peuvent être utilisés après un rapport sexuel non protégé, en cas d'échec éventuel de la contraception et de mauvaise utilisation de contraceptifs, et suite à des actes de violence sexuelle. Les pilules de CU permettent d'éviter l'ovulation et elles ne perturbent pas une grossesse existante. Les tests de grossesse ne sont pas requis pour fournir une CU ou la PPE.

Dans le cadre du DMU pour la SSR, la CU doit être proposée à l'ensemble des femmes et des filles indépendamment de leur âge, de leur statut matrimonial, de leur religion, des origines raciales/ethniques ou du fait que les rapports sexuels aient été consentis. Pour plus d'informations sur la CU et l'éligibilité médicale, consulter ec-ec.org/ecmethod/.

¹¹⁰ *Emergency Contraceptive Pills : Medical and Service Delivery Guidance* (International Consortium for Emergency Contraception et FIGO, 2018), https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/ICEC-guides_FINAL.pdf.

Vue d'ensemble des options en matière de pilules contraceptives d'urgence

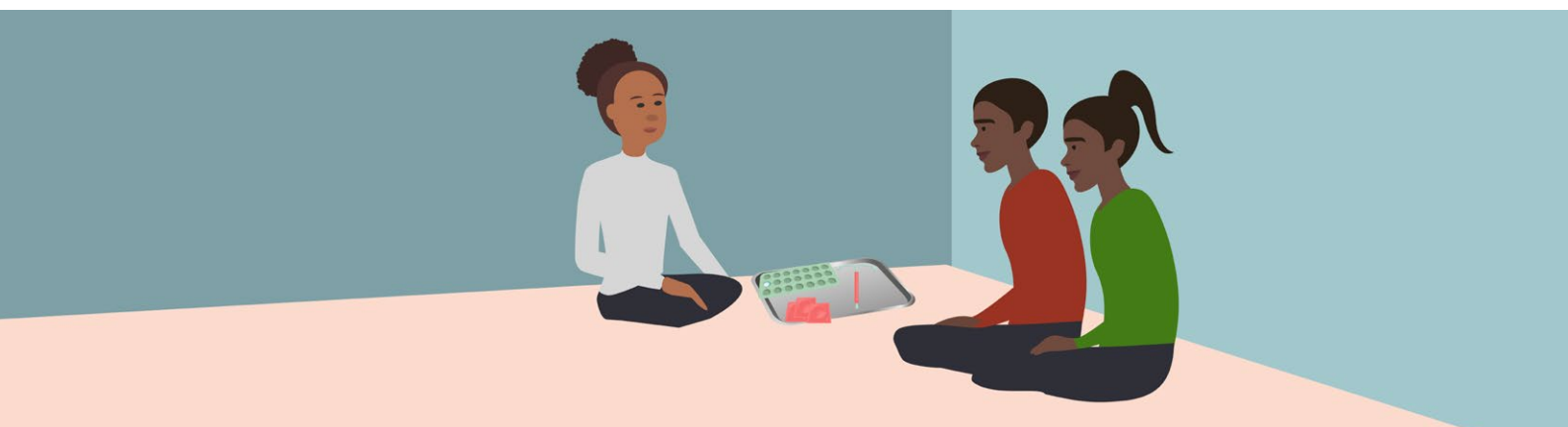
De nombreux traitements peuvent être utilisés, notamment les pilules à progestatif seul, l'acétate d'ulipristal et les pilules hormonales combinées de CU (la méthode de Yuzpe avec laquelle la cliente prend une dose plus élevée de pilule de contraception orale)¹¹¹. À l'échelle internationale, les pilules à progestatif seul sont les pilules de CU qui sont les plus disponibles ; cependant, il est possible les pilules à progestatif seul dédiées ne soient pas disponibles dans tous les pays.

Pilules à progestatif seul	<ul style="list-style-type: none">▶ Une dose de 1,5 mg de lévonorgestrel (LNG) prise dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel protégé▶ Plus grande efficacité quand utilisée peu de temps après le rapport sexuel▶ Plus efficace et avec moins d'effets secondaires que les pilules contraceptives hormonales combinées▶ Type de pilules de contraception d'urgence le plus disponible
Acétate d'ulipristal	<ul style="list-style-type: none">▶ Une dose de 30 mg d'acétate d'ulipristal prise dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel protégé▶ Plus efficace que les pilules à progestatif seul dans les 73–120 heures suivant un rapport sexuel non protégé▶ Plus efficace et avec moins d'effets secondaires que les pilules contraceptives hormonales combinées
Pilules de CU hormonales combinées	<ul style="list-style-type: none">▶ Deux doses de pilule contraceptive orale combinée, chacune contenant des œstrogènes (100 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone (0,50-0,60 mg de lévonorgestrel (LNG) ou 1,0-1,2 mg de norgestrel)▶ La première dose doit être prise dès que possible après un rapport sexuel non protégé (de préférence dans les 72 heures mais au plus tard dans les 120 heures ou 5 jours)▶ La seconde dose doit être prise 12 heures plus tard▶ En cas de vomissements dans les heures qui suivent la prise d'une dose, il faut reprendre une dose▶ Moins efficace et avec plus d'effets secondaires que les PCU à progestatif seul et l'acétate d'ulipristal

¹¹¹ Contraception d'urgence, fiche descriptive, (OMS 2018), <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.

Session 6 : Points clés

- ▶ L'amélioration de l'accès à la contraception dans le cadre d'une intervention d'urgence est une méthode sûre, efficace et rentable qui permet de prévenir les grossesses non désirées et de réduire les morts néonatales, les avortements à risques et les morbidités liées à la grossesse.
- ▶ Les préservatifs doivent être disponibles au niveau de la communauté et des établissements de santé et tous les utilisateurs de contraceptifs doivent être informés à propos de la double protection (pour prévenir les grossesses et les IST/VIH).
- ▶ La CU doit être mise à la disposition de l'ensemble des femmes et des filles indépendamment de leur âge, de leur statut matrimonial, de leur religion, de leurs origines raciales/ethniques ou du fait que les rapports sexuels aient été consensuels.
- ▶ Toutes les formes de contraception doivent être fournies de manière confidentielle sans solliciter le consentement d'un partenaire, d'un parent ou d'un aidant.
- ▶ Parmi les facteurs à prendre en considération pour choisir la gamme de méthodes contraceptives dans les situations d'urgence extrême, figurent les méthodes disponibles et utilisées par la population cible avant la situation d'urgence et les méthodes enregistrées dans le pays d'intervention.
- ▶ Les prestataires doivent garantir la qualité des soins qui privilégie le respect de la confidentialité, de la vie privée, le choix et le consentement volontaires et informés.
- ▶ Les informations sur les méthodes contraceptives doivent être communiquées, notamment sur les modalités du fonctionnement de la méthode, l'efficacité de la méthode, la bonne utilisation de la méthode, les avantages de la méthodes, les effets secondaires courants, et d'autres effets secondaires et risques sanitaires inhérents à la méthode, la manière de surmonter les effets secondaires de la méthode, les signes et symptômes pouvant nécessiter un retour au centre de santé, le retour de la fécondité après l'interruption de la méthode, et la prévention des IST.
- ▶ Veiller à ce que la communauté y compris les membres de la communauté non mariés et les adolescents, connaisse l'endroit et les modalités d'accès à la contraception :
 - ▶ Les informations sur la contraception doivent être communiquées sous divers formats et dans diverses langues pour garantir l'accessibilité (par exemple, le Braille, la langue des signes, les pictogrammes et les images).
 - ▶ Les leaders communautaires et les bénévoles locaux y compris les promoteurs pairs, peuvent aussi être mobilisés pour distribuer des informations sur la disponibilité des services contraceptifs.



Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que faut-il faire si aucun agent de santé n'est formé à l'administration et au retrait des méthodes à longue durée d'action (par ex., DIU et implants) ?	En partenariat avec les autorités nationales, les ONG internationales doivent déployer du personnel formé à l'administration et au retrait des méthodes de contraception à longue durée d'action et les femmes et filles qui demandent ces méthodes, doivent être orientées vers un établissement en mesure de fournir ces services jusqu'à ce que le personnel local soit formé et qualifié pour administrer ces méthodes.
Que faut-il faire si les prestataires sont réticents à l'idée d'offrir une contraception à certaines clientes (adolescentes, femmes non mariées, etc.) ?	Lors de la planification de l'élargissement des services du DMU pour la SSR aux services complets de SSR, organiser des exercices de clarification des valeurs et des formations sur les droits relatifs à la SSR. Poursuivre ces initiatives à différents stades de la prestation de service en tenant compte de la rotation du personnel ¹¹² .
Que faut-il faire si les prestataires manquent de connaissances à propos de l'éventail complet de méthodes contraceptives ?	<p>Les ONG internationales doivent déployer le personnel formé à l'administration de toutes les méthodes de contraception. Lors de la planification des services complets de SSR au-delà du DMU pour la SSR, intégrer des formations sur les méthodes contraceptives.</p> <p>Si les prestataires ne sont pas formés à l'utilisation de méthodes contraceptives à longue durée d'action, réversibles, un système d'orientation vers des établissements compétents peut être instauré pour faire en sorte que les clientes aient accès à la méthode de leur choix.</p>
Que faut-il faire en cas d'indisponibilité de la contraception d'urgence ?	<p>Les agents de santé peuvent utiliser des pilules contraceptives orales combinées comme la CU (la Méthode Yuzpe) :</p> <p>Elle comprend 2 doses de pilule contraceptive orale combinée. Chaque dose doit contenir des œstrogènes (100–120 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone (0,50-0,60 mg de lévonorgestrel [LNG] ou 1,0-1,2 mg de norgestrel)¹¹³.</p> <p>La première dose doit être prise dès que possible après un rapport sexuel non protégé (de préférence dans les 72 heures mais au plus tard dans les 120 heures ou 5 jours) et la seconde dose doit être prise 12 heures plus tard.</p>

¹¹² Les exercices et formation de clarification des valeurs sur les droits relatifs à la SSR doivent également être menés pendant la phase de préparation.

¹¹³ *Contraception d'urgence, fiche descriptive*, (OMS 2018), <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.

LISTE DE CONTRÔLE : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire.

6. Prévenir les grossesses non désirées			
6.1	Méthodes à courte durée d'action disponibles dans au moins un établissement	Oui	Non
6.2	Préservatifs		
6.3	Pilules de CU* ¹¹⁴		
6.4	Pilule contraceptive orale		
6.5	Injectables		
6.6	Implants		
6.7	Dispositifs intrautérins (DIU)		
6.8	Nombre d'établissements de santé qui conservent un stock minimum équivalent à 3 mois	Nombre	
	Préservatifs		
	Pilules de CU		
	Pilules contraceptives orales combinées		
	Pilules contraceptives à progestatif seul		
	Injectables		
	Implants		
	DIU		

¹¹⁴ Il est important de noter les différentes pilules de contraception d'urgence qui sont disponibles, notamment les pilules à progestatif seul, les pilules de CU orales combinées et l'acétate d'ulipristal.

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles sont les fournitures nécessaires ou quels kits de SR pourraient être commandés pour fournir des services de contraception ?

Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique¹¹⁵.

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR du DMU aux soins complets.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communauté/poste de santé	Kit 1A	Préservatifs masculins
Communauté/poste de santé	Kit 3	Traitement post-viol
Communauté/poste de santé	Kit 4	Contraceptifs oraux et injectables

Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Prestation de service	Élément	En complément du
Communauté/poste de santé	Kit 1B préservatifs féminins	Kit 14
Communauté/poste de santé	Acétate de médroxyprogestérone - sous-cutané (DMPA-SC)	Kit 4
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 7A Dispositif intrautérin (DIU)	Kit 4
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 7B Implant contraceptif	Kit 4

¹¹⁵ Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les *kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Quiz sur la Session 6 : Prévenir les grossesses non désirées

1. Quels sont les éléments à prendre en considération pour établir une gamme complète de méthodes contraceptives au début d'une situation d'urgence extrême ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. L'inscription de la méthode contraceptive dans le pays d'intervention
 - b. L'utilisation par les populations touchées par une crise
 - c. L'éventualité d'une nouvelle migration
 - d. Le taux brut de natalité
 - e. La religion

2. Les adolescentes non mariées **ne doivent pas bénéficier** d'une contraception.

Vrai ou Faux

3. Quel énoncé **n'est pas vrai** concernant la contraception d'urgence (CU) ?
 - a. La CU ne perturbe pas une grossesse existante
 - b. La CU doit être prise dans les 120 heures et plus elle est prise tôt, plus elle est efficace
 - c. Les adolescentes ne peuvent pas prendre de CU
 - d. Lorsque les pilules de CU ne sont pas disponibles, le bon dosage des pilules contraceptives orales peut être utilisé
4. Quels sont les trois éléments à privilégier pour garantir la qualité des soins lors de l'administration de contraception ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. La confidentialité
 - b. Le respect de la vie privée
 - c. Le choix informé
 - d. L'approbation par des membres de la famille ou le partenaire
5. Quelles informations doivent être fournies à l'ensemble des clientes pendant les conseils en matière de contraception ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. L'efficacité de la méthode
 - b. Les effets secondaires courants de la méthode contraceptive
 - c. Les conseils prénataux
 - d. Les modalités de fonctionnement de la méthode
 - e. La protection contre les IST

SESSION 7 : PLANIFIER L'INTÉGRATION DES SERVICES COMPLETS DE SSR DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE



La mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) implique non seulement une coordination en vue de la mise à disposition de services cliniques, mais aussi de commencer à aborder la SSR complète dès que possible. Cela requiert une vision, un leadership et des compétences de coordination efficaces de même qu'une bonne compréhension de la situation locale et des perspectives de reconstruction du système de santé. Cette section présente les étapes à suivre pour se préparer à l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaires.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- expliquer l'importance de planifier les services complets de SSR ;
- comprendre le processus de passage aux services de SSR pour les soins complets ; et
- expliquer les éléments constitutifs du système de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Objectifs et activités du DMU pour la SSR

PLANIFIER LES SERVICES COMPLETS DE SSR INTÉGRÉS DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, DÈS QUE POSSIBLE.

Cela inclut le travail avec les partenaires du secteur/cluster santé afin d'aborder les six éléments constitutifs du système de santé :

- Prestation de service
- Personnel de santé
- Système d'informations sanitaires
- Produits médicaux
- Financement
- Gouvernance et leadership

Pourquoi la planification pour des services complets de SSR est-elle une priorité ?

L'offre de soins complets de SSR à l'ensemble des membres d'une population touchée par une crise est un objectif global du secteur de santé. Si elles sont négligées, les lacunes en matière de prestation de services complets de SSR conduiront à une morbidité et une mortalité accrues. La collecte des données, le choix de sites adaptés, la préparation du personnel, le fait de garantir la disponibilité de fournitures et l'identification de mécanismes de financement à long terme de même que les services complets de SSR peuvent être mis en œuvre rapidement et de manière efficace une fois que le DMU pour la SSR a été mis en œuvre.

Comment définit-on les services complets de SSR ?

Selon un rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, les services complets de SSR sont « des services de SSR essentiels qui doivent respecter les normes relatives à la santé publique et aux droits humains, y compris le cadre de 'disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité' du droit à la santé¹¹⁶. » Ces services doivent inclure les éléments suivants comme indiqué dans le rapport de ladite Commission :

- ▶ Des informations et des conseils précis sur la SSR, y compris l'éducation sexuelle complète fondée sur des données probantes.
- ▶ Des informations, des conseils et des soins liés à la fonction et à la satisfaction sexuelle.
- ▶ La prévention, le dépistage et la prise en charge de la violence et de la coercition sexuelle et basée sur le genre.
- ▶ Un choix de méthodes contraceptives sûres et efficaces.
- ▶ Les soins prénatals, obstétricaux et postnatals sûrs et efficaces.
- ▶ Les services et soins liés à l'avortement sans risques et efficaces, dans les limites prévues par la loi.
- ▶ La prévention, la prise en charge et le traitement de la stérilité.
- ▶ La prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections de l'appareil reproducteur.
- ▶ La prévention, le dépistage et le traitement des cancers de l'appareil reproducteur.

Qui doit avoir accès aux services complets de SSR ?

Comme avec le DMU pour la SSR, tout le monde (femmes, filles, hommes et garçons) doit avoir accès aux services complets de SSR. Pour faire en sorte que les services de SSR répondent aux besoins des populations touchées, il faut impliquer la communauté dans toutes les phases de création de ces services ; ce n'est que lorsque les personnes bénéficient de services particulièrement adaptés à leurs besoins et à leurs exigences qu'elles ont eu un rôle à jouer dans l'avenir de ces services.

¹¹⁶ Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All : Report of the Guttmacher–Lancet Commission (The Lancet, 9 mai 2018), <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.

Quels sont les éléments à prendre en considération pour des populations spécifiques lors de la planification des services complets de SSR ?

Les services de SSR doivent être accessibles à toutes les populations touchées par une crise, notamment les groupes souvent marginalisés comme les adolescents, les personnes handicapées, les femmes non mariées et mariées, les personnes âgées, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients, les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les personnes transgenres, queers, intersexes et asexuées (LGBTQIA), les ex-combattants, les personnes en uniforme, les consommateurs de drogues injectables. Ce tableau présente quelques considérations particulières pour des populations spécifiques.

Adolescent(e)s	Les adolescent(e)s en situation d'urgence humanitaire sont confronté(e)s à des risques accrus de violence et d'exploitation sexuelle, de grossesse non désirée et d'avortement à risques. Le personnel de santé doit savoir que les adolescentes qui demandent des contraceptifs ont le droit à une gamme complète de services de contraception y compris la contraception d'urgence (CU), indépendamment de leur âge ou statut matrimonial. Les adolescentes qui se présentent aux établissements de santé pour bénéficier d'une contraception volontaire doivent être interrogées à propos des symptômes d'IST et du VIH, et la contraception volontaire doit être évoquée avec celles qui se présentent aux centres de santé spécialisés dans les IST.
Personnes se livrant au commerce du sexe	Il est important d'être attentif au fait que les personnes qui se livrent au commerce du sexe ont les mêmes besoins en SSR que leurs pairs qui ne se livrent pas au commerce du sexe. Il faut veiller à ce que leurs besoins soient pris en charge lors de discussions et de conseils sur les méthodes de contraception disponibles, les rapports sexuels protégés et la prévention du VIH/des IST, les instructions concernant la bonne utilisation des préservatifs masculins et féminins et lubrifiants. Les prestataires de service doivent également procéder au dépistage du VIH et d'autres IST, ils doivent promouvoir et fournir des préservatifs et lubrifiants en quantités suffisantes, prescrire la méthode contraceptive souhaitée par la cliente, et mettre à disposition la CU.
Personnes handicapées	Les besoins divers des personnes handicapées en matière de santé reproductive sont rarement compris ou traités dans les programmes de SSR sur les situations d'urgence humanitaire. Les besoins en SSR des personnes handicapées, leurs intentions en matière de planification familiale et leur accès aux services de contraception doivent être compris et généralisés dans les programmes complets de SSR.
Personnes LGBTQIA	Les lois, les attitudes et les pratiques discriminatoires engendrent souvent des disparités sanitaires et empêchent les personnes LGBTQIA d'accéder à des services de santé reproductive de qualité. Les soins de SSR doivent se concentrer sur les besoins spécifiques d'une personne, en fonction de son comportement plutôt que son identité. Les prestataires doivent adopter une attitude respectueuse et neutre lorsqu'ils fournissent des services de contraception, en étant attentifs aux obstacles auxquels les personnes LGBTQIA peuvent être confrontées lorsqu'elles ont recours aux soins et ils doivent s'efforcer de répondre aux inquiétudes potentiellement propres à cette population.

Quels aspects doivent être pris en compte lors de l'appui aux parties prenantes locales et internationales dans la planification de l'offre de services complets de SSR ?

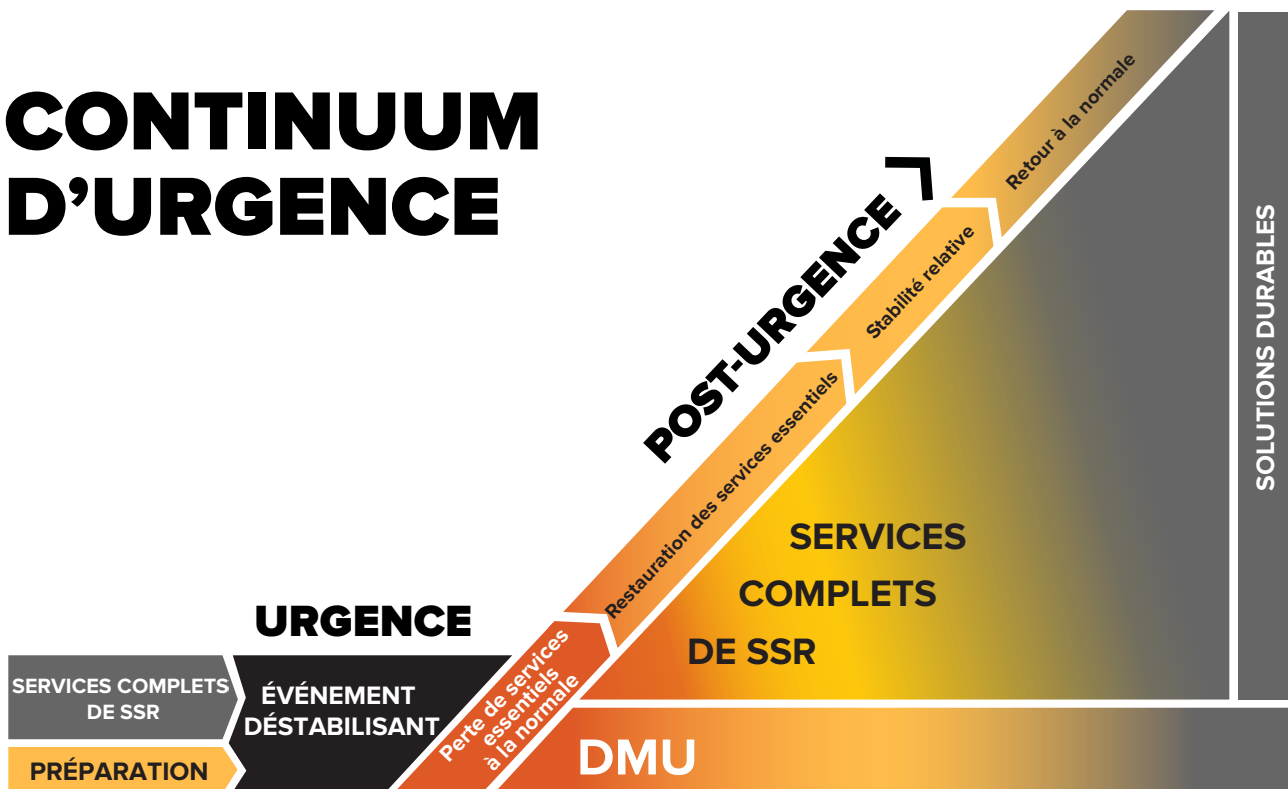
Pour offrir des services de SSR complets et de haute qualité dans les situations de crise humanitaire, il faut une approche multisectorielle intégrée. Les personnels en charge de la protection, de la santé, de la nutrition et de l'éducation de même que de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et des services communautaires ont tous un rôle à jouer dans la planification et la prestation de services de SSR. Au cours de la planification, il est donc important de prendre en compte les éléments suivants :

- ▶ La communication entre les décideurs et les partenaires d'exécution
- ▶ Le financement adapté
- ▶ La coordination efficace
- ▶ La gestion de la chaîne d'approvisionnement
- ▶ La gestion des ressources humaines
- ▶ Le suivi et l'évaluation
- ▶ Le système de partage d'informations, les commentaires et la responsabilisation vis-à-vis de la communauté touchée
- ▶ Une stratégie de sortie pour les partenaires humanitaires

Quand la planification des services complets de SSR doit-elle commencer ?

Il est essentiel de débiter la planification de l'intégration des activités complètes de SSR, avec les partenaires du secteur/cluster santé et avec les femmes, les adolescents et les hommes touchés, dès que possible. Cela suppose d'obtenir la contribution/les commentaires de la communauté à propos de l'intervention d'urgence afin d'identifier les lacunes, les succès et les pistes d'amélioration. Lors de la planification des services complets de SSR, les services prioritaires mis en place dans le cadre du DMU doivent être pérennisés, leur qualité doit être améliorée et ils doivent être élargis à d'autres services et programmes de SSR complets tout au long des crises prolongées, du rétablissement et de la reconstruction.

CONTINUUM D'URGENCE



Comment la planification des services complets de SSR doit-elle s'opérer ?

La planification des services complets de SSR doit être mise en œuvre à travers un processus de planification participative avec les parties prenantes nationales, les partenaires nationaux et internationaux, les partenaires concernés aux niveaux provincial, régional ou local et la population touchée¹¹⁷. L'objectif du processus de planification participative est d'intégrer la programmation complète en SSR dans les efforts de reconstruction du système de santé grâce à un travail collectif en faveur de la SSR complète. Dans le cadre du processus de planification participative, les parties prenantes clés doivent :

1. Évaluer la situation actuelle, y compris la mise en œuvre du DMU pour la SSR et l'état de la SSR au sein des populations touchées.
2. En fonction des informations et à l'aide des éléments constitutifs du système de santé (voir les informations complémentaires ci-dessous) utilisés comme cadre de référence, identifier les besoins et les possibilités en matière de service de SSR pour l'élargissement et l'intégration dans les soins de santé primaires.
3. En se référant aux activités et aux interventions considérées comme un ensemble de lacunes ou de possibilités, identifier et décider des priorités de la planification. Les priorités concernant les services complets de SSR pourraient inclure l'élargissement et le renforcement des services existants du DMU pour la SSR, de même que l'inclusion ou le renforcement des services de SSR qui ne tombent pas sous le coup du DMU pour la SSR.

¹¹⁷ L'Initiative Partenariat de Formation de l'IAWG travaille actuellement sur la création d'une boîte à outils pour la mise en œuvre de ce processus de planification participative : « Integrating Sexual and Reproductive Health into Health System Reconstruction : A Workshop Toolkit to Catalyze Participatory Planning to Move from the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive in Crisis Situations to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Programming. »

4. Développer un plan de travail collectif pour les services complets de SSR pour :
- a. renforcer et tirer parti de la mise en œuvre des services de SSR à l'heure actuelle ;
 - b. remédier aux lacunes et aux difficultés de service ;
 - c. servir d'outil de plaidoyer pour obtenir le soutien et le financement accordés par des programmes ; et
 - d. alimenter l'étude générale du programme de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Bien que la planification initiale commence au début de l'intervention, ce processus participatif officiel doit être lancé dès que les indicateurs du DMU sont atteints et lorsque les processus de recours et les agences humanitaires entament la planification à long-terme. Pour éviter les retards et garantir la pérennité, il est essentiel que les composantes des services soient intégrées dans les processus nationaux de financement et de planification à long-terme tels que les Plans d'aide humanitaire. ***Il convient de noter que la mise en œuvre de la programmation complète en SSR ne doit pas nuire à la disponibilité des services du DMU pour la SSR ; elle doit au contraire être améliorée et être élargie.***

Que faut-il évaluer et planifier dans le cadre des éléments constitutifs du système de santé de l'OMS ?

1. Prestation de service

Travailler en collaboration avec les autorités nationales et locales, la communauté affectée et le cas échéant, les experts en gestion des camps de réfugiés pour identifier d'éventuels nouveaux sites afin de leur proposer des services complets de SSR comme les centres de planification familiale, les salles de consultation externe en IST, ou les services de SSR axés sur les adolescents. Tenir compte des facteurs suivants (entre autres) lors de la sélection de sites adaptés :

- ▶ Viabilité de la communication et des transports pour l'orientation vers d'autres services
- ▶ Nombre, type, qualité, et distance pour rejoindre les établissements de santé existants, les services de SSR, et d'autres services
- ▶ Degré d'accessibilité pour les utilisateurs potentiels, dans toute leur diversité, y compris les populations touchées et le groupe cible
- ▶ Intégration éventuelle dans d'autres services par opposition aux services autonomes
- ▶ Sécurité au point d'utilisation de même que pendant le déplacement entre le domicile et le point de prestation de service

2. Personnel de santé

Évaluer les capacités du personnel à dispenser des services complets de SSR, établir des plans pour former ou recycler les personnels, et assurer la supervision de soutien. Les capacités du personnel peuvent être mesurées par le biais d'activités de supervision (par exemple, les listes de contrôle du suivi, les observations directes, les entretiens avec des clients à la sortie) ou par l'examen officiel des connaissances et des compétences.

Lors de la planification des formations ou des recyclages du personnel, collaborer avec les autorités nationales, les institutions académiques et les organismes de formation et tenir compte du curriculum existant. Le cas échéant, il faut recourir à des agents nationaux et planifier les sessions avec soin pour éviter des pénuries de personnel. La formation des agents de santé sur les droits des patients et l'offre de soins respectueux, neutres, équitables est essentielle et elle doit être intégrée dans les formations, les programmes de formation, et/ou la supervision de soutien.

Tenir compte des possibilités de développement des capacités en dehors des formations, comme la supervision de soutien, les programmes de tutorat et les perspectives en matière de pratique des compétences apprises.

Fournir des protocoles et des aide-mémoires pour appuyer la prestation de services de qualité en fonction des meilleures pratiques fondées sur des éléments concrets. Pour voir des exemples, voir iawg.net/resource/job-aids-health-care-providers-humanitarian-settings/.

3. Système d'informations sanitaires

Pour aller au-delà du DMU pour la SSR et commencer à planifier l'offre de services complets de SSR, les responsables de programme sur la SSR doivent recueillir, en étroite collaboration avec les partenaires du secteur/cluster santé, les informations existantes ou les prévisions qui aideront à élaborer un tel programme.

Parmi les exemples d'informations qui permettent de planifier la SSR complète figurent :

- ▶ Les politiques et protocoles du Ministère de la Santé, les protocoles de soins standardisés (par ex., la prise en charge syndromique des IST, les protocoles de planification familiale et les lois et réglementations relatives aux soins post-avortement).
- ▶ Les indicateurs de services du DMU pour la SSR qui font l'objet d'un suivi et d'une évaluation. La liste de contrôle du DMU pour la SSR présentée en Annexe B et les outils d'évaluation des processus sont essentiels pour veiller à ce que les composantes du DMU pour la SSR soient en place¹¹⁸. Pour recueillir des données dans le cadre des recensements de besoins, le guide intitulé « Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women » peut s'avérer utile¹¹⁹.
- ▶ Les données de service et de consommation des établissements de santé.
- ▶ Les informations démographiques relatives à la SSR collectées par rapport à la population touchée, le nombre de femmes en âge de procréer, le nombre d'hommes sexuellement actifs, les taux bruts de natalité, les données spécifiques à l'âge et au sexe par rapport à la mortalité, les taux de mortalité néonatale, et les taux de mortalité maternelle.
- ▶ La prévalence des IST et du VIH, des contraceptifs, et les méthodes privilégiées, la prévalence des avortements à risques et les connaissances, les attitudes et les comportements de la population affectée à l'égard de la SSR.

118 IAWG. (2017). MISP Process Evaluation Tools. Extrait de : iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017.

119 Division de santé reproductive, Centre national de prévention des maladies chroniques et de promotion sanitaire, Centre de coordination pour la promotion sanitaire, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies et Département de la santé et des services sociaux. (2007). *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*. Atlanta, GA. Extrait de : https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/ToolkitforConflictAffectedWomen.pdf.



Intégrer les services complets de SSR dans les soins de santé primaires dans le cadre de l'intervention humanitaire auprès des Rohingyas au Bangladesh

Un recensement des besoins a été mené avec un échantillonnage fiable ce qui a permis l'analyse des données à temps réel pour guider le processus de planification et de programmation¹²⁰. Cependant, une des difficultés majeures de l'intégration des soins de SSR complets concernait le financement. Le financement était destiné aux cycles courts d'intervention conjointe, ce qui rendait la planification à long terme difficile et augmentait le risque de retrait des services. Cela met en évidence la nécessité de cibler des sources de financement durable dès que possible.

4. Produits médicaux

Les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (SR) ne sont pas conçus comme des kits de réapprovisionnement. S'ils sont utilisés sur le long terme, cela peut aboutir à l'accumulation d'éléments et de médicaments qui ne sont pas nécessaires. Bien que la mise à disposition de médicaments et de dispositifs médicaux dans des kits pré-conditionnés standardisés puisse être pratique au début d'une situation d'urgence, les besoins locaux spécifiques doivent être évalués dès que possible et des fournitures supplémentaires doivent être commandées en conséquence. Cela permettra d'assurer la pérennité des programmes de SSR et de la chaîne d'approvisionnement nationale, de réduire les coûts inutiles. Cela permettra aussi d'éviter les pénuries de fournitures particulières et la perte d'autres fournitures non utilisées en général, dans un contexte précis.

Une fois que les services de base ont été mis en place, il faut travailler avec le/la coordinateur/coordinatrice SSR et d'autres partenaires de santé afin d'évaluer les besoins de SSR et tenter passer des pré-commandes de médicaments, de dispositifs et d'équipements en gros, en fonction de la consommation, et pour garantir la pérennité et l'élargissement du programme SSR. Pour faciliter cette transition, le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit :

- ▶ renforcer et développer un système d'information sur la gestion logistique des fournitures médicales, dès que possible, en coordination avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et d'autres partenaires fournisseurs de produits de santé ;
- ▶ établir une estimation de l'utilisation des fournitures de SSR en fonction des données de consommation, de services et des données démographiques et faire des prévisions ; évaluer les besoins changeants de la population en matière de SSR et comment cela peut impacter les besoins en fournitures ; et
- ▶ commander de nouveau des fournitures si besoin, en fonction du plan d'approvisionnement ; il peut s'agir d'une combinaison de kits de SR et de produits en gros.

Pour la commande de fournitures de services complets de SSR, il faut coordonner la gestion des fournitures de SSR avec les autorités sanitaires et le secteur/cluster santé pour assurer un accès ininterrompu aux services de SSR et éviter de créer plusieurs chaînes d'approvisionnement sanitaires.

¹²⁰ Visite de suivi, Women's Refugee Commission, novembre 2018.

Pour renforcer les chaînes d'approvisionnement nationales, il est suggéré de :

- ▶ Recruter du personnel de gestion des chaînes d'approvisionnement et de logistique médicale.
- ▶ Renforcer les capacités du personnel existant en matière de gestion de chaîne d'approvisionnement.
- ▶ Mettre en place un groupe de travail sur la coordination de la logistique sanitaire sous l'égide du cluster santé en partenariat étroit avec le pôle logistique.
- ▶ Établir une estimation de la consommation mensuelle de médicaments et de fournitures jetables de SSR.
- ▶ Appuyer la création ou renforcer (s'il y en a un) le système national d'informations sur la gestion logistique.
- ▶ Identifier les filières d'approvisionnement médical. Si les chaînes d'approvisionnement locales ne sont pas adaptées (par ex. impossibilité de confirmer les normes de qualité), il faut se procurer des produits de SSR par l'intermédiaire de fournisseurs mondiaux reconnus ou avec l'appui du FNUAP (par l'intermédiaire de l'Unité de services d'approvisionnement¹²¹), de l'UNICEF, ou de l'OMS qui peuvent faciliter l'achat de fournitures de SSR de haute qualité en gros, à moindre coût.
- ▶ Passer les commandes en temps voulu, via les flux logistiques identifiés.
- ▶ Stocker les fournitures au plus près de la population cible.



Toujours garder à l'esprit l'importance de l'utilisation et du renforcement des chaînes d'approvisionnement médical durables lors de la planification des services complets de SSR. Pour plus d'informations et d'indications, voir la Session 9 de ce module et Chapitre 4 du Manuel de terrain du Groupe interorganisation (IAFM).

5. Financement

Pour assurer un accès permanent à des soins de SSR complets, de haute qualité et abordables, des mécanismes de financement durable doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence. Un système solide de financement de la santé s'avère essentiel au maintien de soins complets de SSR^{122,123}. Diverses options de financements comprennent mais ne se limitent pas :

- ▶ Au financement communautaire et aux assurances maladie communautaires
- ▶ Aux transferts en espèces assortis de conditions ou non
- ▶ Aux paiements directs ou aux frais d'utilisation
- ▶ Au financement axé sur les résultats
- ▶ Aux subventions accordées aux clients et remboursements pour les agents de santé
- ▶ Au marketing et à la franchise sociale

¹²¹ www.unfpaprocurement.org.

¹²² Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique : guide de référence. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2017. (Financement de la santé. Orientations N° 3) Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, consulté via : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275717/9789242512106-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.

¹²³ *Health financing in post-conflict settings – a literature review*, (ReBUILD Consortium, 2011), <https://rebuildconsortium.com/media/1124/health-financing-in-post-conflict-settings-a-literature-review.pdf>.



Efforts du HCR en matière de financement

- ▶ Le HCR a commencé des interventions monétaires pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés, c'est le cas du programme offrant des paiements en espèces à des réfugiées syriennes, pour compenser les coûts des soins maternels¹²⁴.
- ▶ Cette agence de l'ONU a rencontré davantage de succès dans l'intégration des populations touchées par une crise dans le système national d'assurance maladie du pays dans lequel elles résident.

6. Gouvernance et leadership

Le leadership et la gouvernance pour l'intégration de la SSR dans le renforcement des systèmes de la santé peuvent être assurés sur le plan international, national et communautaire.

Niveaux national et infranational : En identifiant les politiques, les directives et les protocoles existants qui ne soutiennent pas la santé et les droits sexuels et reproductifs ou qui ne répondent pas aux normes internationales, les intervenants internationaux peuvent plaider et appuyer le leadership national pour mettre en œuvre un plan de renforcement des systèmes de santé afin de remédier à la surmorbidity et surmortalité liées à la SSR.

Niveau communautaire : Les communautés doivent comprendre leurs droits et prendre part à la conception et à la mise en œuvre des services de SSR, en créant la demande et en faisant respecter le principe de responsabilité (par ex., les registres de plaintes et les recours). Elles doivent être dotées des ressources nécessaires pour appuyer ces efforts.

Session 7 : Points clés

- ▶ Les lacunes en matière de prestations de services complets de SSR pour l'ensemble des membres d'une population touchée par une crise engendreront une morbidité et une mortalité accrues.
- ▶ Il faut entamer la planification de l'intégration des activités complètes de SSR avec les partenaires du secteur/cluster santé, de même que les femmes, les adolescents et les hommes affectés dès le début d'une intervention humanitaire.
- ▶ La mise en œuvre de la programmation complète en SSR ne doit pas nuire à la disponibilité des services du DMU pour la SSR ; elle doit au contraire, l'améliorer et l'élargir.
- ▶ Comme avec les services du DMU pour la SSR, les services complets de SSR doivent être accessibles à toutes les populations touchées par une crise, y compris les adolescents, les personnes handicapées, les femmes et les hommes mariés ou non mariés, les personnes âgées, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients, les personnes LGBTQIA, les ex-combattants, les personnes en uniforme et les consommateurs de drogues injectables.
- ▶ La SSR doit être intégrée dans les dispositifs de santé publique et reliée à d'autres secteurs y compris lors du renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en SSR.
- ▶ Pendant la planification des services complets de SSR, utiliser les six éléments constitutifs du système de santé comme cadre : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

¹²⁴ Interventions monétaires pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés : une étude, (HCR, 2015), <https://www.unhcr.org/fr/56c320586.pdf>.

Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que faut-il faire en cas de manque d'agents de santé féminins ?	<p>Des efforts doivent être déployés pour identifier et mobiliser les agents de santé féminins, en particulier dans les contextes où les normes religieuses ou culturelles empêchent l'examen des patientes par des agents de santé masculins. Si possible, il faut mobiliser et former les agents de santé féminins dans la phase de préparation aux urgences.</p> <p>Le manque de personnel féminin ne doit cependant pas empêcher les femmes et les filles d'accéder aux soins. Une autre option peut consister à veiller à ce qu'un agent féminin ou une amie accompagne la femme qui a recours aux soins médicaux.</p>
Que peut faire une agence pour obtenir des données fiables sur les populations touchées par une crise (par ex., les informations générales sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile, la prévalence du VIH/des IST et l'utilisation de méthodes contraceptives) ?	<p>Ces informations doivent être collectées par le biais du secteur/cluster santé et doivent être disponibles pour l'ensemble de ses membres, y compris le Ministère de la Santé. De plus, les agences qui assistent aux réunions du secteur/cluster santé et des groupes de travail sur la SSR peuvent collecter des données fiables en ligne, auprès d'organismes comme le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'OMS, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), la Banque mondiale, l'Enquête démographique et de santé, et le Ministère de la Santé.</p> <p>Si possible, il faut essayer de collecter les données issues de ressources fiables en ligne ou de demander aux sièges de vos organisations d'apporter leur aide pour faire en sorte que les données soient partagées et comparées avec celles qui sont à la disposition du secteur/cluster santé plus généralement. En cas d'incohérence des données, des discussions doivent avoir lieu au sein du secteur/cluster santé pour convenir de ce qu'il faudrait utiliser.</p>
Comment puis-je lancer un processus de planification participative pour élargir les services du DMU pour la SSR aux services complets de SSR ?	<p>L'expérience de terrain a montré que cet objectif du DMU pour la SSR est un défi. Pour remédier à ce problème, l'Initiative Partenariat de Formation du Groupe de travail interorganisations sur la SR dans les situations de crise travaille sur l'élaboration d'une boîte à outils déployée lors d'un atelier pour appuyer les coordinateurs/coordinatrices SSR et les parties prenantes nationales et internationales clés dans leurs efforts d'élargissement des services du DMU pour la SSR aux services complets de SSR. Cette boîte à outils sera disponible sur le site internet de l'IAWG en 2020.</p>

LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : PLANIFICATION DE LA TRANSITION VERS LES SERVICES COMPLETS DE SSR

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire :

7. Planification de la transition vers des services complets de SSR			
7.1	Prestation de service	Oui	Non
	Identification des besoins en matière de SSR au sein de la communauté		
	Identification des sites adaptés pour la prestation de services de SSR		
7.2	Personnel de santé	Oui	Non
	Évaluation des capacités du personnel		
	Identification des besoins et niveaux du personnel		
	Conception et planification des formations		
7.3	SIS	Oui	Non
	Informations sur la SSR incluses dans le SIS		
7.4	Produits médicaux	Oui	Non
	Identification des besoins en produits de SSR		
	Identification, consolidation et renforcement des filières d'approvisionnement en produits de SSR		
7.5	Financement	Oui	Non
	Identification des possibilités de financement de la SSR		
7.6	Gouvernance et leadership	Oui	Non
7.7	Étude des lois, des politiques et des protocoles relatifs à la SSR		

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles informations sont utiles pour la planification de services complets de SSR, intégrés dans les soins de santé primaires ?

Cet objectif n'est pas associé à un kit.

Quiz sur la Session 7 : Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaires dès que possible

1. Parmi les éléments suivants, lequel est une composante fondamentale/un élément constitutif d'un système de santé ?
 - a. Système d'informations sanitaires
 - b. Personnel de santé
 - c. Connaissance de la communauté
 - d. Prestation de service
 - e. a, b, et d
2. Pour assurer un accès permanent à des soins complets et abordables de SSR, des mécanismes de financement durables doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence.

Vrai ou Faux

3. Parmi les éléments suivants, lequel **ne devrait pas être pris en compte** lors de la sélection d'un site pour offrir des services complets de SSR ?
 - a. La distance à parcourir pour rejoindre les établissements de santé, les services de SSR et d'autres services de santé
 - b. L'accessibilité à l'ensemble des utilisateurs potentiels
 - c. La capacité à avoir des services de SSR autonomes
 - d. Le respect de la vie privée et de la confidentialité durant les consultations
 - e. La viabilité de la communication et des transports pour l'orientation vers des établissements compétents
4. Lors de planification de services complets de SSR, vous devez continuer de commander les kits de SR pré-conditionnés.

Vrai ou Faux

5. Quelles informations ou données doivent être collectées pour planifier les services complets de SSR ?
 - a. Les protocoles des organisations pour les soins standardisés
 - b. Les indicateurs des services du DMU pour la SSR qui sont suivis et évalués
 - c. Les données de santé générale et les statistiques sur les maladies non transmissibles et transmissibles, les taux de malnutrition, etc.
 - d. La prévalence des maladies chroniques et les connaissances de la population touchée par une crise
 - e. Tout ce qui précède

SESSION 8 : AUTRES PRIORITÉS DU DMU EN MATIÈRE DE SSR



L'avortement sans risques touche tous les pays où les soins liés à l'avortement sans risques ne sont pas accessibles¹²⁵. L'accès aux soins liés à l'avortement sans risques pour toutes les femmes et les filles est primordial pour leur sauver la vie, étant donné que les grossesses non désirées et les avortements à risques sont à l'origine d'environ 8 % des morts maternelles¹²⁶. Les soins liés à l'avortement sans risques doivent être accessibles à l'ensemble des femmes et des filles au moins pour les cas autorisés par la loi ; les soins liés à l'avortement sans risques ne sont pas soumis à des restrictions légales et doivent toujours être accessibles.

Dans la version révisée du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, une autre activité prioritaire a été identifiée au-delà des objectifs prioritaires du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR). Le manuel précise qu'il faut particulièrement veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans les limites prévues par la loi.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- expliquer pourquoi l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi, est important dans les contextes de crise humanitaire ;
- expliquer comment trouver les informations sur les politiques nationales relatives aux soins liés à l'avortement sans risques ; et
- expliquer comment faciliter l'accès et veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles dans les limites prévues par la loi, au début d'une situation d'urgence et pendant la planification des services complets de SSR.

Autres activités du DMU pour la SSR :

- Il est aussi important de faire en sorte que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

125 *Women and Girls Continue to Be at Risk of Unsafe Abortion* (OMS, septembre 2017), https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/.

126 « Induced Abortion Worldwide » ; et *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, p. 48.

Pourquoi les soins post-avortement sont-ils si importants dans les contextes de crise humanitaire ?

La nécessité de services d'avortement sans risques est susceptible d'augmenter dans les situations de crise humanitaire. Étant donné que la violence sexuelle est associée aux guerres et aux crises graves, les traumatismes qui découlent de la violence sexuelle peuvent être accentués si l'incident donne lieu à une grossesse. De ce fait, bon nombre d'accords internationaux et d'organismes d'experts en droits humains appuient la prestation de services liés à l'avortement sans risques pour les femmes qui sont violées pendant des crises. Le droit international des droits de l'homme soutient l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans tous les contextes¹²⁷.

Dans les situations de crise humanitaire, les femmes et les filles peuvent aussi être exposées à un risque accru de grossesses non désirées en raison de la perte ou de l'accès réduit à la contraception volontaire. Il est possible que les femmes et les filles veuillent retarder leur grossesse jusqu'à ce que la sécurité et les moyens de subsistance soient assurés, mais il se peut qu'elles n'aient pas accès aux contraceptifs du fait des perturbations qui touchent les fournitures de santé.

Avortements à risques

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'avortement à risques est une procédure d'interruption d'une grossesse non désirée, menée par des personnes qui ne sont pas dotées des compétences nécessaires, dans un environnement non conforme aux normes standards minimales ou les deux¹²⁸.

Comment les soins liés à l'avortement sans risques doivent-ils être facilités dès le début d'une situation d'urgence ?

Compte tenu de l'enjeu, il est essentiel que le/la coordinateur/coordinatrice SSR, les responsables de programme de santé, et les prestataires de service veillent à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les limites prévues par la loi, au début d'une crise par la prestation de service directe ou par l'orientation vers des prestataires formés. En l'absence de capacités existantes, les soins liés à l'avortement sans risques dispensés dans les limites prévues par la loi, doivent être accessibles une fois que la mise en œuvre des activités prioritaires du DMU est en cours, idéalement dans les 3 mois suivant le début d'une situation d'urgence, si ce n'est plus tôt.

¹²⁷ Les accords internationaux appuyant l'accès à l'avortement sans risques comprennent l'article 3 de la Convention de Genève (le refus de l'avortement sans risques à une victime de viol peut être considéré comme une violation de ses droits), la résolution 2106 du Conseil de sécurité de l'ONU (soutient l'accès à des services de SR y compris l'avortement sans risques pour les victimes de viol) et le Protocole de Maputo.

¹²⁸ *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (OMS, 2012), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf?sequence=1.

Soins post-avortement

Les soins post-avortement sont une stratégie mondiale qui vise à réduire le nombre de décès et de souffrances causés par les complications liées aux avortements à risques et aux avortements spontanés. Ils comprennent cinq éléments¹²⁹ :

- ▶ Le traitement des avortements incomplets et à risques et les complications qui sont potentiellement dangereuses
- ▶ Les conseils visant à identifier et répondre aux besoins émotionnels et physiques des femmes et des filles et à d'autres préoccupations
- ▶ Les services de contraception volontaire pour aider les femmes et les filles à éviter des grossesses non désirées
- ▶ Les services de santé reproductive et autres services de santé qui sont préférablement dispensés sur site ou par l'orientation vers des établissements accessibles au sein des réseaux des prestataires
- ▶ Les partenariats entre communautés et prestataires de services pour prévenir les grossesses non désirées, mobiliser les ressources (afin d'aider les femmes et les filles à bénéficier des soins adaptés et à temps face à des complications liées à l'avortement), et faire en sorte que les services de santé reflètent et répondent aux attentes et aux besoins de la communauté

Les soins complets d'avortement comprennent tous les éléments des soins post-avortement de même que ceux des avortements provoqués sans risques.

Où peut-on trouver les politiques nationales sur les soins liés à l'avortement sans risques ?

Dans la plupart des pays, l'avortement provoqué est autorisé par la loi, au moins dans certaines circonstances. Dans beaucoup de pays, l'avortement est autorisé si la grossesse représente une menace pour la santé physique et mentale de la femme et lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'un inceste. Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit identifier les conditions dans lesquelles les politiques nationales, les accords internationaux signés et le droit international humanitaire et les droits humains permettent les avortements sans risques. Des ressources complémentaires sur les politiques mondiales relatives à l'avortement figurent sur srhr.org/abortion-policies/.

Que peut-on faire pour faciliter l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi ?

Il est essentiel que les intervenants humanitaires collaborent pour accroître l'accès aux services de soins liés à l'avortement sans risques. Les points d'entrée prometteurs incluent, mais ne se limitent pas à :

- ▶ La prestation de soins liés à l'avortement sans risques par le biais d'établissements de

¹²⁹ Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, p. 146.

santé gérés par les organisations et/ou pourvus en personnels volontaires et formés ;

- L'offre d'un appui technique aux personnels médicaux qui fournissent déjà des services liés à l'avortement ; et
- La réduction des préjudices causés par l'avortement sans risques par la communication d'informations et la distribution de produits pour des avortements médicamenteux sans risques.

Toutes les organisations n'auront pas les capacités requises pour fournir des soins liés à l'avortement sans risques, il est donc important d'identifier et d'orienter les clientes vers des prestataires et des organisations dotées des capacités pour assurer ces services.

Qui doit fournir des services de soins liés à l'avortement sans risques dans une situation d'extrême urgence ?

Au début d'une crise, les services doivent être fournis par les prestataires de santé déjà qualifiés en matière de soins liés à l'avortement sans risques. Dans de nombreux cas, une formation pratique, rapide, menée en partenariat avec des homologues nationaux le cas échéant, peut être dispensée aux agents de santé qualifiés pour renforcer leurs compétences si les prestataires formés précédemment ne sont pas disponibles. Lors de la transition vers les services complets de SSR, les organisations doivent planifier la formation fondée sur les compétences, le parrainage clinique permanent et l'amélioration constante des attitudes du personnel pour appuyer la prestation de service de haute qualité¹³⁰. Le transfert des tâches doit être intégré dans les services complets. Avec une formation et un soutien adaptés, les infirmières, les sages-femmes et d'autres prestataires formés peuvent offrir des services d'avortements sans risques et de soins post-avortement, même dans un cadre ambulatoire¹³¹.



Autre priorité en matière de SSR : la réalité de la mise en œuvre des soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi

Une organisation a reconnu la nécessité d'un accès plus important aux soins liés à l'avortement sans risques et elle a décidé d'introduire des soins complets d'avortement dans le cadre des services déjà proposés par les infirmières et les sages-femmes au sein des établissements de santé publique de la zone touchée¹³². Cette organisation a conduit à une formation pratique sur le misoprostol et l'aspiration manuelle intra-utérine pour les soins complets d'avortement et elle a mis à disposition les fournitures et les équipements nécessaires. Pour préserver la vie privée et la confidentialité, un système a été conçu pour enregistrer les clientes de soins liés à l'avortement sans risques dans le registre réservé à cet effet avec une indication confidentielle. Des informations sur les soins complets d'avortement ont été communiquées pendant des sessions individuelles de sensibilisation communautaire pour maintenir un profil bas au sein de la communauté.

130 *Abortion Attitude Transformation : A Values Clarification Toolkit for Humanitarian Audiences* (Ipas), consulté le 8 avril 2019, <https://ipas.org/resources/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences>.

131 *Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception* (OMS, juillet 2015), https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/fr/. Voir le Chapitre 8 du *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* pour plus d'informations.

132 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, p. 157.

Gestion des soins liés à l'avortement et des soins post-avortement au cours du premier trimestre

	Agents de santé non professionnels	Personnel de pharmacie	Pharmaciens	Médecins de systèmes complémentaires de médecine	Infirmières / sages-femmes-infirmières auxiliaires	Infirmières	Sages-femmes	Cliniciens associés / en pratique avancée	Médecins non spécialistes	Spécialistes
Aspiration manuelle pour avortement provoqué	**	**	**						*	*
Aspiration manuelle pour prise en charge des avortements incomplets/ avortement spontané	**	**	**						*	*
Avortement médicamenteux pendant le premier trimestre de grossesse	Recommandation pour tâches secondaires (voir ci-dessous)		Recommandation pour tâches secondaires (voir ci-dessous)						*	*
Gestion des avortements non compliqués/ avortement spontané avec misoprostol									*	*

*pris en compte au sein du champ de pratique courante; preuves non évaluées

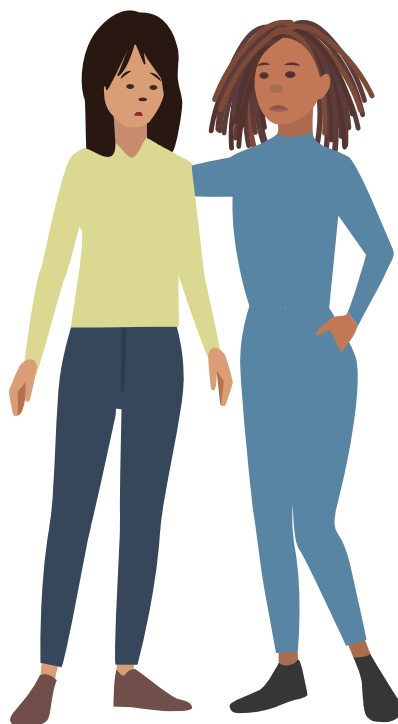
**pris en compte en dehors du champ de pratique courante; preuves non évaluées

Type de recommandation	Symbole	Explication
Recommandé		Les bienfaits de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les éventuelles nuisances. Cette option peut être appliquée, y compris à l'échelle.
Recommandé dans des circonstances spécifiques		Les bienfaits de la mise en œuvre de cette option l'emportent sur les éventuelles nuisances dans des circonstances spécifiques. Les circonstances spécifiques sont présentées pour chaque recommandation. Cette option peut être mise en œuvre dans des circonstances spécifiques.
Recommandé dans le contexte de recherches rigoureuses		Cette option présente des incertitudes importantes (liées aux avantages, aux nuisances, à l'acceptabilité et à la faisabilité) et des recherches adaptées et bien conçues sont nécessaires pour dissiper ces incertitudes.
Recommandé contre		Cette option ne doit pas être mise en œuvre.

Si une femme opte pour l'avortement, que doit faire l'agent de santé ?

L'agent de santé doit :

- ▶ fournir des informations médicalement précises et impartiales sur les services d'avortement dans des modalités comprises par la femme et dont elle peut se souvenir ;
- ▶ expliquer les conditions légales pour bénéficier de soins liés à l'avortement sans risques ;
- ▶ expliquer où et comment obtenir des services liés à l'avortement sans risques autorisé par la loi et en préciser le coût ;
- ▶ pratiquer l'avortement médicamenteux à l'aide du mifépristone/misoprostol si possible ou du misoprostol seul si le mifépristone n'est pas disponible, l'aspiration manuelle, la dilatation et l'évacuation, ou les procédures d'avortements spontanés conformément aux recommandations de l'OMS ;
- ▶ fournir des informations et prodiguer des conseils aux femmes concernant l'utilisation de contraceptifs après un avortement et fournir une contraception aux femmes qui acceptent une méthode ; et
- ▶ envisager de fournir un traitement présomptif pour la gonorrhée et l'infection à chlamydia dans les milieux à forte prévalence d'infections sexuellement transmissibles (IST).



Considérations particulières

Adolescents

Il existe de nombreux obstacles de nature sociale, économique, logistique, politique et sanitaire aux soins liés à l'avortement pour les adolescentes. Il s'agit de la stigmatisation et des attitudes négatives à l'égard de la sexualité des adolescentes, de la crainte de répercussions négatives, du manque d'accès à une éducation sexuelle complète, des ressources financières limitées/du coût des soins, le transport, des lois sur l'implication des tiers et des questions relatives au respect de la vie privée et de la confidentialité. Tous ces éléments expliquent pourquoi les jeunes femmes n'ont souvent pas d'autres possibilités que de recourir à l'avortement à risques, même dans des contextes où l'avortement est autorisé par la loi. Des services d'avortement bienveillants et confidentiels doivent être disponibles et accessibles à toutes les adolescentes indépendamment de leur statut matrimonial.

Femmes qui ont subi des actes de violences

Il est probable que les prestataires rencontrent des femmes qui ont subi de la violence sexuelle. Les femmes qui ont subi une telle violence seront souvent confrontées à des problèmes de santé, comme des blessures physiques, les IST, la détresse psychologique ou la grossesse non désirée. La violence physique ou psychologique pendant la grossesse peut également contribuer à l'avortement spontané ou au souhait de subir un avortement. Les visites en vue de soins liés à l'avortement peuvent être le seul contact des femmes confrontées à la violence avec le système de santé. Les conseillers/conseillères doivent développer une méthode standard pour interroger toutes les clientes sur la violence dans leur vie et intégrer ces questions dans les conseils habituels. Les victimes de violence sexuelle doivent bénéficier de soins liés à l'avortement bienveillants si elles souhaitent interrompre une grossesse, et les femmes qui sollicitent un avortement et révèlent des faits de violence sexuelle doivent être orientées pour bénéficier d'un soutien psychosocial. Voir la Session 3 pour plus d'informations.

Session 8 : Points clés

- ▶ Les soins liés à l'avortement sans risques doivent être disponibles et accessibles à l'ensemble des femmes et des filles dans les limites prévues par la loi. Les soins post-avortement ne sont pas soumis à des restrictions légales et ils doivent toujours être disponibles.
- ▶ L'accès à l'avortement sans risques pour toutes les femmes et les filles est essentiel pour sauver leurs vies, étant donné que les grossesses non désirées et les avortements sans risques sont les principales causes de mortalité maternelle.
- ▶ Dans la plupart des pays, l'avortement provoqué est autorisé par la loi, au moins dans certaines circonstances. Dans bon nombre de pays, l'avortement est autorisé si la grossesse représente une menace pour la santé physique et mentale de la femme et lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'un inceste.
- ▶ Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit identifier les conditions dans lesquelles les politiques nationales, les accords internationaux signés et le droit international humanitaire et des droits humains autorisent les soins liés à l'avortement sans risques.
- ▶ Par conséquent, le/la coordinateur/coordinatrice SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent veiller à la disponibilité des soins liés à l'avortement sans risques au début d'une crise par l'offre de soins ou par l'orientation vers des prestataires formés.
- ▶ Une formation rapide, pratique peut être fournie à des agents de santé qualifiés, en partenariat avec les autorités nationales si possible, pour renforcer les compétences en matière de soins liés à l'avortement sans risques quand les prestataires formés précédemment ne sont pas disponibles.
- ▶ Si les capacités existantes ne sont pas disponibles, les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi, doivent être accessibles une fois que la mise en œuvre des activités prioritaires du DMU pour la SSR est en cours, idéalement dans les 3 mois qui suivent le début d'une situation d'urgence, si ce n'est plus tôt.



Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
Que faut-il faire dès le début d'une situation d'urgence pour garantir les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi ?	<p>Comprendre la loi et les cas où les soins liés à l'avortement sans risques sont autorisés par la loi.</p> <p>Assurer un recensement des prestataires existants dans la communauté d'accueil ou parmi les organisations non-gouvernementales internationales. Appuyer les prestataires locaux avec des ressources humaines et financières complémentaires, y compris des fournitures pour soutenir l'établissement et faciliter l'orientation vers des établissements compétents si possible.</p>
Que faut-il faire si les circonstances dans lesquelles l'avortement est autorisé par la loi sont limitées et ne répondent pas aux besoins des femmes et des filles ?	<p>Interpréter les cas où l'avortement est autorisé par la loi, aussi largement que possible, et prendre en compte le droit international humanitaire et des droits humains pour accroître l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques pour autant de femmes et de filles que possible.</p> <p>Il se peut que les femmes qui ont recours à l'avortement ne remplissent pas les conditions légales pour l'avortement. Lorsque les femmes qui ont recours à l'avortement sont refusées par les services, elles ont souvent recours à des méthodes à risques qui peuvent entraîner des blessures ou la mort. Dans ces cas, les prestataires peuvent prodiguer des conseils aux femmes qui souhaitent un avortement, sur l'auto-administration du misoprostol seul ou du misoprostol associé à la mifépristone pour un avortement. Souvent dénommée « réduction des risques », cette approche peut être appliquée dans les contextes où le misoprostol est disponible et accessible sur le marché local.</p>
Que peut-on faire si les prestataires ne sont pas compétents en matière de méthodes recommandées par l'OMS pour les soins liés à l'avortement sans risques ?	<p>En collaboration avec les autorités nationales, si possible, mobiliser ou orienter vers des prestataires qui sont déjà compétents en matière de soins liés à l'avortement sans risques, le cas échéant.</p> <p>Conduire un accompagnement clinique pratique pour améliorer les compétences du prestataire.</p>

Comment peut-on remédier aux attitudes négatives des prestataires et/ou du personnel à l'égard de l'avortement ou des femmes et des filles qui ont recours à l'avortement ?

Conduire des activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes avec les prestataires, le personnel de programme et d'appui¹³³. Ces initiatives peuvent être menées dans le cadre des efforts de préparation mais peuvent aussi être conduites rapidement pendant la mise en œuvre du programme, si besoin.

Examiner les attitudes favorables par rapport à l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques lors du recrutement des prestataires et du personnel

Que faut-il faire si les prestataires et le personnel manquent de connaissances concernant les circonstances dans lesquelles les soins liés à l'avortement sans risques peuvent être dispensés ?

En collaboration avec les autorités nationales si possible, définir les circonstances dans lesquelles les soins liés à l'avortement sans risques peuvent être dispensés, et former les prestataires et les autres parties prenantes par rapport au critère de légalité.

Que peut-on faire si les leaders communautaires et d'autres parties prenantes clés sont opposés à l'avortement ?

En collaboration avec les autorités nationales, si possible, informer les leaders communautaires et d'autres parties prenantes clés du fardeau de l'avortement à risques pour les femmes et les filles dans leurs communautés.

Identifier ceux qui soutiennent votre travail et les mobiliser pour inciter d'autres personnes à aller dans ce sens. Les activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes par rapport à l'avortement sont également utiles pour améliorer les attitudes des parties prenantes communautaires.

133 Transformation des attitudes à l'égard de l'avortement

LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : AUTRE ACTIVITÉ PRIORITAIRE : SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT SANS RISQUES DANS LES LIMITES DE LA LOI

La liste de contrôle du DMU pour la SSR ci-dessous, peut être utilisée pour assurer le suivi de la prestation de services de SSR dans les situations de crise humanitaire.

8. Autre activité prioritaire : Les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi		
8.1	Couverture des soins liés à l'avortement sans risques : (nombre d'établissements de santé où les soins liés à l'avortement sans risques sont disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100	%
8.2	Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins liés à l'avortement sans risques	
8.3	Nombre de femmes et de filles bénéficiant d'un traitement suite à des complications liées à un avortement (spontané ou provoqué)	

SUPPORTS ET FOURNITURES

Quelles sont les fournitures nécessaires ou quels kits de SR pourraient être commandés pour fournir des services de contraception ?

Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique¹³⁴.

Note : Les kits de SR ne sont pas spécifiques à un contexte ou complets. Les organisations ne doivent pas uniquement dépendre des kits de SR et doivent prévoir d'inclure l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leurs systèmes d'approvisionnement sanitaire habituel dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR du DMU aux soins complets.

Les fournitures destinées aux soins liés à l'avortement et aux soins post-avortement figurent dans les kits de SR ci-dessous et comprennent l'aspiration manuelle intra-utérine et le misoprostol. Le traitement par mifépristone/misoprostol est le critère mondial de référence pour un avortement médicamenteux et il doit être administré dans les milieux où la mifépristone est enregistrée et disponible.

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 8	Prise en charge des complications liées à l'avortement spontané ou à l'avortement
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales

Produits complémentaires

Les produits complémentaires peuvent être commandés en fonction des facteurs favorables et des capacités des agents de santé. Les produits complémentaires seront disponibles auprès du FNUAP en 2020.

Prestation de service	Élément	En complément des
Communauté/poste de santé	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Misoprostol*	Kit 8

*Le misoprostol peut également être acheté pour compléter les kits 6A et 8 pour les établissements de soins de santé primaires.

¹³⁴ Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir les *kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Quiz sur la Session 8 : Autres priorités en matière de SSR pour le DMU

1. Parmi les types de prestataires suivants, lesquels peuvent fournir des soins liés à l'avortement sans risques de première ligne avec l'aspiration manuelle intra-utérine et des médicaments lorsqu'ils sont formés et appuyés convenablement ?
 - a. Les médecins
 - b. Les infirmières
 - c. Les pharmaciens
 - d. a et b
2. Que peut-on faire pour garantir l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi ?
 - a. Fournir des soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi par le biais d'établissements de santé pourvus en personnel qualifié
 - b. Offrir un appui et des ressources techniques aux personnels médicaux qualifiés qui pratiquent déjà des avortements les limites prévues par la loi
 - c. Communiquer des informations et distribuer des produits pour des avortements médicamenteux sans risques
 - d. Identifier et orienter les cas vers les prestataires et les organisations compétents en la matière
 - e. Tout ce qui précède
3. Le coût des soins, la crainte de répercussions négatives et la stigmatisation sont des obstacles aux soins liés à l'avortement sans risques pour les jeunes femmes.

Vrai ou Faux

4. Les soins liés à l'avortement sans risques sont autorisés dans un ou plusieurs cas dans la majorité des pays.

Vrai ou Faux

5. À quel moment d'une crise les soins liés à l'avortement sans risques doivent-ils être priorisés ?
 - a. Après avoir élargi les services de SSR du DMU à la programmation complète
 - b. Dans les zones en développement—les soins liés à l'avortement sans risques ne sont pas une priorité pendant les crises
 - c. Dans le DMU pour la SSR en tant que composante clinique des soins pour les victimes de violence sexuelle
 - d. Lors de la mise en œuvre du DMU pour la SSR comme autre priorité
 - e. c et d



SESSION 9 : COMMANDER LES KITS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DU GROUPE INTERORGANISATIONS



Pour assurer la mise en œuvre des objectifs du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les situations d'extrême urgence, il faut que les fournitures nécessaires en matière de SSR soient mises à disposition. Les difficultés de livraison des fournitures vitales au moment d'une crise humanitaire grave sont cependant nombreuses. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), au nom du Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive (SR) en situations de crise, a expressément conçu un ensemble de kits pré-conditionnés contenant tous les médicaments, dispositifs et produits nécessaires pour faciliter la mise en œuvre du DMU pour la SSR—les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (SR) (également dénommés kits de SR ou kits de SR interorganisations). Le FNUAP assure la gestion de ces kits au nom du Groupe interorganisations et le tient régulièrement informé pour garantir la conformité par rapport aux données les plus récentes et pour remédier aux blocages logistiques. Les kits de SR ont pour but d'être utilisés dès les premiers stades d'une urgence humanitaire grave, sur la base d'hypothèses formulées au niveau mondial; ils ne seront donc pas spécifiques au contexte ou complets.

Cette session explique comment commander et obtenir des kits de SR. Il convient néanmoins d'insister sur le fait que même si la mise à disposition des médicaments et des dispositifs médicaux dans des kits pré-conditionnés standardisés s'avère pratique au début d'une intervention humanitaire, les besoins locaux spécifiques doivent être évalués dès que possible et des fournitures supplémentaires doivent être commandées en conséquence. Les kits de SR ne sont pas des kits de réapprovisionnement. S'ils sont utilisés comme tels, cela peut donner lieu à l'accumulation d'éléments et de médicaments non nécessaires et à la pénurie d'éléments et de médicaments nécessaires.

Dans la mesure du possible, il faut parcourir les filières d'approvisionnement national et renforcer les chaînes d'approvisionnement localement durables, surtout lors de la transition du DMU pour la SSR vers les services complets de SSR pendant la phase post-crise. Il peut cependant être très difficile de maintenir la qualité des produits médicaux achetés dans les situations de crise humanitaire; si vous êtes dans l'incapacité de garantir la qualité des produits conformément aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du FNUAP, le recours à l'approvisionnement international par le biais de fournisseurs préqualifiés comme le FNUAP ou l'OMS, est crucial.

Bon nombre d'activités liées à la gestion logistique et des chaînes d'approvisionnement peuvent être menées par des organisations, en collaboration des autorités nationales, et si possible, pendant la phase de préparation qui facilitera une intervention efficace et vitale pendant une situation d'extrême urgence.

À l'issue de la session, les apprenants seront en mesure de :

- décrire ce qu'est un kit de SR et d'expliquer comment commander les fournitures ;
- décrire les différents niveaux de kits de SR qui ciblent les 3 niveaux de prestations de services de santé ; et
- expliquer quand commander les produits complémentaires.

Quand les kits de SR doivent-ils être commandés ?

Les kits de SR sont censés être utilisés au début d'une situation d'extrême urgence. Chaque kit contient un nombre suffisant de fournitures pour une population spécifique pour une période de 3 mois. Il est possible que certains médicaments et dispositifs médicaux des kits, ne soient pas adaptés à certains contextes. Cela est inévitable sachant qu'il s'agit de kits d'urgence standardisés, pré-conditionnés qui sont conçus pour une utilisation à travers le monde et prêts pour une distribution immédiate. De plus, tous les contextes ne nécessitent pas forcément ces kits, cela dépend de la disponibilité des fournitures avant la crise et de la capacité des établissements de santé.

Il convient de souligner que même si la mise à disposition de médicaments et de dispositifs médicaux dans des kits pré-conditionnés standardisés est pratique au début d'une intervention humanitaire, les besoins locaux spécifiques doivent être évalués dès que possible et des fournitures supplémentaires doivent être commandées en conséquence. Après la phase d'extrême urgence, le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit évaluer les besoins en SSR de la population affectée, établir une coordination avec le secteur/cluster santé, et essayer de commander des fournitures en fonction de la consommation. Cela permettra d'éviter les pénuries et les gaspillages, et de faire en sorte que le programme de SSR soit pérennisé. Vous pouvez commander les fournitures par le biais des filières habituelles (via le système d'approvisionnement national, les organisations non-gouvernementales, ou d'autres agences) ou par l'intermédiaire de l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP : unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Pour plus d'informations sur cette transition, veuillez consulter les *directives sur la gestion des kits de SR pour les bureaux de terrain*.

D'autres agences fournissent-elles des kits sanitaires pré-conditionnés avec des produits de SR outre le FNUAP ?

Les kits de SR complètent les kits sanitaires d'urgence interinstitutions sous l'égide de l'OMS et qui peuvent être achetés auprès de l'OMS ou du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)¹³⁵. Le kit sanitaire d'urgence interinstitutions est un kit de santé d'urgence standardisé qui contient des médicaments essentiels, des fournitures et des équipements pour la prestation de soins de santé primaires. Plus précisément, le module du kit sanitaire d'urgence interinstitutions sur le paludisme (de base et supplémentaire) peut être acheté dans les contextes le paludisme où sévit pour compléter les kits de SR. Dans une situation de crise humanitaire, le kit sanitaire d'urgence interinstitutions est rapidement disponible en général. De plus, un certain nombre d'autres kits de santé d'urgence peuvent être achetés auprès de l'OMS, de l'UNICEF, du Comité international de

¹³⁵ Pour plus d'informations, voir <https://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/> ou https://www.unicef.org/supply/index_epe_health.html.

la Croix-Rouge, de Médecins Sans Frontières et d'autres organisations non-gouvernementales (ONG), en fonction de l'urgence ou du besoin spécifique dans un pays donné. Pour fournir la gamme complète de services de SSR prioritaires dans une situation d'urgence, il est conseillé de commander les kits de SR en complément des approvisionnements ou d'identifier d'autres sources d'approvisionnement pour faire en sorte que tous les équipements et supports soient disponibles.

Quelles sont les informations nécessaires pour commander les kits de SR ?

Avant de commander les kits, il est essentiel de procéder à une évaluation rapide de la situation locale—la population à prendre en charge et le type d'établissement de santé, les compétences de prestataires—pour confirmer le besoin en kits de SR et les types de kit nécessaires. Le calculateur du kit de SR peut être utilisé pour faciliter le processus de commande¹³⁶.

Quel est le prix des kits de SR ?

Le coût des kits change régulièrement. Il est plus judicieux de contacter le FNUAP directement pour faciliter la commande et aborder les questions budgétaires et pour s'assurer que les coordonnées et les informations de livraison sont correctes. Vous pouvez utiliser le planificateur du budget du FNUAP via unfpa.org/budget-planner pour avoir une estimation du coût de votre achat. Le financement de votre approvisionnement peut provenir de vos propres ressources (par ex., gouvernement, ONG ou d'autres ressources) ou des fonds d'urgence du FNUAP. Vous pouvez travailler avec le bureau de pays du FNUAP pour déterminer si vous êtes éligible en vue de l'obtention des fonds d'urgence du FNUAP pour les kits de SR nécessaires dans votre contexte.

En combien de temps les kits de SR peuvent-ils arriver sur mon site ?

La livraison des kits de SR est l'affaire de quelques jours une fois que le paiement a été effectué, pour les situations d'extrême urgence et pour les phases post-extrême urgence, elle prend 10-12 semaines. Les stocks préemballés détenus par le fournisseur sont priorisés pour les opérations d'extrême urgence. Dans le cas des situations post-extrême urgence, les kits emballés seront envoyés à partir de nouveaux stocks. Le transport international des kits sera géré par l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP et le transport est pris en compte dans les délais de livraison. Veuillez contacter le bureau de pays du FNUAP pour savoir si les commandes peuvent être coordonnées pour faciliter l'importation¹³⁷.

Le transport vers les sites dépend de l'organisation des transports et du stockage local de l'agence à l'origine de la commande. Si vous commandez les kits en externe par rapport au bureau de pays du FNUAP, préparez-vous à les recevoir dès qu'ils arrivent au port d'entrée du pays. Il faut impérativement avoir les documents et les approbations nécessaires pour le dédouanement avant l'arrivée des produits à la frontière, identifier les entrepôts et les méthodes de transport. De plus, il faut désigner du personnel pour garantir l'importation, le stockage et la distribution facilités des fournitures aux partenaires d'exécution. Le FNUAP, le secteur/cluster santé, le secteur/cluster logistique sont souvent en mesure de faciliter l'entrée, le dédouanement, le stockage et la distribution.

¹³⁶ La calculatrice du kit du SR est accessible sur le site internet du FNUAP, le site internet de l'IAWG sur la SSR en situations de crises et l'application mobile du FNUAP (d'ici fin 2019).

¹³⁷ Les coordonnées du bureau de pays du FNUAP sont disponibles via <https://www.unfpa.org/worldwide>.

Comment les kits de SR sont-ils conditionnés ?

Pour faciliter la logistique dans le pays, le FNUAP a pris des dispositions pour que les cartons contenant chaque kit :

- ▶ comportent une indication claire avec le numéro de kit et une description du contenu, le destinataire et d'autres informations utiles ;
- ▶ comportent le nombre de cartons par kit, le poids et le volume de chaque kit ;
- ▶ puissent être manipulés par 1 ou 2 personnes ; et
- ▶ soient étiquetés sur tous les côtés avec une couleur qui représente un kit spécifique.

Le FNUAP a créé le *Manuel sur les kits de santé reproductive interorganisations pour les situations de crise humanitaire* (2019) et les *Directives sur la gestion des kits de SR pour les bureaux de terrain* afin de fournir toutes les informations nécessaires sur la gestion des kits.

Comment puis-je connaître le contenu de chaque kit de SR ?

Les kits de SR sont révisés à intervalles réguliers de quelques années, pour s'aligner sur les directives de l'OMS les plus à jour et remédier aux blocages logistiques. Il convient de contacter le FNUAP pour obtenir une copie de la version la plus récente du *Manuel sur le kit sanitaire d'urgence interinstitutions pour les situations de crise humanitaire* ou de consulter les sites Internet du FNUAP ou du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise pour trouver la version la plus actualisée¹³⁸. Le manuel présente une liste du contenu de chaque kit, de même que des indications pour les commandes, la gestion, le type de formation que le personnel de santé doit suivre pour utiliser les kits correctement et d'autres informations clés. Le manuel est disponible en anglais, en français, en arabe et en espagnol et des directives relatives au traitement sont disponibles en anglais et en français. Un répertoire des documents liés à l'utilisation et à la gestion des kits de SR, y compris les supports d'information, d'éducation et de communication, sera disponible sur le site internet du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise en 2019.

Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou du Groupe de travail interorganisations sur la SR en situations de crise (iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) pour confirmer la disponibilité des kits révisés. Pour plus d'informations sur les kits disponibles avant 2020, voir *les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5^e éd., 2011) sur iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Kits de SR (2019)

Les kits de SR (2019) sont classés selon 3 catégories, ciblant les 3 niveaux de prestation de service¹³⁹. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population

¹³⁸ *Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (IAWG, janvier 2011), <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations>.

¹³⁹ Les kits de SR version 2019 seront disponibles début 2020. Vérifier auprès du FNUAP (<https://www.unfpa.org>) ou de l'IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>) pour confirmer la disponibilité des kits modifiés. Pour des informations sur les kits disponibles avant 2020, voir *les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations pour les situations de crise* (5^e éd., 2011) sur <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>.

spécifique. Les produits complémentaires peuvent être commandés sur la base d'informations de base préalables à la crise, si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé. Ces kits n'étant pas spécifiques à un contexte ou complets, les organisations ne doivent pas être uniquement tributaires des kits de SR pour les longues périodes et doivent prévoir d'intégrer l'approvisionnement des fournitures dans leurs systèmes d'approvisionnement habituels dès que possible. Cela permettra non seulement d'assurer la durabilité des fournitures mais aussi l'élargissement des services de SSR du DMU aux soins complets.

Les kits du niveau communautaire/des postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins à l'échelon communautaire. Chaque kit est censé répondre aux besoins de 10 000 personnes sur une période de 3 mois. Les kits contiennent principalement des médicaments et des éléments jetables.

Les kits des établissements de soins de santé primaire (SONUB) contiennent à la fois des éléments jetables et réutilisables par les prestataires formés ayant des compétences dans la pratique de sage-femme et dans le domaine obstétrique et néonatal au niveau des centres de santé ou des hôpitaux. Ces kits sont censés être utilisés pour une population de 30 000 personnes sur une période de 3 mois. Ces kits peuvent être commandés pour moins de 30 000 personnes, cela signifie seulement que les fournitures dureront plus longtemps.

Les kits du niveau des hôpitaux de référence (SONUC) contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour dispenser des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au niveau de référence (obstétrique). Dans les situations d'extrême urgence, les patientes issues des populations affectées sont orientées vers l'hôpital le proche qui peuvent nécessiter un appui en termes d'équipements et de fournitures pour être en mesure de fournir les services nécessaires par rapport à cette nouvelle charge de travail. On estime à 150 000 le nombre de personnes couvertes par un hôpital de ce niveau. Les fournitures de ces kits couvriraient les besoins de cette population sur une période de 3 mois.

Vue d'ensemble des kits de santé reproductive du Groupe interorganisations 2019

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communauté/poste de santé	Kit 1A	Préservatifs masculins
Communauté/poste de santé	Kit 2A, 2B*	Accouchement hygiénique (A - Mère, B - Accoucheuse)
Communauté/poste de santé	Kit 3	Traitement post-viol
Communauté/poste de santé	Kit 4	Contraceptifs oraux et injectables
Communauté/poste de santé	Kit 5	Traitement présomptif des IST
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 6A, 6B	Prise en charge clinique de l'accouchement – Fournitures de sage-femme (A : Réutilisable, B : Consommables)
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 8	Prise en charge des complications liées à l'avortement spontané ou à l'avortement
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 10	Accouchement assisté avec extraction par ventouse
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 11A, 11B	Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A – Réutilisable et B – Consommable)
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 12	Transfusion sanguine

* Lorsqu'il y a un kit A et B, cela signifie que ces kits peuvent être utilisés ensemble, mais ils peuvent aussi être commandés séparément.

Les produits complémentaires sont des éléments et/ou des kits jetables et consommables qui peuvent être commandés dans des cas précis pour compléter les kits de SR :

- Lorsque les prestataires ou la population sont formés pour l'utilisation du produit
- Lorsque les fournitures étaient acceptées et utilisées avant la situation d'urgence
- Après la première commande rapide de fournitures de SSR, pendant des situations de crise prolongée ou post-urgence, alors que tous les efforts sont déployés pour renforcer ou établir des canaux d'approvisionnement locaux et durables en produits médicaux (notamment les filières d'approvisionnement locales et régionales)
- Lorsque l'utilisation des fournitures est autorisée dans les limites prévues par la législation nationale

Les produits complémentaires avec des noms d'agences spécifiques peuvent être commandés par l'intermédiaire de leurs organisations respectives, y compris :

- Le module complémentaire sur le paludisme du kit sanitaire d'urgence interorganisations: OMS et UNICEF
- Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation : UNICEF*

Niveau de la prestation de service	Élément	En complément de
Coordination	Kit 0 Administration et formation	Tous les Kits
Communauté/poste de santé	Kit 1B préservatifs féminins	Kit 8
Communauté/poste de santé	Chlorhexidine	Kit 2A
Communauté/poste de santé	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Communauté/poste de santé	Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation (Communauté)**	Kit 2A, 2B
Communauté/poste de santé	Acétate de médroxyprogestérone sous-cutané (DMPA-SC)	Kit 4
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 7A - Dispositif intrautérin (DIU)	Kit 4
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 7B - Implant contraceptif	Kit 4
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Vêtement non-pneumatique et anti-choc	Kit 6A
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Ocytocine	Kit 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit sanitaire d'urgence interorganisations (module complémentaire sur le paludisme)	Kit 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation (Établissement de santé primaire)**	Kit 6A, 6B
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Mifépristone*	Kit 8
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Système de ventouse manuelle d'accouchement	Kit 10
Hôpital de référence (SONUC)	Kit de fournitures pour soins néonataux interorganisation (Hôpital)**	Kit 11A, 11B

* Le misoprostol peut également être acheté pour compléter les Kit 6A et 8 pour les établissements de soins de santé primaires.

** Au moment de la mise sous presse de l'IAFM 2018, les kits de fournitures pour soins néonataux n'étaient pas encore disponibles.

Comment peut-on commander les kits de SR ?

Dans la plupart des contextes d'extrême urgence, le FNUAP fournira des kits de SR au nom du groupe de travail sur la SSR au début d'une situation d'urgence. Vous pouvez contacter le/la coordinateur/ coordinatrice SSR pour faciliter vos achats de kits de SR.

Les kits de SR peuvent être commandés directement auprès de l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP à Copenhague en adressant un email à unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Avant de passer votre commande, il faut discuter avec le bureau de pays du FNUAP pour savoir ce qui a déjà été commandé et si les commandes peuvent être regroupées. Le FNUAP devra savoir où les kits de SR seront utilisés et quelles organisations ou personnes organiseront la distribution des kits. Le bureau de pays du FNUAP ou le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP peuvent fournir des informations sur les kits ou faciliter la commande. Les kits ne pourront être débloqués que lorsque le financement aura été confirmé auprès de l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP.

Lorsque vous passez une commande, communiquez les informations suivantes :

- La confirmation de la disponibilité des fonds et les codes du budget auquel sera imputé la commande; l'envoi ne sera possible qu'à partir du moment où les questions de fonds auront été résolues
- Le nom et les coordonnées de la personne en charge de la commande et de la coordination de la livraison des kits
- Le nom et les coordonnées complètes (adresse, téléphone, fax, email) de la personne chargée de réceptionner les kits sur le terrain
- Un plan de distribution détaillé

Le fait d'avoir un plan de distribution au moment de la commande, est essentiel pour le déblocage des kits ainsi que la planification et la programmation logistique. Ce plan présente le nombre de kits de SR attribué aux partenaires, et dans quel milieu géographique. Il inclut également des plans détaillés pour le transport et la conservation dans le pays, y compris des dispositions pour les éléments qui doivent être conservés au frais (chaîne du froid). En cas de destinations multiples dans un comté, une liste détaillée comportant les destinations, les types et quantités de kit pour chaque destination, les personnes à contacter, etc., est nécessaire.



Pour plus d'informations, voir les *Directives sur la gestion de kits de SR* et le *Manuel des kits de SR* sur iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

Si vous êtes une ONG nationale, le recours au groupe de travail sur la SSR et la commande par l'intermédiaire du bureau de pays du FNUAP peuvent faciliter les procédures en matière de douanes et d'arrivée des kits dans le pays car les agences des Nations Unies bénéficient souvent d'une exonération générale pour les importations humanitaires. Pour certaines agences, en particulier les ONG locales, il peut être utile d'établir un protocole d'accord avec le FNUAP avant qu'une crise survienne afin d'éviter les retards d'approvisionnement.

Les bureaux locaux du FNUAP, les agences partenaires ou le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP à Genève peuvent fournir des informations sur les kits et apporter de l'aide pour la commande :

Adresse	FNUAP Service des achats 2100 Copenhagen, Danemark	Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP Palais des Nations Avenue de la paix 8-14 1211, Genève 10, Suisse
Email	procurement@unfpa.org	Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org
Site Internet	unfpaprocurement.org	unfpa.org

Comment les kits sanitaires d'urgence interinstitutions (IEHK) sont-ils commandés ?

Les kits IEHK peuvent être commandés par l'intermédiaire de l'OMS ou de l'UNICEF. Une brochure décrivant le kit sanitaire d'urgence interinstitutions et comment il peut être commandé par l'intermédiaire de l'OMS, est accessible via le site internet du kit sanitaire d'urgence de l'OMS : who.int/emergencies/kits/en/.

Vous pouvez également contacter l'UNICEF directement :

Adresse	Division des Approvisionnements de l'UNICEF Oceanvej 10-12 DK — 2150 Nordhavn, Copenhagen Danemark
Email	supply@unicef.org
tel	+45 4533 5500
fax	+45 3526 9421



Pour plus d'informations sur les services, les partenaires et les fournitures de l'UNICEF, veuillez visiter unicef.org/supply/index_procurement_services.html et supply.unicef.org.

Un exemple de commande de kit de SR

EXEMPLE : Populations déplacées, migration transfrontalière

► **Nombre de personnes déplacées** : 30 000

► **Observations spéciales** : Les fournitures administratives sont disponibles localement; taux élevé de césariennes dans le pays d'origine et taux élevé d'accouchements dans les établissements de santé (>75 %) ; forte probabilité de déplacement transfrontalier ultérieur ; on sait que le viol était une pratique répandue lors des conflits sur le lieu d'origine; les implants étaient utilisés sur le lieu d'origine

► **Établissements et personnels**

- **Cliniques mobiles** : 1 clinique mobile appuyée par le FNUAP; clinique de jour pour patients en ambulatoire
- **Niveau des soins de santé primaires** : 2 centres de santé avec 2 médecins, 2 infirmières formées, 1 sage-femme formée sur le parcours de migration
- **Niveau des hôpitaux de référence** : 1 hôpital local à 10 km, mal équipé mais doté de personnels formés et capables de pratiquer des actes de chirurgie obstétrique

Exemple de commande :

Élément	Quantité
Préservatifs masculins (kit 1)	3
Accouchement hygiénique, individu (kit 2A)	3
Accouchement hygiénique, accoucheuse (kit 2B)	3
Traitement post-viol (kit 3)	4
Contraceptifs oraux et injectables (kit 4)	4
Traitement des infections sexuellement transmissibles (kit 5)	4
Prise en charge clinique de l'accouchement (kit 6A)	2
Prise en charge clinique de l'accouchement (kit 6B)	2
Prise en charge des avortements spontanés et des complications liées à l'avortement (kit 8)	4
Réparation des déchirures du col utérin et vaginales (kit 9)	3
Extraction par ventouse manuelle (kit 10)	3
Kit de référence pour la santé reproductive (kit 11A)	1
Kit de référence pour la santé reproductive (kit 11B)	1
Transfusion sanguine (kit 12)	1
Produits complémentaires	
Ocytocine	1

Explication de l'ordre des kits de SR :

Préservatifs masculins (kit 1)	Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, par conséquent nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite répartis entre les centres de santé primaire et de référence.
Kit individuel d'accouchement hygiénique (kit 2A)	<p>En raison du contexte migratoire de la situation d'urgence, il se peut que les femmes n'aient pas accès aux établissements de santé.</p> <p>Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite distribués aux femmes visiblement enceintes dans les centres de santé communautaires, primaires et de référence.</p>
Kit d'accouchement hygiénique pour accoucheuse (kit 2B)	<p>On ne sait pas si des accoucheuses et des professionnels de santé sont présents au sein de la communauté.</p> <p>Sachant que ce kit ne contient pas de fournitures qui vont périmer, vous devez commander ce kit.</p> <p>Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite distribués aux femmes visiblement enceintes dans les centres de santé communautaires, primaires et de référence.</p>
Traitement post-viol (kit 3)	<p>Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite répartis entre les centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Étant donné qu'il existe en fait 4 centres de santé primaire et de référence et sachant qu'il est difficile de les répartir, nous achèterons 4 kits; il faut en distribuer un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p>
Contraceptifs oraux et injectables (kit 4)	<p>Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite répartis entre les centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Étant donné qu'il existe en fait 4 centres de santé primaire et de référence et sachant qu'il est difficile de les répartir, nous achèterons 4 kits; il faut en distribuer un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p>
Traitement présomptif des IST (Kit 5)	<p>Ce kit est conçu pour 10 000 personnes, nous avons donc besoin de 3 kits qui seront ensuite répartis entre les centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Étant donné qu'il existe en fait 4 centres de santé primaire et de référence et sachant qu'il est difficile de les répartir, nous achèterons 4 kits; il faut en distribuer un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p>

Prise en charge clinique de l'accouchement (Kit 6A et Kit 6B)	<p>Ce kit est conçu pour 30 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé aux centres de santé primaire.</p> <p>Sachant qu'il existe 2 centres de santé primaire et que les fournitures de ce kit ne peuvent pas être réparties. Nous achèterons 3 kits et nous en enverrons un à chaque centre de santé.</p> <p>Les cliniques mobiles ne pratiquent pas des accouchements donc elles ne reçoivent pas ce kit.</p>
Prise en charge des complications liées à un avortement spontané et à un avortement (kit 8)	<p>Ce kit est conçu pour 30 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé aux centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Sachant qu'il existe 2 centres de santé primaire et de référence, 1 clinique mobile et 1 centre de santé de référence, et que les fournitures de ce kit ne peuvent pas être réparties, nous achèterons 4 kits et nous en enverrons un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p> <p>Il se peut que ces fournitures ne puissent pas être utilisées dans la clinique mobile. Il est conseillé aux cliniques mobiles d'intégrer les fournitures inutilisables dans un établissement de soins de santé primaires.</p>
Réparation des déchirures du col utérin et vaginales (kit 9)	<p>Ce kit est conçu pour 30 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé aux centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Étant donné qu'il existe 2 centres de santé primaire et 1 centre de santé de référence, et sachant que les fournitures de ce kit ne peuvent pas être réparties, nous achèterons 3 kits et nous en enverrons un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p> <p>Les cliniques mobiles ne pratiquent pas des accouchements donc elles ne reçoivent pas ce kit.</p>
Extraction par ventouse manuelle (kit 10)	<p>Ce kit est conçu pour 30 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé aux centres de santé primaire et de référence.</p> <p>Étant donné qu'il existe 2 centres de santé primaire et 1 centre de santé de référence, et sachant que les fournitures de ce kit ne peuvent pas être réparties, nous achèterons 3 kits et nous en enverrons un à chaque centre de santé primaire et de référence.</p> <p>Les cliniques mobiles ne pratiquent pas des accouchements donc elles ne reçoivent pas ce kit.</p>

Kit de référence pour la santé reproductive (Kit 11A et Kit 11B)	Ce kit est conçu pour 150 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé à 1 centre de santé de référence.
Transfusion sanguine (Kit 12)	Ce kit est conçu pour 150 000 personnes, nous avons donc besoin d'un kit qui sera ensuite envoyé à 1 centre de santé de référence.
Ocytocine	<p>Les populations issues de contextes où les taux de césariennes et d'accouchements dans les établissements de santé sont élevés généreront plus d'accouchements pratiqués dans les centres de santé primaire en raison de leur comportement favorables à la santé.</p> <p>La quantité d'ocytocine peut être supérieure à la moyenne de ce qui a été utilisé pour l'estimation du kit.</p>

Session 9 : Points clés

- Les kits de SR sont un ensemble de kits pré-conditionnés contenant tous les médicaments, les dispositifs et les produits nécessaires pour faciliter la mise en œuvre du DMU pour la SSR pendant 3 mois.
- Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service de santé : communautaire, soins de santé primaires et hôpital de référence.
- Les produits complémentaires sont des éléments jetables et consommables qui peuvent être commandés dans des cas précis pour compléter les principaux kits. Ils doivent être commandés si les conditions le permettent et en fonction des capacités des agents de santé.
- Il faut éviter d'être dépendants des kits de SR et cesser de les commander ; les commandes ultérieures pour combler les besoins doivent être effectuées par l'intermédiaire de filières d'approvisionnement régulières dans les pays.



Quiz sur la Session 9 : Commander les kits de SR (2019)

1. Quand une organisation doit-elle commander des produits complémentaires ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. Lorsque les prestataires ou la population sont formés à l'utilisation du produit
 - b. Lorsque les fournitures sont acceptées et utilisées avant la situation d'urgence
 - c. Si le produit est autorisé dans les limites prévues par la législation nationale et figure dans la liste nationale de médicaments
 - d. Au début de chaque situation d'urgence
2. Parmi ces énoncés, lequel n'est pas correct ?
 - a. Les kits de SR contiennent des fournitures suffisantes pour une période de 7 mois.
 - b. Il est important de travailler en coordination avec les partenaires et de préparer un plan de distribution nationale des kits.
 - c. Il est important d'avoir un plan de transport et de stockage, y compris une chaîne du froid.
 - d. La coordination doit être permanente pour analyser la situation, évaluer les besoins de la population et commander des éléments jetables et d'autres équipements.
3. _____, _____, et _____ sont les différents niveaux de soins auxquels les kits de SR sont destinés.
 - a. Niveau international
 - b. Soins de santé primaires
 - c. Hôpital de référence
 - d. Communauté/poste de santé
 - e. Niveau du Ministère de la santé
4. Qui gère les kits de SR ?
 - a. Le HCR
 - b. L'UNICEF
 - c. Le FNUAP
 - d. OCHA (Bureau de la coordination des affaires humanitaires)
5. Quelles sont les informations nécessaires pour commander les kits de SR ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. Les coordonnées détaillées, les informations sur la livraison et le financement
 - b. Les informations sur le type de contexte et la population ciblée
 - c. Le lieu où les kits seront utilisés et quelle organisation gèrera la distribution des kits
 - d. Les raisons pour lesquelles les kits sont nécessaires
 - e. Le nombre de centres de santé et d'hôpitaux de référence

POST-TEST SUR LE MODULE DU DMU POUR LA SSR

1. Les objectifs et les autres activités prioritaires du DMU pour la SSR consistent à :
 - a. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes
 - b. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST
 - c. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales
 - d. Prévenir les grossesses non désirées et veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans les limites prévues par la loi
 - e. Tout ce qui précède
2. Parmi les principes directeurs suivants, lesquels permettent de répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle ?
 - a. La sécurité
 - b. La confidentialité
 - c. La prestation de service
 - d. La non-discrimination
 - e. a, b, et d
3. Quels éléments **ne figurent pas** parmi les activités prioritaires du DMU pour la SSR ?
 - a. Les soins prénatals
 - b. Les soins postnatals
 - c. Les services complets de prise en charge de la VBG
 - d. Les conseils et tests de dépistage volontaires du VIH
 - e. Tout ce qui précède
4. Parmi les éléments suivants, lesquels sont des éléments constitutifs du système de santé de l'OMS ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
 - a. Le financement
 - b. Les produits médicaux
 - c. La prestation de service
 - d. Le marketing
 - e. La gouvernance et le leadership

5. Les adolescents ont le droit d'être informés et d'avoir accès aux méthodes contraceptives sécurisées, efficaces, abordables et acceptables de leur choix.

Vrai ou Faux

6. Cela fait 2 semaines qu'une catastrophe naturelle a eu lieu et les réunions de coordination de la santé ont été mises en place, mais les réunions de coordination sur la SSR n'ont pas commencé. Que devriez-vous faire ?
- a. Attendre un peu; une fois que les activités de santé sont en place, le secteur/cluster santé se concentrera sur la SSR
 - b. Plaider auprès du pôle de santé pour que des réunions distinctes sur la SSR aient lieu immédiatement
 - c. Assister aux réunions de coordination sur la nutrition
 - d. a et c
7. Lequel des éléments suivants n'est pas un principe fondamental de la programmation en SSR dans les situations de crise humanitaire ?
- a. Faire avancer les droits humains & les droits reproductifs
 - b. Assurer la solidité en matière technique et la responsabilité financière
 - c. Partager des informations et des résultats seulement avec les personnes qui assistent au groupe de travail sur la SSR
 - d. Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux
8. Le rôle du/de la coordinateur/coordinatrice SSR est de :
- a. Coordonner, communiquer et collaborer au sein des secteurs/clusters et avec les acteurs de la santé, de la prise en charge de la VBG et du VIH
 - b. Aider les partenaires de santé pour la recherche de fonds consacrés à la SSR par le biais de processus de planification et de recours humanitaires et des fonds pluriannuels en vue de la transition vers la SSR complète
 - c. Assurer l'identification des cas et la gestion des cas de VIH et l'approvisionnement en antirétroviraux pour le traitement en première ou deuxième ligne et le co-trimoxazole
 - d. Utiliser la liste de contrôle du DMU en vue du suivi des services du DMU pour la SSR
 - e. a, b, et d
9. Lequel des signes suivant **n'est pas** un signe de danger pour le nouveau-né ?
- a. Les crises ou convulsions
 - b. L'activité limitée ou le manque de mobilité
 - c. L'allaitement
 - d. La respiration rapide (plus de 60 respirations par minute)
 - e. La très petite taille à la naissance

- 10.** Quels services essentiels les accoucheuses qualifiées devraient-elles être capables de fournir dans le cadre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et des soins néonataux essentiels ?
- a.** Les soins post-avortement
 - b.** La prise en charge des maladies néonatales et les soins des bébés nés avant terme/ avec un faible poids à la naissance
 - c.** La prévention et prise en charge des hémorragies intrapartum et postpartum
 - d.** L'accouchement assisté avec extraction par ventouse
 - e.** La protection thermique (séchage, réchauffement, contact peau à peau, et le report du bain)
 - f.** Tout ce qui précède
- 11.** Quand la planification de l'intégration des activités de SSR complète doit-elle avoir lieu ?
- a.** Au début d'une crise humanitaire
 - b.** Une fois que les taux de mortalité se sont stabilisés
 - c.** Lorsque les autorités de santé locales donnent l'instruction à la communauté humanitaire de commencer les services complets
 - d.** b et c
- 12.** Quelles prestations doivent être accordées à l'ensemble des adultes et adolescents touchés par la crise et vivant avec un VIH avancé et qui étaient sous antirétroviraux avant la situation d'urgence ?
- a.** Les antirétroviraux
 - b.** Le co-trimoxazole
 - c.** Les préservatifs
 - d.** La prophylaxie antitétanique
 - e.** a, b, et c
- 13.** Un système efficace d'orientation doit disposer de moyens de transport disponibles uniquement pendant les heures d'ouverture du centre de santé.

Vrai ou Faux

- 14.** Parmi les éléments suivants, lequel **ne figure pas** dans les soins cliniques pour les femmes victimes de violence sexuelle ?
- a.** Les antécédents et l'examen médical exhaustif après le consentement de la victime
 - b.** Les soins et les conseils bienveillants et confidentiels avec le consentement de la victime
 - c.** Les informations sur les options en matière de soins liés à l'avortement sans risque/ orientation pour des soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi
 - d.** L'examen et la collecte de données médico-légales effectués pour toutes les victimes dans tous les contextes
 - e.** Les services psychosociaux et de santé mentale
- 15.** Votre organisation rencontre des difficultés logistiques et des retards importants pour recevoir les fournitures dans le pays. Compte tenu de cette réalité, que pouvez-vous faire pour faire face à la situation ?
- a.** Aborder les problèmes pendant la réunion de coordination du secteur/cluster de SSR et de santé
 - b.** Contacter le FNUAP et/ou le pôle logistique pour voir s'il peut vous aider
 - c.** Suivre les procédures d'approvisionnement et conduire l'assurance qualité pour obtenir les médicaments et les fournitures localement
 - d.** Tout ce qui précède
- 16.** Les PCU à progestatif seul sont sans danger pour toutes les femmes, les filles et les adolescentes en âge de procréer, même pour celles à qui il est conseillé de ne pas utiliser les contraceptifs oraux combinés pour la contraception permanente.

Vrai ou Faux

- 17.** Comme exemple de contrôle des infections on peut citer :
- a.** Jeter les instruments tranchants dans des poubelles ou des sacs ordinaires
 - b.** Nettoyer le sang ou d'autres fluides corporels rapidement et minutieusement avec une solution de chlore à 0,5 %
 - c.** Remettre le capuchon sur les aiguilles
 - d.** Plonger les instruments contaminés dans de l'eau tiède
- 18.** Les produits complémentaires, comme les préservatifs féminins ou les implants doivent toujours être commandés au début de chaque situation d'urgence.

Vrai ou Faux

- 19.** Qui doit être impliqué dans la planification et la mise en œuvre des services du DMU pour la SSR et les services complets de SSR ? Choisir tous les cas qui s'appliquent :
- a.** Les groupes LGBTQIA
 - b.** Les personnes handicapées
 - c.** Les adolescents
 - d.** Les leaders communautaires
 - e.** Le/la coordinateur/coordinatrice SSR
- 20.** Des conseils en matière de contraception et une série de méthodes à courte et longue durée d'action devraient être proposés aux patientes dans tous les services d'avortement.

Vrai ou Faux

ANNEXE A : QUELS SONT LES OBJECTIFS DU DMU POUR LA SSR ?

Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU. L'agence cheffe de file en matière de SSR¹⁴⁰ :

- ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé ;
- ▶ accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU pour la SSR ;
- ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/groupe de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU ;
- ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH ;
- ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR en coordination avec les secteurs/clusters santé et de logistique ; et
- ▶ veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR.

Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes :

- ▶ travailler avec d'autres clusters, plus précisément le groupe de travail sur la protection ou la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle;
- ▶ mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et en facilitant les orientations vers d'autres services de soutien; et
- ▶ créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés.

¹⁴⁰ Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire : Révision de 2018 (Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, 2018), <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST :

- ▶ Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité ;
- ▶ Assurer l'application de précautions standards ;
- ▶ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population avant la crise), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins ;
- ▶ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- ▶ Proposer la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle, selon les cas, et aux agents concernés par l'exposition professionnelle ;
- ▶ Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué ; et
- ▶ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST.

Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :

- ▶ Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour la prestation de soins obstétriques et néonataux d'urgence complets (SONUC) ;
 - au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétriques et néonataux d'urgence de base (SONUB) ;
 - au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU et insister sur l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible ;
- ▶ Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital ;
- ▶ Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux ; et
- ▶ Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable.

Prévenir les grossesses non désirées :

- ▶ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence [CU]) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande ;
- ▶ Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication, et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix, le consentement informé, l'efficacité et privilégient le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination ; et
- ▶ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes.

Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaire dès que possible.

- ▶ Collaborer avec les partenaires du secteur/cluster santé pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

Autre priorité

- ▶ Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

ANNEXE B : LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR s'appuie sur la liste de contrôle du DMU pour la SSR pour assurer le suivi de la prestation de service dans chaque situation de crise humanitaire dans le cadre du suivi et de l'évaluation du secteur/cluster santé. Dans certains cas, cela peut être fait à l'aide des rapports oraux des responsables de SSR et/ou par le biais de visites d'observation. Au début d'une intervention humanitaire, le suivi est conduit chaque semaine et des rapports doivent être partagés et abordés avec le secteur/cluster santé. Une fois que les services sont totalement établis, le suivi mensuel est suffisant. Évoquer les lacunes et les recouvrements dans la couverture de service lors des réunions de coordination de SSR et dans les mécanismes de coordination du secteur/cluster santé pour trouver et mettre en œuvre des solutions.

1. Agence cheffe de file en matière de SSR et Coordinateur SSR			
		Oui	Non
1.1	Agence cheffe de file en matière de SSR identifiée et coordinateur/coordinatrice SSR opérationnel/opérationnelle dans le secteur/cluster santé		
	Agence cheffe de file		
	Coordinateur/coordinatrice SSR		
1.2	Les réunions des parties prenantes de la SSR sont organisées et ont eu lieu régulièrement	Oui	Non
	Au niveau national (MENSUELLES)		
	Au niveau infranational/des districts (BI-HEBDOMADAIRES)		
	Au niveau local (HEBDOMADAIRES)		
1.3	Les parties prenantes concernées mènent/participent aux réunions du groupe de travail sur la SSR	Oui	Non
	Ministère de la santé		
	FNUAP et autres agences de l'ONU concernées		
	ONG internationales		
	ONG locales		
	Protection/VBG		
	VIH		
1.4	Organisations de la société civile y compris les personnes marginalisées (adolescents, personnes handicapées, personnes LGBTQIA)		
	Avec les secteurs/pôle de santé/protection/VBG et les contributions des programmes nationaux sur le VIH, assurer le recensement et la validation des services SSR existants		
2. Données démographiques			
2.1	Population totale		

2.2	Nombre de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans, estimé à 25 % de la population)		
2.3	Nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 % de la population)		
2.4	Taux brut de natalité (population nationale du pays d'accueil et/ou des populations touchées, estimé à 4 % de la population)		
3. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes			
		Oui	Non
3.1	Des mécanismes multisectoriels coordonnés pour prévenir la violence sexuelle sont en place		
3.2	Accès sécurisé aux établissements de santé		
	Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur ; éclairage autour de l'établissement de santé ; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, comme des agents de sécurité ou d'accueil)		%
3.3	Services de santé confidentiels pour prendre en charge les victimes de violence sexuelle	Oui	Non
	Pourcentage d'établissements de santé prenant en charge les victimes de violence sexuelle (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100		%
	Contraception d'urgence (CU)		
	Test de grossesse (non requis pour obtenir la CU ou la prophylaxie après exposition au VIH [PPE])		
	Grossesse		
	PPE		
	Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST		
	Anatoxine tétanique/immunoglobuline tétanique		
	Vaccin contre l'hépatite B		
	Soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services de santé		
	Orientation vers des services de soins liés à l'avortement sans risques		
	Orientation vers des services psychologiques et de soutien social		
3.4	Nombre de cas de violence sexuelle signalés aux services sanitaires		
	Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100		%
		Oui	Non

3.5	Informations sur les bienfaits et la localisation des soins pour les victimes de violence sexuelle		
4. Prévention et traitement du VIH			
4.1	Protocoles en place pour des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles		
4.2	Unités de sang dépistées/unités totales de sang ayant fait l'objet d'un don x 100		
4.3	Les établissements de santé disposent de suffisamment de matériel pour garantir la mise en place de précautions standards		
4.4	Des préservatifs lubrifiés sont mis à disposition gratuitement		
	Établissements de santé		
	Niveau communautaire		
	Adolescents		
	Personnes LGBTQIA		
	Personnes handicapées		
	Travailleurs/travailleuses du sexe		
4.5	Nombre approximatif de préservatifs utilisés pendant cette période		
4.6	Nombre de préservatifs réapprovisionnés dans les sites de distribution pendant cette période. Indiquer les lieux :		
4.7	Antirétroviraux disponibles pour continuer le traitement pour les personnes inscrites dans les programmes de thérapie antirétrovirale avant la situation d'urgence y compris la PTME		
4.8	PPE disponible pour les victimes de violence sexuelle; PPE disponible pour l'exposition professionnelle		
4.9	Prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes		
4.10	Diagnostic syndromique et traitement des IST dans les établissements de santé		
5. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales			
5.1	Disponibilité des SONU de base et complets pour une population de 500 000 personnes	Oui	Non
	Centre de santé disposant de services de SONU de base, 5 pour une population de 500 000 personnes		
	Hôpital disposant de SONU complets, 1 pour 500 000 habitants		

5.2	Centre de santé (pour garantir les SONU de base 24 heures/24 et 7 jours/7)	Oui	Non
	Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour		
	Fournitures suffisantes y compris les fournitures pour nouveau-nés pour appuyer les SONU de base		
	Hôpital (pour assurer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7)	Oui	Non
	Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour		
	Une équipe de médecin/infirmière/sage-femme/anesthésiste de garde		
	Médicaments et fournitures en quantité suffisante pour appuyer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7		
	Soins post-avortement		
	Couverture des soins post-avortement (nombre d'établissements de santé où les soins post-avortement disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100		
	Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins post-avortement		
5.3	Système d'orientation vers d'autres services/établissements pour les urgences obstétriques et néonatales fonctionnant 24 heures/24 et 7 jours/7 (moyens de communication [radios, téléphones portables])	Oui	Non
	Transport de la communauté vers le centre de santé disponible 24 heures/24 et 7 jours/7		
	Transport de la communauté vers l'hôpital disponible 24 heures/24, 7 jours/7		
5.4	Chaîne du froid opérationnelle (pour l'ocytocine, les tests de dépistages sanguins) en place		
5.5	Part de l'ensemble des naissances dans les établissements de santé : (Nombre de femmes qui accouchent dans les établissements de santé sur une période donnée/nombre de naissances attendu sur la même période) x 100		
5.6	Besoin de SONU satisfait : (nombre de femmes présentant des complications obstétriques directes bénéficiant de traitement dans les établissements de SONU sur une période donnée/nombre attendu de femmes présentant des complications obstétriques directes graves dans la même zone durant la même période) x 100		
5.7	Nombre de césariennes/nombre de naissances vivantes dans les établissements de santé x 100		
5.8	Fournitures et produits pour accouchements hygiéniques et soins néonataux		
5.9	Couverture du kit d'accouchement hygiénique (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués où l'accès aux établissements de santé n'est pas possible/estimation du nombre de femmes enceintes) x 100		
5.10	Nombre de kits néonataux distribués y compris dans les cliniques et les hôpitaux		

5.11	La communauté est informée à propos des signes de danger de la grossesse et des complications liées à l'accouchement et de la localisation des établissements pour recourir aux soins		
6. Prévenir les grossesses non désirées			
6.1	Méthodes à courte durée d'action disponibles dans au moins un établissement	Oui	Non
6.2	Préservatifs		
6.3	Pilules de CU*		
6.4	Pilule contraceptive orale		
6.5	Injectables		
6.6	Implants		
6.7	Dispositifs intrautérins (DIU)		
6.8	Nombre d'établissements de santé qui conservent un stock minimum équivalent à 3 mois	Nombre	
	Préservatifs		
	Pilules de CU		
	Pilules contraceptives orales combinées		
	Pilules contraceptives à progestatif seul		
	Injectables		
	Implants		
	DIU		
7. Planification de la transition vers des services complets de SSR			
7.1	Prestation de service	Oui	Non
	Identification des besoins en SSR dans la communauté		
	Identification des sites adaptés pour la prestation de services de SSR		
7.2	Personnel de santé	Oui	Non
	Évaluation des capacités du personnel		
	Identification des besoins et niveaux du personnel		
	Conception et planification des formations		
7.3	SIS	Oui	Non
	Informations sur la SSR incluses dans le SIS		
7.4	Produits médicaux	Oui	Non
	Identification des besoins en produits de SSR		
	Identification, consolidation et renforcement des filières d'approvisionnement en produits de SSR		
7.5	Financement	Oui	Non
	Identification des possibilités de financement de la SSR		

7.6	Gouvernance et leadership	Oui	Non
7.7	Étude des lois, des politiques et des protocoles relatifs à la SSR		
8. Autre activité prioritaire : Les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi			
8.1	Couverture des soins liés à l'avortement sans risques : (nombre d'établissements de santé où les soins liés à l'avortement sans risques sont disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100		%
8.2	Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins liés à l'avortement sans risques		
8.3	Nombre de femmes et de filles bénéficiant d'un traitement suite à des complications liées à un avortement (spontané ou provoqué)		
9. Mentions particulières			
10. Autres commentaires			
Expliquer le mode d'obtention de ces informations (observation directe, compte rendu d'un partenaire [nom]), etc.) et fournir tout autre renseignement.			
11. Actions (si la case « non » a été cochée, expliquer les obstacles et les activités suggérées pour les surmonter.)			
Numéro	Obstacle	Solution proposée	

ANNEXE C : CALCULATRICE DU DMU POUR LA SSR

Pour accéder à la calculatrice du DMU pour la SSR, visiter :

<http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>.

Calculatrice du DMU (2019) Note d'orientation

Qu'est-ce-que la calculatrice du DMU ?

Au début d'une situation d'extrême urgence humanitaire, les données relatives à la population affectée sont le produit de facteurs qui dépendent largement de la qualité des informations disponibles avant la situation d'urgence et qui s'appuient sur la composition démographique de la population ciblée. La calculatrice du Dispositif minimum d'urgence pour la SSR en situations de crise (DMU) est un outil qui peut aider les coordinateurs/coordinatrices SSR et les responsables de programme à déterminer les caractéristiques démographiques de la population touchée à des fins de plaidoyer, de collecte de fonds et de programmation dès les premiers instants d'une situation d'urgence.

SEULS les chiffres de la population affectée sont nécessaires pour utiliser la calculatrice du DMU. La calculatrice du DMU offre à l'utilisateur un moyen simple d'accéder aux « meilleures données disponibles » pour chaque population dans un pays et/ou dans une zone infranationale. En l'absence de données de qualité sur la population affectée, l'outil passe par défaut à des estimations de constantes mondiales à partir desquelles l'intervention sera définie. De plus, la calculatrice du DMU prévoit un espace pour que l'utilisateur/utilisatrice ajoute lui-même toute donnée spécifique éventuellement disponible sur la population cible.

Comment utiliser la calculatrice du DMU ?

1. Cliquer sur l'onglet « Calculatrice du DMU »
2. Choisir le pays d'origine de la population cible (Cela peut être différent pour les PDI, les réfugiés ou la population d'accueil)
3. Choisir le niveau national ou infranational de la population cible (dans certains contextes, vous pouvez choisir le niveau provincial ou municipal)
4. Saisir le nombre de personnes touchées
5. FACULTATIF : Saisir éventuellement les données spécifiques à un site auxquelles vous avez éventuellement accès
6. Les données seront calculées pour les indicateurs relatifs au DMU y compris la santé maternelle et néonatale, les contraceptifs, la violence sexuelle, le VIH et d'autres IST
7. Cliquer sur l'onglet « Visualisations » pour voir les graphiques de base sur vos données qui peuvent être utilisés/adaptés en vue du plaidoyer et de la collecte de fonds

En quoi cette version de la calculatrice du DMU (2019) est-elle différente des versions précédentes ?

Il y a 4 différences majeures entre cette calculatrice du DMU et ses versions précédentes.

1. Les indicateurs fournis seront mis à jour en fonction du DMU révisé (2018).
2. Une nouvelle fonctionnalité permet aux données spécifiques à un pays (si elles existent) sur la population touchée de passer outre les constantes globales si aucune donnée spécifique à un site n'est disponible.
3. Il existe à présent une visualisation de base des données qui peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer.
4. L'utilisateur doit de nouveau télécharger l'outil Excel à intervalles de quelques mois car le service du FNUAP en charge des données mettra constamment à jour les données disponibles à l'échelon national et infranational.

Quelles données vais-je obtenir de la calculatrice du DMU ?

La calculatrice du DMU offre à l'utilisateur/utilisatrice un moyen simple d'accéder aux « meilleures données disponibles » pour chaque population dans un pays et/ou une zone infranationale. En l'absence de données de qualité sur la population affectée, l'outil passe par défaut à des estimations de constantes mondiales à partir desquelles l'intervention sera définie. Si des données nationales ou infranationales existent, l'outil en ligne remplacera automatiquement les constantes mondiales par les « meilleures données disponibles » (sur la base du recensement disponible, des enquêtes et d'autres sources de données pertinentes) au niveau administratif concerné (c'est-à-dire le pays, la région, la province ou la municipalité). On peut trouver la source de ces informations dans les cases « sources » de l'outil.

De plus, la calculatrice du DMU prévoit un espace pour que l'utilisateur/utilisatrice ajoute lui-même toute donnée spécifique éventuellement disponible sur la population cible dans les cases vertes. Ces données écrasent les données constantes et les données nationales ou infranationales et les remplacent en tant que « meilleures données disponibles ».

Quels sont les éléments que la calculatrice du DMU ne fournira pas ?

Le DMU comprend un ensemble minimum d'interventions vitales en SSR qui doivent être mises en œuvre dès les premiers instants d'une situation d'urgence humanitaire et qui doivent être étendues dès que la situation le permet. La calculatrice du DMU est censée être utilisée au début d'une situation d'urgence lorsque le financement, le plaidoyer et la programmation ont pour but de mettre en œuvre les interventions du DMU. Il convient de se souvenir que le DMU inclut les services minimums essentiels, pas seulement les services qui doivent être fournis aux populations affectées. Il faut élargir le DMU à une intervention en SSR plus spécifique au contexte et complète. La calculatrice du DMU ne fournira pas toutes les informations sur les indicateurs au-delà de celles qui figurent dans le DMU pour cette composante de l'intervention.

La calculatrice du DMU a pour but d'aider les coordinateurs/coordinatrices SSR et les responsables

de programme lors des premiers stades d'une situation d'urgence. Elle ne sera jamais précise à 100 % ou ne constituera jamais la seule directive programmatique sur laquelle sont fondées les décisions. Les résultats de la calculatrice doivent être analysés par les coordinateurs/coordinatrices SSR et responsables de programme pour prendre des décisions concernant leur intervention. Les coordinateurs/coordinatrices et responsables de programme doivent tenir compte des populations cibles et de la façon dont les caractéristiques de cette population peuvent limiter l'applicabilité des données fournies dans la calculatrice du DMU. Il est particulièrement important de prendre en considération la manière dont la situation d'urgence peut avoir impacté les caractéristiques ou changé les données préalables à la crise.

S'il existe de multiples populations cibles pour le programme (par ex., les populations cibles et population d'accueil), souvenez-vous que vous devez travailler avec la calculatrice du DMU séparément pour chaque population étant donné que les indicateurs peuvent varier considérablement. Par ailleurs, il est important de se souvenir que certaines populations affectées sont exclues de la collecte de données nationales pour des raisons politiques ou sociales; si ces groupes sont inclus dans votre programme, il faut tenir compte des limites des données et procéder à des ajustements en conséquence.

D'où proviennent les données nationales ou infranationales et qui les actualise ?

Les données nationales ou infranationales proviennent de différentes sources selon le contexte. Elles peuvent être issues d'un recensement, d'une enquête ou d'autres données collectées par diverses agences nationales ou internationales de collecte de données statistiques. La source et l'année des données figurent toujours dans la partie supérieure de la calculatrice quand vous choisissez un pays et/ou une région. L'Unité Population et données du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) procède à la mise à jour constante des informations utilisées par l'outil; il est important que l'utilisateur/utilisatrice télécharge de nouveau l'outil Excel à intervalles de quelques mois ou pour chaque nouvelle intervention pour faire en sorte d'obtenir les informations les plus récentes.

D'où proviennent les constantes mondiales et qui les actualise ?

Les constantes mondiales sont établies en fonction d'une évaluation des pays à revenu faible et intermédiaire, assurée par un groupe d'experts et/ou des moyennes issues de contextes humanitaires et de pays fragiles. Pour plus d'informations, veuillez contacter le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP.

Qui peut m'aider à utiliser l'outil ou répondre à mes questions ?

Le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP et le Service de la population et du développement du FNUAP ont organisé un webinaire sur l'utilisation de l'outil auquel qui est accessible via le site Internet du FNUAP.

En fonction du pays où vous intervenez, le conseiller régional du FNUAP en matière de questions humanitaires peut apporter une assistance pour l'utilisation de la calculatrice du DMU. Par ailleurs, n'hésitez pas à adresser un email à Humanitarian-SRHSupplies@unfpa.org pour obtenir une assistance de la part des collègues du Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP.

MISP calculator

Information can be overwritten manually in all green fields	
No country specific data can be provided, if possible, provide site specific estimates, otherwise global constants are used	
No data available	-

For more information on the functionality of the MISP calculator, please refer to the [Guidance note](#).

Country	Syria
Region	Aleppo Governorate
Province	
Municipality	
Affected population	500,000

Basic statistics	Global constants (default)	Country data	Site specific data	Best available data
Percentage of women of reproductive age (WRA)	26%	25%		25%
Percentage of adult population (18+)	63%	58%		58%
Percentage of young adolescent girls (10-14)	5%	6%		6%
Percentage of all adolescent girls (10-19)	9%	12%		12%
Percentage of adolescents (10-19)	19%	25%		25%
Percentage of adult men (18+)	31%	29%		29%
Crude birth rate (per 1,000 population)	23.9	20		20
STI prevalence	5%	3%		3%
Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)	-	8.7		8.7
Maternal mortality ratio (deaths per 100,000 live births)	-	68		68

Basic statistics	Estimates based on	Country estimates	Site specific estimates
Number of women of reproductive age (WRA)	127,500	125,000	-
Number of adult population (18+)	313,150	287,885	-
Number of young adolescent girls (10-14)	24,350	30,000	-
Number of all adolescent girls (10-19)	47,150	60,000	-
Number of adolescents (10-19)	97,250	125,000	-
Number of adult men (18+)	157,350	145,000	-
Number of live births in the next 12 months	11,950	10,100	-
Number of live births in the next month	996	842	-
Number of currently pregnant women	8,963	7,575	-
Number of adults living with an STI	13,905	8,949	-

Maternal and newborn health	Global constants (default)	Country data	Site specific data	Best available data
Number of pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion (estimated as an additional percentage of live births)	15%			15%
Number of still births	2%			2%
Number of currently pregnant women who will experience complications	15%			15%
Number of newborns who will experience complications	20%			20%
Number of newborns weighing less than 2,500 g	5%	-		5%
Number of currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center	15%			15%
Number of currently pregnant women delivering who will need suturing of vaginal tears	15%			15%
Number of deliveries requiring a C-section (Min/Max)	5% ##			5% 15%
Number of maternal deaths averted if MISP is fully implemented and all pregnant women have access to EmOC services	100%			100%

Access to Sexual and Reproductive Health	Global constants (default)	Country data	Site specific	Best available data
Number of sexually active men in the population	20%			20%
Number of sexually active men who use condoms	20%			20%
Number of WRA who use modern contraceptives	15%	45%		45%
Number of WRA who use female condoms	1%	-		9.0%
Number of WRA who use an implant	3%	-		9%
Number of WRA who use combined oral contraceptive pills	5%	-		13%
Number of WRA who use injectable contraception	8%	-		25%
Number of WRA who use an IUD	1%	-		2%
Number of people living with HIV	-	-		-
Number of people living with HIV, receiving ART	-	-		-
Number of people who will seek care for STI syndroms	3%			3%
Number of cases of sexual violence who will seek care	2%			2%
Status of abortion legislation	To save the woman's life			
Safe induced abortion rate	-		2%	2%

Sources
United Nations Population Division - World Population Prospect: 2017 Revision
UN Population Division - World Contraceptive Use 2018
Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results
UN AIDS - AIDS Info - 2018 Estimates
United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 2018.
Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNFPA, 2015
Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws, 2019

Best available estimates	Units
125,000	Women of reproductive age
287,885	Adults
30,000	Young adolescent girls (10-14)
60,000	Adolescent girls (10-19)
125,000	Adolescents (10-19)
145,000	Adult men
10,100	Live births in the next 12 months
842	Live births in the next month
7,575	Currently pregnant women
8,949	Adults living with an STI

estimates		Units
next 3 months	next month	
379	126	Pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion
58	19	Stillbirths
379	126	Currently pregnant women who will experience complications
505	168	Newborns who will experience complications
126	42	Babies who will weigh less than 2,500 g at birth
379	126	Currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center
379	126	Currently pregnant women who will need suturing of vaginal tears
126/379	260/779	Deliveries requiring a C-section
2	1	Maternal deaths averted

Best available estimates	Units
100,000	Sexually active men
20,000	Sexually active men who use condoms
56,000	WRA who use modern contraceptives
11,200	WRA who use female condoms
11,200	WRA who use an implant
16,800	WRA who use combined oral contraceptive pills
30,800	WRA who use injectable contraception
2,800	WRA who use an IUD
-	People living with HIV
-	People living with HIV, receiving ART
7,917	People seeking care for STI syndroms
2,500	Number of cases of sexual violence who will seek care
Status of abortion	To save the woman's life
2,750	Abortions per 1,000 women of reproductive age

ANNEXE D : EXEMPLE DE PROPOSITION DE PROJET

Cet exemple de proposition de projet est destiné aux ONG pour qu'elles les soumettent aux gouvernements, aux agences des Nations Unies comme le FNUAP et le HCR ainsi qu'à d'autres bailleurs de fonds.

TITRE DU PROJET	Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR)
ORGANISATION	[Description de l'organisation et de son travail, y compris les activités de SSR, dans la région]
BRÈVE PRÉSENTATION, MOTIF DU PROJET ET PROBLÈME À RÉSOUDRE	<p>Le DMU pour la SSR sauvera des vies s'il est mis en œuvre au début d'une situation d'urgence. Quand on néglige les besoins en SSR pendant les situations de crise humanitaire, cela a de graves répercussions y compris la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables; les conséquences évitables de la grossesse non désirée comme l'avortement à risques; et les cas et les conséquences évitables de violence sexuelle comme les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission accrue du VIH, ainsi que les problèmes persistants de santé mentale y compris la dépression.</p> <p>Le DMU pour la SSR est un ensemble d'activités prioritaires ayant pour but de prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes ; prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST ; prévenir la surmortalité et surmortalité maternelles et néonatales ; prévenir les grossesses non désirées et planifier des services complets de SSR intégrés dans les soins de santé primaires. L'autre activité prioritaire du DMU pour la SSR consiste à veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient dispensés dans les limites prévues par la loi.</p> <p>Le DMU pour la SSR peut être mis en œuvre sans un recensement approfondi des besoins car les données probantes documentées justifient déjà son utilisation et ce dispositif incarne les services de SSR minimums à fournir durant les situations d'urgence. Les composantes du DMU pour la SSR constituent une exigence minimale car des services complets de SSR sont censés être assurés dès que la situation le permet. Les activités prioritaires du DMU pour la SSR figurent dans l'édition 2018 du Manuel Sphère dans le cadre des normes sur la SSR : « Norme 2.3.1 Soins de santé reproductive maternelle et néonatale », « Norme 2.3.2 Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol, » et « Norme 2.3.3 VIH. »*</p> <p>Une agence cheffe de file en matière de SSR et un/une coordinateur/coordinatrice SSR désigné sont essentiels pour assurer les activités de coordination du DMU pour la SSR au sein du secteur/cluster santé. Sous l'égide de la coordination générale de la santé, le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit être le point focal des services de SSR et il doit apporter une assistance technique sur la SSR. Il doit prendre contact avec les autorités nationales et régionales du pays d'accueil ; être en rapport avec d'autres secteurs pour garantir une approche multisectorielle de la SSR ; identifier les protocoles standards pour la SSR qui sont totalement intégrés dans les soins de santé primaires, de même que des formulaires simples pour le suivi des activités de SSR ; et rendre régulièrement compte au secteur/cluster santé.</p> <p>[Insérer une brève présentation de la situation d'urgence.]</p>

OBJECTIFS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier l'agence cheffe de file en matière de SSR et les personnes pour faciliter la coordination et la mise en œuvre du DMU pour la SSR. 2. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes. 3. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST. 4. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales. 5. Prévenir les grossesses non désirées. 6. Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaire dès que possible. <p>Autre priorité : Il est aussi important d'assurer les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi.</p>
ACTIVITÉS	<p>Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU pour la SSR. L'agence cheffe de file de la SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé ▶ accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée pour assurer la mise en œuvre du DMU pour la SSR ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/groupe de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants, en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR ▶ fait en sorte que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR <p>Prévenir la prévention de la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Travailler avec d'autres clusters, surtout le groupe de travail sur la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts notamment les établissements de santé pour protéger les populations touchées en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle ▶ Mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien ▶ Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés <p>Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre en place des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles ▶ Assurer l'application de précautions standards ▶ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et le cas échéant, (par ex., déjà utilisés par la population), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins ▶ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme de thérapie antirétrovirale, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

- ▶ Dispenser la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- ▶ Soutenir la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients qui s'avèrent être séropositifs ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- ▶ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST dans les établissements de santé

Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :

- ▶ Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, de soins néonataux essentiels et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - Au niveau des hôpitaux de référence: Personnel médical qualifié et des fournitures pour la mise à disposition de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - Au niveau des établissements de santé: Les accoucheurs qualifiés et les fournitures destinées aux accouchements vaginaux non compliqués et la prestation de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)
 - Par les établissements de santé; les kits d'accouchements hygiéniques doivent être fournis aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses afin de promouvoir les accouchements au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible
- ▶ Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital
- ▶ Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux et
- ▶ Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour des accouchements hygiéniques et des soins néonataux immédiats dans le cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable

Prévenir les grossesses non désirées :

- ▶ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- ▶ Fournir des informations notamment les supports d'information, d'éducation et de communication existants et prodiguer des conseils en matière de contraception qui privilégient le choix et le consentement informé, l'efficacité, le respect de l'intimité et de la confidentialité à l'égard des clients, l'équité et la non-discrimination
- ▶ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Planifier des services complets de SSR, intégrés dans les soins de santé primaires dès que possible. **Collaborer** avec les partenaires du secteur/cluster santé pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

Autre priorité : Veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet :

- Remplir régulièrement la liste de contrôle du DMU pour la SSR qui figure dans le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* pour toutes les zones où le projet est mis en œuvre.

Collecter ou faire une estimation des données démographiques de base; la population totale; le nombre de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans, estimé à 25 % de la population) ; le nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 % de la population) ; le taux brut de natalité (estimé à 4 % de la population) ; le taux de mortalité spécifique à un âge (y compris les morts néonatales 0-28 jours) ; et la taux de mortalité spécifique à un sexe.

INDICATEURS

1. Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur; éclairage autour de l'établissement de santé ; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, c'est-à-dire les agents de sécurité ou d'accueil)
2. Pourcentage d'établissements de santé assurant la prise en charge cliniques des victimes de violence sexuelle : (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100
3. Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100
4. Couverture des fournitures pour les précautions standards qui est définie comme le pourcentage des sites de prestation de services de santé dotés de fournitures suffisantes pour veiller à ce que les précautions standards puissent être appliquées : (nombre de points de prestation de service de santé dotés de fournitures pour appliquer les précautions standards/nombre de points de prestation de service de santé) x 100
5. Couverture des tests rapides du VIH pour la transfusion de sang sécurisée, qui est définie comme le pourcentage des hôpitaux de référence qui sont dotés de tests rapides du VIH pour veiller à ce que le sang destiné à la transfusion soit dépisté : (nombre d'hôpitaux avec suffisamment de tests rapides du VIH pour dépister le sang destiné à la transfusion/nombre total d'hôpitaux) x 100
6. Taux de distribution des préservatifs qui est défini comme le taux de distribution des préservatifs au sein de la population : nombre de préservatifs masculins distribués/population totale/mois
7. Besoins de SONU satisfaits définis comme la part de femmes subissant des complications obstétriques directes importantes qui sont prises en charge dans les établissements de SONU : (nombre de complications obstétriques [hémorragie antepartum, hémorragie postpartum, travail dystocique, pré-éclampsie, éclampsie ou septicémie puerpérale] prises en charge par un établissement de SONU/ nombre d'accouchements attendu) x 100
8. Couverture des kits d'accouchements hygiéniques définie comme la part des distributions des kits d'accouchement hygiénique parmi les femmes enceintes au cours du 3^e trimestre de grossesse : (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués/estimation du nombre de femmes enceintes) x 100
9. Pourcentage des établissements de santé dispensant des méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles en mesure de répondre à la demande

	10. Pourcentage d'établissements de santé dispensant un traitement syndromique des IST disponibles dans les établissements de santé
BÉNÉFICIAIRES CIBLÉS	(Nombre total de) personnes touchées par une crise, dont (xx) sont des femmes de 15–49 ans.
DURÉE DU PROJET :	Six mois à un an.

* Le Manuel Sphere 2018, <https://www.spherestandards.org/handbook/>.

ANNEXE E : FICHE DE PLAIDOYER SUR LE DMU POUR LA SSR

Qu'est-ce-que Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) et pourquoi est-il important ?

1. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les situations de crises est un ensemble d'activités prioritaires qui sont mises en œuvre au début d'une crise humanitaire. Il constitue le point de départ de la programmation en SSR en situations d'urgence humanitaire et doit être maintenu et exploité avec les services complets de SSR pendant les crises prolongées et la phase de rétablissement.
2. Deux tiers des morts maternelles évitables et 45 % des morts néonatales ont lieu dans des pays touchés par un conflit récent, une catastrophe naturelle ou les deux¹⁴¹.
3. Le DMU pour la SSR sauve les vies et prévient les maladies, le handicap et la mort. En tant que tel, le DMU pour la SSR remplit les critères de sauvetage du Fonds central d'intervention d'urgence.
4. Si on néglige les besoins en SSR en situations de crise humanitaire, cela a de graves répercussions comme la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables; les conséquences évitables de la grossesse non désirée comme l'avortement à risques; et les cas et les conséquences évitables de violence sexuelle comme les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission accrue du VIH, ainsi que les problèmes persistants de santé mentale y compris la dépression.
5. Les services prioritaires vitaux de SSR figurant dans le DMU pour la SSR sont intégrés dans les standards minimums de l'intervention humanitaire du projet Sphere¹⁴².
6. Le Groupe de responsabilité sectorielle Santé approuve le DMU pour la SSR en tant que standard minimum de la prestation de service de santé dans les situations d'urgence, tels qu'indiqués dans le Guide pratique du groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations¹⁴³.
7. Les législations internationales appuient la mise en œuvre rapide et sans entrave du DMU pour la SSR par les acteurs humanitaires¹⁴⁴. Les services de SSR sont également essentiels à l'application des résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies 1325, 1820, 1888 et 1889 sur les femmes, la paix et la sécurité.
8. Outre la santé, les activités relevant du DMU pour la SSR doivent être mises en œuvre en coordination d'autres secteurs/clusters y compris la protection; la logistique; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; et le rétablissement rapide.
9. À mesure que les acteurs humanitaires se familiarisent avec les activités prioritaires du DMU pour la SSR, ils reconnaissent que ce dispositif peut et doit être appliqué dans le cadre d'autres actions prioritaires cruciales telles que l'eau, la nourriture, le combustible de cuisson, et l'hébergement d'urgence.

141 Zeid, et al., « For Every Woman, Every Child, Everywhere. »

142 *The Sphere Handbook*.

143 *Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national*.

144 Convention de Genève (IV) relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (Genève, 12 août 1949) ; Convention de Genève (III) relative au traitement des prisonniers de guerre, article 3 (Genève, 12 août 1949) ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, article 6 (Assemblée générale de l'ONU, 16 décembre 1966) ; Convention de Genève (IV) relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, articles 23, 55, 59 et 60 (Genève, 12 août 1949) ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), article 70 (8 juin 1977) ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), articles 9-11 (8 juin 1977) ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Assemblée générale de l'ONU, 1979) ; et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Assemblée générale de l'ONU, 16 décembre 1966)

ANNEXE F : SYNTHÈSE DU DMU POUR LA SSR

OBJECTIF 1 : VEILLER À CE QUE LE SECTEUR/CLUSTER SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR ASSURER LA MISE EN ŒUVRE DU DMU. L'AGENCE CHEFFE DE FILE EN MATIÈRE DE SSR :

- Nomme un/une coordonnateur/coordinatrice SSR pour apporter un soutien technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé
- Accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU
- Rend compte au pôle de santé, au sous-groupe de travail sur la VBG, et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU
- Assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH
- Partage les informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- Veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de santé reproductive

OBJECTIF 6 : PLANIFIER L'INTÉGRATION DES SERVICES COMPLETS DE SSR DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DÈS QUE POSSIBLE. COLLABORER AVEC LES PARTENAIRES DU SECTEUR/CLUSTER SANTÉ POUR ABORDER LES SIX ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ :

- La prestation de service
- Le personnel de santé
- Le système d'informations sanitaires
- Les produits médicaux
- Le financement
- La gouvernance et le leadership

BUT PRÉVENIR LA MORTALITÉ, LA MORBIDITÉ ET LE HANDICAP CHEZ LES POPULATIONS TOUCHÉES PAR UNE CRISE

OBJECTIF 5 : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES :

- Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication (IEC), et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix informé, l'efficacité et privilègent le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination
- Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Kits de SR de SR 1
Kits de SR de SR 3
Kits de SR de SR 4

Autre priorité : Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

OBJECTIF 2 : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES :

- Travailler avec d'autres clusters, plus précisément avec le sous-groupe de travail sur la protection ou la violence basée sur le genre pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle
- Mettre à la disposition des victimes de la violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien
- Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés

Kits de SR de SR 3
Kits de SR de SR 5
Kits de SR de SR 8
Kits de SR de SR 9

OBJECTIF 3 : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ EN RAISON DU VIH ET D'AUTRES IST :

- Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité
- Assurer l'application des précautions standards
- Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population) assurer la mise à disposition de préservatifs féminins
- Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTME
- Proposer la PPE aux victimes de violence sexuelle et aux agents concernés par l'exposition professionnelle
- Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST

Kits de SR de SR 1
Kits de SR de SR 3
Kits de SR de SR 5
Kits de SR de SR 12
Précautions standards complémentaires dans les kits 2, 4, 6, 8, 9, 11

OBJECTIF 4 : PRÉVENIR LA SURMORTALITÉ ET LA SURMORBIDITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES :

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - o Au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - o Au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)
 - o Au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU ainsi que l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible
- Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital
- Assurer la disponibilité des soins après avortement dans les centres de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable

Kits de SR de SR 2
Kits de SR de SR 6
Kits de SR de SR 8
Kits de SR de SR 9
Kits de SR de SR 10
Kits de SR de SR 11
Kits de SR de SR 12

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un ensemble de services et d'activités de SSR vitaux qu'il faut mettre en œuvre au début de chaque urgence humanitaire pour prévenir la surmortalité et la surmortalité liées à la santé sexuelle et reproductive. Toutes les activités de prestation de service relevant du DMU doivent être mises en œuvre simultanément par le biais d'actions coordonnées avec tous les partenaires concernés.

Le DMU représente le point de départ de la programmation en SSR et la qualité des soins respectueux doit être garantie dès le début. Il convient de souligner que les composantes du DMU constituent une condition minimale et devraient être mises en œuvre en toute circonstance. Ces services doivent être maintenus et exploités dès que possible (idéalement 3-6 mois) avec les services complets et les fournitures de SSR pendant les crises prolongées et le rétablissement.

Principes fondamentaux des programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire

- Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux avec les personnes qui bénéficient de soins, les prestataires, ainsi que les partenaires locaux et internationaux
- Garantir l'égalité en répondant aux divers besoins des personnes en matière de santé sexuelle et reproductive et veiller à ce que les services et les fournitures soient abordables ou gratuits, accessibles à tous et de haute qualité
- Veiller à la participation efficace et significative des personnes concernées et des soins axés sur les personnes, qui reconnaissent le pouvoir de décision autonome et le choix des patients en matière de services et de produits
- Garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité pour tous et traiter les personnes avec dignité et respect
- Promouvoir l'équité vis-à-vis de l'âge, du sexe, du genre et de l'identité de genre, du statut matrimonial, de l'orientation sexuelle, du lieu (par ex. rural/urbain), du handicap, de la race, de la couleur de peau, de la langue, de la religion, des opinions politiques ou autres, des origines nationales, ethniques ou sociales, de la propriété, de la naissance ou d'autres caractéristiques
- Reconnaître et aborder les dynamiques de genre et de pouvoir dans les établissements de soins pour veiller à ce que les personnes ne soient pas victimes de coercition, de discrimination ou de violences/de mauvais traitements/d'irrespect lorsqu'elles bénéficient ou dispensent des soins
- Mobiliser la communauté, y compris les populations souvent marginalisées comme les adolescents, lors de la sensibilisation communautaire pour informer la communauté de la disponibilité et de la localisation des services et produits du DMU
- Assurer le suivi des services et des fournitures, et partager les informations et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins

Niveau communautaire/poste de santé : Les kits du niveau communautaire/postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins de SSR à l'échelon communautaire. Chaque kit est censé répondre aux besoins de 10 000 personnes sur une période de 3 mois. Les kits contiennent principalement des médicaments et des éléments jetables.

Niveau des établissements de soins de santé primaire (SONUB) : les kits des établissements de soins de santé primaires (SONUB) contiennent des éléments à la fois jetables et réutilisables pour les prestataires formés ayant des compétences dans la pratique de sage-femme et dans le domaine obstétrique et néonatal au niveau des centres de santé ou des hôpitaux. Ces kits sont censés être utilisés pour une population de 30 000 personnes sur une période de 3 mois. Ces kits peuvent être commandés pour une population de moins de 30 000 personnes. Dans ce cas-là, les fournitures dureront plus longtemps.

Niveau des hôpitaux de référence (SONUC) : Les kits des hôpitaux de référence (SONUC) contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour fournir des soins obstétriques et néonataux d'urgence complets au niveau de référence (chirurgie obstétrique). En situations de crise humanitaire grave, les patientes des populations concernées sont orientées vers l'hôpital le plus proche qui peut avoir besoin d'un appui en termes d'équipements et de fournitures pour être en mesure de fournir les services nécessaires afin de gérer cette nouvelle charge de travail. On estime à 150 000 le nombre de personnes couvertes par un hôpital de cet échelon. Les fournitures de ces kits couvriraient cette population sur une période de 3 mois.

NOTE: Les kits de santé reproductive sont classés selon les trois niveaux de prestation de service. Les kits sont censés être utilisés pendant 3 mois pour la taille de la population ciblée. Des produits complémentaires peuvent être commandés en fonction des facteurs favorables et des capacités des prestataires. Ces kits n'étant pas spécifiques à un contexte ou complets, les organisations ne doivent pas dépendre uniquement des kits de SR et ils doivent planifier l'intégration de l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leur système d'approvisionnement sanitaire de routine dès que possible. Bien que cela ne garantisse pas la durabilité des fournitures, cela permettra en revanche de faciliter la transition des services du DMU vers la SSR complète.

*** Le nouveau système de kit sera disponible fin 2019**

NIVEAU	COMPLÉMENTS	ÉLÉMENT
Coordination	Tous les kits	Kit 0 – Administration et formation
Communautaire/poste de santé - SONUB	Kit 1	Kit 1B - Préservatifs féminins
	Kit 2A	Gel de chlorexidine
	Kit 2B	Misoprostol (complète aussi les kits 6B et 8)
	Kit 4	Acétate de méthoxyprogestérone - sous-cutané (DMPA-SC)
Centre de santé ou hôpitaux - SONUC	Kit 4	Kit 7A - Dispositif intrautérin (DIU)
	Kit 4	Kit 7B - Implant contraceptif
	Kit 6A	Vêtement non-pneumatique et anti-choc
	Kit 6B	Ocytocine
	Kit 8	Mifépristone
	Kit 10	Système de ventouse manuelle d'accouchement

Les produits complémentaires sont un ensemble d'éléments jetables et consommables et/ou des kits qui peuvent être commandés dans des circonstances particulières, pour compléter les kits de SR:

- lorsque les prestataires sont formés à l'utilisation de cette fourniture spécifique ;
- lorsque les fournitures sont acceptées et utilisées avant la situation d'urgence ;
- après la première commande rapide de fournitures de SSR lors de crises prolongées ou après une situation d'urgence, pendant que tous les efforts sont déployés pour renforcer ou mettre en place des canaux locaux et durables d'approvisionnement en produits médicaux, (y compris les canaux locaux et régionaux d'approvisionnement) ; et,
- quand l'utilisation des fournitures est autorisée, dans les limites prévues par la législation nationale

Les informations sur les kits de SR ou l'aide pour la commande peuvent être fournies par les bureaux locaux du FNUAP ou le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP à Genève. Les kits de SR peuvent être commandés auprès du service des achats de Copenhague soit par l'intermédiaire d'un bureau local du FNUAP ou du Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP ; vous pouvez également contacter le/la coordinateur/coordinatrice du groupe de travail/sous-secteur pour faciliter un approvisionnement coordonné des kits de SR.

Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP

FNUAP
Attn: Service des situations humanitaires et fragiles
Palais des Nations
Avenue de la paix 8-14
1211, Genève 10, Suisse

Email: Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Service des achats du FNUAP

Service des achats du FNUAP
Marmovej 51
2100 Copenhagen, Denmark

Email: procurement@unfpa.org
Site Internet: unfpaprocurement.org

Avant de passer une commande, discuter avec le groupe de coordination SSR et/ou le bureau local du FNUAP pour savoir ce qui a déjà été commandé et si les commandes peuvent être cumulées.

ANNEXE G : LISTE DE CONTRÔLE DES SERVICES ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS

Cette liste de contrôle des services de SSR adaptés aux adolescents est tirée de la *Boîte à outils pour la SSR des adolescents en situations de crise humanitaire* conçue par Save the Children et le FNUAP.

Caractéristiques	Oui	Non	Suggestion d'amélioration possible
Caractéristiques des établissements de santé			
1. L'établissement est-il situé près d'un lieu où les adolescents et les adolescentes se réunissent (par ex., centre de jeunes, école, marché) ?			
2. L'établissement est-il ouvert à des horaires qui sont pratiques pour les adolescents et les adolescentes, en particulier, le soir ou le week-end ?			
3. Des horaires d'ouverture spécifiques du centre de santé ont-ils été fixés pour les adolescents ?			
4. Les clients sans rendez-vous sont-ils les bienvenus ?			
5. Les services de SSR sont-ils dispensés gratuitement ou à un tarif abordable pour les adolescents ?			
6. Les temps d'attente sont-ils courts ?			
7. Si les adultes comme les adolescents sont soignés dans l'établissement, y a-t-il une entrée séparée, discrète pour les adolescents pour veiller au respect de leur vie privée ?			
8. Les salles réservées aux conseils et aux soins permettent-elles de respecter l'intimité (visuelle ou auditive) ?			
9. Existe-t-il un code de conduite pour le personnel de l'établissement de santé ?			
10. Existe-t-il un mécanisme transparent, confidentiel pour permettre aux adolescents de soumettre des plaintes, des commentaires ou d'autres mécanismes de responsabilisation pour les services de SSR dans l'établissement ?			
11. Le centre de santé est-il accessible aux personnes handicapées ?			
12. Les services de SSR destinés aux garçons et aux jeunes hommes sont-ils dispensés à des endroits qui les accueillent ?			
Caractéristiques du prestataire			
1. Les prestataires ont-ils été formés pour fournir des services de santé adaptés aux adolescents qui reposent sur des attitudes neutres, l'empathie, l'écoute active, et les conseils adaptés à l'âge ?			

2. Tous les membres du personnel ont-ils bénéficié d'une orientation sur la prestation de services adaptés aux jeunes (par ex. les réceptionnistes, les agents de sécurité, les agents de santé communautaire, les agents d'entretien) ?			
3. Les membres du personnel font-ils preuve de respect à l'égard des adolescents et de leur choix ?			
4. Les prestataires respectent-ils la vie privée et la confidentialité ?			
5. Les prestataires prévoient-ils suffisamment de temps pour l'interaction client-prestataire ?			
6. Les éducateurs de pairs ou conseillers de pairs sont-ils disponibles ?			
7. Les prestataires abordent-ils chaque adolescent comme un individu ayant des besoins et des préoccupations différents ?			
8. Des prestataires masculins et féminins sont-ils disponibles (si possible) ?			
Caractéristiques du programme			
1. Les adolescentes et adolescents jouent-elles/ils un rôle dans le fonctionnement de l'établissement de santé ?			
2. Les adolescents sont-ils impliqués dans le suivi de la qualité de la prestation de services de SSR ?			
3. Les adolescents peuvent-ils se présenter dans l'établissement sans le consentement de leurs parents ou de leurs conjoints ?			
4. Un vaste éventail de services de SSR est-il accessible (contraception, traitement et prévention des IST, conseils et dépistage du VIH, soins prénataux et postnatals, soins obstétricaux) ?			
5. Existe-t-il des directives écrites pour la prestation de services destinés aux adolescents ?			
6. Des préservatifs sont-ils disponibles pour les jeunes hommes et les jeunes femmes à des endroits discrets ?			
7. Les supports éducatifs, les affiches sur la SSR ou d'autres outils/supports d'information, d'éducation et de communication, présents sur le site ont-ils pour but de cibler les adolescents ?			
8. Des supports d'orientation vers des établissements compétents sont-ils en place pour les urgences médicales, la santé mentale et le soutien psychosocial, les programmes de protection des enfants, d'éducation, de nutrition, d'aide sociale, etc. ?			
9. Des mécanismes sont-ils en place pour permettre aux adolescents d'accéder aux informations et aux produits de SSR aux points de prestations de service autres que l'établissement de santé ?			
10. Des indicateurs spécifiques aux adolescents font-ils l'objet d'un suivi régulier (par ex., le nombre de clients adolescents, ventilé par âge et par sexe) ?			

ANNEXE H : RÉPONSES AUX QUIZ

Réponses au quiz de la Session 2 : Coordination du DMU pour la SSR

1. Faux

L'agence cheffe de file en matière de SSR doit affecter un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour un minimum de trois à six mois.

2. b

Le recensement des services de SSR existants doit être effectué en partenariat avec les mécanismes de coordination de la santé, de la VBG et du VIH.

3. e

Il est important que toutes les parties prenantes, notamment les représentants des communautés touchées, les ONG, les organisations de la société civile et le/la coordinateur/coordinatrice VBG participent aux réunions du groupe de travail sur la SSR.

4. d

Pour garantir une coordination réussie de la SSR, des réunions doivent avoir lieu à des endroits qui soient pratiques pour toutes les parties prenantes et elles doivent se tenir chaque semaine ou deux fois par semaine au début d'une situation d'urgence humanitaire.

5. Vrai

La liste de contrôle du DMU pour la SSR peut être utilisée pour assurer le suivi des composantes du DMU.

Réponses au quiz de la Session 3 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes

1. Faux

Il faut donner la priorité aux droits, aux besoins et aux souhaits d'une victime et les respecter. Le traitement et les médicaments peuvent être fournis sans examen.

2. **d**

Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent les antécédents et les examens, la communication de soutien, le traitement présomptif des IST, la CU dès que possible et dans les 120 heures suivant le viol, ainsi que les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation en vue de soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi. Ils comprennent également la PPE dans les 72 heures suivant l'exposition. Les tests de grossesse ne sont pas requis pour fournir une CU ou la PPE.

3. **Faux**

Les victimes masculines sont moins susceptibles de signaler un incident en raison de la honte, de la criminalisation des relations sexuelles homosexuelles, des attitudes négatives ou méprisantes des prestataires et du manque de reconnaissance concernant l'ampleur du problème. Les victimes masculines souffrent de traumatismes physiques et psychologiques semblables à ceux des victimes féminines et ils doivent avoir accès à des services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires qui fournissent des soins complets.

4. **Vrai**

Les auteurs d'actes de violence sexuelle sont souvent des partenaires ou d'autres personnes connues de la victime.

5. **c**

Si vous soupçonnez un membre du personnel de violer les principes fondamentaux de la protection contre l'exploitation et la violence sexuelle, vous devez le signaler à votre superviseur ou point focal en charge de la protection contre l'exploitation et la violence sexuelle.

Réponses au quiz de la Session 4 : Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST

1. **Faux**

La prise en charge syndromique des IST est un protocole de traitement standardisé fondé sur les syndromes (symptômes des patients et signes cliniques) qui permettent de prendre des décisions concernant le traitement lors d'une seule visite.

2. **a, b, c, d**

Le rôle de l'agent de santé est de garantir la confidentialité et la mise à disposition de préservatifs, du co-trimoxazole (conformément aux recommandations) et d'antirétroviraux quand une personne touchée par une crise se présente pour bénéficier d'un traitement permanent en antirétroviraux.

3. **e**

La manipulation par précaution des objets tranchants, le port de vêtements de protection, l'élimination

de déchets et le lavage fréquent des mains sont des exigences minimales pour la prévention des infections.

4. **e**

Les préservatifs peuvent être mis à disposition dans les établissements de santé, les points de distribution de nourriture et non-alimentaire, les latrines, et les bars ou les cafés populaires dans les zones urbaines.

5. **Vrai**

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR ne doit pas prendre la responsabilité de l'achat d'antirétroviraux. Il incombe au/à la coordinateur/coordinatrice VIH (s'il y en a un/une) ou au/à la représentant/représentante national/nationale en charge du VIH d'appuyer le secteur/ cluster santé pour garantir un stock suffisant d'antirétroviraux.

Réponses au quiz de la Session 5 : Prévenir la sur morbidité et la surmortalité néonatales et maternelles

1. **c**

L'aide alimentaire inclut la promotion du contact peau à peau, le soutien à l'allaitement immédiat et exclusif, et le fait de ne pas jeter le colostrum (ou premier lait).

2. **d**

Les services de SONUB doivent être accessibles au niveau des établissements de santé, et les services de SONUC doivent être accessibles au niveau des hôpitaux de référence.

3. **Vrai**

Les nouveau-nés doivent être orientés vers un établissement de santé en cas d'activité limitée ou d'absence de mouvement spontané.

4. **Faux**

Si une femme se présente pour des soins après avortement, l'agent de santé qualifié doit avant toute chose procéder à une évaluation rapide initiale. Si une femme présente des signes et des symptômes de choc ou souffre de saignements vaginaux importants, elle doit être stabilisée immédiatement.

5. **a, b, c**

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit travailler avec le secteur/cluster santé, les communautés et les autorités du pays d'accueil pour établir un système d'orientation efficace vers les établissements compétents au début d'une crise humanitaire.

Réponses au quiz de la Session 6 : Prévenir les grossesses non désirées

1. a, b, c

Les méthodes utilisées par la population cible avant la crise; les méthodes enregistrées dans le pays; et les possibilités de migration lorsque le retrait de méthodes à longue durée d'action n'est pas possible.

2. Faux

Les services de contraception doivent être accessibles à toutes les populations touchées par une crise, y compris les adolescents, les femmes et les hommes non mariés ou mariés, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs client(e)s, les personnes LGBTQIA, les ex-combattants, le personnel en uniforme et les consommateurs de drogues injectables.

3. c

Il est vrai que la CU ne causera pas de dommages à une grossesse existante, que la CU doit être prise dans les 120 heures, qu'elle est plus efficace quand elle est prise plus tôt, et que le dosage correct de pilules contraceptives orales peut être utilisé lorsque les pilules de CU ne sont pas disponibles. Il est faux de dire que les adolescentes ne peuvent pas prendre de CU.

4. a, b, c

Il faut insister sur la confidentialité, le respect de la vie privée et le choix informé pour garantir la qualité des soins lors de la mise à disposition d'une contraception.

5. a, b, d, e

Des informations sur l'efficacité de la méthode, les effets secondaires courants des méthodes contraceptives, le fonctionnement de la méthode, et la protection contre les IST doivent être fournies à l'ensemble des clientes durant les conseils en matière de contraception.

Réponses au quiz de la Session 7 : Planifier des services SSR complets, intégrés dans les soins de santé primaires dès que possible

1. e

Le système d'informations sanitaires, le personnel de santé, la prestation de service, les produits médicaux, les finances, ainsi que la gouvernance et le leadership sont les six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS.

2. Vrai

Pour assurer un accès permanent à des soins complets et abordables de SSR, les mécanismes de

financement de long-terme doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence.

3. **c**

Lors du choix d'un site pour dispenser des services de SSR complets, il est préférable de les intégrer à d'autres services plutôt qu'à un service autonome.

4. **Faux**

Lors de la transition vers des services de SSR complets, s'abstenir de commander des kits de SR pré-conditionnés en continu, pour éviter des frais et gaspillages. La commande de fournitures de SSR, en fonction de la demande, garantira la viabilité du programme de SSR et évitera les pénuries de fournitures spécifiques ainsi que le gaspillage de celles qui ne sont généralement pas utilisées dans ce contexte.

5. **b**

Pour aller au-delà du DMU et commencer à planifier l'offre de services de SSR complets, les responsables de programme SSR doivent recueillir, en étroite collaboration avec les partenaires du secteur/cluster santé les informations existantes ou les données de prévision, y compris les indicateurs de service du DMU pour la SSR.

Réponses au quiz de la Session 8 : Autres priorités en matière de SSR pour le DMU

1. **d**

Les médecins et infirmières peuvent fournir des soins liés à l'avortement sans risques de première ligne, avec l'aspiration manuelle intra-utérine et des médicaments lorsqu'ils sont formés et soutenus correctement.

2. **e**

La prestation de soins liés à l'avortement sans risques par l'intermédiaire d'établissements de santé pourvus en prestataires volontaires, offrant un appui technique et des ressources aux personnel médical qualifié qui dispense déjà des services liés à l'avortement, transmet des informations et distribue des produits pour l'avortement médicamenteux sans risques, ainsi que l'identification et l'orientation des femmes vers des prestataires et des organisations dotés des capacités requises, permettent de faciliter les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi.

3. **Vrai**

Le coût des soins, la crainte de répercussions négatives et la stigmatisation constituent des obstacles aux soins liés à l'avortement sans risques pour les jeunes femmes.

4. **Vrai**

Les soins liés à l'avortement sans risques sont autorisés dans un ou plusieurs cas dans la majorité des pays

5. **e**

Les soins liés à l'avortement sans risques doivent être prioritaires dans le cadre du DMU pour la SSR en tant que composante clinique des soins pour les victimes de violence sexuelle et en tant qu'autre priorité du DMU.

Réponses au quiz sur la Session 9 : Commander les kits de SR

1. **a, b, c**

Une organisation doit commander des produits complémentaires lorsque les prestataires ou la population sont formés à l'utilisation du produit, lorsque les produits ont été acceptés et utilisés avant l'urgence. Le produit est autorisé dans les limites prévues par la législation nationale et il est inscrit sur la liste nationale des médicaments.

2. **a**

Les kits de SR contiennent une quantité suffisante pour une période de trois mois.

3. **b, c, d**

Les soins de santé primaires, l'hôpital de référence, la communauté/poste de santé sont les différents niveaux de soins auxquels les kits de SR sont destinés.

4. **c**

Le FNUAP gère les kits de SR.

5. **a, b, c, e**

Les informations requises pour commander les kits de SR comprennent les coordonnées détaillées, les informations relatives à la livraison et au financement, les informations sur le type de contexte et la taille de la population ciblée, le lieu d'utilisation des kits et l'organisation qui gèrera la distribution des kits, ainsi que le nombre de centres de santé et d'hôpitaux de référence.

Pour commander des copies

Le module de formation sur le DMU pour la SSR est accessible sur le site Internet du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (www.iawg.net) et sur le site Internet de la Women's Refugee Commission (www.womensrefugeecommission.org).

Des copies imprimées peuvent être commandées en envoyant un email à info@wrcommission.org ou info.iawg@wrcommission.org.

Contactez-nous

Women's Refugee Commission
15 West 37 Street
New York, NY 10018, USA
info@wrcommission.org



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises