

**MANUEL DE TERRAIN
DU GROUPE
INTERORGANISATIONS**

**SUR LA SANTÉ
REPRODUCTIVE
EN SITUATIONS
DE CRISE
HUMANITAIRE**

2018

IAWG

INTER-AGENCY WORKING GROUP
ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

MANUEL DE TERRAIN DU GROUPE INTERORGANISATIONS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

REMERCIEMENTS

Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG) remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué et fait part de leurs commentaires pendant le processus de révision. Outre les personnes citées à la fin de ce manuel, plusieurs membres du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé ont pris part à la conception de ce document et l'IAWG les remercie de leur contribution. Le manuel révisé a fait l'objet de longues discussions et de commentaires du personnel de terrain à l'occasion de plusieurs réunions régionales et internationales, et aussi de ceux qui ont participé à l'évaluation mondiale 2012-2014. Merci à eux!

Les opinions exprimées dans ce manuel sont celles des auteurs et des collaborateurs et ne représentent pas nécessairement les points de vue de, et ne devraient pas être attribuées à, leurs organisations affiliées.

PRÉFACE

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est un droit humain et comme tous les droits humains, elle s'applique aux réfugiés, aux personnes déplacées dans leur propre pays, et à d'autres personnes en situations de crise humanitaire. Pour exercer ce droit, les personnes touchées doivent avoir accès à des informations et services complets de SSR pour être libres de faire des choix informés concernant leur santé et leur bien-être.

La mise à disposition de services complets de SSR et de haute qualité requiert une approche multisectorielle intégrée. Les personnels des secteurs comme la protection, la santé, la nutrition, l'éducation et le service communautaire ont tous un rôle important à jouer dans la planification et la prestation de services de SSR. Les besoins sont mieux satisfaits si les communautés touchées sont impliquées à chaque phase d'action: de l'évaluation des besoins à la conception des programmes, du lancement et maintien des programmes à l'évaluation de leur impact.

Le Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM) est le fruit d'un processus de collaboration et de consultations impliquant des centaines de représentants d'agences des Nations Unies et d'organisations non-gouvernementales qui constituent le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG). S'appuyant sur les directives publiées par des organismes chargés de l'élaboration de politiques et de normes en particulier celles de l'Organisation mondiale de la Santé, l'IAFM 2018 comprend des données probantes spécifiques issues de, ou des exemples sur l'application et l'adaptation des normes internationales sur la SSR ou les droits humains en situations de crise humanitaire. L'IAFM 2018 reflète l'application étendue des principes et du contenu technique du manuel au-delà des situations des réfugiés, en élargissant son utilisation à des crises diverses, notamment les zones de conflit et de catastrophes naturelles. L'IAFM continue de faire autorité en matière de SSR dans les contextes de crises; la Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes du projet Sphère intègre le Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise - Chapitre 3 dans l'IAFM 2018 - en tant que norme minimale de soins lors des interventions humanitaires.

La communauté internationale a réalisé des progrès surtout pour remédier à la gravité de la violence sexuelle dans les conflits armés. Les résolutions 1325, 1820, 1888 et 1889 du Conseil de sécurité des Nations Unies sur les femmes, la paix et la sécurité font état des besoins, perspectives et contributions spécifiques des femmes et des filles dans les zones de conflit. Le Conseil de sécurité a reconnu la santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la résolution 1889 en faisant explicitement référence à la nécessité d'assurer l'accès des femmes et des filles aux services de santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation afin de pouvoir bénéficier de meilleures conditions socioéconomiques dans les situations post-conflit.

D'importantes populations restent malheureusement contraintes de vivre éloignées de leurs foyers dans des camps de réfugiés pendant des décennies, dans des campements des personnes déplacées dans leur propre pays ou dans des zones urbaines qui leur sont totalement méconnues et ce, du fait d'un conflit en cours ou en conséquence d'une catastrophe naturelle. La durée moyenne d'un déplacement est de 17 ans pour les réfugiés. Beaucoup de personnes touchées par les urgences chroniques sont très exposées aux graves problèmes de santé sexuelle et reproductive, ce qui engendre des défis majeurs pour les efforts visant à réaliser des normes mondiales notamment les Objectifs de développement durable. L'IAFM 2018 a pour but d'améliorer la santé et le bien-être des populations touchées de la phase de redressement à la transition vers le développement, tout en favorisant la préparation et les services de haute qualité qui garantissent la participation maximale des communautés affectées.

Près de 25 ans se sont écoulés depuis que la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a reconnu la santé reproductive en tant que droit humain. En notre qualité de membres de la communauté humanitaire, nous sommes collectivement responsables de la défense et de l'exercice du droit à la SSR pour les personnes dans toutes les situations de crise humanitaire.



SOMMAIRE

Préface	i
Sommaire	iii
Chapitre 1: Introduction	1
Chapitre 2: Principes fondamentaux	9
Chapitre 3: Dispositif minimum d'urgence (DMU)	17
Chapitre 4: Logistique	69
Chapitre 5: Recensement, suivi et évaluation	93
Chapitre 6: La santé sexuelle et reproductive des adolescents ..	109
Chapitre 7: La contraception	129
Chapitre 8: Les soins complets d'avortement	149
Chapitre 9: La santé maternelle et néonatale	169
Chapitre 10: La violence basée sur le genre	193
Chapitre 11: Le VIH	215
Chapitre 12: Les infections sexuellement transmissibles	245
Conclusion	261
Liste d'abréviations et de sigles	263
Auteurs	266
Liste des membres du Groupe de travail de l'IAFM	268

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

-
- 1.1 Le contexte
 - 1.2 Santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire
 - 1.3 Historique du Manuel de terrain interorganisations (IAFM)
 - 1.4 Élaboration de l'IAFM 2018
 - 1.5 Principaux changements dans l'IAFM 2018
 - 1.6 Public visé par l'IAFM 2018
 - 1.7 Où trouver des ressources complémentaires
-

1.1 LE CONTEXTE

En 2015, l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a estimé que les populations déplacées de force dépassaient le chiffre de 65 millions pour la première fois de l'histoire. Cela incluait 21 millions de réfugiés, 40 millions de personnes déplacées dans leur propre pays et plus de 3 millions de demandeurs d'asile. Parmi ceux qui ont besoin d'aide humanitaire, environ 1 personne sur 4 est une femme ou une fille en âge de procréer.

La santé sexuelle et reproductive (SSR) est une composante essentielle des interventions humanitaires. La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, mental et social complet (et pas simplement l'absence de maladie et d'infirmité) pour tout ce qui a trait à l'appareil reproductif, à ses fonctions et ses processus. La SSR implique donc que les personnes sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans danger et qu'elles peuvent procréer et sont libres de décider si, quand et à quelle fréquence le faire. Pour cette dernière condition, cela suppose que les personnes aient le droit d'être informées et qu'elles aient accès à des méthodes contraceptives sûres, efficaces, abordables et acceptables de leur choix, de même qu'à d'autres interventions et stratégies de limitation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Tous les individus doivent avoir le droit d'accéder à des services de soins adaptés qui permettront aux femmes de vivre la grossesse et l'accouchement en toute sécurité et d'offrir aux personnes et aux couples la possibilité d'avoir un enfant en bonne santé.

Tout le monde, y compris ceux qui vivent en situations de crise humanitaire, a le droit de préserver sa santé sexuelle et reproductive. Pour exercer ce droit, les populations touchées doivent bénéficier d'un environnement favorable et d'un accès à des informations et services complets de SSR de manière à ce qu'elles puissent faire des choix libres et informés. Les services de SSR de qualité doivent être fondés sur les besoins des populations touchées, et plus particulièrement ceux des femmes et des filles. Les services de SSR doivent respecter les valeurs religieuses et éthiques et les milieux culturels des communautés, tout en étant en conformité avec les normes internationales de droits humains universellement reconnues.

1.2 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

Une situation de crise est un contexte dans lequel un événement ou des séries d'événements ont généré une grave menace à l'encontre de la santé, de la sécurité ou du bien-être d'une communauté ou d'autres groupes élargis de la population. La capacité d'adaptation de la communauté touchée est affaiblie, les infrastructures du pays sont perturbées et l'aide extérieure s'avère nécessaire. Cela peut être la conséquence d'événements tels que les conflits armés, les catastrophes naturelles, les épidémies ou la famine, ce qui entraîne souvent des déplacements de population.

Dans les situations de crise humanitaire, il est essentiel de proposer des services de SSR. La morbidité et la mortalité liées à la SSR sont des problèmes de santé majeurs et les personnes en situations de crise humanitaire sont souvent exposées à des risques élevés et des obstacles supplémentaires en matière d'accès aux services de SSR. L'accès aux soins de SSR est un droit et les personnes touchées par le conflit ou les catastrophes sont habilitées à bénéficier d'une protection et d'une aide. L'offre de services de SSR en temps voulu peut empêcher la mort, les maladies et le handicap liés à la grossesse non planifiée, les complications obstétriques, les violences sexuelles et d'autres formes de violences basées sur le genre, ainsi que le VIH et un large éventail de troubles de la reproduction.

La mise à disposition de services complets de SSR et de haute qualité en situations de crise humanitaire requiert 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, de l'hygiène et du service communautaire ont tous un rôle à jouer dans la planification et la prestation de services de SSR. Pour veiller à ce 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 seront impliquées dans l'avenir de ces services.

1.3 HISTORIQUE DU MANUEL DE TERRAIN INTERORGANISATIONS (IAFM)

La communauté internationale a commencé à donner la priorité aux besoins en matière de SSR des personnes réfugiées et déplacées au milieu des années 1990. En 1995,

plus de 50 gouvernements, les agences des Nations Unies (ONU) et les organisations non-gouvernementales (ONG) se sont engagées à renforcer les services de santé reproductive pour les populations réfugiées et ils ont par conséquent créé le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG).

ENCADRÉ 1.1: QU'EST-CE QUE L'IAWG?

Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire est une coalition générale et collaborative qui agit en faveur de l'élargissement et du renforcement de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les personnes touchées par les conflits et les catastrophes naturelles. Fondé en 1995 sous la dénomination de Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise, l'IAWG comptait plus de 2 100 membres issus de 450 agences en 2017. L'IAWG reste déterminée à faire avancer la santé sexuelle et reproductive des personnes impactées par des conflits et des catastrophes naturelles et œuvre pour:

- Documenter les lacunes, les progrès et les leçons apprises
- Évaluer la situation de la santé sexuelle et reproductive sur le terrain
- Instaurer des normes techniques pour la prestation de services de santé reproductive
- Développer et diffuser des données probantes auprès des décideurs, des responsables et des praticiens
- Plaider pour l'inclusion des personnes affectées par les crises dans les programmes de développement mondial et l'action humanitaire

L'IAWG est dirigé par un Comité de pilotage de 20 membres comprenant des agences de l'ONU, des organisations non-gouvernementales officiant dans les domaines de l'humanitaire, du développement, de la recherche et du plaidoyer.

Une des premières activités de la nouvelle organisation a été de développer des directives pour la prestation de services de santé reproductive dans les camps de réfugiés. Suite à des tests menés sur une version bêta sur le terrain, en 1999, les organisations affiliées à l'IAWG ont publié le *La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain interorganisations*. Le manuel a surtout défini un ensemble d'interventions minimum de santé reproductive à mettre en place dès le début d'une crise humanitaire connu comme le Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise (DMU). Le manuel a également fait office d'outil pour faciliter la discussion et la prise de décisions permettant la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation d'interventions complètes de santé reproductive; guider les coordinateurs SSR, les responsables de programme et les prestataires de service dans la présentation et/ou le renforcement des interventions fondées sur des données probantes; plaider pour une approche multisectorielle pour répondre à l'ensemble des besoins des populations touchées et favoriser la coordination entre partenaires. En 2010, l'IAWG a publié une nouvelle version du manuel. Compte tenu de la pertinence du document pour un vaste éventail de réfugiés, de crises, de conflits et contextes d'urgence, les agences membres de l'IAWG ont attribué un nouveau titre au guide qui est *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (IAFM). Outre les actualisations techniques, l'IAFM 2010 a redéfini la maternité sans risques comme santé maternelle et néonatale, il comprend des chapitres indépendants sur la santé reproductive des adolescents, le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) et un nouveau chapitre consacré aux soins complets d'avortement.

En 2016, l'IAWG a entamé un processus de révision de l'IAFM sur 24 mois qui a abouti à la version 2018 du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* (IAFM 2018).

1.4 ÉLABORATION DE L'IAFM 2018

Depuis la publication de l'IAFM 2018, les membres de l'IAWG ont mené des évaluations formelles et informelles de l'utilisation du manuel et de l'application des interventions de SSR en situations de crise humanitaire. Dans l'ensemble, ces évaluations ont montré qu'en dépit des progrès considérables en matière de financement, de sensibilisation et de capacité à mettre en place des programmes SSR, des lacunes majeures persistaient quant à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, offrant tout une série de méthodes contraceptives et des soins complets

d'avortement, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, et la prévention de la violence sexuelle. Ces résultats ont guidé le processus de révision. Les commentaires des praticiens du terrain ont également permis de donner une direction à l'IAFM 2018. Outre les mises à jour techniques, les utilisateurs du manuel travaillant avec un certain nombre de pays et dans divers contextes ont fait part de la nécessité d'utiliser un langage simplifié, d'améliorer les liens entre les sujets et les chapitres, et d'intégrer des études de cas et des exemples de programmes pour guider la mise en œuvre.

Conformément aux versions précédentes du manuel, les principes des droits humains et les politiques et pratiques existantes sont le fondement de l'IAFM 2018. La version 2018 reconnaît explicitement que la santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels à l'exercice des droits humains fondamentaux, notamment le droit à la vie, le droit à la santé, le droit d'être protégé(e) contre tout traitement cruel, dégradant et inhumain, le droit à l'intimité, le droit à l'éducation, et l'interdiction de la discrimination en particulier sur la base du sexe et du genre. En vertu des obligations et directives internationales en matière de droits humains émanant de nombreux organes chargés des droits humains et d'institutions politiques, l'IAFM 2018 insiste sur l'idée que les progrès accomplis en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs passent inéluctablement par l'accès des populations impactées à des informations et services complets de SSR et leur capacité à prendre des décisions informées sans être confrontées à la violence, à la discrimination et à la coercition.

Les directives portant sur la santé sexuelle et reproductive publiées par des organismes chargés de l'élaboration de normes, et surtout celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constituent le fondement technique du manuel. Dans la mesure du possible, ce manuel intègre des données probantes spécifiques ou des exemples de l'application et de l'adaptation de la santé sexuelle et reproductive ou de normes internationales en matière de droits humains en situations de crise humanitaire. Bien que les législations nationales, les politiques et ressources de contextes spécifiques puissent compliquer la mise en œuvre des normes internationales, l'IAFM 2018 présente des interventions qui devraient être appliquées dans tous les contextes et pour toutes les populations touchées, une position qui est en conformité avec les droits humains élargis.

L'IAFM 2018 a été produit par l'IAWG et sa gouvernance actuelle a régi l'ensemble de cette démarche. L'IAWG a entamé la révision formelle du processus en mars 2016. Les sous-groupes de travail de l'IAWG ont pris l'initiative des révisions des chapitres, en apportant une contribution

considérable et des mises à jour techniques par le biais de consultations et d'études des sources publiées. Ces sous-groupes de travail ont également contacté le personnel de terrain dans de nombreux pays et dans certains cas, ils ont directement pris attache avec les populations de réfugiés et de personnes déplacées pour qu'elles fassent part de leurs commentaires. Le Groupe de travail de l'IAFM 2018, un organisme comptant plus de 50 personnes issues de 21 agences de l'ONU, d'ONG internationales et d'institutions académiques et guidé par un consultant expert en la matière, a davantage développé et approuvé les changements conséquents apportés aux chapitres et a décidé des révisions structurelles globales. Les débats, compromis et accords ont été facilités par des audioconférences régulières et 3 réunions en présentiel. L'étape ultime de ce processus a été consacrée à une étude technique assurée par les membres du Comité de pilotage de l'IAWG ayant une expertise pertinente pour veiller à ce que l'ensemble des recommandations soient fondées sur les meilleures données factuelles actuellement disponibles. Ainsi, l'IAFM 2018 représente le consensus de représentants d'agences transversales travaillant sur la SSR dans le secteur de l'humanitaire.

1.5 PRINCIPAUX CHANGEMENTS DANS L'IAFM 2018

Le processus de révision a donné lieu à des actualisations apportées à l'ensemble des chapitres de l'IAFM 2010. Ces changements tiennent compte des meilleures données probantes concernant la pratique clinique et la mise en œuvre de programmes à la fin de l'année 2017. Le Manuel 2018 utilise surtout le terme de « santé sexuelle et reproductive » en lieu et place de la santé reproductive, pour mieux refléter la portée du manuel et la vision élargie du terrain.

CHANGEMENTS APPORTÉS AU CHAPITRE SUR LE DMU

Le chapitre sur le DMU est probablement celui qui a fait l'objet des plus grands changements dans l'IAFM 2018. Le DMU expose un ensemble d'objectifs et les activités prioritaires connexes à entreprendre au début d'une crise (dans les 48 heures, dans la mesure du possible). Dans l'IAFM 2018, la prévention d'une grossesse non désirée est un objectif unique. Les activités prioritaires qui sont définies consistent à :

- Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action

réversibles (y compris les préservatifs masculins et la contraception d'urgence) au sein des établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande

- Fournir des informations, notamment les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) et prodiguer des conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix informé et le consentement, 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

Deuxième changement majeur dans le chapitre sur le DMU: 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 compétents dans les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle, l'offre de soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi, est désormais incluse dans le chapitre sur le DMU, il s'agit d'une « autre activité prioritaire. »

Enfin, le chapitre du DMU renforce les directives sur le VIH, les soins maternels et néonataux et la transition du DMU vers les SSR complets. Cette nouvelle version a étendu le contenu pour faciliter la planification de services complets et se concentre sur les éléments constitutifs du système de santé. Ces révisions ont pour but de combler une lacune identifiée lors de l'évaluation mondiale de l'IAWG.

ADDITION D'UN CHAPITRE SUR LA LOGISTIQUE

La chaîne d'approvisionnement est une composante essentielle de la prestation de services de SSR; en l'absence de médicaments et d'autres fournitures, les agents de santé ne peuvent pas fournir de services efficaces. Au vu de l'importance de cette question, l'IAFM 2018 comprend un chapitre consacré à la logistique. Ce chapitre décrit les parties prenantes et les processus clés qui sont primordiaux pour les chaînes d'approvisionnement efficaces de santé sexuelle et reproductive; il émet des recommandations sur le passage des chaînes d'approvisionnement urgentes à des chaînes en continu; il présente les principales étapes notamment la prévision, l'approvisionnement, le transport, et la distribution du dernier kilomètre; et identifie les rôles et responsabilités du personnel pour une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement. Ce chapitre répond directement aux commentaires formulés par les utilisateurs sur le terrain.

ENCADRÉ 1.2: SOMMAIRE DE L'IAFM 2018

- Chapitre 1: Introduction
- Chapitre 2: Principes fondamentaux
- Chapitre 3: **Le Dispositif minimum d'urgence. Ce chapitre présente les nouveaux objectifs du DMU et détaille les activités prioritaires**
- Chapitre 4: Logistique. ***NOUVEAU***
- Chapitre 5: Recensement, suivi et évaluation
- Chapitre 6 : La santé sexuelle et reproductive des adolescents
- Chapitre 7: La contraception
- Chapitre 8: Les soins complets d'avortement
- Chapitre 9: La santé maternelle et néonatale
- Chapitre 10: La violence basée sur le genre
- Chapitre 11: Le VIH
- Chapitre 12: Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans la mesure du possible, chaque chapitre contient des informations autonomes. Néanmoins, pour éviter les répétitions, certains chapitres comportent des références indiquant des questions abordées dans d'autres chapitres.

CHANGEMENT D'ORIENTATION ET DE LANGAGE

L'IAFM 2018 met davantage en exergue les obligations et principes relatifs aux droits humains, la violence basée sur le genre, les liens entre la santé maternelle et néonatale, ainsi que l'évaluation et le suivi. L'introduction et le chapitre

révisé sur les « principes fondamentaux » prennent davantage en considération les fondements du manuel qui relèvent des droits humains et inscrivent les recommandations dans le cadre de directives internationales plus larges. Le chapitre sur la violence basée sur le genre a été révisé et se concentre largement sur un vaste éventail de violences basées sur le genre constatées dans les situations de crise humanitaire. De plus, il présente une approche axée sur la victime, fondée sur les droits dans les contextes de crise, qui examine les adolescents et les populations lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, en questionnement, intersexes et asexuées. La nouvelle version du manuel insiste également sur les soins de qualité pour les mères et les nouveau-nés le jour de la naissance et elle contient plus d'informations sur la santé du nouveau-né, y compris le contenu élargi portant sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, les soins essentiels du nouveau-né, les soins dispensés aux petits nouveau-nés malades, et les soins maternels respectueux.

INCLUSION D'EXEMPLES DE PROGRAMME

Enfin, en réponse aux besoins exprimés sur le terrain, l'IAFM 2018 comprend une série d'exemples de programme montrant l'application de programmes de SSR dans différentes situations de crise humanitaire. Ces exemples impliquent de nombreuses agences d'exécution dans différents pays et régions, opérant lors de différentes phases d'une urgence. Les études de cas examinent également un certain nombre de difficultés vécues par les agents sur le terrain.

ENCADRÉ 1.3: OÙ COMMENCER?

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crises constitue un ensemble d'activités prioritaires mises en place au début d'une crise. Les services complets de SSR doivent être mis en œuvre dès que la situation le permet. Par conséquent, les lecteurs de l'IAFM sont censés commencer par le Chapitre 1 (Introduction), le Chapitre 2 (Principes fondamentaux), et le Chapitre 3 (DMU), avant de passer aux chapitres transversaux et techniques.

ENCADRÉ 1.4: CONSEILS DES PRATICIENS DU TERRAIN POUR L'UTILISATION DE L'IAFM

Imaginons que vous vous trouvez quelque part dans une zone affectée par une situation d'urgence. Peut-être êtes-vous en train de rédiger une proposition, de commencer à définir un programme ou essayez-vous d'aider personnel technique pour adapter des programmes existants à une nouvelle urgence. Vous lisez ce manuel, pour une raison quelconque et en ayant à cœur l'intérêt des personnes pour lesquelles vous travaillez, sachez que l'IAFM 2018 vous est destiné. Voilà comment je sais que... bien des années après avoir été mobilisée à l'occasion de ma première intervention humanitaire, je fais partie des auteurs contribuant à la rédaction de la version 2018.

Je m'appelle Lara S. Martin et au début de ma carrière, j'ai lu une version précédente de l'IAFM, très probablement pour les mêmes raisons que vous. Chaque jour, mes collègues et moi concevions des programmes, nous rédigeons des propositions et nous travaillions avec des partenaires et des bailleurs de fonds au beau milieu d'une intervention d'urgence. Nous avons mis en œuvre le DMU dans l'ensemble de notre programme sanitaire. Nous avons intégré la question de la violence basée sur le genre dans notre programme sur la protection et la santé. Nous avons plaidé pour des soins axés sur les victimes dans un contexte où l'accès aux services de base a été entravé par l'insécurité. Nos programmes ont été un succès, mais cela s'explique principalement (mis à part le café et l'énergie pure) par le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire.

L'IAFM m'a guidée au quotidien. Je lisais le chapitre dont j'avais besoin plusieurs fois et j'y revenais tous les jours pour adapter l'application au contexte de notre programme et aux réalités de notre travail. J'ai littéralement imprimé l'IAFM. J'ai retiré le chapitre sur le DMU pour l'avoir à portée de main sur mon bureau chaque jour au travail. Le graphique classique du DMU était scotché au mur et c'était ma mise à l'épreuve pour avancer vers une programmation complète. J'ai utilisé les indicateurs suggérés avec ceux que nos bailleurs de fonds souhaitaient pour suivre la qualité de nos systèmes de collecte de données dans les centres de santé. Le DMU était un aspect essentiel pour nos cadres logiques.

Oui, nous étions probablement comme vous. L'IAFM 2018 vous donnera un protocole clair pour la conception et la mise en œuvre de votre programme. Il fournit des directives clés sur

les actions à engager et les modalités d'une intervention d'urgence sur la SSR. Si vous êtes confrontés aux premiers jours et heures d'une urgence, lisez ce manuel. Si vous vous trouvez dans une zone éloignée avec des urgences cycliques, lisez ce manuel. Si vous dirigez une équipe technique SSR, mais vous n'êtes pas experts de SSR, lisez ce manuel.

Déchirez ou imprimez ce que vous voulez, utilisez-le de la manière qui vous convient le mieux. Dans la version 2018, vous trouverez des actualisations du DMU, des considérations relatives aux droits humains intégrées dans chaque chapitre, et même un chapitre consacré à la logistique des fournitures SSR. De nouveaux graphiques et un chapitre révisé sur l'évaluation, le suivi et l'évaluation des programmes d'urgence sur la SSR y figurent également. Des outils et des ressources supplémentaires sont également disponibles en ligne. Vous pouvez utiliser et adapter tant de choses - vous n'êtes pas obligés de recommencer à zéro chaque fois que vous commencez à concevoir ou appliquer des programmes. Assurez-vous de consulter la section sur les outils en ligne - vous y trouverez des choses intéressantes!

Pour conclure, les auteurs contributeurs ont toujours gardé à l'esprit les bénéficiaires de vos programmes et vous-même lorsqu'ils travaillaient sur l'IAFM 2018. Les réalités de votre travail ont permis d'établir un équilibre quant à notre approche de l'écriture inspirée des données probantes et les meilleures pratiques fondées sur des preuves, ce qui a véritablement influé sur le contenu de ce manuel. Les futures moutures de ce manuel continueront de s'améliorer à partir de cette version. Qui que vous soyez, où que vous soyez, nous espérons que l'IAFM 2018 vous aidera à guider votre programme SSR, comme cela a été le cas pour moi.

1.6 PUBLIC VISÉ PAR L'IAFM 2018

L'IAFM 2018 cible principalement les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé en situations de crise humanitaire. Les prestataires de service (médecins, infirmières, sages-femmes, etc.) y trouveront également des informations utiles sur le DMU et un certain nombre de questions relatives à la SSR. Les agents de service communautaire, les agents de protection et autres qui œuvrent pour répondre aux besoins des femmes, des hommes et des adolescents touchés, bénéficieront également des orientations fournies dans ce document. Le manuel 2018 étant destiné au personnel des agences d'exécution sur le terrain, il ne fournit pas de directives cliniques détaillées; les utilisateurs sont orientés vers d'autres ressources qu'ils sont invités à consulter, si nécessaire.

1.7 OÙ TROUVER DES RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

L'élaboration de l'IAFM 2018 impliquait la consultation de plusieurs centaines d'articles de revue à comité de lecture, de directives émanant d'organismes chargés de définir des normes et politiques, et de rapports. La fin de chaque chapitre présente un échantillon des ressources, des références et des outils les plus importants. Néanmoins, pour faciliter l'emploi de l'IAFM 2018, nous n'avons pas inclus des citations dans le texte principal et nous n'avons pas inclus une bibliographie exhaustive. Un répertoire en ligne fournit des références de même qu'une liste de ressources pour l'IAFM 2018.

1.8 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Foster, A.M., Evans, D., Garcia, M., Knaster, S., Krause, S., McGinn, T., Rich, S., Shah, M., Tappis, H., Wheeler, E. (2017). The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards. *Reproductive Health Matters*, 18–24.

HCR. (2016). *Global Trends: Forced Displacement in 2015*. Genève, Suisse: HCR. Extrait de: <http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf>

IAWG. (2010). *Le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*. New York, NY: IAWG. Extrait de: <http://iawg.net/resource/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-in-humanitarian-settings-2010/>

IAWG. (2015). *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context: Findings from the IAWG on Reproductive Health in Crises' 2012-2014 Global Evaluation*. New York, NY. Extrait de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf>

CHAPITRE 2

PRINCIPE FONDAMENTAUX

2.1 Introduction

2.2 Objectifs

2.3 Principes fondamentaux des programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire

2.3.1 Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux

2.3.2 Faire avancer les droits humains et les droits reproductifs par le biais de programmes de santé sexuelle et reproductive

2.3.3 Assurer la solidité technique et la responsabilité sur le plan des droits humains et des finances

2.3.4 Partager les informations et les résultats

2.4 Suggestions de lecture et ressources complémentaires

2.1 INTRODUCTION

Les principes fondamentaux sont une expression de valeurs et de pratiques. Ils comportent une dimension à la fois opérationnelle et ambitieuse. Issus d'une vaste consultation avec des parties prenantes dans les secteurs de l'humanitaire et de la santé sexuelle et reproductive (SSR), les principes fondamentaux présentés dans ce chapitre constituent un guide auquel ils confèrent une identité et un but.

2.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de:

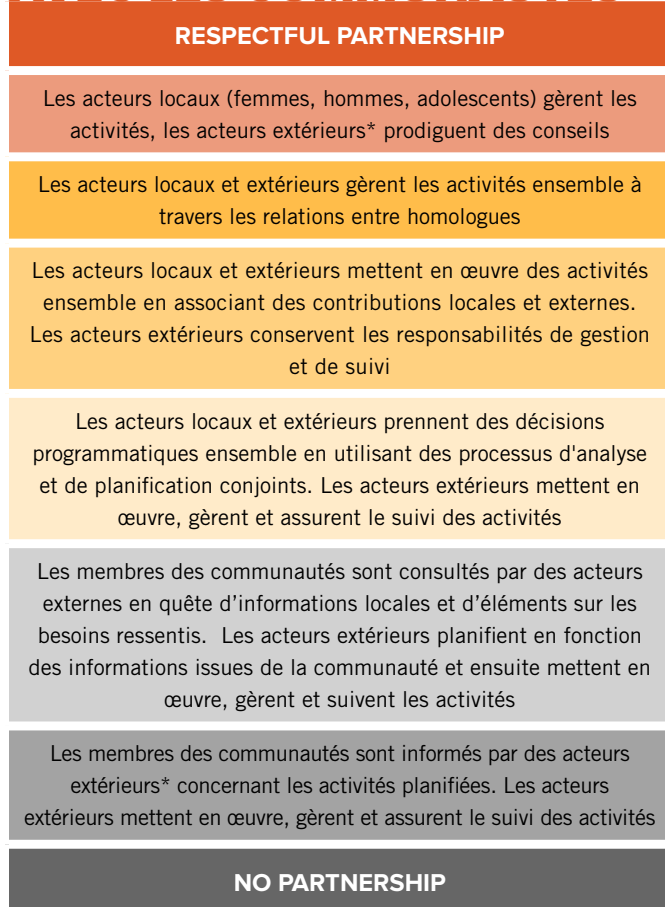
- Définir les principes qui doivent être le fondement des activités liées à la santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire
- Guider les coordinateurs SSR, les responsables de programmes de santé, et les prestataires de service sur la manière d'appliquer ces principes à leur travail à travers des exemples

2.3 PRINCIPES FONDAMENTAUX DES PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

Le fondement des programmes de SSR en situations de crise humanitaire doit être guidé par 4 principes clés:

- Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux
- Faire avancer les droits humains et les droits reproductifs par le biais de programmes de santé sexuelle et reproductive
- Garantir la solidité en matière technique, sur le plan des droits humains et des finances
- Partager les informations et les résultats

ILLUSTRATION 2.1: PROGRESSION DU PARTENARIAT RESPECTUEUX AVEC LES COMMUNAUTÉS



* Les agents gouvernementaux ou ceux des agents des ONG humanitaires/le personnel des organismes d'exécution extérieurs à la communauté

2.3.1 Travail dans le cadre d'un partenariat respectueux

Le partenariat consiste à organiser de manière stratégique les relations de travail qui mettent davantage en valeur la collaboration et la prise de décision conjointe par rapport à la hiérarchie afin d'obtenir le résultat escompté, dans ce cas, les améliorations de la couverture et la qualité de la SSR.

Les partenariats peuvent être établis entre les organisations, notamment les autorités gouvernementales et locales et les organisations non-gouvernementales internationales. Les communautés peuvent également jouer le rôle de partenaire à part entière pour les programmes de SSR, en général par le biais de comités de santé villageois, d'associations de la société civile (associations de femmes, organisations pour personnes handicapées, associations de personnes homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, queer, en questionnement, intersexes et asexuées), les organisations confessionnelles ou d'autres entités locales. Ces groupes doivent représenter l'éventail complet des membres des communautés, y compris les hommes et les adolescents. Les partenariats incluent également des approches tenant compte de facteurs culturels afin d'identifier les perspectives stratégiques pour faire avancer la SSR et remettre en question les pratiques néfastes.

Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux en:

- Prenant part à des partenariats respectueux et pertinents pour avoir les divers points de vue d'un grand nombre de parties prenantes (notamment le gouvernement, les organisations non-gouvernementales internationales et locales (ONG), les organisations communautaires (OBC) et les bénéficiaires au sein des communautés)
- Reconnaisant que les partenariats varient grandement selon le partenaire
- Discutant ouvertement des objectifs. La coordination améliorera l'efficacité de la communication, de la prise de décision, de l'intervention, de l'utilisation des ressources, et génèrera des résultats viables
- Utilisant des approches tenant compte de la dimension culturelle pour déterminer la nature des difficultés et des perspectives stratégiques pour faire avancer la SSR

Le partenariat respectueux est le fruit d'un processus volontaire. Comme l'indique l'illustration 2.1, les partenariats entre les organismes humanitaires et les communautés locales évoluent au fil du temps.

Les différents types de relations comportent divers avantages et inconvénients (voir Illustration 2.2). Lorsqu'ils sont comparés aux relations verticales qui reposent sur une hiérarchie établie, les partenariats respectueux intègrent les perspectives d'un éventail plus large de parties prenantes, ils renforcent les capacités et promeuvent la coordination. Cependant, ces relations nécessitent aussi du temps et un engagement en faveur du compromis.

ILLUSTRATION 2.2: AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES PARTENARIATS RESPECTUEUX ET DES RELATIONS VERTICALES

PARTENARIATS RESPECTUEUX	RELATIONS VERTICALES
AVANTAGES	
<ul style="list-style-type: none"> • Renforce le sens des objectifs partagés. La coordination améliore l'efficacité de l'intervention et de la prise de décision stratégique, en évitant la duplication des efforts • Les divers points de vue contribuent à une meilleure compréhension des besoins en matière de SSR, des moyens, des succès et des échecs et peuvent remettre en cause les généralisations et les idées reçues. Cela permet d'avoir des programmes plus efficaces • L'apprentissage partagé renforce les capacités et l'efficacité de chaque partenaire • Favorise la sensibilité au contexte local et contribue à la durabilité (si certains partenaires sont locaux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les décisions peuvent être prises plus rapidement par un groupe
INCONVÉNIENTS	
<ul style="list-style-type: none"> • La réalisation des objectifs peut prendre plus de temps • Requier un compromis 	<ul style="list-style-type: none"> • Les possibilités d'avancement de la SSR dans la culture et la société locales sont manquées (inclusion d'agents locaux pour le changement et l'action) • Les programmes ne sont pas adaptés aux contextes locaux, sachant que toutes les perspectives ne sont pas intégrées • Crée de nouvelles structures de pouvoir ou renforce les préexistantes • Les groupes n'apprennent pas les uns des autres, ils travaillent de manière isolée ou cloisonnée, redoublent d'efforts, ce qui entraîne un gaspillage de ressources • Les besoins communautaires ne sont pas satisfaits

Nous présentons des suggestions sur la manière de développer des partenariats réussis sur l'illustration 2.3.

ILLUSTRATION 2.3: DÉVELOPPER DES RELATIONS RESPECTUEUSES

À FAIRE:	À NE PAS FAIRE:
<ul style="list-style-type: none"> • VALORISER les différents points de vue et les forces que chaque partenaire apporte, pour permettre de solliciter des perspectives locales et approfondies • ADMETTRE que chaque partenaire améliorera davantage ses propres capacités grâce au partenariat • DÉVELOPPER de manière conjointe des objectifs, priorités et plans d'action partagés • SE TENIR redevables les uns et les autres eu égard aux responsabilités qui ont été convenues • ENCOURAGER la participation d'un large éventail de parties prenantes, en tant que principe du partenariat respectueux • ÉVALUER ensemble les défis, les perspectives, offertes par le contexte local au domaine de la SDR 	<ul style="list-style-type: none"> • NE PAS supposer que des grandes organisations savent mieux et que d'autres contribuent moins au travail • NE PAS supposer que les grandes organisations sont des expertes et que d'autres ont besoin de renforcement des capacités • NE PAS autoriser les grandes organisations à décider des priorités et déléguer des tâches à d'autres partenaires • NE PAS permettre aux grandes organisations de tenir les autres pour responsables, alors qu'elles ne sont elles-mêmes pas redevables à l'égard d'autres partenaires • NE PAS supposer que les personnes d'une même culture ou société ont les mêmes points de vue et expériences de la SDR et d'autres droits et besoins • NE faites PAS de suppositions ou ne généralisez pas

2.3.2 Faire avancer les droits humains et les droits reproductifs par le biais de programmes de SSR

Le droit international des droits humains est un ensemble d'obligations internationales régissant la manière dont les États traitent les personnes relevant de leur juridiction afin d'assurer la dignité, la liberté et le bien-être de façon équitable pour tous. Les droits humains sont universels; ils s'appliquent à l'ensemble des individus de par leur statut d'êtres humains.

Les droits reproductifs sont un ensemble de droits humains reconnus. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 instaure un cadre pour l'exercice des droits reproductifs qui, depuis lors, ont été réaffirmés et renforcés par les experts du droit humanitaire international et les institutions politiques.

ENCADRÉ 2.1: CADRE DES DROITS REPRODUCTIFS DE LA CIPD

Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus à décider de façon libre et responsable du nombre, de l'espacement et du moment des naissances et à avoir des informations et des moyens pour le faire, et le droit d'atteindre le niveau le plus élevé de santé sexuelle et reproductive. Ils incluent également le droit de chacun de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, contrainte, ni violence.

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de soins peuvent aider les individus à exercer leurs droits humains et reproductifs en réduisant les inégalités et en organisant les programmes de sorte qu'ils bénéficient à tous. Les actions sont les suivantes:

- Garantir la prise de décision et le choix autonomes des clients pour les services et les produits

- Promouvoir l'équité quant à l'âge, au sexe, au genre et à l'identité de genre, le statut matrimonial, l'orientation sexuelle, le lieu (par exemple, rural/urbain), religion, groupe ethnique, la classe sociale et d'autres caractéristiques
- Reconnaître et remédier aux rapports de force et faire en sorte qu'aucune force, coercition, discrimination ou la violence/les mauvais traitements/l'irrespect dans les services de santé
- Garantir l'égalité en répondant aux divers besoins en santé reproductive des clients et faire en sorte que les services soient abordables ou gratuits, accessibles à tous, adaptés compte tenu du contexte culturel ou de crise, et de haute qualité
- Fournir des informations complètes, fondées sur des données probantes sur les produits et les services disponibles

ENCADRÉ 2.2: TERMES CLÉS

AUTONOMIE: La capacité d'un individu à être soi-même, à faire ses propres choix en fonction de ses propres motivations sans être l'objet de manipulations de la part de forces extérieures.

ÉGALITÉ: L'égalité des droits, de statut et de possibilités

ÉQUITÉ: La justice dans la manière de traiter les individus

ACCESSIBILITÉ: Les possibilités offertes à un(e) client(e) ou client(e) potentiel(le) pour qu'il/elle bénéficie de services au moment où il/elle en a besoin

Nous présentons des suggestions quant à la manière de faire progresser l'autonomie, l'accès et l'équité dans l'illustration 2.4.

ILLUSTRATION 2.4: FAIRE AVANCER L'AUTONOMIE, L'ACCÈS ET L'ÉQUITÉ ET S'ATTAQUER AUX RAPPORTS DE FORCE:

À FAIRE:

- EXAMINER les données du programme pour comprendre qui utilise et qui n'utilise pas les services.
- RÉPARTIR les sites de service de sorte qu'ils soient pratiques pour les sous-groupes mal représentés et veiller à ce qu'ils soient physiquement et financièrement accessibles à tous
- ÉTABLIR des partenariats avec les groupes locaux et mener des sessions d'information pour attirer les sous-groupes mal représentés. Par exemple, utiliser un langage et des messages adaptés aux jeunes ou aux minorités ethniques
- SOLLICITER les voix de ceux qui ne participent pas aux sessions d'information ou aux services pour mieux comprendre leurs besoins
- VEILLER à ce que tous ceux qui sollicitent des services comprennent leurs options et prennent les décisions concernant leurs soins
- AIDER les femmes à parler à leurs maris et à leurs pères et MOBILISER les hommes directement pour les sessions d'information communautaire, si les femmes disent que les hommes doivent prendre les décisions relatives à la SDR
- FORMER et superviser le personnel pour faire en sorte chaque client(e) bénéficie d'informations complètes et fondées sur des données probantes et donne son consentement informé pour tous les services

À NE PAS FAIRE:

- NE PAS SUPPOSER que ceux qui n'utilisent pas les services de SSR n'en ont pas besoin ou ne les souhaitent pas
- NE PAS SUPPOSER qu'un groupe spécifique quelconque comme les femmes mariées, les jeunes ou les femmes non mariées ne sont pas autorisés à utiliser des services ou qu'une permission est requise
- NE PAS aborder la raison de la visite d'un(e) client(e) dans la salle d'attente publique ou révéler les informations à caractère personnel/médical des client(e)s à qui que ce soit sauf le/la client(e) ou le/la tuteur/trice légal(e)
- NE PAS exclure certains client(e)s des services en fonction d'opinions personnelles. Par exemple, les adolescents et les personnes non mariées ont le droit de prétendre à des services de SSR même si le prestataire considère qu'ils ne devraient pas être sexuellement actifs
- NE PAS mettre les services en place seulement dans les sites pratiques pour votre organisation ou pour le groupe majoritaire
- NE PAS exiger le consentement d'une autre personne/d'un membre de la famille masculin (à moins que la loi le prévoie) pour bénéficier de services

2.3.3 Assurer la solidité en matière technique et la responsabilité sur le plan des droits humains et des finances

La responsabilisation est le processus par lequel les individus et les organisations sont tenus redevables quant à la performance en vertu de normes et de principes établis. Dans les contextes de crise, nous devons obéir à des normes humanitaires ainsi qu'aux normes relevant de la médecine, de la santé publique, du droit et de la comptabilité financière.

Assurer la responsabilisation en matière technique, sur le plan des droits humains et des finances:

- Respecter l'ensemble des normes professionnelles de l'humanitaire et de la santé et des droits de santé sexuelle et reproductive
- Utiliser des stratégies fondées sur des données probantes lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes
- Suivre et améliorer la qualité des soins
- Évaluer les programmes et utiliser les résultats pour améliorer le programme

- Veiller à ce que les clients se fassent entendre et que leurs droits soient respectés dans la prestation de service

ENCADRÉ 2.3: KEY STANDARDS IN THE HUMANITARIAN SECTOR

- Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non-gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophes
- La Norme humanitaire fondamentale de qualité et de responsabilité
- Directives du Comité permanent interorganisations (CPI)
- La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire lors de catastrophes du projet Sphère

Nous présentons des suggestions quant à la manière de concrétiser ce principe dans l'illustration 2.5.

ILLUSTRATION 2.5: ASSURER LA RESPONSABILISATION EN MATIÈRE TECHNIQUE, DE DROITS HUMAINS ET DE FINANCES

À FAIRE:	À NE PAS FAIRE:
<ul style="list-style-type: none"> • UTILISER des recommandations issues d'articles et rapports sur les « meilleures pratiques » et « leçons apprises » lorsque vous créez des programmes complets de SSR, dès le début • EXAMINER votre programme existant pour comprendre les réussites et les échecs lors de la conception de la phase suivante • VEILLER à mesurer les résultats de votre programme de manière à améliorer les activités • CRÉER un processus confidentiel pour les plaintes et les apports de ceux qui ont accès aux services et une structure pour répondre aux plaintes de manière efficace au niveau des structures sanitaires, le suivi de ces processus étant assuré par les autorités de supervision • DÉVELOPPER une Charte des droits du/de la patient(e) dans une langue adaptée au contexte local et l'afficher dans tous les établissements de santé • ENCOURAGER une vaste mobilisation communautaire dans le cadre des processus participatifs (comités, tableaux de bord, enquêtes, questionnaires, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • NE PAS mener les mêmes activités de façon identique année après année à moins que vous ayez des preuves qu'elles sont toujours efficaces • NE PAS attendre la fin d'un programme pour lancer les bilans/ les processus participatifs

2.3.4 Partager les informations et les résultats

Le partage d'informations et de résultats favorise l'appropriation des programmes par les parties prenantes et il permet aussi à d'autres programmes d'apprendre des succès et échecs de notre programme. Les informations que nous partageons varient selon le public.

Partager les informations et les résultats avec:

- Les décideurs par le biais du plaidoyer
- Les professionnels par l'intermédiaire de publications dans des revues et lors de la participation à des conférences
- Les communautés à l'occasion de réunions, de discussions et par le biais de bulletins d'information

Nous présentons des suggestions quant à la manière de faire progresser l'autonomie, l'accès et l'équité dans l'illustration 2.6.

ILLUSTRATION 2.6: POUR PARTAGER LES INFORMATIONS ET LES RÉSULTATS

À FAIRE:	À NE PAS FAIRE:
<ul style="list-style-type: none"> • ORGANISER des réunions communautaires pour aborder les résultats des sites locaux et solliciter leurs commentaires (forums ouverts et anonymes) • IMPLIQUER les autorités sanitaires et civiles locales rapidement et régulièrement durant le programme pour favoriser la compréhension et l'appropriation • INFORMER les décideurs nationaux et régionaux des récapitulatifs des résultats et des implications pour votre objectifs stratégiques • INFORMER les bailleurs de fonds des récapitulatifs des résultats, des réussites et difficultés du programme • PUBLIER les récapitulatifs des résultats et des enseignements tirés sur le site internet de votre organisation et sur les réseaux sociaux pour informer les agents des autres pays • PUBLIER les résultats dans les revues professionnelles pour informer les bailleurs de fonds, pour guider le plaidoyer, les collègues officiant dans les programmes et la recherche • AVOIR des réunions fréquentes avec ces groupes 	<ul style="list-style-type: none"> • NE PAS cacher les résultats décevants aux publics quels qu'ils soient; en DISCUTER pour comprendre ce qui les a causés • NE PAS supposer que votre programme est désapprouvé par des publics spécifiques; les inviter aux réunions pour découvrir votre programme

2.4 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Bruce, J. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.

Organisation des Nations Unies. (2013). *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes Recommandation générale n° 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit*. Extrait de: <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=52d9025c4>

Projet Sphère. (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*. Extrait de: https://www.unicef.org/french/cholera_toolkit/Ressources/Annexes/Ressources_de_soutien/Annexe_9/Manuel_Sphere_2011_Francais.pdf

CHAPITRE 3

DISPOSITIF MINIMUM D'URGENCE (DMU)

3.1 Introduction

3.2 Objectifs

3.3 Programme DMU

3.3.1 Veiller à ce que le secteur sanitaire/le groupe identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU

3.3.2 Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes

3.3.3 Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité en raison du VIH et d'autres STI

3.3.4 Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelle et néonatale

3.3.5 Prévenir les grossesses non désirées

3.3.6 Planifier l'intégration de services SSR complets dans les soins de santé primaire

3.3.7 Fournitures pour la mise en œuvre du DMU

3.3.8 Autres priorités en matière de santé sexuelle et reproductive

3.4 Considérations en matière de droits humains et de droit

3.5 Suivi et évaluation

3.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires

3.1 INTRODUCTION

L'offre de soins complets de santé sexuelle et reproductive (SSR) à tous les membres d'une population touchée par une crise constitue un objectif global du secteur sanitaire et si les ressources financières, humaines et matérielles le permettent dès le début d'une situation d'urgence, cela devrait être l'objectif de l'intervention en SSR. Pourtant, la nature même des contextes de crise aboutit souvent à l'interruption de l'accès de la population à de nombreux, si ce n'est tous les services répondant à leurs besoins de base et de survie. Cela inclut la sécurité, l'eau, la nourriture, l'hébergement et l'hygiène pour leur santé et bien-être. La situation est souvent davantage amplifiée par le manque de ressources. Bien que l'attention ne doive pas être détournée des efforts humanitaires pour s'attaquer à ces besoins et aider à prévenir les maladies infectieuses, le fait de négliger les besoins en SSR en situations de crise humanitaire comportent de graves conséquences. Cela inclut: la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale

évitables; les conséquences évitables de la grossesse non désirée comme l'avortement à risques; et les conséquences évitables de la violence sexuelle comme les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission accrue du VIH, les problèmes de santé mentale comme la dépression et les séquelles de traumatisme. C'est dans ce contexte que le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG) a créé Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la SSR.

Ce chapitre décrit l'intervention humanitaire face aux besoins de SSR des populations au début d'une urgence (dans les 48 heures, dans la mesure du possible). En outre, ce chapitre fournit des recommandations sur la manière de faire la transition du DMU vers les services de SSR complets pour la phase de rétablissement ou pendant les situations de crises chroniques ou prolongées.

Le DMU définit les services SSR qui sont les plus importants pour prévenir la mortalité, tout en protégeant le droit à la vie dans la dignité, en particulier parmi les femmes et les filles en situations de crise humanitaire. Toutes les activités de prestation de service du DMU doivent être mises en œuvre simultanément à travers des actions coordonnées avec tous les partenaires concernés. Le DMU pour la SSR est une norme sanitaire qui s'inscrit dans le cadre des standards minimum de l'intervention humanitaire du projet Sphère.

Selon les données probantes bien documentées sur les besoins en SSR lors des situations de crise humanitaire et les normes de l'Organisation mondiale de la Santé, le DMU peut être mis en œuvre sans une évaluation approfondie des SSR. Néanmoins, certaines informations situationnelles, démographiques et sanitaires concernant la population touchée doivent être déterminées avec le mécanisme de coordination sanitaire pour le plaidoyer et l'application optimale d'activités relatives au DMU. Il convient de souligner que les composantes du DMU constituent

ENCADRÉ 3.1: OBJECTIFS DU DMU

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

- Nomme un coordinateur 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 afin de garantir la mise en œuvre du DMU
- Rend compte au pôle, sous-groupe de travail/secteur sur la VBG, et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de certaines questions liées à l'application du DMU.
- Assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants avec les mécanismes de coordination de la santé/VBG/VIH
- Partage les informations sur la disponibilité des services et des produits de SSR
- Veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de santé reproductive

ASSURER LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPOND AUX BESOINS DES VICTIMES :

- Travaille avec d'autres pôles, surtout le sous-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 à l'égard de la violence sexuelle
- Mettre les soins et les références cliniques et autres services de soutien à la disposition des victimes de violence sexuelle
- Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle et leur dispenser des soins et références cliniques adaptés

PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DUES 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 (par exemple, déjà utilisés par la population), et le cas échéant assurer la mise à disposition de préservatifs féminin

- Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de continuer le traitement pour les personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant l'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTME
- Offrir la PPE aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par cotrimoxazole 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

PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ 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 les soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) y compris:
 - o Au niveau des hôpitaux de référence: Personnel médical qualifié et fournitures pour la mise à disposition des soins obstétriques et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - o Au niveau des établissements de santé: Les accoucheurs qualifiés et les fournitures destinées aux accouchements vaginaux non compliqués et la prestation de soins obstétriques et néonataux de base (SONUB)
 - o Au niveau communautaire: Communication d'informations à la communauté concernant la disponibilité de services d'accouchement hygiénique et de SONU et l'importance du recours aux soins administrés 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 hygiéniques au domicile lorsque l'accès à une structure sanitaire n'est pas possible
- Établir un système d'orientation vers d'autres services 24 heures/24 et 7 jours/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
- Assurer la disponibilité de fournitures et de 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 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 (IEC) et les conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix informé et le consentement, 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

PLANIFIER DES SERVICES SSR COMPLETS, INTÉGRÉS DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DÈS QUE POSSIBLE. TRAVAILLER AVEC LES PARTENAIRES DU SECTEUR/PÔLE DE SANTÉ POUR ABORDER LES SIX COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ, NOTAMMENT: LA PRESTATION DE SERVICE, LE PERSONNEL DE SANTÉ, LE SYSTÈME D'INFORMATIONS SANITAIRES, LES PRODUITS MÉDICAUX, LE FINANCEMENT ET LA GOUVERNANCE ET LE LEADERSHIP.

Note: Il est également important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans les limites prévues par la loi, dans les centres de santé et les établissements hospitaliers.

une condition minimale et devraient être mises en œuvre dans toutes les circonstances. Même lorsque d'autres composantes des soins de SSR sont déjà dispensées, nous devons également mettre en œuvre les services du DMU car ils sont prioritaires.

Conformément au DMU, les organisations nationales et internationales et les parties prenantes doivent œuvrer pour la prestation de services de SSR complets, dès que possible (idéalement dans les 3-6 mois, mais cela pourrait se faire en l'espace de quelques semaines), tels que présentés dans les chapitres 6 à 12 de ce manuel.

3.2 OBJECTIFS

L'objectif de ce chapitre est de fournir des informations et des directives aux coordinateurs SSR, aux responsables de programmes de santé, aux prestataires de service travaillant dans des contextes de crise humanitaire sur:

- Le rôle et les fonctions de la principale agence de SSR et le coordinateur SSR
- Prévention de la violence sexuelle et la gestion clinique pour prévenir ou atténuer les conséquences de la violence sexuelle
- Les interventions prioritaires pour prévenir le VIH et

les autres IST et réduire la morbidité et la mortalité connexes

- Les interventions prioritaires pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale
- Prévention des grossesses non désirées
- Planification de l'intégration de services complets de SSR dans les soins de santé primaire lors de la phase de stabilisation, notamment l'approvisionnement en produits et fournitures

3.3 PROGRAMME DMU

3.3.1 Veiller à ce que le secteur /pôle de santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU

Dès le début de l'intervention dans chaque situation de crise humanitaire, le secteur ou le pôle de santé doivent identifier une organisation qui officie comme cheffe de file. Il peut s'agir d'une organisation non-gouvernementale internationale (ONG), du Ministère de la Santé (MS) ou d'une agence des Nations Unies (ONU). L'organisation choisie comme étant celle qui est plus à même de remplir ce rôle, affecte immédiatement un coordinateur à temps complet

ENCADRÉ 3.2: TERMES DE RÉFÉRENCE DU COORDINATEUR SSR

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

- Coordonner, communiquer et collaborer au sein des pôles/secteurs/acteurs de la santé, de la VBG et du VIH et de participer activement aux réunions de coordination sur la santé et inter-sectorielles, en fournissant des informations et en soulevant les problèmes et préoccupations stratégiques et techniques
- Organiser régulièrement des réunions de coordination sur la SSR aux niveaux national et infranational/ régional et local concernés avec des parties prenantes clés comprenant le MS, les ONG locales et internationales y compris les organisations de développement travaillant sur la SSR, les agences de l'ONU concernées, les associations de la société civile, les représentants inter-sectoriels (protection, VBG, VIH) et les représentants communautaires issus des populations marginalisées comme les adolescents, les associations de PWD et de LGBTQIA afin de faciliter la mise en œuvre du DMU

- Recueillir des informations élémentaires sur la démographie et la SSR des populations touchées pour appuyer le plaidoyer, l'application et la planification du DMU en vue de la prestation de services relatifs à la SSR
- Identifier, comprendre et fournir les informations concernant les éléments des politiques, protocoles, réglementations et des lois coutumières nationales et du pays d'accueil qui:
 - o Appuient les services de SSR pour la population touchée
 - o 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 locaux spécialisés de service qui travaillent avec des sous-populations telles que les LGBTQIA et ceux qui se livrent au travail du sexe), et identifier les besoins, les capacités et les lacunes des programmes de SSR et conduire une planification en coordination avec l'ensemble des parties prenantes concernées pour des services efficaces et durables de SSR
- Soutenir les partenaires du secteur de santé pour solliciter le financement de la SSR par le biais de processus de planification humanitaire et les recours y compris les appels urgents aux donateurs (Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF) et les fonds de financement commun (CBPF)) et le Plan d'aide humanitaire, en coordination avec le secteur/pôle de santé
- Fournir des directives techniques et opérationnelles sur la mise en œuvre du DMU, de même que des orientations

pour les partenaires du secteur de la santé sur le DMU, les Kits de SR et d'autres ressources

- Soutenir l'approvisionnement et la distribution coordonnés des kits et fournitures de SR et planifier les systèmes d'approvisionnement et de distribution de long terme durable en matière de SSR

Le coordinateur SSR officie dans le contexte d'un mécanisme global du secteur/pôle de santé pour obtenir et utiliser des informations pour:

- Veiller à ce que les services de DMU fassent l'objet d'un suivi afin de garantir la qualité et la durabilité. Utiliser la liste de contrôle du DMU pour assurer le suivi des services
- Assurer une communication régulière au sein de l'ensemble des niveaux et rendre compte par rapport aux conclusions et difficultés clés nécessitant une solution pour le mécanisme global de coordination sanitaire
- Collecter et appliquer les données de la prestation de service, analyser les résultats, identifier les solutions à apporter aux lacunes des services, et planifier la prestation des services complets de SSR
- Faciliter les réunions de planification avec l'ensemble des parties prenantes pour identifier les synergies, les besoins, les lacunes et les perspectives afin de soutenir la mise en place de services complets de SSR axés sur le client dès que possible et dans les 3-6 mois suivant le début de l'urgence

pour une période minimale de 3-6 mois afin d'apporter un soutien opérationnel et technique aux partenaires en matière de santé et faciliter la planification coordonnée pour assurer la priorisation de la SSR et l'offre efficace de services du DMU.

POUR GARANTIR LA BONNE MISE EN ŒUVRE DU DMU, LES ÉLÉMENTS SUIVANTS SONT NÉCESSAIRES:

- Le secteur/pôle de santé identifie une organisation, cheffe de file

- L'organisation, cheffe de file, nomme un coordinateur SSR (voir Encadré 3.2), qui opère dans le secteur/pôle de santé. Le Coordinateur SSR, soutenu par l'organisation cheffe de file en matière de SSR veille à ce que:
 - o Toutes les agences de santé travaillant dans chaque domaine de la crise s'occupent de la SSR et mettent en œuvre ou orientent vers des services de SSR
 - o Les réunions régulières de coordination de la SSR sont organisées avec toutes les parties prenantes concernées, notamment les représentants du

gouvernement travaillant dans le domaine de la SSR, les agences de l'ONU compétentes, les ONG locales et internationales, le secteur privé, les bailleurs de fonds et le groupe de travail ou pôle de protection et sa zone de responsabilité (AoR) sur la violence basée sur le genre avec des membres des populations locales touchées pour faire en sorte que le DMU soit mis en œuvre de manière efficace

- o Le soutien opérationnel et technique est apporté par les partenaires en matière de santé pour appliquer le DMU dans toutes les zones affectées par l'urgence. Cela inclut:
 - Les orientations et le soutien technique pour l'approvisionnement coordonné en fournitures de SSR (voir Chapitre 4)
 - Identifier les agents de santé compétents pour mettre en œuvre les services du DMU
 - Identifier des mécanismes efficaces et confidentiels de d'orientation entre les points de services de santé et entre les services de santé et d'autres secteurs
- o Les systèmes sont instaurés pour une collecte et une analyse régulières des données parmi les partenaires mettant en œuvre les services de SSR; et ces données doivent au moins être ventilées par âge et par sexe
- o Les recyclages cliniques sont conduits en fonction des besoins et des possibilités
- o Une fois que la situation le permet, un recensement et une analyse des services de SSR existants sont menés en coopération avec les parties prenantes des domaines de la santé, de la protection, de la violence basée sur le genre (VBG) et du VIH. Cet exercice doit inclure les lacunes et les opportunités ainsi qu'une analyse de situation et une planification exhaustifs pour appuyer les services accessibles, efficaces, équitables et durables
- o Les informations issues des réunions de groupe de travail sur la SSR sont partagées et évoquées lors des réunions de coordination du secteur/pôle général de santé, de protection, de VBG et du VIH
- o La communauté est informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR. Cela doit inclure:
 - L'emploi de canaux de communication adaptés comme les brochures, la radio et les messages SMS
 - Le recours à la sensibilisation communautaire, le cas échéant, par le biais des groupes d'adolescents, de lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, en questionnement, intersexes, et asexués (LGBTQIA), les personnes handicapées (PWD), des associations de femmes, des travailleurs du sexe, des accoucheuses traditionnelles et d'autres agents de sensibilisation communautaire pour informer les populations touchées de la disponibilité des services SSR et de l'importance pour les victimes de violence sexuelle de recourir à des soins dès que possible après un incident

ENCADRÉ 3.3: COORDINATION DU DMU ET ADOLESCENTS

- **Reconnaître que les adolescents ont des préoccupations et des besoins uniques et qu'ils peuvent être confrontés à davantage de discrimination sur la base de l'âge, du sexe, de l'identité de genre, du handicap, de l'orientation sexuelle et de la diversité physique**
- **Impliquer les adolescents dans la coordination, la conception et la mise en œuvre du projet de SSR**
- **Soutenir la prestation des services de SSR destinés aux adolescents notamment les choix informés et les activités de sensibilisation**

3.3.2 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 urgence, dans le secteur/pôle de santé:

- Travailler avec d'autres pôles, surtout le sous-groupe de travail sur 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 de la violence sexuelle
- Mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle les soins cliniques et les orientations vers d'autres services de soutien
- Garantir des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle et leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés

PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE

La violence sexuelle est un fait courant dans tous les types de situations de crise humanitaire et surtout dans les situations de conflit. Les victimes de violence sexuelle peuvent être de tout sexe, genre ou âge. Les victimes peuvent être des femmes, des hommes, des adolescents, des personnes handicapées, de jeunes enfants, des personnes LGBTQIA, des minorités ethniques et religieuses et des travailleurs du sexe entre autres. Les femmes et les filles sont les plus touchées. Les auteurs de violence sexuelle sont souvent des partenaires masculins (y compris les conjoints) ou d'autres personnes connues des victimes (famille, amis ou membres de la communauté) ou ils peuvent être issus des personnels en uniforme y compris les forces de sécurité/de maintien de la paix et les combattants. Tous les acteurs intervenant dans les situations de crise humanitaire doivent avoir conscience des risques de violence sexuelle et de ceux liés à l'exploitation et la maltraitance sexuelles. Ils doivent coordonner des activités multisectorielles pour la prévention et afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes, les filles et d'autres populations à risque. Les réunions de coordination sur la santé et la protection doivent systématiquement aborder la violence sexuelle pour assurer la coordination de l'intervention entre le coordinateur SSR

EXEMPLE DE PROGRAMME 3.1: COORDINATION DU DMU AU NÉPAL

ORGANISATIONS: Division de la santé familiale/Département des services de santé du Népal et Sous-groupe sur la santé reproductive, École de santé publique de Boston University, École de santé publique de Johns Hopkins University, le FNUAP, Programme de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crises et post-crise (Initiative SPRINT), Association de planification familiale du Népal, Women's Refugee Commission

LIEU: Népal

INTRODUCTION: Une évaluation du Groupe interorganisation a été menée pour documenter la mise en œuvre du DMU dans un district urbain (Katmandu) et un district rural (Sindhupalchowk) dans les 5 mois qui ont suivi le séisme d'avril 2015 au Népal. Cette étude a examiné, à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, le degré de connaissance du DMU, la mise en œuvre des normes et les facteurs qui influencent l'application. Parmi les méthodes utilisées figuraient l'étude de données secondaires, les groupes de discussion, les entretiens auprès d'informateurs clés, et les évaluations des établissements de santé.

RÉSULTATS: Les activités prioritaires du DMU étaient largement disponibles dans les deux districts. La qualité de certains services était faible lorsqu'ils étaient disponibles en particulier les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle, la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) et les précautions standards dans certains cadres. Les connaissances communautaires sur les questions de SSR sensibles d'un point de vue culturel, les bienfaits du recours aux soins et sur la localisation des services de prise en charge de la violence sexuelle et les IST y compris le VIH constituaient une lacune majeure lorsqu'on les compare à la contraception ou aux services de santé maternelle. De plus, de nombreux informateurs clés n'avaient pas connaissance des services disponibles tels que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition pour les victimes de violence sexuelle.

Leçons apprises: La disponibilité du DMU dans les deux districts observés semble être liée à trois facteurs clés: 1) Engagements et investissements en faveur de SSR par le Gouvernement du Népal et les partenaires avant la crise; 2) Prise en charge des urgences et des risques de catastrophes pour des initiatives sanitaires qui incluent le DMU dans les activités de préparation et le pré-positionnement de Kits de SR; et 3) Leadership et collaboration entre les partenaires lors des interventions immédiates pour garantir le soutien des bailleurs de fonds et appliquer des stratégies coordonnées et innovatrices pour atteindre les communautés touchées. L'engagement communautaire dans l'intervention d'urgence est essentiel notamment pour informer les communautés des bienfaits du recours aux soins de santé en temps voulu par les victimes de violence sexuelle et de la localisation des services.

et d'autres acteurs du secteur. Les procédures d'opération et de coordination confidentielles doivent faire l'objet d'un consensus et doivent être mises en œuvre pour évaluer et répondre à des situations à risque révélées par les victimes durant la gestion clinique (en maintenant la confidentialité des identifiants personnels) pour l'atténuation des risques.

En collaboration avec l'ensemble du mécanisme du secteur/pôle de santé, le coordinateur SSR et le personnel du programme SSR doivent faire en sorte que le secteur/pôle de santé et d'autres acteurs de la santé:

- Garantir un accès sécurisé aux services de santé de base, notamment les services de santé sexuelle et reproductive, 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 en termes d'accès aux établissements de santé et en leur sein
- Veiller à ce que les établissements de santé soient dans des lieux sécurisés et disposent d'un parcours éclairé la nuit
- Envisager la nécessité d'affecter du personnel de sécurité à l'entrée des établissements
- Localiser les latrines masculines et féminines séparées et les zones de nettoyage et veiller à ce que les portes puissent être verrouillées de l'intérieur
- Recruter et former des prestataires de service, des agents de santé communautaire, du personnel de programme et des interprètes de sexe féminin
- Veiller à ce que toutes les langues des sous-groupes ethniques soient représentées parmi les prestataires de service ou interprètes
- Souligner l'importance de la confidentialité, notamment de la protection des informations et des données concernant les victimes auprès des prestataires de service et de l'ensemble du personnel d'établissement
- Veiller à ce que les agents de santé et l'ensemble du personnel d'établissement aient signé et respectent le code de conduite contre l'exploitation et la violence sexuelle (EVS)

- Veiller à ce que les codes de conduite et les mécanismes de signalement de l'exploitation et de la violence sexuelle (qui garantissent la protection des lanceurs d'alerte) soient en place, de même que les mesures d'enquête pour assurer les codes de conduite

RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

Pour que le secteur de santé puisse prévenir et gérer les conséquences éventuelles en termes de santé, les victimes de violence sexuelle doivent avoir accès aux soins cliniques, notamment aux conseils psychosociaux dès que possible après l'incident. Veiller à ce que les services de santé puissent fournir ces soins dès le début d'une intervention humanitaire.

Le coordinateur SSR et la personne en charge de la zone de responsabilité (AoR) ou le sous-groupe de travail sur la VBG doivent obtenir des informations sur le système médico-légal national dans les plus brefs délais, et les partager avec le secteur/pôle de santé et de protection durant les réunions de coordination. Le coordinateur SSR, avec le groupe de travail SSR et le secteur/pôle de santé, doivent collaborer avec la principale agence sur la VBG relevant de l'AOR pour appuyer un processus visant à identifier une répartition claire des rôles et responsabilités parmi les partenaires de santé et entre tous les programmes des secteurs/pôles répondant aux besoins des victimes. Il peut s'agir des services de santé, justice/légal, protection, sécurité, psychosocial et communautaire. Il est important de relier les groupes d'entraide communautaire, y compris ceux qui ont été créés par des adolescents, des personnes handicapées, des populations LGBTQIA et des travailleurs du sexe pour assurer un mécanisme de référence coordonné, axé sur les victimes et confidentiel. Le document final issu de ce processus est souvent dénommé Modes Opératoires Standards (SOP) sur la VBG (Voir le Chapitre 10).

Tous les intervenants humanitaires doivent respecter, les droits à la vie, à l'auto-détermination, aux soins de santé de haute qualité, à la non-discrimination, à l'intimité, à la confidentialité, à l'information et au respect des victimes de violence sexuelle. L'ensemble des prestataires de santé doivent suivre un protocole d'examen et de traitement standard et veiller à ce que les victimes soient informées des lois de signalement obligatoires pouvant limiter la confidentialité des informations qu'elles révèlent aux prestataires de santé et influencer leur décision de recourir aux soins. Les soins axés sur les victimes garantissent le droit des victimes de choisir les services qu'elles veulent et le sexe des prestataires. Les enfants victimes de violence sexuelle doivent très vite bénéficier d'un traitement dispensé par les prestataires formés en soins post-viol pour

les enfants et ils doivent être autorisés à choisir le sexe de leur prestataire de service.

ENCADRÉ 3.4: PRINCIPES DIRECTEURS LORS DE LA RÉPONSE AUX BESOINS DES VICTIMES DE LA VIOLENCE SEXUELLE

Les acteurs humanitaires doivent toujours respecter les principes directeurs suivants pour répondre aux besoins des victimes:

- Sécurité
- Confidentialité
- Respect
- Non-discrimination

Un prestataire de soins peut être la première ou la seule personne qu'une victime approche et la qualité des soins fournis peut avoir un impact à court et long terme sur le bien-être de la victime et la volonté de la victime de révéler des informations. Par conséquent, l'ensemble des agents de santé (notamment ceux qui ne travaillent pas dans des établissements équipés pour proposer des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle) doivent être préparés à l'offre de soutien de première ligne qui inclut l'écoute et la validation empathiques, l'identification des besoins immédiats sur le plan émotionnel, psychologique et physique et les services de soutien disponibles. Cela inclut également la réponse aux besoins immédiats en termes de sécurité (protection) et de santé, notamment la santé mentale. Les prestataires doivent écouter de manière respectueuse et avec empathie l'histoire de la victime sans porter de jugement. Rassurer la victime quant au fait qu'elle n'est pas responsable de ce qui lui est arrivé. Se renseigner sur les besoins et les préoccupations de la victime, offrir des informations sur d'autres services de soutien, et toujours appuyer les décisions de la victime.

SERVICES CLINIQUES POUR LES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

Lors de la mise en place de services cliniques pour les victimes de violence sexuelle, les coordinateurs SSR et le personnel de programme doivent:

- Établir une zone de consultation privée, non stigmatisante avec une armoire de classement verrouillable
- Mettre en place des protocoles clairs et une liste de droits des patients rédigés dans les langues des prestataires et des 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, de même que 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 houlette 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

Une fois les services mis en place, les coordinateurs SSR et le personnel du programme doivent informer la communauté concernant:

- L'importance de solliciter des soins médicaux immédiats suite à des actes de violence sexuelle:
 - o Au plus tard dans les 72 heures pour la prévention du VIH
 - o Au plus tard dans les 120 heures pour la prévention de la grossesse
- Les horaires et la localisation des services

Ces informations doivent être communiquées sous des formats multiples et dans diverses langues pour assurer l'accessibilité (par exemple, le Braille, la langue de signes, les formats picturaux) et au sein des groupes de discussion par la sensibilisation communautaire (associations de femmes, de jeunes, LGBTQIA et personnes handicapées) et d'autres canaux adaptés selon le milieu (comme par exemple, les écoles, les sages-femmes, les agents de santé communautaire, les leaders communautaires, les messages radio ou les brochures dans les latrines de femmes). Les messages doivent également inclure des informations sur les services de santé dispensés aux victimes qui ne sont pas en mesure de recourir à des soins immédiats.

Le coordinateur SSR, en collaboration avec le groupe de

travail SSR ainsi que le secteur/pôle de santé, doivent s'assurer que les prestataires de service sont compétents et en mesure de fournir des services non-discriminatoires. Le cas échéant, organiser des séances d'information ou de brefs rafraîchissements sur les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle qui incluent les composantes suivantes:

- Communication de soutien
- Antécédents et examen
- Le système médico-légal et le recueil de preuves médico-légales, si possible et si nécessaire
- Traitement confidentiel et avec compassion et conseils, notamment:
 - o Contraception d'urgence
 - o Test de grossesse, informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation pour les soins liés à l'avortement, dans les limites prévues par la loi
 - o Traitement présomptif des IST
 - o La prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH
 - o Prévention de l'hépatite B et du papillomavirus humain (VPH)
 - o Traitement des lésions et prévention du tétanos
 - o Orientation vers d'autres services de santé, psychologiques et sociaux

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, neutre et d'une écoute active sans faire pression sur la victime pour qu'elle réponde. Informer la victime des options de soins disponibles, encourager et aborder les questions et les préoccupations soulevées par la victime, 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 examen

La santé et bien-être de la victime sont une priorité absolue. Permettre à la victime de choisir une personne de confiance pour qu'elle soit présente à l'examen si elle ou il le désire.

Pour les enfants, il peut s'agir d'un(e) tuteur/trice (qui n'a pas commis d'agression), ou en son absence, une personne formée; la victime doit toujours être capable de choisir le sexe de la personne et cela est obligatoire pour les enfants. Informer la victime que la personne est là pour soutenir la victime mais uniquement à la demande de la victime.

L'étude des antécédents et un examen médical approfondi (évitant des procédures invasives autant que possible conformément aux directives de l'OMS) sont menés après s'être assuré que la victime comprend et donne son consentement à chaque étape. L'étude des antécédents inclut:

- Les questions sur l'agression limitées à ce qui est nécessaire pour les soins médicaux (par exemple, le type de pénétration, les blessures) et le cas échéant, les prélèvements d'échantillons pour les preuves médico-légales. Ne pas demander à la victime de répéter les informations qui sont déjà notées sur un formulaire d'orientation
- Informations médicales générales
- Antécédents médicaux et gynécologiques pour les femmes et les filles
- Évaluation de l'état de santé mental, en demandant comment la victime se sent et en notant les émotions de la victime pendant l'examen

Les formulaires préimprimés sur les antécédents et l'examen doivent guider le processus et tous les résultats doivent être minutieusement documentés.

Le principal but de l'examen est de déterminer le type de soins cliniques nécessaires. La vérification des antécédents et l'examen doivent avoir lieu selon le rythme de la victime. La victime doit être assurée du fait qu'elle ou il maîtrise la situation, qu'elle ou il n'est pas tenu(e) de parler de quelque chose qui la ou le met mal à l'aise, et peut 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 accepter ou refuser un élément de l'examen et du traitement à tout moment.

Le système médico-légal et le recueil de preuves médico-légales, si possible et si nécessaire

Système médico-légal

Une dimension importante de l'intervention face à la

violence sexuelle consiste à mettre un terme à l'impunité des auteurs des faits et appuyer la justice en faveur des victimes. Avec les pôles/secteurs de protection et de santé et en collaboration avec les experts légaux, les responsables AOR en charge de la VBG et le coordinateur SSR doivent déterminer le statut du système médico-légal national, notamment les lois et politiques pertinentes par rapport à la violence sexuelle. Ils doivent partager ces informations avec les parties prenantes nationales et internationales (notamment les agents de santé, les experts en VBG, les travailleurs psychosociaux, et les organisations de la société civile abordant la VBG comme les associations de femmes, de jeunes, LGBTQIA, de personnes handicapées, les groupes communautaires de minorités ethniques). En situations de crise, divers aspects d'un système existant comprenant les services de santé et sociaux, la médecine légale, les services de laboratoires d'analyse judiciaire, les services de police/d'enquête, et le système légal pourraient être compromis en raison d'un manque de personnel qualifié ou d'établissements d'équipements, de fournitures et de ressources insuffisants/endommagés.

La prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle est prioritaire par rapport au processus médico-légal. Néanmoins, si la victime accepte, l'examen et les preuves médico-légales peuvent être avoir lieu en même temps. Le recueil de preuves médico-légales doit seulement avoir lieu si les preuves peuvent être testées, analysées et utilisées.

Recueil de preuves médico-légales

- Seules les preuves pouvant être collectées, conservées, analysées et utilisées doivent être recueillies et seulement si la victime accepte après une explication complète de chaque acte
- Les exigences légales locales, les laboratoires et structures de stockage disponibles, le signalement par la victime du moment où la violence sexuelle est survenue, et les actions de la victime après l'agression (par exemple, si elle/s'il s'est lavé(e), a changé de vêtements, a uriné ou déféqué), détermineront si des preuves médico-légales doivent être recueillies et si oui, lesquelles
- Un agent de santé non spécialisé doit, au minimum, conserver par écrit tous les résultats durant l'examen médical qui peuvent appuyer le récit de la victime, y compris l'état des vêtements de la victime, le lieu de l'incident et une description détaillée de toutes les blessures. Le graphique médical fait partie d'un dossier juridique et un résumé peuvent être soumis comme preuve (avec le consentement de la victime)

si le cas est porté à la connaissance de la justice. Il doit être conservé en toute confidentialité dans un lieu sécurisé.

- Seuls les prestataires explicitement formés et supervisés en matière de recueil des preuves médico-légales doivent entreprendre la collecte d'autres échantillons de preuves médico-légales
- Il revient à l'agent de santé de documenter l'examen et les résultats conformes à la description des faits par la victime, mais il n'incombe pas au prestataire d'établir si un viol a eu lieu du point de vue légal
- Si un microscope est disponible et au plus tard dans les 5 jours qui ont suivi l'incident, un agent de santé formé ou un agent de laboratoire peut examiner les lames humides pour déterminer la présence de sperme
- Proposer systématiquement à la victime de lui remettre un certificat médical avec une explication claire des risques inhérent à la conservation de ce document. Selon la loi en vigueur dans ce contexte, ce formulaire peut être utilisé à des fins juridiques, comme la réparation ou l'asile. Deux copies du document sont établies. Une copie est conservée sous clé dans l'établissement de santé ou par le responsable de programme. L'autre copie est remise à la victime si elle ou il la veut après avoir pris soin de l'informer du risque d'autres violences si le document est trouvé en possession de la victime. Ces documents doivent être fournis gratuitement
- La victime est la seule personne à décider quand et où utiliser le certificat médical

Traitement bienveillant et confidentiel

Le traitement peut être entamé sans examen si tel est le choix de la victime. Traiter les complications graves en premier lieu et les orienter vers des établissements de santé de niveau supérieur, le cas échéant.

Contraception d'urgence

La contraception d'urgence (CU) peut prévenir les grossesses non désirées après un acte de violence sexuelle. La CU peut être fournie dès que possible à une victime de violence sexuelle en quête de soins dans les 120 heures suivant le viol. Il existe plusieurs traitements de contraception d'urgence (PCU). L'insertion du dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) est également une méthode très efficace de CU.

ENCADRÉ 3.5: VUE D'ENSEMBLE DES OPTIONS EN MATIÈRE DE PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE

PCU À PROGESTATIF SEUL

- Une dose de 1,5 mg de lévonorgestrel
- Prise dans les 5 jours (120 heures) suivant un rapport sexuel non protégé; l'efficacité est plus grande lorsqu'elle est prise rapidement après le rapport sexuel
- Plus efficace et avec moins d'effets secondaires que les pilules contraceptives hormonales combinées
- Type de pilule contraceptive d'urgence le plus répandu et disponible

ACÉTATE D'ULIPRISTAL (UPA)

- 1 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 des rapports sexuels non protégés
- Plus efficace et avec moins d'effets secondaires que les pilules contraceptives orales combinées

PCU HORMONALES COMBINÉES

- Deux doses de pilule contraceptive orale combinée. Chaque dose doit contenir des œstrogènes (100–120 mcg d'éthinylestradiol) et de la progestérone ou 1,0-1,2 mg 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 suivant 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'UPA

PCU à progestatif seul

À l'échelle internationale, les PCU à progestatif seul sont la forme la plus répandue de CU; les pilules contenant 1,5 mg de lévonorgestrel sont souvent conditionnées expressément pour une utilisation postcoïtale.

- Période: Les PCU à progestatif seul doivent être fournis dès que possible aux victimes de violence sexuelle car leur efficacité décline avec le temps. Les PCU peuvent être utilisées jusqu'à 120 heures (5 jours) après les rapports sexuels non protégés mais sont plus efficaces s'ils sont pris 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 ceux à qui il est conseillé de ne pas utiliser les contraceptifs oraux combinés pour la contraception permanente sachant que la dose d'hormone est relativement limitée et les pilules sont utilisées pour une durée courte
- Dépistage clinique: Aucun examen ou test clinique n'est nécessaire avant de fournir des CPU à progestatif seul. Un test de grossesse n'est pas requis sachant que les PCU ne causeront aucun préjudice chez la femme et n'affecteront pas une grossesse préexistante
- Mécanisme d'action: Les PCU à progestatif seul préviennent la grossesse. Elles retardent ou empêchent l'ovulation et l'ovocyte est fécondé par

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 provoque pas d'avortement

- Effets secondaires: Les effets secondaires sont généralement modérés, facilement gérés et de courte durée. 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 dans les heures suivant la prise d'une dose, la dose doit être répétée et si possible, un antiémétique peut être administré. Les PCU à progestatif seul n'ont pas d'effets secondaires à long terme ; ils ne sont pas à l'origine de complications médicales graves et n'affectent pas la fécondité future
- Dosages: Les PCU à progestatif seul sont plus efficaces et ont moins d'effets secondaires que les pilules contraceptives orales combinées (Yuzpe). Cependant, les PCU à progestatif seul ne sont pas disponibles dans tous les pays. Si les PCU à progestatif seul ne sont pas disponibles dans votre zone d'intervention, déterminez d'abord si les pilules contraceptives orales à progestatif seul qui peuvent être utilisées pour créer une dose de 1,5 mg de lévonorgestrel sont disponibles. Dans le cas contraire, les pilules contraceptives orales doivent être utilisées pour fabriquer des pilules de CU

- **Conseils:** Conseiller la victime concernant la manière de prendre les PCU à progestatif seul et ce à quoi il faut s'attendre après les avoir pris. 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 la victime n'a pas eu ses règles dans la semaine qui suit la date habituelle, elle doit revenir pour un test de grossesse et/ou aborder les différentes options en cas de grossesse. Les victimes doivent également être informées que les PCU à progestatif seul ne préviennent pas la grossesse suite à des rapports sexuels qui ont lieu après leur utilisation
- **Utilisation répétée:** Les PCU restent sans danger et efficaces pour prévenir la grossesse si elles sont prises plus d'une fois y compris pendant le même cycle menstruel et il n'y a pas de limite quant au nombre de fois qu'une femme peut prendre des PCU à progestatif seul. Cependant, l'utilisation d'une méthode contraceptive permanente est recommandée comme étant la meilleure façon de prévenir la grossesse. Les PCU à progestatif seul ne doivent pas être pris plus d'une fois durant une période de 24 heures si les rapports sexuels non protégés ont lieu une fois pendant cette période

TABLEAU 3.1: SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUE À BASE DE PILULE DE CONTRACEPTION D'URGENCE

TYPE	COMPOSITION DE LA PILULE (PAR PILULE) ^a	NOMS DE MARQUES COURANTES	PREMIÈRE DOSE: À PRENDRE DÈS QUE POSSIBLE, JUSQU'À 120 HEURES APRÈS	DEUXIÈME DOSE: À PRENDRE 12 HEURES PLUS TARD
PCU de lévonorgestrel seul	1,5 mg LNG	NorLevo 1,5 (disponibles dans les Kits de SR), Escapelle, Plan B One-Step, Postpill, Pregnon 1,5, Vikela, Postinor 1	1 comprimé	0 comprimés
	0,75 mg LNG	Postinor 2, Levonelle-2, NorLevo 0,75, Pregnon, Next Choice	2 comprimés ^b	0 comprimés
Pilules contraceptives orales de lévonorgestrel seul	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	50 comprimés	0 comprimés
	37,5 µg	Ovrette	40 comprimés	0 comprimés
PCU d'acétate d'ulipristal	30 mg UPA	ella, ellaOne	1 comprimé	0 comprimés
Acétate d'ulipristal	5 mg	Fibrystal	6 comprimés	0 comprimés
Pilules contraceptives orales combinées	EE 50 µg plus LNG 250 µg ou NG 500 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2 comprimés	2 comprimés
	EE 30 µg plus LNG 150 µg ou NG 300 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4 comprimés	4 comprimés
	EE 20 µg plus LNG 100 µg ou NG 200 µg	Loette	5 comprimés	5 comprimés

a EE = éthinylestradiol; LNG = lévonorgestrel; NG =norgestrel; UPA = acétate d'ulipristal.

b Les étiquettes sur les emballages de deux PCU précisent que la deuxième de pilule doit être prise 12 heures après la première. Cependant ces étiquettes ne sont pas en phase avec les informations scientifiques actuelles. Les deux pilules doivent être prises au même moment.

DIU en cuivre

Un DIU en cuivre peut également être inséré chez les femmes éligibles, 5 jours après des rapports sexuels non protégés, notamment dans les cas de violence sexuelle. Il s'agit d'une forme efficace de contraception postcoïtale et elle prévient plus de 99% des grossesses attendues. Le risque d'ovulation est faible jusqu'au 7^e jour du cycle menstruel, la 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 devraient offrir des informations et des conseils complets sur ce service (en prenant soin d'éviter davantage de traumatisme) aux victimes de sorte qu'elles puissent prendre une décision volontaire et informée quant à l'utilisation des PCU 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 donner un traitement complet des IST, notamment les antibiotiques pour un traitement empirique des IST et/ou les maladies pelviennes inflammatoires (MPI). Le DIU peut être retiré au moment des prochaines menstruations d'une femme ou il peut être laissé en place comme contraception permanente (voir chapitre 7).

Traitement présomptif pour les infections sexuellement transmissibles

- Administrer des antibiotiques aux victimes pour un traitement présomptif de la gonorrhée, du chlamydia, et de la syphilis, si justifié et souhaité. Si d'autres IST sont prévalentes dans la région (comme la trichomoniose ou le chancre mou), administrer un traitement présomptif pour ces infections également
- Donner les traitements les plus courts possibles tels que prévus dans le protocole local. Par exemple, si la victime se présente dans les 30 jours suivant l'incident, l'administration de 400 mg de céfixime plus 1g d'azithromycine pris oralement sera un traitement présomptif suffisant pour la gonorrhée, le chlamydia et la syphilis en incubation
- Sachez que les femmes qui sont enceintes ou qui ont subi des allergies connues ne doivent pas prendre certains antibiotiques; modifier leur traitement en fonction
- Les traitements présomptifs des IST peuvent

commencer le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition pour la prévention du VIH

- Pour limiter les effets secondaires comme la nausée, les doses peuvent être étalées (et prises avec la nourriture) et si possible, un antiémétique peut être administré

Test de grossesse, informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/orientation pour les soins liés à l'avortement, 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
- Fournir des informations précises sur les options en matière de grossesse, notamment la poursuite de la grossesse et les responsabilités parentales, la poursuite la grossesse et la mise de l'enfant à l'adoption et l'avortement, le cas échéant, et des conseils objectifs pour faciliter la prise de décision informée
- Si la victime est enceinte des suites d'un acte de violence sexuelle et un avortement est souhaité, fournir des soins liés à l'avortement sans risques et l'orienter vers un service compétent, dans les limites prévues par la loi

Les femmes peuvent recourir à des soins post-viol à tout moment après qu'il a eu lieu. Les victimes qui se présentent en étant enceintes à tout âge gestationnel en raison d'un acte de violence sexuelle doivent obtenir des informations sur toutes les options qui s'offrent à elles, notamment les soins liés à l'avortement sans risques ou une orientation vers un service compétent, dans les limites prévues par la loi.

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

La prophylaxie post-exposition au VIH doit être administrée et entamée le plus tôt possible pour toutes les personnes exposées à la contamination par le VIH. La probabilité d'une transmission du VIH après un acte de violence sexuelle peut être réduite par l'administration rapide d'une PPE. La PPE doit être commencée le plus tôt possible après l'exposition et dans les 72 heures suivant l'exposition et elle doit être poursuivie pendant 28 jours. D'après les études, la PPE est

Ci-dessous figurent des exemples de traitement contre les infections sexuellement transmissibles. D'autres options de traitement sont possibles. Toujours suivre les protocoles locaux de traitement contre les IST.

TABLEAU 3.2: PROTOCOLES DE TRAITEMENT DES IST RECOMMANDÉS PAR L'OMS POUR LES ADULTES

IST	TRAITEMENT		
Infection à chlamydia	Option 1) azithromycine	1g par voie orale, dose unique	Cet antibiotique agit également contre la syphilis au stade de l'incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition)
	Option 2) doxycycline	100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	Contre-indiqué en cas de grossesse
Infection à chlamydia chez les femmes enceintes	Option 1) azithromycine	1g par voie orale, dose unique	Cet antibiotique agit également contre la syphilis au stade de l'incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition)
	Option 2) érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours	
	Option 3) amoxicillin	500 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours	
Gonorrhée	Option 1) céfixime	400 mg par voie orale, dose unique	
	Option 2) ceftriaxone	125 mg par voie intramusculaire, dose unique	
Syphilis	Option 1) benzathine benzylpénicilline*	2,4 millions UI, par voie intramusculaire, en une seule dose	Administrier en deux injections en deux points différents
	Option 2) azithromycine	2g par voie orale en une seule dose	Pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans. Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia
Syphilis, patient allergique to penicillin	Option 1) azithromycine	2g par voie orale en dose unique	Pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans. Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia
	Option 2) doxycycline	100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 14 jours	Contre-indiqué en cas de grossesse. Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia
Syphilis in pregnant women allergique to penicillin	Option 1) azithromycine	2g par voie orale en dose unique	Pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans. Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia
	Option 2) érythromycine	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia
Trichomoniasis	Option 1) métronidazole	2g par voie orale en une seule dose	Éviter le métronidazole et le tinidazole pendant le premier trimestre de grossesse
	Option 2) tinidazole	2g par voie orale en une seule dose	
	Option 1) métronidazole	400 or 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours	

* Si la victime se présente dans les 30 jours suivant l'incident, le benzathine benzylpénicilline peut être omis si la prescription intègre de l'azithromycine à 1 g en une seule dose, efficace contre la syphilis au stade de l'incubation et les infections à chlamydia. Si la victime se présente plus de 30 jours après l'incident, l'azithromycine à 2 g en dose unique constitue un traitement préventif suffisant contre la syphilis primaire, secondaire ou latente précoce de plus de 2 ans et contre les infections à chlamydia.

Ci-dessous figurent des exemples de traitement contre les infections sexuellement transmissibles. D'autres options de traitement sont possibles. Toujours suivre les protocoles de traitement locaux contre les infections sexuellement transmissibles et utiliser des médicaments et dosages adaptés aux enfants.

TABLEAU 3.3: PROTOCOLES DE TRAITEMENT DES IST RECOMMANDÉS PAR L'OMS POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

IST	POIDS OU ÂGE	TRAITEMENT	
Infection à chlamydia	< 45 kg	Option 1) azithromycine	20 mg/kg par voie orale, dose unique
		Option 2) doxycycline	50 mg/kg par jour, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), en 4 doses, pendant 7 jours
	> 12 ans	Administrez le traitement conformément au protocole pour adulte	
	> 45 kg mais < 12 ans	Option 1) érythromycine	500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours
		Option 2) azithromycine	1g par voie orale, dose unique
Gonorrhée	< 45 kg	Option 1) ceftriaxone	125 mg par voie intramusculaire, dose unique
		Option 2) spectinomycine	40 mg/kg, par voie intramusculaire (jusqu'à 2 g maximum), dose unique
		Option 1) céfixime	8 mg/kg par voie orale, dose unique
	> 45 kg	Administrez le traitement conformément au protocole pour adulte	
Syphilis	Tous les enfants	Option 1) benzathine benzylpénicilline*	50 000 UI/kg par voie intramusculaire (jusqu'à 2,4 millions d'UI maximum), dose unique
Syphilis, patient allergique à la pénicilline	Tous les enfants	Option 1) érythromycine	50 mg/kg par jour, par voie orale (jusqu'à 2 g maximum), en 4 doses, pendant 14 jours
Trichomonase	< 12 ans	Option 1) métronidazole	5 mg/kg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours
	> 12 ans	Administrez le traitement conformément au protocole pour adulte	

* Si la victime se présente dans les 30 jours suivant l'incident, le traitement à base de benzathine benzylpénicilline peut être omis si la prescription intègre de l'azithromycine, efficace contre la syphilis au stade de l'incubation et les infections à chlamydia.

plus efficace si elle est commencée tôt. L'OMS recommande une thérapie combinée de 28 jours. Cette recommandation est en vigueur au moment de la publication. Les choses évoluant rapidement dans ce domaine, veuillez vérifier le site internet de l'IAWG pour les mises à jour.

La PPE est idéalement administrée dans les 72 heures suivant l'exposition, il se peut que les personnes ne soient pas en mesure d'accéder aux services pendant cette période. Administrer d'autres soins pertinents post-viol et orienter les clientes qui se présentent dans les 72 heures suivantes pour les conseils volontaires sur le VIH et les tests, comme il se doit.

POUR LES VICTIMES DE LA VIOLENCE SEXUELLE:

- Évaluer le risque d'exposition au VIH avant de prescrire la PPE. Noter les faits, le type de pénétration (vaginale, anale et/ou orale) et le type de blessures subies
- Évoquer avec la victime les risques de transmission du

VIH en fonction du type d'exposition ainsi que la PPE et les effets secondaires et insister sur la nécessité de respecter le traitement

- Proposer des conseils et un test de dépistage du VIH dans les 2 semaines qui suivent l'incident. Un test de dépistage du VIH ne constitue néanmoins pas une condition préalable à la prescription de la PPE dans les 72 heures suivant l'exposition
- Proposer la PPE à l'ensemble des victimes éligibles, y compris celles qui refusent le test de dépistage du VIH. Administrer la première dose le plus tôt possible. Ne pas retarder le début de la PPE tout en attendant le résultat du test de dépistage du VIH

Note: Ne pas administrer la PPE aux victimes dont la séropositivité est connue. Orienter les victimes séropositives en vue du traitement, de l'appui et des soins du VIH, le cas échéant.

TABLEAU 3.4: BITHÉRAPIES RECOMMANDÉES POUR LA PPE CONTRE LE VIH CHEZ LES ADULTES

ÂGE	TRAITEMENT	COMMENTAIRES
Adultes et adolescents	Traitement principal: Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) ou Emtricitabine (FTC) Troisième médicament recommandé: Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ou Atazanavir/ritonavir (ATV/r) Si possible, le Raltegravir (RAL), le Darunavir + ritonavir (DRV/r) ou l'Efavirenz (EFV) peuvent être envisagés comme alternatives pour le troisième médicament	La bithérapie pour la prophylaxie post-exposition contre le VIH est efficace. Un troisième médicament est recommandé par l'OMS Utiliser une bithérapie si un 3 ^e médicament n'est pas disponible Fournir la prescription de PPE pour 28 jours après l'évaluation des risques. Les conseils relatifs à un meilleur respect du traitement sont recommandés pour tous les individus qui commencent une PPE au VIH
Enfants âgés de 10 ans et moins	Traitement principal: Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) Traitement alternatif: Abacavir ABC + Lamivudine (3TC) or Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) ou Emtricitabine (FTC) Troisième médicament recommandé: Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) est recommandé comme troisième médicament contre la PPE au VIH chez les enfants) Un traitement alternatif adapté à l'âge peut être trouvé parmi l'atazanavir/ritonavir (ATV/r), le raltegravir (RAL), le darunavir + ritonavir (DRV), l'efavirenz (EFV) et le névirapine (NVP)	

TABLEAU 3.5: BITHÉRAPIES RECOMMANDÉES POUR LA PPE CONTRE LE VIH CHEZ LES ENFANTS

POIDS OU ÂGE	TRAITEMENT	PRESCRIPTION	QUANTITÉ FOURNIE POUR 28 JOURS
< 2 ans ou 5-9 kg	Zidovudine (ZDV/AZT) en sirop* 10 mg/ml plus Lamivudine (3 TC) en sirop 10 mg/ml	7,5 ml deux fois par jour plus 2,5 ml deux fois par jour	420 ml (soit cinq flacons de 100ml ou trois flacons de 200 ml) plus 140 ml (soit deux flacons de 100 ml ou un flacon de 200 ml)
10-19 kg	Zidovudine (ZDV/AZT) en capsules de 100 mg plus Lamivudine (3 TC) en comprimés de 150 mg	1 capsule trois fois par jour plus ½ comprimé deux fois par jour	90 capsules
20-39 kg	Zidovudine (ZDV/AZT) en capsules de 100 mg plus Lamivudine (3 TC) en comprimés de 150 mg	2 capsules trois fois par jour plus 1 comprimé deux fois par jour	120 capsules plus 60 comprimés

*Jeter un flacon de sirop 15 jours après ouverture

IMPORTANT À SAVOIR:

- La grossesse n'est pas une contre-indication pour la PPE. Informer les femmes qui sont enceintes de moins de 12 semaines que les éventuels effets du médicament sur le fœtus ne sont pas connus
- Fournir de meilleurs conseils sur le respect du traitement. Indiquer à la victime les effets secondaires fréquents des médicaments comme la fatigue, la nausée et les symptômes de grippe. Ces effets secondaires sont temporaires et ils peuvent être soulagés à l'aide d'analgésiques comme le paracétamol
- Fournir l'équivalent de 28 jours de doses pour la PPE mais prévoir une visite dans une semaine pour évoquer le respect du traitement et proposer d'autres visites à tout moment au cas où la victime s'inquiète des effets secondaires ou d'autres problèmes

Prévention de l'hépatite B et le 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. Un total de 3 doses est nécessaire, la seconde dose 4 semaines après la première et la troisième 8 semaines après la seconde.

Envisager d'administrer un vaccin contre le VPH à toute personne âgée de 26 ans ou moins, à moins que la victime ait déjà été vaccinée. Dans la plupart des cas, un total de 3 doses doit être administré sur une période de 6 mois.

Traitement des lésions et prévention du tétanos

Nettoyer toute ouverture, coupure et écorchure et suturer les plaies propres sous 24 heures. Ne pas suturer les plaies sales. Envisager un traitement par antibiotiques et analgésiques adapté en cas d'importantes plaies sales.

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. Conseiller aux victimes de suivre le programme de vaccination (deuxième dose à 4 semaines, troisième dose entre 6 mois et 1 an).

Orientation pour d'autres interventions de crise

Avec le consentement de la victime ou sur demande proposer une orientation vers:

- Un hôpital en cas de complications à risques 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
- 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 centres de femmes et d'autres groupes d'appui

Soins de suivi

- Si possible, le suivi est recommandé à 2 semaines, 1 mois, 3 mois et 6 mois suite à 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 et les options en matière de grossesse

Considérations particulières pour les enfants

Le coordinateur SSR doit comprendre et diffuser des informations sur les lois propres au pays eu égard à l'âge du consentement au traitement, au professionnel habilité à donner le consentement légal aux soins cliniques si l'un des parents ou tuteur est l'agresseur présumé (par exemple, un représentant 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 toucher vaginal, anal ou examen par spéculum ne doit être pratiqué chez 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 appropriés de médicaments doivent être affichés ou facilement accessibles aux prestataires de services.

ENCADRÉ 3.6: CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES POUR DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

VICTIMES MASCULINES	PERSONNES HANDICAPÉES	PERSONNES LGBTQIA	PERSONNES SE LIVRANT AU TRAVAIL DU SEXE	MINORITÉS ETHNIQUES ET RELIGIEUSES
<p>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 par les prestataires de services et les responsables de programme. Ces hommes souffrent de traumatismes physiques et psychologiques semblables à ceux des victimes féminines et ils doivent avoir accès aux services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires qui fournissent les soins complets.</p>	<p>Les femmes, les filles, les hommes et les garçons handicapés sont davantage exposés au risque de violence sexuelle. Ils sont souvent confrontés à une discrimination extrême de la part des prestataires de service; il est important de former et de parrainer les prestataires de santé pour qu'ils réfléchissent sur leurs propres attitudes eu égard au handicap, aux soins cliniques et à la violence sexuelle. Les organisations de personnes handicapées des communautés d'accueil disposent souvent de ressources que les prestataires de santé peuvent utiliser pour veiller à ce que cette population qui est souvent cachée, puisse bénéficier de soins cliniques.</p>	<p>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. Plus généralement, les personnes LGBTQIA, en particulier les femmes transgenres, sont confrontées à la discrimination par les prestataires de santé et d'autres responsables qui les empêchent de recourir aux services de SSR, notamment les soins cliniques pour la violence sexuelle. L'ouverture d'un dialogue avec les organisations d'entraide ou de droits des LGBTQIA et les dispositions visant à rendre les établissements de santé plus respectueux de la diversité dans l'identité de genre et l'orientation sexuelle permettraient à ces populations d'accéder à des services de santé essentiels.</p>	<p>Les personnes qui se livrent au travail du sexe sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination par les prestataires de santé qui peuvent être moins susceptibles de prendre au sérieux la violence sexuelle à l'égard de cette population. Les soins respectueux dispensés par ces responsables sont essentiels pour garantir des soins de santé fondamentaux pour cette population. Les acteurs humanitaires doivent nouer le dialogue avec les travailleurs du sexe pour développer des programmes sur les soins de SSR. Les organisations dirigées par les réfugiés et les personnes qui se livrent au travail du sexe ont souvent l'expertise et les contacts nécessaires pour fournir des services cliniques à ces groupes de manière efficace.</p>	<p>Les minorités ethniques et religieuses sont confrontées à des degrés de stigmatisation et de discrimination qui les rendent plus vulnérables face à la violence sexuelle, notamment l'oppression et le harcèlement. Ces obstacles doivent être pris en considération lors de la conception des programmes pour cibler les victimes de la violence sexuelle et administrer des soins cliniques. 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.</p>

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

Pour réduire la transmission du VIH dès le début d'une intervention humanitaire, le coordinateur SSR, les

responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent travailler avec les partenaires du secteur/ pôle de santé pour :

- 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) pour continuer le traitement pour les personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant l'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
- Proposer la PPE aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par cotrimoxazole 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

METTRE EN PLACE DES TRANSFUSIONS SANGUINES RATIONNELLES EFFECTUÉES EN TOUTE SÉCURITÉ

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 et la syphilis. En cas de transfusion de sang contaminé, la transmission du VIH au/à la patient(e) transfusé(e) est presque certaine à 100 %. Aucune transfusion sanguine ne doit être effectuée en l'absence d'établissement, de fournitures et de personnel qualifié.

Les transfusions sanguines RATIONNELLES comprennent:

- La transfusion sanguine effectuée uniquement dans des cas graves et menaçant la vie, en l'absence de toute autre alternative ;
- L'administration de médicaments pour prévenir ou réduire les hémorragies (comme l'ocytocine) ;

EXEMPLE DE PROGRAMME 3.2: MISE EN ŒUVRE DU DMU EN JORDANIE

ORGANISATIONS: École de santé publique de Boston University, FNUAP, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, Women's Refugee Commission

LIEU: Jordanie

INTRODUCTION: Le but de cette étude est de décrire la portée du DMU dans les services de santé reproductive pour les réfugiés syriens vivant dans le camp de réfugiés de Zaatri et une zone urbaine (ville d'Irbid) en Jordanie en mars 2013. Avec l'aide des partenaires locaux, l'évaluation s'est appuyée sur des méthodes mixtes notamment les groupes de discussion, les entretiens auprès d'informateurs clés et les évaluations des établissements de santé.

RÉSULTATS: Les éléments clés nécessaires à l'appui de la mise en œuvre du DMU étaient en place notamment une agence principale dédiée et un point focal de SSR pour coordonner l'application, le financement du DMU et les fournitures de SSR. Les informateurs clés ont signalé que la coordination de la SSR était insuffisante pour les zones urbaines et n'incluait pas la participation de l'ensemble des principales parties prenantes. Ils ont aussi précisé que les protocoles cliniques pour les victimes de violence sexuelle et les infections sexuellement transmissibles étaient respectivement incomplets et manquants. Les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle étaient limités. Les femmes et adolescentes réfugiées étaient insatisfaites par rapport aux services cliniques disponibles et leur manque de participation à l'action humanitaire.

LEÇONS APPRISES: Le leadership et la coordination du Ministère de la Santé et des principales agences et ONG pour garantir le financement et les fournitures de SSR sont des moteurs efficaces pour la disponibilité du DMU. La forte densité des camps de réfugiés suscite souvent plus d'attention que les milieux urbains où les réfugiés sont davantage abandonnés au sein de la communauté d'accueil. Des efforts concertés sont nécessaires pour concentrer l'attention sur les réfugiés en milieu urbain. Les lacunes existant dans les protocoles nationaux de SSR doivent être identifiées et traitées immédiatement. Il faut mobiliser et soutenir les capacités des femmes et des filles touchées par des crises dans le cadre d'une action humanitaire.

- L'utilisation de substituts sanguins pour remplacer les volumes perdus comme les cristalloïdes (Ringer lactate, chlorure de sodium) ou colloïdes (haemacel, gelofusin) dans la mesure du possible.

Les transfusions sanguines SÉCURISÉES

comprennent:

- Le prélèvement de sang sur des donateurs volontaires, bénévoles, peu exposés au risque de contracter des ITT et le développement de critères stricts de sélection des donateurs

- 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 (voir le chapitre 11). Bien que les services de dons de sang ne doivent pas être considérés comme un moyen d'accéder au test de dépistage du VIH, si le résultat du test d'une personne donneuse de sang est positif, elle doit en être informée. Elle doit ensuite bénéficier d'un accompagnement pour prendre contact avec les services cliniques en vue de tests approfondis afin de confirmer son statut VIH et si confirmé, elle doit être orientée vers les services adaptés
- La mise en relation des services de transfusion sanguine et des services de consultation et de dépistage volontaires dès que possible dans le cadre d'une intervention complète et orientation des donneurs vers les services de consultation et de dépistage volontaires avant de tester leur sang
- La conduite du groupage ABO et du typage RhD et, si le temps le permet, l'épreuve de compatibilité
- La transfusion du sang uniquement à des femmes en âge de procréer avec un sang RhD approprié
- La pratique de la transfusion sûre au chevet du/de la patient(e) et l'élimination sécurisée des pochettes de sang, des aiguilles et des seringues

Pour assurer des transfusions sanguines sûres et rationnelles, le coordinateur SSR et les responsables de programmes de santé doivent travailler avec les partenaires du secteur/pôle de santé pour veiller à ce que:

- Les hôpitaux référents disposent de fournitures suffisantes pour une transfusion sanguine sûre et rationnelle
- Le personnel ait les connaissances adaptées en matière de pratique de transfusion sanguine sûre et l'accès nécessaire aux fournitures permettant de limiter la nécessité de recourir à une transfusion
- Des donneurs sûrs soient recrutés. Des donneurs sûrs peuvent être recrutés sur questionnaire en les informant clairement des conditions exigées concernant 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 en place. Les POS sont les composantes essentielles d'un système de qualité au sein d'une organisation et ils ont pour but d'assurer la cohérence

des actions. Le recours aux POS est obligatoire pour l'ensemble des membres du personnel chargés d'effectuer des transfusions sanguines. Conserver des copies des POS à un emplacement centralisé et les afficher là où les interventions ont lieu pour une consultation facile

- La responsabilité de la décision de transfusion soit définie et que le personnel médical en assume la responsabilité
- Le personnel soit informé des protocoles et suive les procédures à tout moment pour assurer une transfusion sanguine sûre au chevet du patient
- Les déchets, pochettes de sang, aiguilles et seringues, soient 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 les lieux soient mal éclairés

ASSURER L'APPLICATION DES PRÉCAUTIONS STANDARDS

Les précautions standards couvrent les mesures de contrôle des infections réduisant les risques de transmission d'agents pathogènes transmissibles par voie sanguine, par une exposition du sang ou des fluides corporels, entre les patients et les agents de santé. D'après le principe de « précautions standards », le sang et les fluides corporels doivent systématiquement être considérés comme infectés par le VIH, que le statut des individus soit connu ou suspecté. Les précautions standards empêchent la propagation des infections comme le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et d'autres agents pathogènes au sein des établissements de santé.

Les situations humanitaires peuvent occasionner un manque de fournitures ou d'infrastructures en cas de surcharge de travail. Le risque est que le personnel du secteur médical aillent plus vite et survolent les procédures au risque de compromettre la sécurité tant des patients que 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. Souligner l'importance des précautions standards à l'occasion de la première réunion de coordination sanitaire.

Les précautions standards sont les suivantes:

- **Un lavage fréquent des mains:** se laver les mains avec de l'eau et du savon avant et après chaque contact

avec un(e) patient(e). Mettre à la disposition de tous les prestataires de services des installations et des fournitures pour le lavage des mains.

- **Le port de gants:** Porter des gants non stériles à usage unique pour tous les actes impliquant un contact avec le sang ou des fluides corporels potentiellement contaminés. 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 pointus ou tranchants à porter des gants plus épais et à recouvrir les coupures et plaies avec un pansement étanche. Assurer la mise à disposition de fournitures suffisantes
 - o Note: Garantir la disponibilité d'un stock suffisant et durable de gants pour mener toutes les actions à bien. **Ne jamais** réutiliser ou re-stériliser des gants jetables car ils deviennent poreux
- **Le port de vêtements de protection**, du type blouses ou tabliers imperméables, 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
- **Manipulation avec précaution des objets pointus ou tranchants:**
 - o Limiter la nécessité de manipuler des aiguilles et seringues
 - o Utiliser une seringue et une aiguille stérile jetable pour chaque injection
 - o Agencer le lieu où sont pratiquées les injections de manière à réduire le risque de lésions
 - o Utiliser des fioles unidoses plutôt que des fioles multidoses. Si des fioles multidoses sont utilisées, éviter de laisser une aiguille dans le couvercle. Une fois entamées, les fioles multidoses doivent être conservées au réfrigérateur
 - o Ne pas remettre le capuchon sur les aiguilles
 - o Installer et informer les patients comme il se doit avant les injections
 - o Jeter les aiguilles et les objets pointus ou tranchants- et dans des boîtes sécurisées étanches et résistantes. Prévoir des récipients qui ne peuvent pas être percés par les instruments pointus ou tranchants aisément disponibles, à proximité des interventions 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
- **Traitement des instruments:** Traiter les instruments usagés dans l'ordre suivant :
 - o Décontaminer les instruments pour détruire les virus (VIH et hépatite B) et sécuriser les articles
 - o Nettoyer les instruments avant la stérilisation ou désinfection de haut niveau pour éliminer les débris
 - o Stériliser (éliminer tous les pathogènes) les instruments pour minimiser le risque d'infections durant les actes médicaux. Un autoclavage à la vapeur est recommandé. Il se peut que la désinfection de haut niveau (par ébullition ou trempage dans une solution de chlore) n'élimine pas tous les spores
 - o Utiliser ou stocker correctement les articles immédiatement après stérilisation
- **Le nettoyage:** Nettoyer rapidement et soigneusement les éclaboussures de sang ou d'autres fluides corporels avec une solution de chlore à 0,5%

Instaurer et mettre en œuvre des politiques du personnel sur l'exposition professionnelle

Malgré l'instauration et le respect des précautions standards, l'exposition professionnelle au VIH reste possible. S'assurer qu'une PPE est prévue dans le secteur de la santé dans le cadre d'un ensemble complet de précautions standards pour réduire l'exposition du personnel aux risques d'infection sur le lieu de travail. Afficher les mesures relatives aux premiers secours et indiquer à l'ensemble du personnel comment accéder au traitement en cas d'exposition.

Pour gérer l'exposition professionnelle:

- Préserver la confidentialité à tout moment
- Évaluer le risque de transmission du VIH en cas d'exposition professionnelle: suivant le type d'exposition (lésion percutanée, projection sur une muqueuse, etc.), le type de fluides (sang, autres fluides corporels, etc.) et la probabilité de séropositivité du/de

la patient(e) source

- Conseiller le/la patient(e) à propos du dépistage du VIH et, avec son accord, procéder à un test de dépistage
- Informer l'agent exposé des implications de l'exposition, la nécessité d'une PPE, comment la prendre et ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires
- Noter les antécédents médicaux de l'agent exposé 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. Les protocoles de traitement PPE sont les mêmes que pour les victimes de violence sexuelle. Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire (ni pour le/la patient(e) source ni pour l'agent de santé) avant de prescrire une PPE
- Informer l'agent exposé à propos de la réduction des risques en passant en revue la séquence des événements et lui conseiller l'utilisation de préservatifs pendant les trois mois suivants pour prévenir une transmission secondaire
- Proposer des conseils et un test de dépistage volontaire à trois et six mois, que l'agent ait reçu une PPE ou non

- Remplir un rapport d'incident

Pour l'application des précautions standards, les Coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé reproductive doivent travailler avec les partenaires du secteur/pôle de santé pour:

- Veiller à l'affichage des protocoles de précautions standards dans chaque établissement de santé et à leur application par les superviseurs;
- Organiser des séances d'orientation en interne sur les précautions standards pour les agents de santé et le personnel auxiliaire si nécessaire;
- Définir des systèmes de supervision comme de simples listes de contrôle pour assurer le respect des protocoles;
- S'assurer de l'affichage des mesures de premiers secours en cas d'exposition professionnelle, de l'information du personnel qui doit savoir à qui s'adresser et où obtenir une PPE si nécessaire
- Analyser régulièrement les rapports d'incidence de l'exposition professionnelle pour déterminer quand et comment elle survient, identifier les problèmes de sécurité et les mesures préventives possibles

ENCADRÉ 3.7: PREMIERS SECOURS SUITE À L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

LÉSION AVEC UNE AIGUILLE OU UN INSTRUMENT POINTU OU TRANCHANT USAGÉ SUR UNE PEAU LÉSÉE	PROJECTIONS DE SANG OU DE FLUIDES CORPORELS SUR UNE PEAU NON LÉSÉE	PROJECTIONS DE SANG OU DE FLUIDES CORPORELS DANS L'ŒIL	PROJECTIONS DE SANG OU DE FLUIDES CORPORELS DANS LA BOUCHE
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas pincer ou frotter • Rincer immédiatement avec du savon et de l'eau ou une solution de gluconate chlorhexidine • Ne pas utiliser de solutions fortes. De l'eau oxygénée ou de l'iode irritent la lésion 	<ul style="list-style-type: none"> • Rincer immédiatement la surface. Ne pas utiliser de désinfectants puissants 	<ul style="list-style-type: none"> • Rincer immédiatement l'œil touché avec de l'eau ou un sérum physiologique • Pencher la tête en arrière et demander à un collègue d'appliquer de l'eau ou du sérum physiologique • Ne pas appliquer de savon ou de désinfectant sur l'œil 	<ul style="list-style-type: none"> • Cracher immédiatement le liquide • Se rincer abondamment la bouche avec de l'eau ou du sérum physiologique. Recommencer plusieurs fois • Ne pas appliquer de savon ou de désinfectant dans la bouche

Signaler l'incident à [saisir le nom ou la personne responsable au sein de l'établissement de santé ici] et prendre une PPE si elle est indiquée

ENCADRÉ 3.8: COMMANDE DE PRÉSERVATIFS

S'assurer que le bureau d'approvisionnement chargé des achats en gros pour les urgences s'approvisionne uniquement en préservatifs approuvés par l'OMS/FNUAP et ajoute un certificat dans la langue de la zone concernée à tous les envois faisant état de contrôles qualité des préservatifs effectués par lot dans un laboratoire indépendant.

Les organisations peu expérimentées en matière d'approvisionnement en préservatifs peuvent passer par le FNUAP. Le FNUAP peut en expédier de grandes quantités de préservatifs de bonne qualité sur le terrain par le biais des Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR).

Jusqu'en 2018, les préservatifs masculins sont fournis dans le Kit 1A, les préservatifs féminins se trouvent dans le Kit 1B de SR. Ces kits contiennent un stock suffisant pour couvrir les besoins d'une population de 10 000 personnes pendant 3 mois (voir les calculs ci-dessous). Des brochures expliquant l'utilisation appropriée des préservatifs masculins et féminins sont jointes.

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

Les préservatifs constituent une méthode clé de protection pour prévenir la propagation du VIH et des autres IST. S'assurer de la mise à disposition de préservatifs masculins et féminins lubrifiés (déjà utilisés par la population) dès les premiers jours d'une intervention humanitaire. Commander immédiatement suffisamment de préservatifs masculins et féminins de bonne qualité. L'approvisionnement en préservatifs dans un contexte d'urgence humanitaire doit se concentrer sur le type de préservatifs utilisés localement. Il convient d'évoquer la distribution de préservatifs avec les leaders et membres des communautés touchées pour qu'ils comprennent la nécessité et l'importance de l'utilisation du préservatif, afin de veiller à ce que la distribution ait lieu en respectant la culture locale et pour accroître l'acceptation des préservatifs.

Mettre à disposition des préservatifs lubrifiés à la demande et s'assurer que les préservatifs sont disponibles dans l'ensemble des établissements de santé et dans des zones accessibles au sein de la communauté. Cela inclut les latrines, les bars, les cafés, les points de distribution non-alimentaire et les centres de jeunes ou centres communautaires. 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 du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes transgenres. Le cas échéant, la distribution communautaire de préservatifs au sein des groupes de pairs est utile. Les populations clés et les adolescents connaîtront souvent les lieux où leurs pairs se rassemblent et les bénévoles peuvent être recrutés pour distribuer des préservatifs à leurs pairs. Veiller à ce que des messages culturellement adaptés permettent de diffuser des informations sur l'utilisation correcte et l'élimination des préservatifs usagés et former les populations clés à la bonne utilisation et à la manière de jeter les préservatifs usagés. Veiller à ce que les préservatifs soient également disponibles pour la communauté environnante, le personnel des agences d'assistance, le personnel de services en uniforme, et autres.

L'adoption des préservatifs doit être suivie en conduisant régulièrement des vérifications (et des réserves si besoin) des points de distribution.

APPUYER LA MISE À DISPOSITION D'ARV POUR POURSUIVRE LE TRAITEMENT

Les antirétroviraux réduisent la transmission du VIH et la surmortalité et la surmorbidity liées à des infections opportunistes et à des maladies liées au SIDA.

La poursuite de la TAR pour ceux qui sont déjà sous traitement avant les crises

Le traitement par antirétroviraux doit être poursuivi pour les

CALCUL POUR L'APPROVISIONNEMENT EN PRÉSÉRATIFS D'UNE POPULATION DE 10 000 PERSONNES POUR 3 MOIS

PRÉSÉRATIFS MASCULINS

SI ON SUPPOSE: 20% de la population est constituée d'hommes sexuellement actifs

ALORS: $20\% \times 10\,000$ personnes = 2 000 hommes

SI ON SUPPOSE QUE: 20% d'entre eux utilisent des préservatifs

ALORS: $20\% \times 2\,000$ = 400 utilisateurs

SI ON SUPPOSE QUE: Chaque utilisateur a besoin de 12 préservatifs par mois

ALORS: $400 \times 12 \times 3$ mois = 14 400 préservatifs masculins

SI ON SUPPOSE: qu'il y aura 20% de gaspillages (2 880 préservatifs)

ALORS: TOTAL = $14\,400 + 2\,880$ = 17 280 (soit 120 bruts)

PRÉSÉRATIFS FÉMININS

SI ON SUPPOSE QUE: 25% de la population est constituée de femmes sexuellement actives

ALORS: $25\% \times 10\,000$ personnes = 2 500 femmes

SI ON SUPPOSE: qu'1% d'entre elles utiliseront des préservatifs féminins

ALORS: $1\% \times 2\,500$ = 25 utilisateurs

SI ON SUPPOSE QUE: Chaque utilisatrice a besoin de 6 préservatifs par mois

ALORS: $25 \times 6 \times 3$ mois = 450 préservatifs féminins

SI ON SUPPOSE: qu'il y aura 20% de gaspillages (90 préservatifs féminins)

ALORS: TOTAL = $450 + 90$ = 540 (soit 3,8 bruts)

personnes qui étaient inscrites au programme de la TAR avant l'urgence, notamment les femmes qui sont inscrites dans les programmes de PTME du VIH et de la syphilis. La poursuite des antirétroviraux pour ceux qui sont déjà sous traitement avant l'urgence est une priorité car l'interruption soudaine des ARV peuvent causer la détérioration de la santé individuelle (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 aux ARV. Le nombre et le profil des personnes qui étaient sous ARV avant l'urgence sont susceptibles de dépendre des épidémies de VIH existantes (par exemple, concentrées parmi les populations clés, généralisées au sein de la population générale, ou mixtes).

Pour déterminer qui est sous traitement, examiner les dossiers médicaux ou les fiches des patients, veiller 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 la disponibilité de la TAR pour la poursuite du traitement. Utiliser les fiches de traitement des patients pour déterminer le traitement adapté. Beaucoup de patients expérimentés peuvent également identifier le type de traitement utilisé. De façon générale, le traitement de première intention suffira. Cependant, en cas d'indisponibilité du traitement exact (par exemple, le traitement de deuxième intention), le traitement doit être assorti des médicaments de première intention équivalents en gardant à l'esprit les directives nationales et les protocoles de l'OMS pour changer les traitements. Conformément aux recommandations de

l'OMS, les personnes qui prennent déjà des ARV ne doivent pas de nouveau subir des tests de dépistage du VIH. Des préservatifs doivent être proposés aux personnes sous TAR.

Le coordinateur SSR, de concert avec un coordinateur VIH s'il y en a, doit appuyer le pôle/secteur de santé pour rapidement:

- Comprendre le système de coordination 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. Dans les pays à forte prévalence et dans les pays ayant une part élevée de personnes vivant avec le VIH (PVIH) prenant des ARV, l'« équipe spéciale du Comité permanent interorganisations sur le VIH dans les situations d'urgence » convoqué par le HCR et le Programme alimentaire mondial doit également appuyer le mécanisme de coordination sanitaire et/ou l'équipe VIH du pays
- Veiller à ce que la population touchée soit intégrée dans le programme VIH national, notamment le programme national de TAR
- Informer le programme VIH national de la nécessité impérieuse d'ajuster les plans de distribution d'ARV et de cotrimoxazole pour répondre aux besoins des populations touchées par une crise
- Quantifier les besoins en utilisant les estimations totales de la population et des statistiques pré-crise de

la prévalence et des taux de traitement

- S'assurer que les points focaux sont identifiés (essentiellement les agents de soins de santé primaires ou les réseaux de PVIH) et que la communauté sait comment contacter les points focaux qui l'aideront à bénéficier de leur traitement et de leurs soins

Le coordinateur SSR **doit** également assumer un rôle actif pour

- 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, par la coordination avec le secteur/pôle de santé et le programme national, par l'information des femmes enceintes et des accoucheuses et l'appui à la chaîne d'approvisionnement
- 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 coordinateur SSR **ne doit pas** prendre la responsabilité de:

- L'approvisionnement en ARV pour les traitements de première et de deuxième intention et le cotrimoxazole
- L'identification et la prise en charge active des cas
- La mise en place d'un système de suivi national

LA MISE À DISPOSITION DE LA PPE AUX VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE ET POUR L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

La mise à disposition de la PPE aux victimes de violence sexuelle

La mise à disposition de la PPE pour les victimes de la violence sexuelle s'inscrit dans le cadre d'un traitement et de conseils bienveillants et confidentiels, comme indiqué dans la rubrique 3.3.2. Les thérapies combinées de PPE contre le VIH pour les femmes et les enfants sont présentées dans le Tableau 3.4 et le Tableau 3.5.

Administer la PPE si nécessaire pour l'exposition professionnelle

Les protocoles de traitement PPE sont les mêmes que pour les victimes de violence sexuelle. Cette information est détaillée dans la Section 3.3.2. Voir également la section consacrée aux précautions standards.

APPUYER LA MISE À DISPOSITION DE LA PROPHYLAXIE PAR LE COTRIMOXAZOLE POUR LES INFECTIONS OPPORTUNISTES CHEZ LES PATIENTES DONT LA SÉROPOSITIVITÉ VIENT D'ÊTRE DIAGNOSTIQUÉE OU DONT LA SÉROPOSITIVITÉ EST DÉJÀ CONNUE

La prophylaxie par cotrimoxazole est une intervention vitale, simple, bien tolérée et rentable pour les personnes vivant avec le VIH. Elle doit être appliquée comme élément à part entière du dispositif de soins chroniques du VIH et en tant qu'élément clé de tout soin pré-antirétroviral. La prophylaxie par cotrimoxazole doit continuer après le début de la thérapie antirétrovirale et jusqu'à ce qu'il y ait une preuve d'une récupération immunitaire.

La prophylaxie par cotrimoxazole est un antibiotique utilisé pour prévenir la pneumonie à pneumocystis et la toxoplasmose chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH, de même que d'autres maladies infectieuses et parasitaires démontrant ainsi des avantages significatifs dans les régions touchées par le paludisme.

La prophylaxie par cotrimoxazole 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 de forte prévalence du paludisme et/ou d'infections bactériennes graves, la prophylaxie par cotrimoxazole doit être commencée indépendamment de la numération de CD4 ou de la gravité de la maladie clinique. La prophylaxie par cotrimoxazole est recommandée pour les nourrissons, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, indépendamment de l'état clinique et du système immunitaire.

VEILLER À LA DISPONIBILITÉ DU DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE ET DU TRAITEMENT DES IST

La transmission du VIH et des IST sont étroitement liées. Certaines IST facilitent la transmission du VIH comme les IST qui causent des ulcères au niveau de l'appareil génital, et ceux liés aux écoulements comme le chlamydia ou la gonorrhée. D'autre part, le système immunitaire affaibli des personnes vivant avec le VIH, en particulier ceux qui n'ont pas accès aux ARV peuvent rendre les personnes plus sujettes aux IST. La présence du VIH accroît la sévérité des symptômes pour les certaines IST (comme l'herpès génital).

La prise en charge syndromique des IST est une approche actuellement mise en œuvre dans beaucoup de pays et par conséquent il se pourrait qu'elle ait existé avant la crise. Il s'agit d'une méthode fondée sur des algorithmes (arbres de

décision) selon les syndromes (symptômes des patients et signes cliniques) pour parvenir à des décisions de traitement lors d'une seule visite à l'aide des protocoles de traitement. Cette approche est particulièrement pertinente au début de la crise, lorsque les personnes sont plus susceptibles de se présenter pour une visite de suivi et là où l'accès aux laboratoires pourrait s'avérer difficile, impossible ou onéreux. Les antibiotiques recommandés par l'OMS pour le traitement syndromique des IST sont disponibles dans les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations. La prise en charge syndromique est rentable, satisfaisante pour les patients, prévisible (facilitant l'approvisionnement et la formation), et elle repose sur un fondement de santé publique et un impact solides.

3.3.4 Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelle et néonatale

Durant le travail et le postpartum immédiat, de nombreux décès maternels et néonataux ont lieu. Le premier jour de la vie est le moment où les risques sont les plus élevés pour les nouveau-nés. Cet objectif traite des principales causes de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale et les **interventions vitales** suivantes qui doivent être mises en place lors des crises humanitaires.

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, de soins néonataux essentiels, et les soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU)
- 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 dans les centres de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité des fournitures et des 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

ASSURER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DE SERVICES D'ACCOUCHEMENT HYGIÉNIQUE ET SANS RISQUES, DES SOINS NÉONATAUX ESSENTIELS, ET DES SOINS OBSTÉTRIQUES ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU)

- Au sein des hôpitaux de référence : Toutes les activités des structures de santé indiquées ci-dessus de même

que le personnel médical qualifié et les fournitures pour la prestation de SONUC

- Dans les centres de santé: Les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour les accouchements vaginaux, les soins néonataux essentiels et la prestation de SONUB
- Au niveau communautaire: La mise à disposition de kits d'accouchements hygiéniques aux femmes visiblement enceintes et les accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques à domicile lorsque l'accès à une structure sanitaire n'est pas possible

Si possible, les agents de santé doivent promouvoir la présence d'un prestataire de soins qualifié à tous les accouchements dans une structure sanitaire pour prévenir la surmortalité et surmortalité maternelles et néonatales. 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.

Prise en charge des complications obstétriques

Selon l'OMS, dans une population donnée environ 15% des femmes développeront une complication potentiellement grave durant une grossesse ou au moment d'un accouchement, et 5 à 15% des accouchements peuvent nécessiter une césarienne. L'OMS estime que 9 % à 15 % des nouveau-nés auront besoin de soins d'urgence. Afin de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales consécutives aux complications, les coordinateurs SSR doivent garantir la disponibilité 24 heures/24 et 7 jours/7 de services complets de SONU.

Le partogramme peut s'avérer utile pour assurer le suivi du travail et détecter les complications maternelles et fœtales. Si des complications sont détectées, des interventions de SONUB ou orientations vers des SONUC sont essentiels pour sauver la vie du nouveau-né et/ou de la mère. En suivant le graphique Helping Babies Breathe [Aider les bébés à respirer], il est possible d'agir immédiatement et en temps voulu pour les nouveau-nés nécessitant une réanimation.

Lorsque des mutilations génitales féminines (MGF) de type III représentent la forme la plus courante, les coordinateurs SSR et les responsables veillent à ce que les prestataires soient formés en matière de d'infibulation si nécessaire pour l'accouchement ou qu'un système d'orientation soit établi pour les prestataires formés. Les prestataires doivent s'assurer que les femmes et les filles disposent

des informations sur tous les aspects de l'intervention et obtiennent le consentement.

Soins du cordon ombilical à la chlorhexidine

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 nés au domicile dans des contextes à forte mortalité néonatale. Les soins du cordon sec et propre sont recommandés pour les nouveau-nés qui sont venus au monde dans des structures sanitaires et au domicile dans des contextes à faible mortalité néonatale. L'utilisation de la CHX dans ces cas de figure peut être envisagée uniquement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle nocive comme la bouse de vache sur le nœud du cordon.

SONU de base

Bien que la présence d'agents qualifiés lors de tous les accouchements ayant lieu dans une structure sanitaire soit fondamentale car elle contribue à réduire la morbidité et la mortalité liées à la grossesse et à l'accouchement, il se peut qu'elle soit impossible au début de l'intervention humanitaire. Cependant, il faut au moins faire en sorte que chaque centre de santé soit en mesure de dispenser des SONUB et d'orienter la patiente vers un hôpital pour des SONUC, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Parmi les 15% de femmes subissant des complications obstétriques graves, les problèmes les plus courants sont les hémorragies massives, la pré-éclampsie et l'éclampsie, les infections et le travail dystocique.

SONU complets

Si possible, 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. En cas d'impossibilité en raison de la localisation de l'hôpital du pays d'accueil ou de son incapacité à répondre à une demande accrue, le coordinateur SSR doit collaborer avec le secteur/pôle de santé et une organisation comme le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) ou Médecins Sans Frontières (MSF) et d'autres ONG pour fournir des SONUC, comme la mise en place d'un hôpital de terrain temporaire ou un hôpital de référence près de la population touchée.

ENCADRÉ 3.9: SOINS ESSENTIELS POUR TOUS LES NOUVEAU-NÉS

Protection thermique: Séchage, réchauffement, contact direct et report du bain

Prévention des infections/hygiène: Accouchements hygiéniques, lavage des mains et soins du cordon ombilical/de la peau/soins oculaires. Les soins du cordon ombilical à l'aide de la chlorhexidine sont recommandés pour les nouveau-nés qui sont nés à domicile et dans des contextes où le taux de mortalité néonatale est supérieur à 30 pour 1000 naissances vivantes

Aide alimentaire: Contact direct, soutien pour l'allaitement immédiat et exclusif, et ne pas jeter le colostrum (ou premier lait)

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

Soins postnatals: Les mères et les bébés doivent bénéficier de soins au domicile ou aussi près du domicile que possible durant la première semaine de vie. Les 24 premières heures sont les plus critiques et une visite postpartum doit être priorisée. Tout doit être fait pour atteindre les nouveau-nés au domicile dès que possible après l'accouchement

ENCADRÉ 3.10: CHLORHEXIDINE POUR SOINS DU CORDON OMBILICAL AU DOMICILE

- L'application de 7,1% de solution de digluconate de chlorhexidine 4% sur le cordon ombilical, surtout le jour de la naissance, est une intervention à faible coût qui a prouvé qu'elle contribuait à réduire la mortalité néonatale
- Utiliser la CHX comme élément des soins néonataux essentiels afin de prévenir la morbidité et la mortalité liées aux infections et à la septicémie
- La chlorhexidine a un bon bilan et elle représente une intervention acceptable, faisable et rentable; Elle peut être administrée facilement par les professionnels de santé, notamment les agents de santé communautaire de même que les membres de la famille
- La chlorhexidine a été ajoutée à la Liste des médicaments essentiels de l'OMS pour les enfants, en particulier pour les soins du cordon ombilical. En janvier 2014, l'OMS a publié une nouvelle recommandation en matière de soins du cordon ombilical qui a donné la priorité à l'application du CHX sur le moignon du cordon ombilical pendant la première semaine de vie des bébés nés au domicile dans des contextes *de mortalité néonatale élevée* (30 morts néonatales pour 1 000 naissances vivantes)
- Les soins du cordon sec et propre sont recommandés pour les nouveau-nés qui sont venus au monde dans des structures sanitaires et au domicile *dans des contextes à faible mortalité néonatale*. L'utilisation de la CHX dans ces cas de figure peut être envisagée seulement pour remplacer l'application d'une substance traditionnelle nocive (comme la bouse de vache) sur le nœud du cordon

ENCADRÉ 3.11: ACTIONS VITALES DES SOINS OBSTÉTRIQUES D'URGENCE DE BASE ET COMPLETS

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

1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale pour le traitement de la septicémie
2. Administrer des utérotoniques (à savoir 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
3. Administrer des anticonvulsifs par voie parentérale (à savoir, du sulfate de magnésium), pour le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie
4. Réaliser un accouchement vaginal assisté (par

exemple recours à l'extraction par ventouse)

5. Retirer le placenta manuellement
6. Évacuer les produits de conception intrautérins après l'accouchement ou un avortement incomplet
7. Procéder à la réanimation néonatale de base (par exemple, avec un ballon et un masque)

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

8. Réaliser des interventions chirurgicales (par exemple, césariennes)
9. Réaliser des transfusions sanguines sécurisées en observant les précautions universelles de prévention des infections

ENCADRÉ 3.12: SOINS NÉONATAUX

Soins néonataux au niveau des établissements de santé:

- Traiter les complications obstétriques et assurer le suivi de l'accouchement en utilisant un partogramme et en réalisant des actions adaptées face aux complications
- Être préparé pour la réanimation des nouveau-nés à chaque accouchement notamment le maintien au chaud et au sec du bébé, la stimulation, le positionnement et le dégagement des voies respiratoires
- Administrer 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, soutenir l'allaitement immédiat et orienter vers un hôpital dès que possible
- Traiter les éventuels signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés notamment en diagnostiquant, en classant et en administrant une première dose d'antibiotique et en les orientant vers un hôpital dès que possible

Soins néonataux au niveau de l'hôpital

- Se préparer. Garantir un espace pour la réanimation néonatale dans la salle de travail ainsi que les capacités et fournitures pour la ventilation par ballon et masque
- Traiter les complications obstétriques. Assurer le suivi 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 à prendre en charge des nouveau-nés en détresse respiratoire
- Administrer 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 des signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés

Soins néonataux

Environ deux-tiers des décès de nourrissons surviennent dans les 28 premiers jours de vie. La majorité de ces morts sont évitables en mettant en place des actions essentielles pouvant être entreprises par les agents de santé, les mères ou d'autres membres de la communauté. Près de 5 à

10% des nouveau-nés ne respirent pas spontanément à la naissance et ils doivent être stimulés. Environ la moitié des nouveau-nés présentant des difficultés à respirer nécessiteront une réanimation. Les principales causes de problèmes respiratoires sont la naissance avant-terme et les problèmes graves à l'accouchement occasionnant une asphyxie sévère.

Les soins néonataux font partie du continuum de soins pour la mère et le nouveau-né. 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 soins néonataux essentiels (SNE), les soins liés à la prématurité et au faible poids à la naissance (FPN) et le traitement des infections des nouveau-nés.

Il est essentiel que les agents de santé soient capables d'identifier les complications afin de diagnostiquer précisément et de fournir en temps voulu un traitement au nourrisson malade. Les nourrissons présentant les signes de danger suivants doivent être orientés vers un établissement de santé par les membres de leur famille et les agents de santé communautaire:

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

Le personnel médical formé est en mesure d'identifier les autres signes de danger, notamment les signes d'infection bactérienne grave.

ENCADRÉ 3.13: SIGNES D'INFECTIONS BACTÉRIENNES GRAVES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Les signes de danger suivants peuvent servir au personnel médical formé pour induire un traitement des infections néonatales:

- **MALADIE GRAVE:** Inerte/inconscient, antécédents en matière de convulsions, incapacité à s'alimenter, hémorragies graves, ou bombement des fontanelles
- **INFECTIONS GRAVES:** Fièvre (température supérieure ou égale à 38 degrés Celsius), faible alimentation, mouvements diminués, ou grave serrement de la poitrine
- **RESPIRATION RAPIDE:** Taux de respiration supérieur à 60 respirations par minute

Pour prévenir et prendre en charge les complications y compris les SONU:

- Fournir aux sages-femmes et aux accoucheuses compétentes des établissements de santé du matériel et des médicaments pour l'accouchement, cela permettra de prendre en charge les complications et de stabiliser les femmes avant leur transport vers un hôpital si nécessaire. Les médicaments vitaux qui doivent être disponibles comprennent:
 - o Les antibiotiques pour la prévention et la prise en charge des infections maternelles
 - o Les utérotoniques (ocytocine et misoprostol), pour la prévention et la prise en charge de l'hémorragie postpartum (HPP).
 - o Les anticonvulsifs (sulfate de magnésium) pour la prévention et le traitement de l'éclampsie
 - o La réanimation néonatale, y compris par ballon et masque
 - o Les antibiotiques (gentamicine et ampicilline) pour le traitement d'infections néonatales
- Faire en sorte que les prestataires médicaux des hôpitaux de référence spécialisés soient en mesure 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)
 - o Les stéroïdes prénatals pour la naissance avant terme (dexaméthasone) et les antibiotiques (pénicilline et érythromycine) pour rupture prématurée des membranes, devraient être disponibles
- Veiller à ce que les accoucheuses qualifiées soient compétentes pour fournir des SONU et des soins néonataux essentiels, notamment:
 - o Le déclenchement de la respiration et la réanimation
 - o La protection thermique (report du bain, du séchage, enveloppement et poursuite du contact direct)
 - o La prévention des infections (lavage des mains, soins du cordon sec ou utilisation de la CHX, et soins oculaires). Pratiques des accouchements hygiéniques telles que recommandées par l'OMS y

compris: les mains propres, le périnée propre, la surface d'accouchements hygiénique, le cordon ombilical propre et les instruments de ligature, et les surfaces de coupe propres

- o L'allaitement immédiat et exclusif
- o L'identification des signes de danger chez les nouveau-nés et l'orientation précoce vers les services compétents (problème d'alimentation, température élevée ou faible ($\leq 36,5$ or $\geq 37,5$ degrés Celsius), attaques/convulsions, jaunisse grave, respiration rapide ou faible (≤ 30 or ≥ 60 respiration/mn), activité réduite ou faible poids à la naissance $< 2,5$ kg)
- o La prise en charge des maladies néonatales et soins des bébés nés avant terme/avec un faible poids à la naissance
- o La prévention et la prise en charge des hémorragies intrapartum et postpartum
- o La prévention et la prise en charge des infections postpartum
- o L'accouchement assisté avec aspiration manuelle
- o Les soins post-avortement
- o La césarienne
- o La transfusion sanguine sûre

Le personnel doit être préparé pour diagnostiquer, prévenir et prendre en charge les complications liées aux accouchements prématurés et au FPN en fonction des capacités et des infrastructures nécessaires pour appuyer les nourrissons avant terme. Cela inclut l'administration de soins mère kangourou (SMK), le traitement des infections graves, et la prise en charge des complications intrapartum.

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

Les SMK est 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

ENCADRÉ 3.14: AIDER LES PETITS NOUVEAU-NÉS À SURVIVRE ET S'EPANOUIR AVEC LES SMK

COMMENCER LES SMK

- Il ne faut pas grand-chose pour commencer les SMK autres que les lits assignés avec les mesures de prévention de l'infection, l'accès contrôlé et l'accès aux soins complémentaires en cas de complications, qui devraient être disponibles dans les hôpitaux de référence
- Les agents de santé doivent conseiller les mères et les familles ayant des nourrissons stables pour commencer les SMK dès que possible après la naissance, en particulier en l'absence de soins néonataux intensifs

POSITIONNEMENT

- Habiller le nourrisson avec des chaussettes, des couches et un bonnet
- Placer le nourrisson entre les seins de la mère, en position verticale, avec la tête tournée vers le côté, légèrement étendue pour protéger les voies respiratoires
- Fléchir les hanches en position de grenouille
- Fléchir les bras
- Envelopper/attacher le nourrisson à la mère avec un tissu

ALIMENTATION

- La mère procède à un allaitement exclusif toutes les 2-3 heures, et à la demande
- Si l'enfant ne peut pas téter, donner le lait maternel tiré, à l'aide d'un gobelet ou d'une cuillère

DURÉE

- Les nourrissons avec un faible poids à la naissance et les prématurés doivent rester dans les SMK pendant au moins 20 heures/jour (avec la mère ou mère adoptive) jusqu'à ce que le nourrisson ne tolère plus les SMK
- La mère doit dormir en position demi-assise avec l'enfant attaché en mode SMK
- Si le nourrisson doit sortir des SMK, il faudra veiller à maintenir le nourrisson au chaud

SUIVI

- La mère et le nourrisson doit être envoyés à la maison en SMK
- Procéder au positionnement suite à des conseils prodigués avant la sortie et assurer le suivi selon les indications cliniques

l'enseignement aux agents de santé et aux soignants des manières 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 par jour. Les SMK peuvent améliorer de manière considérable 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.

ÉTABLIR UN SYSTÈME D'ORIENTATION VERS D'AUTRES SERVICES 24 HEURES PAR JOUR ET 7 JOURS SUR 7 POUR FACILITER LE TRANSPORT ET LA COMMUNICATION DEPUIS LA COMMUNAUTÉ VERS LE CENTRE DE SANTÉ ET L'HÔPITAL

Travailler en coordination avec le secteur/pôle de santé et les autorités du pays d'accueil pour assurer un système de référence (notamment des moyens de communication et de transport) dès que possible. Un tel système de référence doit appuyer la prise en charge des complications obstétriques et néonatales 24 heures/24, 7 jours par semaine (24/7). Il doit faire en sorte que les femmes, les filles et les nouveau-nés qui nécessitent des soins d'urgence soient orientés de la communauté vers un centre de santé où les SONUB sont disponibles. Les patientes présentant des complications obstétriques et des urgences néonatales qui ne peuvent être prises en charge au centre de santé doivent être stabilisées et transportées vers un hôpital pour des SONUC.

- Élaborer des politiques, des procédures et des pratiques à suivre dans les centres de santé et les hôpitaux pour assurer une orientation efficace vers des structures
- Déterminer les distances entre les communautés affectées vers les centres de santé opérationnels et l'hôpital et les options de transport pour les orientations vers les structures compétentes
- Afficher les protocoles dans chaque centre de santé, en précisant quand, où et comment orienter les patientes confrontées à des urgences obstétriques et néonatales vers le niveau suivant de soins
- Indiquer aux communautés quand et où solliciter des soins d'urgence face à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Les messages doivent être communiqués sous des formats multiples et dans diverses langues pour garantir l'accessibilité (par exemple, le Braille, la langue de signes, les formats picturaux) et dans les groupes de discussion par le biais de sensibilisation communautaire (associations de femmes, de LGBTQIA, de PWD) et d'autres canaux adaptés selon le milieu (les écoles, les sages-femmes,

les agents de santé communautaire, les leaders communautaires, les messages radio ou les brochures affichées dans les latrines de femmes, par exemple). Rencontrer et informer les leaders communautaires, les accoucheuses traditionnelles et d'autres personnes pour distribuer des brochures illustratives ou entreprendre d'autres initiatives créatives en matière d'information, d'éducation et de communication (IEC)

Sans accès à des SONU adaptés, des femmes et des nouveau-nés mourront inutilement. Aussi, est-il crucial d'essayer de négocier l'accès à l'hôpital de référence. 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, auquel cas il faut d'établir un système de communication comme l'utilisation de radios ou de téléphones portables, pour obtenir des directives et un appui médical de la part du personnel qualifié.

ASSURER LA DISPONIBILITÉ DES SOINS POST-AVORTEMENT DANS LES CENTRES DE SANTÉ ET LES HÔPITAUX

Les morts et les blessures causées par des avortements à risque 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, le nombre d'avortements pratiqués par les personnes qui n'ont pas les compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu des normes médicales minimales, ou les deux représente près de 8% des décès maternels, 97% d'entre eux survenant dans les pays en développement. Les femmes et les jeunes filles en situations de crise humanitaire peuvent être plus exposées à un risque majeur de grossesse non désirée et d'avortements non sécurisés. La plupart des pays autorisent à présent l'avortement en fonction de divers motifs notamment lorsque la grossesse met la vie de la femme en danger, menace la santé physique et/ou mentale d'une femme, quand elle est la conséquence d'un viol ou d'un inceste, ou implique un fœtus atteint d'un grave handicap.

Les soins post-avortement (SPA) sont une stratégie mondiale visant à réduire le nombre de décès et les souffrances causées par les complications liées aux avortements à risque et spontanés et à ce titre, ils sauvent des vies. En général, les femmes qui se présentent pour les soins post-avortement sont en ambulatoire et se plaignent de douleurs et saignements vaginaux, de fièvre ou frissons et elles ont besoin d'un traitement suite à un avortement incomplet. Les femmes qui ont souffert de complications plus graves peuvent se présenter avec des blessures causées par des chocs, des hémorragies, la septicémie et les blessures

intra-abdominales. Les complications graves sont plus susceptibles de survenir dans les contextes où l'accès aux soins liés à l'avortement sécurisé et légal est limité.

Une évaluation initiale rapide doit être effectuée sur toutes les femmes qui se présentent pour bénéficier de soins. 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. Le choc chez les clientes de SPA 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, l'atonie utérine ou les 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. L'étude des antécédents et l'examen physique dirigé avec un traitement concomitant doivent être administrés en toute urgence pour une prise en charge définitive des causes sous-jacentes. Le traitement peut nécessiter une extraction utérine immédiate; lors du premier trimestre, cela est généralement fait par aspiration ou à l'aide du misoprostol. Si la femme a besoin d'un traitement qui ne peut être assuré par l'établissement où elle se trouve, stabiliser sa condition avant de la transférer vers un service de niveau supérieur.

Les femmes qui ont subi des avortements à risque effectués à l'aide d'instruments non-stériles sont exposées au tétanos. Fournir une prophylaxie du tétanos ou orienter vers un service qui le dispense aux femmes qui se présentent avec des complications post-avortement en particulier dans les communautés où des cas de tétanos ont été signalés après un avortement. Toutes les femmes qui se présentent pour des SPA doivent bénéficier d'informations, de conseils et services liés à la contraception.

ASSURER LA DISPONIBILITÉ DES FOURNITURES ET PRODUITS EN VUE D'ACCOUchemENTS HYGIÉNIQUES ET DE SOINS NÉONATAUX DE BASE.

Dans toutes les situations de crise humanitaire, il y a des femmes et des filles qui se trouvent aux derniers stades de la grossesse, par conséquent elles sont amenées à accoucher pendant l'urgence. Au début de la réponse humanitaire, les accouchements auront souvent lieu en dehors du centre de santé sans l'assistance d'une accoucheuse qualifiée. 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. Par exemple, la distribution peut être effectuée sur les sites d'enregistrement 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. La mise à disposition de fournitures destinées au nouveau-né encouragera les pratiques de soins néonataux essentiels. Lorsque la communauté a été formée à l'utilisation avant l'urgence, les kits d'accouchements hygiéniques peuvent inclure les comprimés de misoprostol visant à prévenir la HPP et un tube de gel/solution de chlorhexidine 7,1% (4% de chlorhexidine (CHX) pour prévenir l'infection du cordon ombilical chez les nouveau-nés. Ces interventions à fort impact font partie des actions communautaires qui comprennent également la formation des femmes enceintes à leur utilisation. Des données récentes issues de contextes stables et de crises suggèrent que le misoprostol peut être auto-administré en toute sécurité et de façon efficace. Le misoprostol peut cibler les femmes qui accouchent, par choix ou par nécessité, à leur domicile ou dans les établissements de santé dépourvus d'électricité, de réfrigérateurs et/ou les agents de santé qualifiés. Dans les contextes où des protocoles nationaux sont en vigueur pour la distribution à l'avance de comprimés de misoprostol pour la prévention de l'HPP et de chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical, le coordinateur SSR doit aborder l'inclusion de ces produits vitaux dans les kits d'accouchements hygiéniques et /ou les kits des accoucheuses. Le misoprostol et la chlorhexidine peut également être disponible auprès des pharmacies locales et à un prix abordable.

Mettre en relation les accoucheuses traditionnelles avec un centre de santé doté d'accoucheuses qualifiées où elles peuvent s'inscrire et se réapprovisionner en fournitures. Il s'agit là d'une première étape pour les intégrer dans un programme complet de SSR où elles peuvent jouer un rôle en tant que lien entre les familles, les communautés et les autorités locales et les services de SSR ou pour orienter ou accompagner les femmes en travail vers l'établissement de santé pour l'accouchement après que des services adaptés ont été mis en place.

Les kits d'accouchements hygiéniques et les fournitures à distribuer au niveau communautaire peuvent être commandés par le biais du système d'approvisionnement de kits de santé reproductive du Groupe interorganisations. Étant donné que ces fournitures peuvent être obtenues facilement localement et n'ont pas de date de péremption,

ENCADRÉ 3.15: KITS D'ACCOUCHEMENT HYGIENIQUES ET POUR NOUVEAU-NÉS

KIT D'ACCOUCHEMENT HYGIÉNIQUE

- Un drap en plastique (pour que la femme puisse accoucher)
- Pain de savon
- Paire de gants
- Une lame de rasoir propre ou un autre instrument coupant, neuf et enveloppé dans son emballage d'origine (pour couper le cordon ombilical)
- Trois morceaux de ruban ombilical (pour attacher le cordon ombilical)
- Deux morceaux de tissus en coton (pour sécher et à utiliser comme couche-culotte)

Uniquement selon le contexte: comprimés de misoprostol (600 mcg) et CHX pour les soins du cordon ombilical

KIT DU NOUVEAU-NÉ

- Couverture de bébé, 50x75 cm,
- Tissu en polyester
- Bonnet de nouveau-né, en coton
- Combinaison bébé, en coton
- Chaussettes pour bébé, taille très petit
- Petite serviette en coton

Uniquement selon le contexte: Gel de digluconate de chlorhexidine, 7,1% (sur base 4%), 10cc; hydrochloride de tétracycline 1% (pour les soins oculaires)

il est possible de conditionner les kits sur le site et de les pré-stocker à des fins de préparation dans les contextes où ils ne sont pas immédiatement nécessaires. Il se peut qu'il soit possible de recruter une ONG locale pour produire les kits, qui pourraient générer un revenu pour les femmes locales.

3.3.5 Prévenir les grossesses non désirées

Au début d'une urgence, il est important de veiller à ce que les contraceptifs soient disponibles pour prévenir les grossesses non désirées. Le coordinateur SSR, les responsables de

programme de santé 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 et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des éléments y compris des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC), et dès que possible, prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix informé, l'efficacité et privilégient l'intimité et la confidentialité.
- Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UN ÉVENTAIL DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES À LONGUE ET COURTE DURÉE D'ACTION RÉVERSIBLES (Y COMPRIS LES PRÉSERVATIFS MASCULINS ET LA CONTRACEPTION D'URGENCE) DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE

- Un éventail de pilules contraceptives orales, d'injectables et d'implants hormonaux, de DIU et de préservatifs masculins et féminins et de pilules contraceptives d'urgence doit être mis à disposition immédiatement pour répondre à la demande de la population touchée au sein de laquelle les prestataires sont formés et compétents pour fournir et retirer les méthodes, dans le cas de méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles
- Les prestataires qui sont d'ores et déjà compétents en la matière, 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 ou parent
- Les préservatifs doivent être disponibles au niveau des établissements communautaires et sanitaires et tous les utilisateurs de contraceptifs doivent être conseillés à propos de la double protection contre les IST et le VIH, ainsi que la grossesse. La protection contre la grossesse et les IST/VIH constitue cette « double protection »

EXEMPLE DE PROGRAMME 3.3: MISE EN ŒUVRE DU DMU EN TANZANIE

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)

LIEU: Tanzanie

INTRODUCTION: Lors d'une crise humanitaire, les femmes et les enfants sont souvent les plus touchés, comme le montre la population burundaise dans le camp de réfugiés de Nyarugusu en Tanzanie. Mi-mai 2015, des milliers de réfugiés burundais ont fui les troubles civils au Burundi et se sont réfugiés au camp de Nyarugusu, en Tanzanie, qui avait été initialement mis en place pour une population de 50 000 personnes mais dépassait les 100 000 personnes dès octobre 2015. Des besoins clés en matière de SSR parmi les femmes et les filles arrivant au camp et une forte demande de services ont été constatés.

DESCRIPTION DU PROJET: En juillet 2018, l'Unité de préparation aux interventions d'urgence (EPRU) de l'IRC a déployé un Coordinateur de santé reproductive d'urgence issu de son équipe d'intervention d'urgence qui, avec les programmes nationaux de santé, a travaillé en étroite collaboration avec la Tanzania Red Cross Society et d'autres acteurs de santé locaux en vue de lancer le DMU pour les services de SR dans le camp.

RÉSULTATS: L'IRC a mis en place deux centres de santé reproductive d'urgence totalement opérationnels et une unité de maternité et il a réglé les problèmes de recrutement pour assurer un accès 24 heures/24 et 7 jours/7 aux services

de SR avec un système d'orientation efficace vers d'autres établissements. Les Kits de SR ont ensuite été envoyés depuis le stock pré-positionné de l'IRC à Amsterdam vers les sites de projet pour les approvisionner en produits et médicaments. Les services de SR urgents destinés aux populations burundaises déplacées ont été établis avec un recyclage clinique en interne pour le personnel. Des agents de santé communautaire ont été identifiés pour sensibiliser aux besoins prioritaires en SR et faire connaître les services de SR disponibles. D'après les résultats, 64 nouvelles clientes par semaine se présentaient pour la planification familiale; 15 clientes par mois pour la prise en charge de l'avortement. Une moyenne de 3 victimes de violence sexuelle par semaine a bénéficié de soins cliniques; et 215 accouchements par mois en moyenne ont été assurés par la maternité.

LEÇONS APPRISSES: L'expérience de l'IRC au camp de Nyarugusu montre que des investissements solides dans la prévention des catastrophes comme le personnel affecté à la mise en œuvre du DMU et les fournitures de SSR pré-positionnées peuvent établir les bases d'une application réussie du DMU et aborder de manière efficace les besoins en SSR d'une population touchée par une crise. Le renforcement des capacités et la formation en continu du personnel de santé a aidé à consolider la qualité de service et a facilité l'élargissement à la SR complète tandis que les agents de santé communautaire travaillaient avec la communauté pour davantage sensibiliser et développer la demande de services de SSR.

- La contraception d'urgence 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 leur race/ethnicité ou du fait que les rapports sexuels aient été consensuels ou non

qui mettent l'accent sur le respect de la confidentialité et de l'intimité des clients, le choix volontaire et informé, la recevabilité, l'efficacité et la prise en charge des éventuels effets secondaires, le suivi et les directives concernant le retrait de la méthode selon les besoins des femmes de tous les âges y compris les adolescentes

FOURNIR DES INFORMATIONS, NOTAMMENT LES SUPPORTS D'IEC ET LES CONSEILS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION QUI METTENT L'ACCENT SUR LE CHOIX INFORMÉ ET LE CONSENTEMENT, L'EFFICACITÉ, LE RESPECT DE L'INTIMITÉ ET DE LA CONFIDENTIALITÉ DES CLIENTS, L'ÉQUITÉ ET LA NON-DISCRIMINATION

- Les prestataires doivent garantir la qualité des soins

VEILLER À CE QUE LA COMMUNAUTÉ SOIT AU COURANT DE LA DISPONIBILITÉ DES CONTRACEPTIFS POUR LES FEMMES, LES ADOLESCENTS ET LES HOMMES

- Veiller à ce que la communauté connaisse l'endroit et la manière de solliciter l'accès à la contraception, y compris les membres de la communauté non mariés et adolescents. 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)

- Mobiliser les leaders communautaires pour la diffusion d'informations sur la disponibilité de services de contraception

3.3.6 Planifier l'intégration de services complets de SSR dans les soins de santé primaires

Le DMU a pour but de constituer le point de départ de la programmation sur la SSR. Il a été conçu à partir de données probantes très documentées sur les besoins en matière de SSR en situations de crise humanitaire, et par conséquent, les quatre composantes de la prestation de service clinique du DMU (prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle, prévenir et répondre au VIH, prévenir la

surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales et prévenir les grossesses non désirées) peuvent être mises en place sans un recensement approfondi des besoins en SSR au sein de la population affectée. Même dans les contextes où d'autres composantes des services de SSR sont mises en œuvre, comme les soins prénatals ou les soins post-avortement, il est important de veiller à ce que les objectifs du DMU soient également appliqués car ce sont des actions prioritaires.

Lors de la planification des services complets de SSR, les services cliniques mis en place dans le cadre du DMU doivent être pérennisés, améliorés en qualité et élargis avec d'autres services et programmes de SSR complets tout au long des crises prolongées, du rétablissement et de la reconstruction. Suite à la stabilisation de la situation et pendant la préparation des services complets de SSR, prévoir de solliciter la contribution de la communauté pour l'intervention d'urgence afin d'identifier les lacunes, les

EXEMPLE DE PROGRAMME 3.4: MISE EN ŒUVRE DU DMU AU NIGERIA

ORGANISATION: International Rescue Committee

LIEU: Nigeria

Introduction: Les violences perpétrées par Boko Haram ont contraint environ 1,82 million de personnes à fuir leur foyer au nord-est du Nigeria. Alors que les populations déracinées ont continué à fuir, les camps de personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) et les communautés d'accueil ont pris une ampleur considérable dans l'État de Borno. Les établissements de santé dans les camps formels de PDIP et les camps informels gérés par le Ministère de la Santé fédéral étaient mal équipés et manquaient de personnel médical formé. Les services de santé y compris la santé sexuelle et reproductive, étaient pratiquement inexistantes à Maiduguri où les établissements de santé ne sont jamais rétablis suite à l'insurrection de Boko Haram qui a exposé les femmes et les filles à des risques accrus face à des problèmes de santé graves.

DESCRIPTION DU PROJET: Pour répondre aux besoins de santé des femmes et des filles en particulier, l'Équipe d'intervention d'urgence de l'IRC a déployé sa Coordinatrice SR en août 2016. La Coordinatrice SR a travaillé avec son équipe pour le lancement du DMU dans les zones nouvellement libérées par le gouvernement dans l'État de Borno au Nigeria.

RÉSULTATS: L'IRC a conduit une analyse situationnelle des structures existantes et des lacunes, qui a guidé la stratégie et le plan de travail. L'IRC a recruté des sages-femmes et du personnel qualifié pour développer et soutenir les prestataires du Ministère de la Santé en place. Les Kits de

SR ont été commandés et livrés y compris les équipements de SSR, les médicaments, les contraceptifs et les fournitures pour 6 mois. La Coordinatrice de SR ont également conduit une formation pratique pour les prestataires pour qu'ils dispensent des soins cliniques pour la violence sexuelle, la contraception et les soins post-avortement. L'IRC a appuyé un total de 5 centres de santé dont 4 satellites assurant des soins de base en SSR et orientant pour ce type de service. En l'espace de 4 semaines, l'IRC a mis en place le seul centre de santé reproductive dans le camp de PDIP de Bakassi, en fournissant des services de soins prénatals et de planification familiale – sachant que 134 nouvelles personnes ont accepté la contraception durant le premier mois. Le centre de santé a également assuré des soins de santé primaire de base et des accouchements d'urgence. De plus, l'équipe a mis en place un programme de SSR dans de nombreux camps informels gérés par le Ministère de la Santé fédéral, proposant des consultations prénatales et les fournitures de SSR aux femmes et aux filles.

LEÇONS APPRISSES: L'expérience de l'IRC au Nigeria démontre que les intervenants d'urgence doivent se préparer à être face à un faible nombre de personnel de santé qualifié disponible, à subir de longues attentes pour l'approvisionnement et le recrutement. Ils doivent aussi avoir conscience que la SSR n'est pas suffisamment priorisée. Pour combler ces lacunes, les intervenants doivent prévoir des budgets pour mettre à disposition davantage de personnel qualifié notamment les agents chargés de l'approvisionnement et préparer des éléments et données factuelles à partager avec les autorités locales dans le pôle de santé pour prioriser la SR.

succès et les pistes d'amélioration.

La mise en œuvre du DMU implique non seulement d'assurer une coordination pour la mise à disposition de services cliniques, mais il faut aussi commencer à aborder la SSR complète dès que possible. Cela requiert une vision, un leadership et des compétences de coordination efficaces et une bonne compréhension de la situation locale et des opportunités liées à la reconstruction du système de santé. Pour pleinement concrétiser l'Objectif 6 du DMU et appuyer les parties prenantes locales et internationales dans la planification pour l'offre de services complets de SSR, plusieurs aspects importants doivent être pris en considération. Il s'agit entre autres:

- De la communication entre les décideurs (notamment les gouvernements nationaux) et les partenaires opérationnels
- Du financement adapté
- De la coordination efficace
- De la gestion de la chaîne d'approvisionnement

- De la gestion des Ressources humaines
- Du suivi et de l'évaluation
- Du système de partage d'informations, de commentaires et de responsabilité à l'égard de la communauté touchée
- De la planification d'une stratégie de sortie pour les partenaires humanitaires

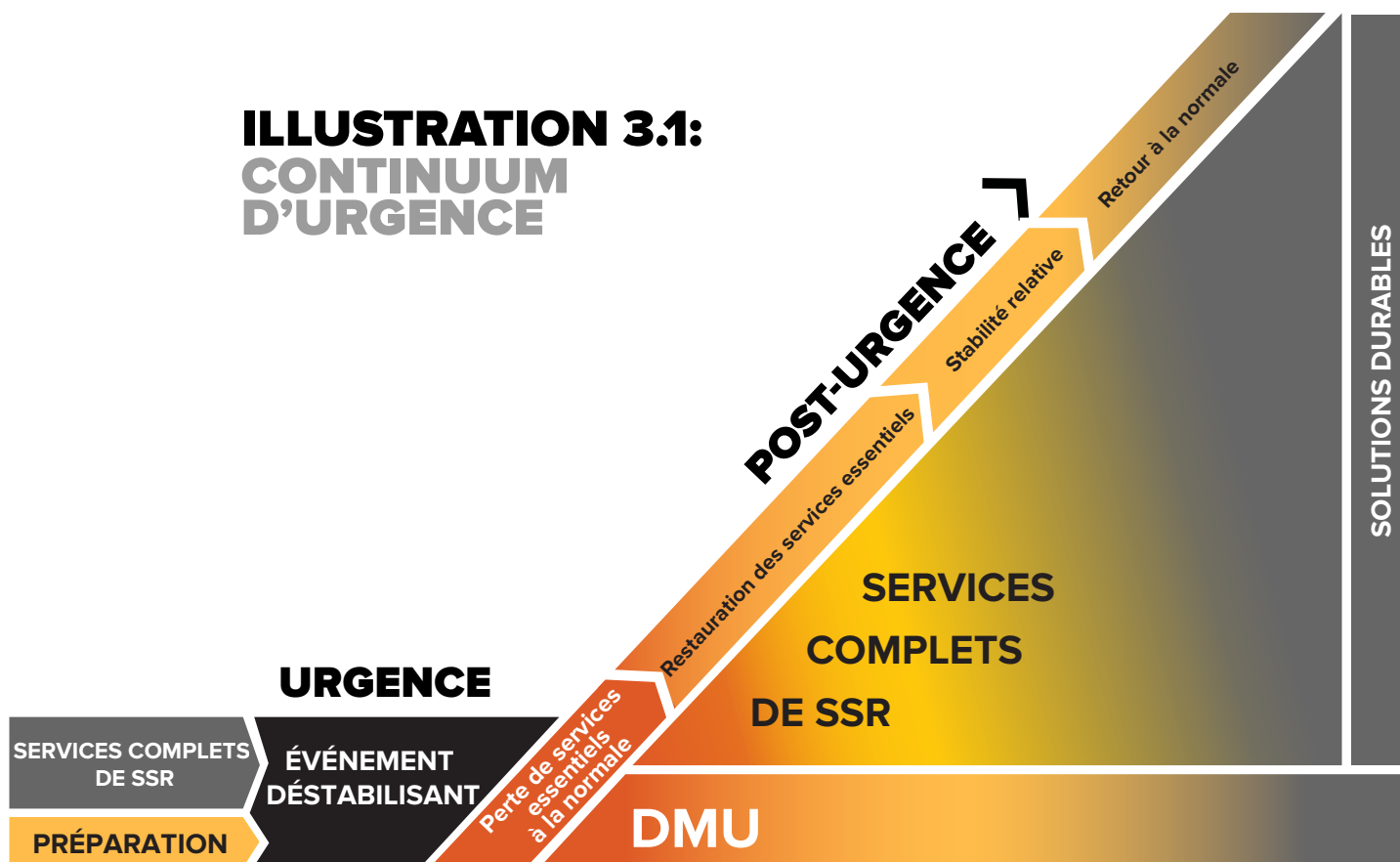
QUAND ?

Commencer à planifier l'intégration des activités de SSR complète dans les soins de santé primaires au début de l'intervention humanitaire. Dans le cas contraire, la prestation de ces services peut être inutilement retardée, ce qui accroît le risque de grossesses non désirées, la transmission d'IST, les complications causées par la VBG, et la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

COMMENT ?

Promouvoir la planification participative auprès des parties

ILLUSTRATION 3.1: CONTINUUM D'URGENCE



NOTE: Rares sont les crises qui évoluent de façon linéaire de la phase d'urgence au développement en passant par la stabilité et le rétablissement. Leur complexité résulte des divers degrés d'amélioration ou de détérioration qui peuvent durer des décennies. L'offre de services de SR doit tenir compte des trajectoires non-linéaires[MB1] et des lacunes causées par l'insécurité, les priorités divergentes ou les escroqueries en situation de crises prolongées. L'IAFM est applicable à tous les contextes dès lors qu'une organisation est confrontée à un continuum d'urgence.

prenantes nationales ainsi que les partenaires nationaux et internationaux dès que les indicateurs du DMU sont atteints et lorsque les processus d'action et les agences humanitaires commencent une planification à long terme. L'objectif de la planification participative est d'intégrer la SSR complète dans les efforts de reconstruction du système de santé national par le biais d'un plan de travail collectif pour la SSR complète. Veiller à ce que les composantes du

service soient intégrées dans les processus de financement et de planification à long terme.

QUOI ?

Le Tableau 3.6 montre des exemples de ce qui doit être évalué et planifié pour chaque élément constitutif du système de santé de l'OMS.

TABLEAU 3.6: COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ

COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ	LORS DE LA PLANIFICATION DES SERVICES COMPLETS DE SSR, COLLABORER AVEC L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES POUR
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en SSR dans la communauté • Identifier les sites adaptés pour la prestation de service de SSR
Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les capacités du personnel • Identifier les besoins et les niveaux de recrutement • Concevoir et planifier la formation du personnel
Système d'informations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les informations de SSR dans le système d'informations sanitaires
Produits médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins en produits de SSR • Renforcer les chaînes d'approvisionnement en produits de SSR
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les possibilités de financement
Gouvernance et Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les lois, politiques et protocoles relatifs à la SSR • Coordination avec le MS • Mobiliser les communautés dans la responsabilisation

Prestation de service

Travailler avec les autorités nationales, la communauté touchée et le cas échéant, les experts de gestion des camps de réfugiés, afin d'identifier d'éventuels nouveaux sites pour proposer des services SSR complets, comme les centres de planification familiale, les salles de consultation externe en IST, ou les services 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 orienter vers d'autres services
- Distance pour rejoindre les autres services de santé
- Degré d'accessibilité pour les populations touchées et le groupe cible
- Intégration éventuelle avec d'autres services par opposition aux services autonomes

Personnel de santé

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 les 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, travailler avec les autorités, les institutions académiques et les organismes de formation et prendre en considération le curriculum existant. La formation des agents de santé sur les droits des patients et l'offre de soins de façon impartiale et équitable s'avère essentielle. Le cas échéant, il faut recourir à des agents nationaux. Planifier les sessions méticuleusement, afin de prévenir les besoins en personnel dans les établissements de santé, et fournir un appui adapté de telle sorte que les agents de santé puissent faire leur travail de façon efficace.

Système d'informations sanitaires

Pour aller au-delà du DMU et commencer à planifier l'offre de

services complets de SSR, les responsables de programme SSR doivent recueillir, en étroite collaboration avec les partenaires du secteur/pôle de santé, les informations existantes ou les données de prévision qui aideront à élaborer un tel programme.

- Identifier les politiques du MS, les protocoles de soins standardisés pour la prise en charge syndromique des IST, les protocoles de planification familiale et les lois et réglementations relatives aux soins post-avortement
- S'appuyer sur les prévisions démographiques pour collecter des informations sur la SSR plus spécifiques concernant la population touchée comme:
 - o 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 totale
 - o Taux de mortalité par sexe et par âge. Par exemple, le nombre de décès chez les adolescentes (15-19 ans), le taux de mortalité des nouveau-nés (nombre de décès au cours des 28 premiers jours de la vie pour 1 000 naissances vivantes sur une période donnée) et les données existantes sur la mortalité maternelle
 - o la prévalence des IST et du VIH, des contraceptifs, et les méthodes privilégiées, la prévalence des avortements à risque et les connaissances, attitudes et comportements de la population touchée par rapport à la SSR

Produits médicaux

Une fois que les services SSR ont été établis, travailler avec les autorités sanitaires et dans le secteur/pôle de santé pour analyser la situation, avoir une estimation de l'utilisation des médicaments et fournitures jetables, évaluer les besoins en SSR de la population et de nouveau commander les fournitures si nécessaire. Éviter les commandes en continu des kits pré-conditionnés de santé reproductive du Groupe interorganisations pour éviter les coûts occasionnés et les gaspillages. La commande de fournitures de SSR en fonction de la demande garantira la viabilité du programme SSR et évitera les pénuries de fournitures spécifiques et le gaspillage de celles qui ne sont généralement pas utilisées dans ce contexte. Passer les commandes de suivi de fournitures de SSR par le biais des flux logistiques médicaux dans le pays. Envisager les réseaux d'approvisionnement utilisés par les ONG ou par le Service d'approvisionnement du FNUAP.

Pour la commande de fournitures de services complets de

santé reproductive, coordonner la gestion des fournitures de SSR avec les autorités sanitaires et le secteur/pôle de santé pour garantir un accès ininterrompu aux fournitures. Envisager les points suivants:

- Embaucher du personnel formé à la gestion logistique.
- Estimer la consommation mensuelle de médicaments et de fournitures jetables de santé reproductive
- Identifier les filières d'approvisionnement médical. Analyser la qualité des filières locales d'approvisionnement. Si cela ne suffit pas, commander les fournitures de SSR auprès de fournisseurs mondiaux reconnus ou avec l'appui du FNUAP, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ou de l'OMS. Ces agences peuvent faciliter l'achat de grandes quantités de fournitures de SSR de qualité à prix réduit
- Passer les commandes en temps voulu, via les flux logistiques identifiés, en fonction des estimations, afin d'éviter les ruptures de stock
- Stocker les fournitures au plus près de la population ciblée

ENCADRÉ 3.16: DÉFINITION DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Selon l'OMS, un bon système de financement de la santé est un système qui « collecte suffisamment de fonds pour la santé, d'une manière qui garantit l'utilisation des services et la protection des personnes vis-à-vis des catastrophes financières ou l'appauvrissement liés à l'obligation de les payer, » et qui contribue à motiver les prestataires et les utilisateurs pour être efficaces.

Financement

Même lorsque les agences mettent en œuvre une intervention d'urgence face à une crise, elles doivent tenir compte des mécanismes de financement de long terme pour garantir un accès permanent à des soins de SSR abordables, de haute-qualité et complets. Un bon système de financement de la santé s'avère essentiel dans le cadre d'efforts visant à pérenniser les soins complets de SSR. Il existe plusieurs options de financement, notamment:

- Le financement communautaire et les assurances maladie communautaires

- Les transferts en espèces assortis de conditions ou non
- Les paiements directs ou frais d'utilisation
- Le financement axé sur les résultats
- Les subventions accordées aux clients et les remboursements pour les agents de santé
- Le marketing social et la franchise

Bien qu'une étude systématique des mécanismes de financement de la contraception ait montré que les données n'étaient pas suffisamment solides pour formuler de fortes recommandations, un certain nombre d'efforts sont en cours. À titre d'exemple, le HCR a commencé à appliquer des interventions monétaires pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés, comme un programme offrant à des paiements en espèces des réfugiées syriennes pour compenser les coûts des soins maternels. Le HCR a obtenu davantage de succès en intégrant les populations déplacées dans la structure d'assurance nationale dans le pays où elles résident.

Gouvernance et leadership

Le leadership et la gouvernance pour la SSR intégrés dans le renforcement des systèmes de la santé peuvent être pilotés du point de vue international, national et communautaire. Les acteurs internationaux peuvent aider à travailler avec et tirer parti des acteurs du développement et de l'humanitaire afin de déterminer où les politiques, les directives et protocoles existants n'appuient pas la santé et les droits sexuels et reproductifs ou répondent aux normes internationales et travaillent collectivement avec les gouvernements. Tous les intervenants peuvent défendre et appuyer le leadership national afin de mettre en œuvre un plan de renforcement d'un système de santé (RSS) cohérent, harmonisé et réaliste pour s'attaquer à la surmortalité et surmorbidité liées à la SSR. En outre, les communautés elles-mêmes doivent être mobilisées pour développer la demande et les mécanismes de responsabilisation pour les services de SSR de qualité.

- Les intervenants internationaux, nationaux et locaux doivent plaider auprès des gouvernements pour déceler l'éventail complet des lacunes de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans les politiques et les protocoles et mobiliser les ressources pour investir dans la SSR
- Les communautés comprennent leurs droits et participent à la conception et à l'application des services de SSR, créent la demande et mettent en œuvre la responsabilisation.
- Les ressources doivent être fournies pour mettre en place des moyens efficaces destinés aux personnes et aux communautés touchées pour enregistrer les plaintes et trouver des recours

3.3.7 Fournitures pour mettre en œuvre le DMU

Pour appliquer les composantes du DMU relatives à la prestation de service, le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire a élaboré un ensemble de kits contenant des médicaments et d'autres produits visant à faciliter la mise en œuvre de ces services prioritaires de SSR; les kits du groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive (Kits de SR). Les Kits de SR viennent en complément du Kit d'urgence du Groupe interorganisations (IEHK), qui est un kit de santé d'urgence standardisé contenant des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels pour la mise à disposition de services de soins de santé primaire. En situation de crise humanitaire, l'IEHK est souvent rapidement disponible. Bien qu'il contienne un kit de sage-femme, les PCU à progestatif seul, la PPE et les fournitures visant au respect des précautions standards, l'IEHK ne dispose pas de l'ensemble des fournitures nécessaires à la mise en œuvre des services du DMU.

Les Kits de SR sont conçus pour être utilisés au début d'une action humanitaire même dans les milieux pauvres en ressources les plus touchés par des conflits. Aucun des équipements des Kits de SR ne dépend spécifiquement de l'électricité. Les fournitures figurant dans les Kits de SR sont censées être en nombre suffisant pour une période de trois mois pour la population couverte par le niveau d'établissement sanitaire ciblé par chaque kit de SR.

Jusqu'en 2018, les 13 Kits de SR sont divisés en 3 dispositifs; chaque dispositif cible un niveau différent de prestation de service, avec sa couverture de population respective:

- **Kit de SR 0:** Un kit administratif de SR contenant les fournitures de bureau pour conduire les réunions et sessions de formation. Destiné aux contextes où de telles fournitures ne peuvent être obtenues sur le marché local
- **Kits de SR 1 à 5:** Niveau de santé communautaire et de soins de santé primaires: Couverture des établissements de santé pour 10 000 personnes/fournitures pour 3 mois
 - o Ce dispositif comprend 6 Kits de SR destinés aux prestataires de service dispensant les soins de SSR aux niveaux des communautés et des soins de santé primaires
 - o Les Kits de SR contiennent principalement des médicaments et des articles jetables
 - o Les Kits de SR sont subdivisés en parties A et B, qui peuvent être commandés séparément

- **Kits de SR 6 à 10:** Soins de santé primaires et niveau d'hôpital de référence: Couverture des établissements de santé pour 30 000 personnes/fournitures pour 3 mois
 - o Les articles des 5 Kits de SR sont destinés aux prestataires de soins formés, ayant des compétences complémentaires dans la pratique de sage-femme et en matière obstétrique et néonatale aux niveaux des centres de santé et des hôpitaux
 - o Les Kits de SR contiennent les équipements jetables et réutilisables
 - o Le Kit de SR 6 comprend des sous-parties A et B, qui peuvent être commandées séparément
- **Kits de SR 11 et 12:** Niveau des hôpitaux de référence:

Couverture des établissements de santé pour 150 000 personnes/fournitures pour 3 mois

- o Dans les situations de crise humanitaire, les hôpitaux peuvent nécessiter des équipements et fournitures supplémentaires du fait d'une charge de travail accrue dans la population touchée par une crise
- o Deux kits SR sont disponibles et contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour fournir des SONU complets au niveau de référence (chirurgie obstétrique)
- o Le kit de SR 11 a des sous-parties A et B qui sont habituellement utilisées ensemble mais qui peuvent être commandées séparément

TABLEAU 3.7: KITS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DU GROUPE INTERORGANISATIONS (JUSQU'À 2018)

BLOC 1		
Kit de SR N°.	Nom du kit de SR	Code couleur
Kit de SR 0	Personnel administratif	Orange
Kit de SR 1A	Partie A: Préservatifs masculins	Rouge
Kit de SR 1B	Partie B: Préservatifs féminins	
Kit de SR 2A	Partie A: Accouchement hygiénique (individuel)	Bleu foncé
Kit de SR 2B	Partie B: Fournitures pour accoucheuses	
Kit de SR 3	Post-viol	Rose
Kit de SR 4	Contraceptifs oraux et injectables	Blanc
Kit de SR 5	Traitement IST	Turquoise
BLOC 2		
Kit de SR N°.	Nom du kit de SR	Code couleur
	Kit d'accouchement (établissement de santé)	Marron
Kit de SR 6A	Partie A: Équipement réutilisable	
Kit de SR 6B	Partie B: Médicaments et équipements jetables	
Kit de SR 7	DIU	Noir
Kit de SR 8	Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou un avortement	Jaune
Kit de SR 9	Suture des déchirures (col de l'utérus et vagin) et examen vaginal	Violet
Kit de SR 10	Accouchement avec extraction par ventouse	Gris
BLOC 3		
Kit de SR N°.	Nom du kit de SR	Code couleur
	Niveau de référence (Partie A plus B)	Vert fluorescent
Kit de SR 11A	Kit de SR 11A	
Kit de SR 11B	Kit de SR 11B	
Kit de SR 12	Transfusion sanguine	Vert foncé

En 2019, la structure et la composition des Kits de SR changeront (voir Tableau 3.8).

TABLEAU 3.8: KITS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DU GROUPE INTERORGANISATIONS (À COMPTER DE 2019)

VISION D'ENSEMBLE DES KITS DE SANTÉ REPRODUCTIVE DU GROUPE INTERORGANISATIONS POUR APPUYER LA MISE EN ŒUVRE DU DMU

Niveau des soins de santé	Numéro de kit	Nom du kit
Communautaire/poste de santé	Kit 1 A	Préservatifs masculins
	Kit 2 A&B	Accouchement hygiénique (A - Mère, B - Accoucheuse)
	Kit 3	Traitement post-viol
	Kit 4	Contraceptifs oraux et injectables
	Kit 5	Traitement des infections sexuellement transmissibles
Établissement de soins de santé primaires (SONUB)	Kit 6 A&B	Prise en charge clinique de l'accouchement – kits de sage-femme (A – Réutilisables, B – Consommables)
	Kit 8	Prise en charge des complications liées à l'avortement spontané ou l'avortement
	Kit 9	Réparation des déchirures du col utérin et vaginales
	Kit 10	Accouchement assisté avec extraction par ventouse***
Hôpital de référence (SONUC)	Kit 11 A&B	Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A – Réutilisable et B – Consommable)
	Kit 12	Transfusion sanguine

LÉGENDE

Les kits du niveau communautaire/des postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins à l'échelon des communautés. 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 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 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 fournir des soins obstétriques et néonataux d'urgence au niveau de référence (obstétrique). En situations de crise humanitaire grave, les patientes des populations touchées 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 pour gérer 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 serviraient cette population sur une période de 3 mois.

PRODUITS COMPLÉMENTAIRES:			
Niveau	À compléter	Élément	Format
Coordination	Tous les kits	Administration et formation	Kit
Communautaire/ poste de santé	Kit 1A	Kit 1B - Préservatifs féminins	Kit
	Kit 2A	Chlorhexidine	En gros
	Kit 2B	Misoprostol **	En gros
	Kit 2A et 2B	Kits de fournitures pour les soins néonataux de l'UNICEF/Save the Children – Communautaire*	Kit
	Kit 4	Acétate de médroxyprogestérone - sous-cutané (DMPA-SC)	En gros
Primary Health Care Facility (BEmONC)	Kit 4	Kit 7A - Intra-utérine device (IUD)	Kit
	Kit 4	Kit 7B - Contraceptive implant	Kit
	Kit 6A	Non-pneumatic anti-shock garment	Item
	Kit 6B	Oxytocin	Bulk
	Kit 6A & 6B	UNICEF/Save the Children - Newborn care supply kit - primary health facility*	Kit
	Kit 8	Mifepristone**	Bulk
	Kit 10	Hand-held vacuum assisted delivery system	Item
Referral Hospital (CEmONC)	11B	Interagency emergency health kit supplementary malaria module	Kit
	11A & 11B	UNICEF/Save the Children -Newborn care supply kit - <i>Hospita</i> *)	Kit

* Au moment de la mise sous presse de ce manuel, **les kits de soins néonataux** ne sont pas encore disponibles

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

Lorsqu'il y a des kits A et B, cela signifie que ces kits peuvent être utilisés ensemble, mais ils peuvent également être commandés séparément.

Les produits complémentaires sont des articles jetables et consommables qui peuvent être commandés dans des cas spécifiques pour compléter les principaux kits:

- Lorsque les prestataires ou la population sont formés à l'utilisation du produit
- Lorsque les fournitures sont acceptées et utilisées avant l'urgence
- Temporaires, dans les situations de crise prolongée ou post-urgence, bien que tous les efforts soient déployés pour renforcer ou établir des chaînes d'approvisionnement locales et durables en produits médicaux (notamment les canaux d'approvisionnement locaux et régionaux)
- Lorsque l'utilisation des fournitures est autorisée par la législation nationale

Les produits complémentaires dans les KITS sont commandés en fonction des mêmes populations que celles couvertes par les kits standards à ce niveau.

Les produits complémentaires en GROS peuvent être commandés pour une population de 10 000 ou d'un nombre multiple de 10 000 personnes.

Les produits complémentaires avec des noms d'agences spécifiques peuvent être commandés par l'intermédiaire de leurs organisations respectives y compris:

- Module complémentaire sur le paludisme du kit sanitaire d'urgence interinstitutions – OMS
- Kits de fournitures pour les soins néonataux de l'UNICEF/Save the Children – UNICEF*

De plus, il convient de garder à l'esprit que d'autres kits médicaux pré-conditionnés d'urgence pour diverses interventions (maladies non transmissibles (MNT), choléra, malnutrition sévère aiguë (MSA), etc.) peuvent être commandés auprès d'autres organisations partenaires ou peuvent déjà avoir été acquis par les agents de santé.

APPROVISIONNEMENT ET LOGISTIQUE DES KITS DE SR

Le FNUAP est en charge de l'assemblage et de la livraison des Kits de SR du Groupe interorganisations. Commander les Kits de SR par l'intermédiaire du FNUAP ou identifier d'autres sources de fournitures de qualité pour veiller à ce que tous les équipements et supports nécessaires soient disponibles pour fournir l'éventail complet de services de SSR. Les agences ne devraient pas dépendre d'une source de fournitures et devraient inclure des produits de SSR dans leur approvisionnement global de médicaments.

Lors de la planification de la commande des Kits de SR, il est essentiel d'établir une coordination avec d'autres partenaires dans la structure de santé et de développer un plan de distribution nationale des kits. Ce plan présente le nombre de Kits de SR attribués aux partenaires, et dans

quel contexte géographique. Il inclut également des plans détaillés pour le transport et le stockage dans le pays pour les éléments qui doivent être conservés au frais (chaîne du froid).

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir ou redistribuer des fournitures prépositionnées dans le pays, il se peut que vous deviez importer les fournitures. Il faut alors se préparer à réceptionner les marchandises dès qu'elles arrivent au port d'entrée dans le pays et veiller à ce que tous les documents et formulaires pertinents pour le dédouanement aient été préparés pour éviter des retards inutiles pendant l'importation des Kits de SR. Le pôle logistique peut, le cas échéant, aider à faciliter ces démarches.

Les informations sur les Kits de SR ou l'aide pour la commande peuvent être fournies par: les bureaux locaux du FNUAP, l'Unité de services d'approvisionnement du FNUAP ou le Service des situations humanitaires et fragiles (HFCB).

ENCADRÉ 3.17: POINTS DE CONTACT DU KIT DE SR DU GROUPE INTERORGANISATION

ADRESSE	Bureaux de pays du FNUAP	FNUAP Service des situations humanitaires et fragiles 605 Third Avenue New York, NY 10158, USA	FNUAP Service des situations humanitaires et fragiles 11-13 chemin des Anémones 1219 Châtelaine, Geneva, Suisse	FNUAP Service des achats Marmorvej 51, 2100 Copenhague, Danemark
EMAIL		procurement@unfpa.org	procurement@unfpa.org	procurement@unfpa.org
SITE INTERNET	www.unfpa.org	www.unfpa.org		www.unfpa.org/procurement/order

3.3.8: Autres priorités en matière de santé sexuelle et reproductive

L'agence principale en charge de la SSR, le coordinateur SSR, les exécutants et les prestataires de service doivent veiller à ce que ces services soient disponibles au début d'une crise lorsque les capacités existantes permettent de les proposer. Lorsque les conditions sont réunies, ces services doivent être mis à disposition une fois que la mise en œuvre des activités prioritaires du DMU est en cours, idéalement dans les trois mois suivant le début d'une urgence, si ce n'est plus tôt. Ces services doivent être priorisés et doivent être défendus et inclus lors de la transition vers des services de SSR complets, en fonction de leur contribution à la protection des vies et de la dignité des femmes et des filles.

LES SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT SÉCURISÉ DANS LES LIMITES PRÉVUES PAR LA LOI

L'accès aux soins à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi doit être facilité dès le début d'une urgence par la prestation de services ou l'orientation vers des prestataires formés. Dans la plupart des pays, l'avortement provoqué est légalement autorisé 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 résulte d'un viol ou d'un inceste. Les programmes doivent identifier les conditions dans lesquelles les politiques nationales, les accords internationaux signés et le droit humanitaire international et les droits humains permettent les soins liés à l'avortement sans risques.

Il a été démontré que l'accès à l'avortement sans risques pour toutes les femmes et les filles est essentiel pour sauver les vies, étant donné que les grossesses non désirées et les avortements à risques sont les principales causes de mortalité maternelle. Les données mondiales indiquent que l'avortement à risques existe dans les pays où les soins liés à l'avortement sans risques sont accessibles à toutes les femmes et les filles et que le besoin de services d'avortement sans risques s'accroît probablement dans les situations de crise humanitaire. La violence sexuelle est associée à la guerre et aux graves crises, les traumatismes qui découlent de la violence sexuelle peuvent être exacerbés si cet incident donne lieu à une grossesse. De ce fait, bon nombre d'accords internationaux et d'entités expertes en matière de droits humains soutiennent la prestation de services liés à l'avortement sans risques pour les femmes qui sont violées durant les crises; le droit international des droits de l'homme soutient l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans tous les milieux.

Dans la plupart des cas, les soins liés à l'avortement sans risques sont légalement autorisés pour certaines ou toutes les raisons et les conditions sont réunies pour fournir et/ou orienter les femmes vers les services de soins liés à l'avortement sans risques. Si la femme choisit l'avortement, les professionnels de santé doivent:

- Fournir des informations précises d'un point de vue médical, sur les services d'avortement sur un formulaire que les femmes peuvent comprendre et dont elles peuvent se souvenir
- Expliquer les conditions légales en vigueur pour bénéficier des soins liés à l'avortement sans risques
- Expliquer où et comment obtenir des services liés à l'avortement sans risques et légal et en préciser le coût
- Assurer l'avortement médicamenteux, avec 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 telles que recommandées par l'OMS
- Fournir des informations et prodiguer des conseils aux femmes sur l'utilisation de méthodes contraceptives après l'avortement et garantir la contraception pour les femmes qui acceptent d'adopter une méthode
- Envisager la mise à disposition d'un traitement présomptif pour la gonorrhée et le chlamydia dans les milieux à forte prévalence des IST

Les fournitures visant à appuyer l'aspiration manuelle et le

misoprostol seul pour les soins après avortement sont inclus dans le Kit de SR du Groupe interorganisations pour prendre en charge les complications liées à l'avortement spontané et à l'avortement. Ces fournitures peuvent également être utilisées pour les soins liés à l'avortement sans risques. Le traitement de mifépristone/misoprotol est le critère mondial de référence pour un avortement médicamenteux et il doit être administré dans les contextes où la mifépristone est enregistré et disponible. En 2019, le mifépristone sera disponible dans les Kits de SR en tant que produit complémentaire (voir le Tableau 3.2).

3.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRES DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Le DMU en tant que norme destinée aux intervenants humanitaires est soutenu par les obligations légales internationales des États pour respecter et garantir des droits humains élémentaires, notamment les droits reproductifs en situations de crise humanitaire. Dans le contexte de conflits, les États sont tenus de garantir la mise à disposition de l'aide humanitaire aux populations civiles où la nourriture, les médicaments et d'autres ressources sont insuffisants. Les États ont également le devoir de ne pas interférer avec la prestation de l'aide vitale, sanitaire et humanitaire. L'aide humanitaire et la protection des droits individuels doivent portées et garanties par les États et d'autres parties sans discrimination. De plus, le droit des droits de l'homme reste applicable durant les situations de conflit et de crise et il doit fournir des éléments supplémentaires concernant les obligations concrètes des États et des intervenants, y compris les soins complets de santé sexuelle et reproductive pour tous.

Reconnaissant que certaines catégories de personnes ont des besoins particuliers en temps de conflit et/ou déplacement, le droit international concède un traitement et une protection spéciale aux enfants et aux femmes, surtout les mères enceintes et les mères de jeunes enfants. Les États et les intervenants humanitaires sont nécessaires pour accorder une attention spéciale aux besoins sanitaires des femmes, en assurant l'accès aux services de SSR notamment la prévention de la transmission du VIH, et l'accès à des prestataires femmes. De plus, le droit international des réfugiés exige que les États traitent les réfugiés qui résident légalement sur leur territoire comme leurs ressortissants nationaux quant aux systèmes de sécurité sociale notamment les prestations en termes de maternité et de maladie.

En situations d'urgence, les États ont des obligations

collectives et individuelles pour garantir le droit à la santé en coopérant pour fournir une aide humanitaire y compris l'accès aux soins de SSR. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a exhorté les États à donner la priorité à l' « offre d'assistance médicale internationale...l'eau potable, les aliments et les fournitures médicales... aux groupes les plus vulnérables ou marginalisés de la population » en cas de crise humanitaire. En outre, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes de l'ONU (CEDEF) a précisé qu'en situations de conflit et de post-conflit, les États doivent veiller à ce que la prestation de « soins de santé sexuelle et reproductive comprenne l'accès aux informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs; le soutien psychosocial; les services de planification familiale, y compris la contraception d'urgence; les services de santé maternelle y compris les soins prénatals, les services d'accouchement sans risques, la prévention de la transmission verticale et les soins obstétricaux d'urgence; les services d'avortement sans risques; les soins post-avortement; la prévention et le traitement du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, notamment la prophylaxie post-exposition; et les soins dispensés pour traiter les lésions comme la fistule issue de la violence sexuelle, les complications liées à l'accouchement ou d'autres complications liées à la santé reproductive entre autres. »

Les organismes de droits humains, en particulier le Comité contre la torture et le Comité des droits de l'homme, ont également constaté que certaines violations des SSR, allant de la stérilisation forcée au refus d'accès aux services d'avortement, peuvent constituer des cas de torture ou de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

3.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Le coordinateur SSR utilise la liste de contrôle du DMU pour suivre la prestation de service dans chaque situation de crise humanitaire. Dans certains cas, cela peut être fait oralement par les responsables de SSR et/ou par le biais de visites d'observation. Au début de l'action humanitaire, le suivi hebdomadaire doit avoir lieu. Une fois que les services ont pleinement établis et font l'objet d'un consensus, un suivi et une évaluation systématique doivent être instaurés pour déterminer les progrès accomplis dans le sens d'un DMU de qualité et des services complets de SSR.

Évoquer les lacunes et les recoupements dans la couverture de service lors des réunions de coordination de SSR et dans le cadre des mécanismes de coordination du secteur/pôle de santé pour trouver et mettre en œuvre des solutions.

ENCADRÉ 3.18: PLAIDOYER

Utiliser ces points dans votre plaidoyer auprès de l'ONU, des décideurs nationaux, des ONG, etc., lorsque le DMU est écarté ou n'est pas priorisé dans l'action humanitaire.

Le DMU est:

- Une norme minimale d'interventions lors de catastrophes, reconnue à l'échelle internationale
- Une intervention vitale et un critère d'admissibilité pour l'obtention de fonds auprès du Fonds central pour les interventions d'urgence (CERF)
- Intégré dans les directives du pôle de santé mondiale

ILLUSTRATION 3.2: EXEMPLE DE LISTE DE CONTRÔLE DU DMU

ZONE GÉOGRAPHIQUE:		PÉRIODE EXAMINÉE:	DATE DE DÉBUT DE L'ACTION RÉPONSE	REPORTED BY:	
		--/--/20 -- À --/--/20 --	--/--/20 --		
1. Agence principale de SSR et coordinateur SSR					
			OUI	NON	
1.1	Agence principale de SSR et coordinateur SSR agissant au sein du secteur/pôle de santé				
	Agence principale				
	Coordinateur SSR				
1.2	Les réunions SSR des parties prenantes établies et qui ont lieu régulièrement			OUI	NON
	National (MENSUELLE)				
	Infranational/district (BI-HEBDOMADAIRE)				
	Local(HEBDOMADAIRE)				
1.3	Les parties prenantes concernées mènent/participent aux réunions du groupe de travail SSR			OUI	NON
	Ministère de la santé				
	FNUAP et autres agences de l'ONU				
	ONG internationales				
	ONG locales				
	Protection/VBG				
	VIH				
	Société civile y compris les personnes marginalisées (adolescents, personnes handicapées, LGBTQIA)				
1.4	Avec les secteurs/pôle de santé/protection/VBG et contributions des programmes VIH assurent le recensement et la validation des services SSR existants				
2. Démographie					
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 population touchée ou estimée 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, c'est-à-dire les gardes ou la réception)				%
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)				%
	Contraception d'urgence				
	Test de grossesse				
	Grossesse				
	PPE				
	Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST				
	Anatoxine tétanique/immunoglobuline tétanique				
	Vaccin contre l'hépatite B				
	Soins post-avortement				
	Orientation vers des services de santé				
	Orientation vers des services de soins liés à l'avortement sans risques				
	Orientation vers des services de soutien psychologique et social				

3.4	Nombre d'incidents de violence sexuelle signalés aux services de santé		
	Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui bénéficient de 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 avantages et la localisation des soins pour les victimes de la 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 données x 100		
4.3	Les établissements de santé disposent de suffisamment de matériel pour garantir la mise en place de précautions standard		
4.4	Des préservatifs lubrifiés sont mis à disposition gratuitement:		
	Établissements de santé		
	Niveau communautaire		
	Adolescents		
	LGBTQIA		
	Personnes handicapées		
	Travailleurs du sexe		
4.5	Nombre approximatif de préservatifs pris pendant cette période		
4.6	Nombre de préservatifs issus d'un réapprovisionnement dans les sites de distribution pendant cette période (indiquer les lieux)		
4.7	ARV disponibles pour continuer le traitement pour les personnes inscrites dans les TAR avant l'urgence y compris la PTME		
4.8	PPE disponible pour les victimes de la violence sexuelle?		
	PPE disponible pour l'exposition professionnelle?		
4.9	Prophylaxie par cotrimoxazole pour les infections opportunistes		
4.10	Diagnostic syndromique et traitement des IST dans les établissements de santé		
5. Prévention de la surmorbidity et de la surmortalité maternelles et néonatales			
5.1	Disponibilité des soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) de base et complets pour 500 000 habitants	OUI	NON
	Centre de santé disposant de services de SONU de base pour 500 000 habitants		
	Hôpital disposant de SONU complets un pour 500 000 habitants		
5.2	Centre de santé (pour garantir les SONU de base 24/7)	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 24/7).	OUI	NON
	Un agent de santé qualifié de garde pour 20-30 patients hospitalisés dans les services obstétriques		
	Une équipe de médecin/infirmière/sage-femme/anesthésiste de garde		
	Médicaments et fournitures en quantité suffisante pour appuyer les SONU complets 24/7		
	Soins post-avortement		
	Couverture des soins post-avortement (SPA) (nombre d'établissements de santé où les SPA sont disponibles/ nombre d'établissements de santé) x 100%		
Nombre de femmes et de filles bénéficiant de SPA			
5.3	Système d'orientation vers d'autres services/établissements pour les urgences obstétriques et néonatales en fonctionnement 24/7	OUI	NON
	Transport de la communauté vers le centre de santé disponible 24/7		
	Transport de la communauté vers l'hôpital disponible 24/7		
5.4	Chaîne du froid opérationnelle (pour l'ocytocine, les tests de dépistages sanguins) en place		

5.5	Proportion 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 sur la même période)			%
5.6	Besoin en 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)			%
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 de 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 centres de santé 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 où 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	Contraception d'urgence (pilule à progestatif seul)			
6.4	Pilule contraceptive orale			
6.5	Injectables			
6.6	Implants			
6.7	Dispositif intrautérin			
6.8	Nombre d'établissements de santé qui disposent au minimum de l'équivalent de 3 mois de fournitures	NUMBER		
	Préservatifs			
	Contraception d'urgence (pilule à progestatif seul)			
	Pilules contraceptives orales combinées			
	Pilules contraceptives à progestatif seul			
	Injectables			
	Implants			
	Dispositif intrautérin			
7. Planification de la transition vers des services complets de SSR				
7.1	Prestation de service	OUI	NON	
	Besoins en SSR dans la communauté identifiés			
	Sites adaptés à la prestation de service de SSR identifiés			
7.2	Personnel de santé	OUI	NON	
	Capacités du personnel évaluées			
	Besoins de personnel et échelons identifiés			
	Formation(s) conçue(s) et planifiée(s)			
7.3	Système d'informations sanitaires	OUI	NON	
	Informations sur la SSR incluses dans le système d'informations sanitaires			
7.4	Produits médicaux	OUI	NON	
	Besoins en produits de SSR identifiés			
	Chaînes d'approvisionnement en produits de SSR identifiées, consolidées et renforcées			
7.5	Financement	OUI	NON	
	Possibilités de financement de la SSR identifiées			
7.6	Gouvernance & leadership	OUI	NON	
7.7	Lois, politiques et protocoles relatifs à la SSR passés en revue			

8. Autre activité prioritaire: soins post-avortement		
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 ajouter d'autres commentaires, le cas échéant.		
11. Actions (si la case « non » a été cochée, préciser les obstacles et les activités suggérées pour les surmonter.)		
Nombre	Obstacle	Solution proposée

3.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

LECTURES ESSENTIELLES SUR LE DMU

IAWG. (2010). Brief de 2 pages sur le plaidoyer MISP: *Qu'est-ce que le DMU? Pourquoi est-il si important?* Extrait de: <https://iawg.net/wp-content/themes/iawg/assets/pdfs/fr/annexef.pdf>

International Planned Parenthood Federation. (2007, Août). *MISP Cheat Sheet*. Extrait de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2015/09/MISP-cheat-sheet-rev.04-2010.pdf>

FNUAP, & IAWG. (2011). *Kits de Santé Reproductive Inter-organisations à Utiliser en Situations de Crise* (5^e éd.). Extrait de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%202011_FR_0.pdf

FNUAP, & Save the Children. (2013). *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings: One hour interactive e-learning course*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/e-learning-course-adolescent-srh-humanitarian-settings/>

Save the Children, & UNICEF. (2018). *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings/>

Women's Refugee Commission. (2011). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module*. Extrait de: <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/>

Women's Refugee Commission. (2012). *Universal & Adaptable Information, Education & Communication (IEC) Templates on the MISP*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp/>

Women's Refugee Commission. (2016). *MISP Calculator: Calculates the Reproductive Health Statistics Necessary for the Implementation of the MISP*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA VIOLENCE SEXUELLE

CPI. (2015). *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*. Extrait de: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf

ICEC. (2013). *Regimen Update: Timing and Dosage of Levonorgestrel-alone Emergency Contraceptive Pills*. Extrait de: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/01/ICEC_LNG-ECP-Regimen-Update_Jan-2013.pdf

IAWG Training Partnership Initiative, & Women's Refugee Commission. (2017). *Clinical Management of Sexual Violence Survivors, Facilitator's Guide*. Extrait de: <https://iawg.net/wp-content/uploads/2017/08/CMoRS-2017-FINAL.pdf>

OMS, FNUAP, & HCR. (2004). *Gestion clinique des victimes de viol. Développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43156/9242592633_fre.pdf

OMS, HCR & FNUAP. (2009). *Gestion clinique des victimes de viol. Programme d'auto-apprentissage interactif*. Extrait de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LE VIH

CPI. (2010). *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings*. Extrait de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

EngenderHealth. (2011). *Prévention des infections : Un guide de référence pour les professionnels de santé* (2^e éd.). New York, NY. Extrait de: <https://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Interagency Task Team HIV in Humanitarian Emergencies. (2015). *Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) in Humanitarian Settings: Part II Implementation Guide*. Extrait de: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-04/IATT_Part-2-PMTCT-in-Humanitarian-Settings_2015_0.pdf

OMS. (n.d.). *Sécurité des transfusions sanguines*. Extrait de: https://www.who.int/topics/blood_safety/fr/

SOINS OBSTÉTRIQUES ET NÉONATAUX D'URGENCE

IAWG Training Partnership Initiative. (2017). *Clinical Refresher Trainings: Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using Manual Vacuum Aspiration; and, Basic Emergency Obstetric and Newborn Care in Humanitarian Settings: Select Signal Functions*. Extrait de: <http://iawg.net/tpi-home/resources/>

OMS. (2011). *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle-Income Countries*. Extrait de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1

OMS. (2012). *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf?ua=1

Save the Children, & UNICEF. (2018). *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings/>

CONTRACEPTION

OMS. (2015). *Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale*. Extrait de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en/

OMS. (2016). *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives* (3è éd.). Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259677/9789242565409-fre.pdf>

OMS. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Extrait de: <http://www.fphandbook.org/>

TRANSITION DU MISP VERS LA SSR COMPLÈTE

OMS, FNUAP, Escuela Andaluza de Salud Pública (2011). *Sexual and Reproductive Health during Protracted Crises and Recovery: Granada Report*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70762/WHO_HAC_BRO_2011.2_eng.pdf;jsessionid=D814E1C0963906CA5EC212E3BE48535F?sequence=1

SOINS POST-AVORTEMENT

OMS. (2015). *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf

AUTRE

OMS. (2011). *WHO Compendium of Innovative Health Technologies for Low-Resource Settings*. Extrait de: http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/

CHAPITRE 4

LOGISTIQUE

- 4.1 Introduction
 - 4.2 Objectifs
 - 4.3 Programme logistique
 - 4.3.1 Principes de gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les contextes d'urgence
 - 4.3.2 Informations essentielles sur le programme nécessaires aux décisions en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement
 - 4.3.3 Chaîne d'approvisionnement: De la préparation au DMU aux services complets de SSR
 - 4.3.4 Coordonner et établir des liens
 - 4.3.5 Plaidoyer
 - 4.4 Considérations en matière de droits humains et de droit
 - 4.5 Suivi et évaluation
 - 4.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

4.1 INTRODUCTION

Une chaîne d'approvisionnement solide est une composante cruciale de la prestation de service de santé sexuelle et reproductive (SSR). Lorsque les fournitures de SSR - des méthodes contraceptives, aux antibiotiques pour les infections sexuellement transmissibles, en passant par les médicaments qui empêchent la mortalité maternelle et les fournitures de base pour les nourrissons, petits et malades - ne sont pas disponibles, les services de SSR ne peuvent pas être efficaces. Bref, **sans produit, pas de programme**.

Le succès ou l'échec d'une action humanitaire peut reposer sur la gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement. La gestion de la chaîne d'approvisionnement consiste à tirer parti des relations pour une bonne prévision de la demande et des quantités de produits nécessaires, de l'approvisionnement, du stockage, du transport et de la distribution des biens. La gestion de la chaîne d'approvisionnement a pour but de mieux aligner l'approvisionnement sur la demande. En d'autres termes, la gestion de la chaîne d'approvisionnement revient à disposer des biens, en quantité et qualité suffisantes, à partir du bon site/auprès des bonnes personnes par le biais des bons canaux, vers la bonne destination, en temps utile. Les termes de « logistique » et de « gestion de la chaîne d'approvisionnement » sont souvent utilisés comme synonymes.

ENCADRÉ 4.1: LES SIX RÈGLES DE LA « BONNE » LOGISTIQUE

Les **BONNES** marchandises

En **BONNE** quantité

En **BONNE** condition

LIVRÉES...

au **BON** endroit

au **BON** moment

au **JUSTE** prix

Les processus requis pour veiller à ce que des fournitures de SSR de haute qualité soient disponibles en bonne condition, quand et à l'endroit où ils sont nécessaires, incluent la prévision et le chiffrage, l'approvisionnement, l'importation, le stockage, le transport, la distribution ainsi que la collecte de données et les compte rendus. La coordination et la gestion de ces processus nécessitent des rôles et responsabilités clairement définis et un niveau élevé de communication, de collaboration et de coordination entre les agences gouvernementales et les équipes logistiques issues de divers organismes partenaires internationaux et nationaux.

Lorsque les urgences humanitaires surviennent – inondations, conflit prolongé, sécheresses à évolution lente – les organisations impliquées dans l'action doivent rapidement identifier ou mettre en place une chaîne d'approvisionnement opérationnelle, flexible pour fournir des produits vitaux aux populations touchées dès que possible. Il incombe également aux agences humanitaires de contribuer à ce que les chaînes d'approvisionnement soient solides, flexibles et durables dans tous les contextes et situations, dans les villes comme dans les zones rurales éloignées et que cela s'inscrive dans le cadre d'activités de préparation ou de contextes d'urgences en phase aiguë/post-aiguë ou de crises prolongées. Le renforcement des chaînes d'approvisionnement durables locales est non seulement essentiel durant la transition de la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence (DMU) à la prestation de services complets de SSR, mais aussi lors de la phase aiguë d'une urgence lorsque le DMU est appliqué. Dans certains cas, il peut y avoir plusieurs chaînes d'approvisionnement, mais ces canaux doivent au moins être coordonnés dans le cadre d'un système global d'approvisionnement et évoluer vers un système intégré durable dès que possible.

Quel que soit le mode de conception de la chaîne d'approvisionnement, les opérations de gestion de chaîne

d'approvisionnement humanitaire doivent s'attaquer à l'ensemble du cycle du programme d'urgence, notamment la préparation aux urgences, l'intervention d'urgence, et la transition vers des chaînes d'approvisionnement durables. L'ensemble de ces phases du cycle du programme d'urgence doit également être pris en compte durant les activités de préparation ou le processus initial de planification pour cette intervention. La phase de préparation est essentielle pour établir rapidement la chaîne d'approvisionnement humanitaire lorsqu'une crise frappe.

Les logisticiens peuvent être les personnes clés gérant bon nombre des processus évoqués dans ce chapitre, mais les rôles et les responsabilités peuvent varier en fonction des entités. **Les personnes clés en matière de SSR doivent toujours assurer une coordination avec les équipes en charge de l'approvisionnement et de la logistique**, quels que soient leurs titres ou rôles spécifiques.

4.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de:

- Présenter les processus et les parties prenantes clés essentiels pour des chaînes d'approvisionnement humanitaires efficaces en matière de SSR.
- Fournir des informations élémentaires concernant chaque lien au sein de la chaîne d'approvisionnement humanitaire, du chiffrage à l'approvisionnement, en passant par le transport et l'étape finale de la distribution
- Formuler des recommandations pour faciliter une expansion permanente des services du DMU vers des programmes de SSR afin de permettre un retour au système d'approvisionnement préexistant et/ou de faciliter un système renforcé
- Identifier les rôles et responsabilités clés du personnel, notamment les pratiques en termes de gestion, pour renforcer et assurer le maintien des chaînes d'approvisionnement humanitaire

4.3 PROGRAMME LOGISTIQUE

4.3.1 Principes de gestion de la chaîne d'approvisionnement dans les contextes d'urgence

Les principes sous-jacents à la gestion réussie de la

chaîne d'approvisionnement de la SSR dans les situations d'urgence comprennent:

- La réponse aux besoins en SSR de la population touchée, notamment les sous-groupes marginalisés, en distribuant des fournitures de SSR dès que possible après le début de la crise
- Dès que la situation sera stabilisée, passer de la dépendance vis à vis des Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (voir le Tableau 3.7) au soutien d'un système d'approvisionnement plus durable, tourné vers la consommation à tous les niveaux
- Renforcer les capacités locales pour qu'elles puissent maintenir une chaîne d'approvisionnement solide, durable au fil du temps
- Appuyer les économies locales dans l'ensemble du système d'approvisionnement, en s'approvisionnant localement, autant que possible, le cas échéant
- Se préparer pour pouvoir répondre aux besoins en approvisionnement en SSR immédiatement après le début d'une urgence si possible
- Prévenir les ruptures de stocks tout en limitant les gaspillages
- Assurer la mise à disposition de produits de qualité assurée

4.3.2 Informations essentielles sur le programme nécessaires aux décisions en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement

Les infrastructures des chaînes d'approvisionnement seront souvent endommagées ou complètement neutralisées à la suite d'une urgence. Lors des premières phases d'une intervention suite à une situation d'extrême urgence, il se peut que l'utilisation du temps, des ressources et du recrutement pour mener un recensement des besoins coordonné de la logistique ne soit pas à l'ordre du jour. Au lieu de cela, les informations collectées avant la crise telles que toute les données secondaires pertinentes, l'analyse des chaînes d'approvisionnement existantes, les données historiques et les fournitures présentes dans le pays de même que la collaboration continue avec le personnel technique, peuvent fournir des éléments précieux pour la planification initiale et la mise en œuvre de la chaîne d'approvisionnement. Les données pré-crise et les bilans rapides de situation peuvent aider à affiner les commandes de fournitures. Il convient d'utiliser ces informations avec les outils existants comme la calculatrice des Kits de santé reproductive (Kits de SR)

du Groupe interorganisations élaborés par le groupe de travail du groupe interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situations de crise, pour guider les activités en matière de logistique et d'approvisionnement en SSR. Souvenez-vous que le DMU ne nécessite pas une évaluation pour commencer la mise en œuvre, c'est aussi le cas pour les chaînes d'approvisionnement en appui de l'application initiale du DMU.

Les relations et accords préexistants, les plans de transport et d'autres systèmes pré-crise sont également cruciaux pour la planification et la mise en œuvre des chaînes d'approvisionnement dans les crises. Les plans prévus dans le cadre de vos activités de préparation et de planification sont essentiels au succès du programme d'intervention d'urgence.

ENCADRÉ 4.2: RECENSEMENTS DES BESOINS, PRÉPARATION ET LOGISTIQUE

Comme pour la mise en œuvre du DMU, un recensement des besoins en logistique et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement n'est pas immédiatement nécessaire à la suite d'une nouvelle urgence. Les données collectées pendant la phase de préparation et d'autres types de données secondaires/préexistantes peuvent fournir les informations requises pour l'intervention d'urgence. Les systèmes de logistique et de chaîne d'approvisionnement doivent toujours être inclus dans les activités de préparation et de planification, parallèlement aux processus de planification d'urgence et de sécurité.

Une fois qu'ils seront possibles, les recensements des besoins multi-secteur rapides/initiaux seront généralement assurés par le personnel technique. Ils se concentrent également sur les besoins élémentaires des communautés touchées à savoir la santé, l'hébergement d'urgence, la nourriture, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Il est essentiel que les équipes en charge de la logistique, de la chaîne d'approvisionnement travaillent en étroite collaboration avec le personnel technique (et vice versa) pour rassembler et interpréter les données des populations clés. Un premier recensement des besoins est essentiel pour identifier les capacités et les lacunes existantes dans les canaux de la chaîne d'approvisionnement et les produits de santé clés. Cela guidera l'élaboration d'un plan de transition vers des chaînes d'approvisionnement durables. Le secteur de la santé et d'autres conduiront des recensements des besoins initiaux dans les premières heures et lors des premiers jours d'une situation d'extrême urgence. Les agences travaillant sur les programmes de SSR doivent partager les données des évaluations entre et au sein des agences, de même

qu'entre les pôles afin de guider le programme des chaînes d'approvisionnement.

Alors que l'intervention avance, d'autres recensements seront effectués par le secteur de la santé et d'autres secteurs techniques. Cela inclut des recensements des besoins intersectoriels, coordonnés (généralement menés par l'ONU), qui sont utiles pour comprendre les besoins de santé émergents de la population touchée (qui guident directement les besoins des chaînes d'approvisionnement). Le personnel travaillant sur la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de logistique doit se familiariser avec les données de ces outils. Il doit les partager avec les partenaires et encourager la collaboration entre les pôles (santé, logistique, etc.) dans l'ensemble des processus pour garantir des systèmes de gestion des chaînes d'approvisionnement appuyés par des parties prenantes bien informées.

ENCADRÉ 4.3: PARTENARIAT ET COORDINATION

La coordination logistique englobe tous les groupes de travail et les pôles, notamment les sous-groupes de travail, les pôles nationaux, les établissements de santé, les groupes communautaires, etc. Les informations, les données, les évaluations et la planification de la chaîne d'approvisionnement doivent être partagées au sein des agences et entre elles, de même qu'entre les pôles. Les véritables mécanismes de coordination impliquent l'ensemble des parties prenantes clés à des points importants du processus de logistique collaborative pour la mise en place des systèmes de chaîne d'approvisionnement.

INFORMATIONS ESSENTIELLES À COLLECTER ET COMPRENDRE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU DMU DANS LES SITUATIONS D'EXTRÊME URGENCE

Les agences de SSR doivent déterminer s'il est possible d'obtenir les fournitures de SSR dans le pays pour répondre aux besoins de la population touchée. Lorsque les fournitures ne sont pas déjà dans le pays, les agences s'approvisionnent en Kits de SR auprès du Service d'approvisionnement du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Les Kits de SR peuvent également être achetés auprès d'ateliers régionaux où ils ont été pré-positionnés. Cependant, il est important de garder à l'esprit le fait que les Kits de SR ne sont pas nécessaires dans tous les contextes et que tous les contextes n'auront pas besoin de chacun des Kit de SR. Le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP peut aider à faciliter l'approvisionnement en

Kits de SR. Pour plus d'informations sur le contenu et l'approvisionnement en Kits de SR, voir le chapitre 3.

Les agences doivent immédiatement établir une coordination avec les pôles (santé, logistique et éventuellement protection) et avec l'ensemble des agences partenaires pour veiller à ce que les fournitures de SSR fassent partie du pôle principal des produits de santé. Cela est essentiel pour éviter des lacunes d'approvisionnement en matière de SSR causées par la confusion suscitée par l'intervention d'urgence- surtout si le sous-pôle de SSR n'a pas encore été activé.

Plusieurs points de données peuvent être utilisés pour informer la planification logistique. Cela inclut entre autres les populations touchées par les urgences, la géographie et la démographie de la zone desservie, les anciens niveaux d'approvisionnement des centres de santé, le stock actuel et la conservation au sein des établissements de santé, les spécificités des produits, les accords de partenariat, les options de transport et les conditions de stockage, les réglementations gouvernementales relatives à l'importation, les capacités du personnel et les processus de gestion des déchets. Utiliser ces points de données pour guider les décisions sur la chaîne d'approvisionnement et sur la logistique expliquées ci-dessus; ces données doivent provenir de votre préparation mais si elles ne sont pas disponibles, elles peuvent être collectées pendant la phase aiguë (ce qui est loin d'être l'idéal).

Taille de la population de la zone desservie

La taille de la population est la variable la plus importante qui guide les commandes de Kits de SR et d'autres fournitures de SSR dans les situations d'extrême urgence. Même si les seules données disponibles sont la taille de la population, la calculatrice des Kits de SR peut aider à déterminer combien de kits de chaque type il faut commander. Les Kits de SR sont constitués en fonction des hypothèses relatives à la population (par exemple, le taux de prévalence contraceptive de 5%). La calculatrice peut aider à commander les Kits de SR lorsque la population réelle est différente de celle envisagée dans les hypothèses.

Nombre et portée des établissements de santé opérationnels

Le nombre, le lieu et la portée des établissements de santé opérationnels guideront également la commande des Kits de SR et la planification de la chaîne d'approvisionnement. Cela inclut le niveau des établissements (primaire, référence, tertiaire, etc.), l'accessibilité des établissements, leurs effectifs et leurs compétences dans chaque établissement; ces informations permettront de garantir le bon nombre de

Kits de SR acquis pour un contexte spécifique (par exemple sur les sites où les prestataires sont formés à leur utilisation), de même que pour guider la planification de la distribution. Le pôle de santé, et les agences impliquées dans le pôle et le Ministère de la Santé (MS), collecteront ces données au début. Noter qu'à l'avenir, toutes les agences doivent continuer à enrichir la surveillance et d'autres systèmes d'alerte qui suivent les capacités de systèmes de santé, notamment les systèmes de chaîne d'approvisionnement à leur service. Cela peut s'avérer essentiel dans les contextes d'urgences récurrentes et/ou en périodes de nouveaux déplacements.

ENCADRÉ 4.4: PRÉVISION DES KITS DE SR POUR L'INTERVENTION D'URGENCE

Ne pas partir du principe qu'un 1 Kit de SR par établissement sera suffisant. Utiliser plutôt la taille de la population de la zone desservie (et toute autre donnée disponible sur les établissements de santé et leur niveau de soins) pour avoir une estimation des besoins en intégrant les données dans la calculatrice des Kits de SR (voir Section 4.6). La zone desservie inclut non seulement la communauté touchée, mais aussi toutes celles des zones environnantes qui peuvent être tentées par les services offerts dans l'établissement; la disponibilité des services peut créer une demande plus importante qui doit guider la planification de l'approvisionnement.

Spécificités des produits des Kits de SR

Le calculateur des Kits de SR aidera également à calculer le poids et le volume des kits requis, notamment ceux qui nécessitent le stockage au froid. Ces spécificités doivent être communiquées aux équipes de logistique, d'approvisionnement et d'appui aux programmes.

Exigences gouvernementales

Les exigences gouvernementales ont un impact sur les processus de commande, d'importation, de transport, d'élimination et de compte rendu concernant les fournitures de SSR y compris les Kits de SR. Parmi les réglementations importantes figurent les exonérations sur les importations humanitaires, les dédouanements rapides, les procédures d'importation pharmaceutique, les obligations en matière de transport local et les directives relatives à la gestion des déchets médicaux (ou l'absence de telles directives). Ces procédures et directives varient grandement d'un pays à l'autre, comme celles qui régissent l'autorité de développer et d'appliquer les politiques. Il est recommandé que les

agences contactent le MS, les autorités nationales en matière de médicaments, les autorités douanières, et/ou d'autres instances dirigeantes concernées y compris le pôle logistique, pour obtenir les informations et les permissions nécessaires. Pour les produits pharmaceutiques, veiller à inclure le pourcentage dans votre commande pour intégrer les tests de laboratoire qui sont souvent menés au point d'importation nationale.

Accords de partenariat

Les agences doivent instaurer des mécanismes comme les protocoles d'accord et d'autres accords entre agences, nécessaires à l'accès aux Kits de SR de partenaires notamment les agences des Nations Unies ou le gouvernement, dès que possible. Les accords préexistants sont la référence absolue et sont utiles pour réactiver les relations et les procédures rapidement.

Transport et stockage

Les agences doivent identifier les options et les partenaires pour le transport et le stockage national, du point d'entrée à la destination finale des fournitures. Dans la mesure du possible, s'appuyer sur les accords préexistants avec les agents de stockage et les transporteurs. Certaines fournitures de SSR, comme l'ocytocine, nécessitent une chaîne du froid. Évaluer les besoins et options en matière de chaîne du froid; ils sont au cœur des plans de gestion des chaînes d'approvisionnement y compris les plans d'approvisionnement. La disponibilité d'une chaîne du froid, y compris la réfrigération dans le stockage, le transport et la distribution de même que les générateurs, doivent être identifiés. Il faut impérativement avoir une idée claire des capacités du personnel de stockage à maintenir les chaînes du froid. Le renforcement des capacités par rapport à la gestion de la chaîne du froid doit être pris en compte. La sécurité des transports et des stockages disponibles est un élément important à prendre en considération. Tenir compte de la façon dont le conflit peut affecter les questions telles que le transport du personnel en toute sécurité ou la perte éventuelle d'articles sur les itinéraires de transport et trouver des solutions alternatives et des méthodes de stockage créatives.

Suivi et compte rendu des inventaires

Les agences et le sous-pôle de SSR doivent identifier et instaurer des outils et modèles préexistants de gestion des inventaires. Remédier aux lacunes au niveau de ces outils et assurer une coordination avec le pôle de santé et les agences partenaires (y compris ceux qui ne sont pas directement impliqués dans le pôle) pour assurer la régularité.

Capacité du personnel et infrastructure organisationnelle de la logistique

Les agences doivent déterminer les capacités du personnel à tous les points de la chaîne d'approvisionnement pour mener à bien les fonctions requises. Il n'existe pas de niveau standard du nombre minimal d'effectifs chargés de la logistique. Les effectifs minimum dépendront de la taille et des besoins d'une organisation, de même que la présence d'organisations existantes avec les capacités requises en termes de logistique. Lorsqu'elles définissent les effectifs à recruter pour la logistique, les organisations doivent tenir compte des besoins en matière d'approvisionnement, de coordination du dédouanement et des approbations gouvernementales, de gestion des ateliers et des inventaires, de flotte ou la coordination d'un transport assuré par un tiers, et la coordination de la distribution, de la gestion des données et du suivi. Les agences doivent également déterminer les mécanismes existants pour garantir la communication et la coordination entre le personnel en charge de la logistique et l'équipe de programme dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement.

Gestion des déchets

Beaucoup de pays disposent de procédures de gestion des déchets avant la survenue de situations d'urgence. Veiller à identifier ces réglementations si vous ne l'avez pas encore fait. En cas d'absence de directives nationales, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Bureau pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) disposent de directives sur les principes élémentaires de gestion des déchets pendant les situations d'urgence. Cependant, le Comité international de la Croix-Rouge a conçu des directives les plus complètes concernant la gestion de l'élimination des déchets dans les situations d'urgence. Des informations complémentaires pour la gestion de l'élimination des déchets figurent ci-dessous dans la dernière partie du Pilier 2.

DES INFORMATIONS ESSENTIELLES À COLLECTER ET COMPRENDRE POUR PASSER AUX SERVICES COMPLETS DE SSR

Après la phase aiguë d'une intervention, conduire un recensement pour identifier des mécanismes nécessaires à la mise en place de chaînes d'approvisionnement durables qui permettent la prestation de services complets de SSR. Cela peut être fait par chaque agence pour leurs propres chaînes d'approvisionnement qui doivent idéalement être conduites dans l'ensemble des agences faisant partie du pôle de santé. Il n'existe pas d'outil commun à utiliser dans ce but, mais l'IAWG a reconnu le besoin de développer un outil qui contribuera à l'utilisation de chaînes d'approvisionnement durables.

Les Kits de SR sont conçus pour être utilisés à l'échelle mondiale lors de la première phase d'une intervention d'urgence; ils n'ont pas pour finalité de répondre aux besoins de SSR d'une population spécifique dans n'importe quelle région ou n'importe quel pays. Ils ne sont pas censés être utilisés pour les programmes à long-terme et la dépendance extrême à l'égard de ces kits conduit souvent à un gâchis énorme, car certains produits s'accumulent et périssent alors que d'autres continueront de subir des ruptures de stock en raison de tendances de consommation pratiquée localement. De plus, il se peut qu'il n'y ait pas de financement pour la destruction des articles périmés ou des infrastructures pour l'élimination des déchets médicaux dans le pays ou la région concernée. Par ailleurs, l'utilisation à long terme des Kits de SR retardera les progrès de programmes spécifiques à des contextes et axés sur des besoins précis. En outre, la surdépendance à l'égard des kits impose un fardeau aux chaînes d'approvisionnement mondiales de SSR; la surutilisation des Kits de SR lors d'une urgence peut entraîner des pénuries de kits pour l'urgence suivante.

Pour éviter les déchets et mieux servir les populations, les logisticiens, les responsables de chaînes d'approvisionnement doivent établir une coordination avec le coordinateur SSR et les responsables de programmes de santé pour commencer à planifier immédiatement la transition de la dépendance à l'égard des Kits de SR pré-conditionnés à un approvisionnement plus durable et des mécanismes de commande qui reflètent les besoins et les tendances de consommation dans le contexte spécifique. Cela implique, par exemple, d'avoir une estimation de la consommation future pour commander chaque produit individuellement pour minimiser les gaspillages; d'identifier la disponibilité et la qualité des produits locaux; d'identifier les options de transport et de stockage durables; de pouvoir déterminer les capacités du personnel à gérer les chaînes d'approvisionnement et intégrer les missions de la chaîne d'approvisionnement - de l'approvisionnement à la distribution et à la gestion des déchets - au gouvernement local et/ou aux processus locaux des agences. L'évaluation des composantes de la chaîne d'approvisionnement évoquées ci-dessous le plus tôt possible dans le cadre du processus d'intervention, parallèlement aux facteurs décrits ci-dessus, permettra d'assurer une conception et une application efficace de programme.

Stock actuel

La disponibilité actuelle des fournitures guidera tous les

autres processus d'approvisionnement. Les agences de prestation de service doivent partager des rapports de base sur les niveaux d'inventaire et les dates de péremption des produits actuellement en stock dans les établissements de santé, qui peuvent être utilisés pour définir les niveaux actuels de stocks. Les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé ou les agents chargés de l'approvisionnement avec lesquels ils travaillent, peuvent également obtenir des informations sur les fournitures existantes par le biais du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) et les systèmes d'information sur la gestion logistique (SIGL). Ils peuvent également conduire une brève évaluation du marché des produits (notamment l'inventaire des produits des partenaires). Il peut également être utile de contacter le pôle de sécurité alimentaire pour se renseigner sur les évaluations de marché dans les zones touchées par les urgences. Consulter les mécanismes de coordination du pôle pour des ressources complémentaires.

Demande et consommation des produits

Des sources multiples peuvent définir les estimations de la demande et de la future consommation de produits. Les agences peuvent avoir une estimation de la demande pré-crise de services et de produits de SSR sur la base des bilans sanitaires et des données d'inventaires/stocks, notamment du SIGS et du SIGL. Les établissements de santé peuvent être incités à fournir des données sur les tendances actuelles de consommation. Si les données relatives à la consommation ne sont pas disponibles, travailler avec les homologues nationaux pour avoir une estimation sur la base des statistiques de prestation de service et des données démographiques. Il est important de continuer le suivi des données sur la consommation afin d'adapter l'approvisionnement à la consommation et déterminer si les produits atteignent actuellement les populations ciblées.

Transport et lieu de stockage

Il est essentiel de conduire un recensement continu des établissements et des lieux de stockage à tous les niveaux - du stockage central à la distribution finale. Le transport des biens et des personnes (c'est-à-dire le personnel de renfort) restera une composante essentielle de tout système logistique, en particulier lorsque la chaîne d'approvisionnement commence à appuyer la prestation de services complets de SSR. Les agences doivent identifier les fragilités des infrastructures clés et développer des plans d'urgence pour s'attaquer aux lacunes de la distribution.

Politiques gouvernementales, qualité des médicaments et les processus de régulation

La connaissance des politiques, des plans gouvernementaux pertinents et des mécanismes de collecte de données est fondamentale pour la conception et la mise en œuvre des programmes de SSR. Il faut obtenir des informations sur les processus réglementaires et la qualité des médicaments locaux. Le bureau local de l'OMS peut généralement fournir des informations sur la disponibilité des produits de haute qualité, à l'échelle locale, ainsi que la qualité des commerçants et des fournisseurs qui doivent être présélectionnés.

Suivi, inventaire et mécanismes de compte rendu

Les agences doivent comprendre et alimenter les mécanismes existants de suivi et de compte rendu, comme le SIGS et le SIGL utilisés pour suivre la consommation, l'inventaire, les fournitures et d'autres facteurs essentiels au maintien d'une chaîne d'approvisionnement parfaitement opérationnelle.

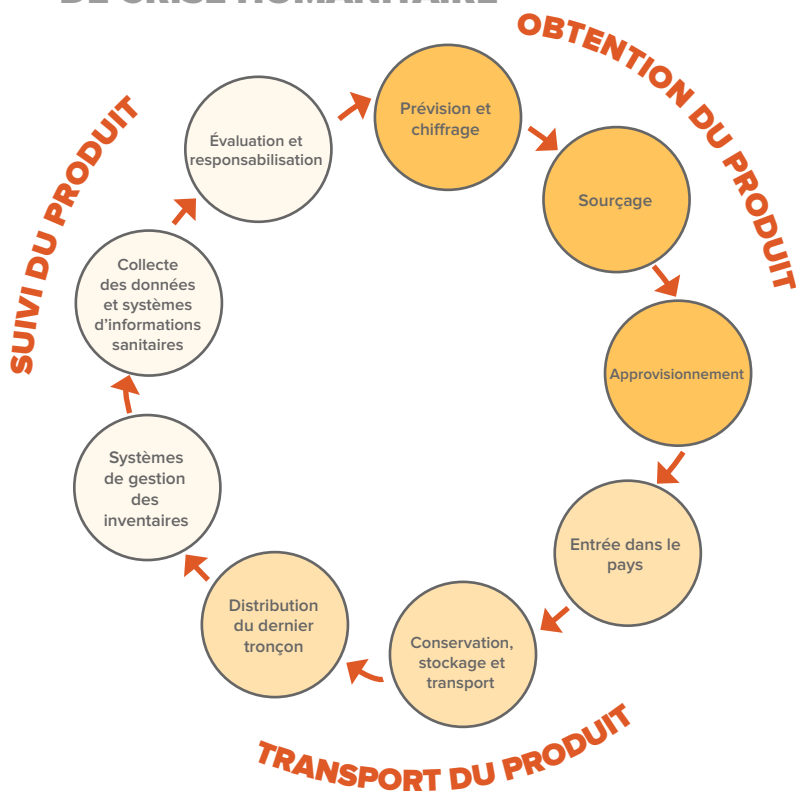
4.3.3 Étapes de la chaîne d'approvisionnement: Du chiffrage à la distribution et de la préparation au DMU aux services complets de SSR

Cette rubrique présente brièvement chaque composante clé de la chaîne d'approvisionnement. Les agences utilisent souvent différentes terminologies pour décrire les liens des chaînes d'approvisionnement et certaines agences associent des processus multiples en quelques étapes, bien que tous les cadres captent les mêmes processus de base. L'illustration 4.1 décompose les processus en plusieurs étapes de manière à ce que le personnel non logistique puisse les suivre et les comprendre.

Sous chaque étape dans la chaîne d'approvisionnement présentée ci-dessous, nous donnons des considérations clés s'appliquant à l'ensemble du cycle du programme d'urgence, et ensuite nous proposons des orientations propres à la préparation, à l'intervention d'urgence et au rétablissement ou aux phases prolongées d'une urgence. Les notes sur les phases de rétablissement traitent de la transition de l'intervention d'urgence (application du DMU) à la prestation des services complets de SSR, en soulignant comment les chaînes d'approvisionnement d'urgence puissent être intégrées aux chaînes d'approvisionnement en produits médicaux et comment établir les systèmes de gestion complets des chaînes d'approvisionnement durables et efficaces. Pour plus d'informations sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement et ses

composantes (non spécifiques aux situations de crise humanitaire), voir le Supply Chain Manager's Handbook [Manuel sur la chaîne d'approvisionnement du manager] de JSI (2017). La coordination avec le pôle de santé et le sous-pôle SSR pour analyser les besoins et possibilités de la chaîne d'approvisionnement en utilisant les composantes du système de santé (voir Chapitre 3) peuvent définir la planification de la mise en place ou du renforcement des processus durables des chaînes d'approvisionnement.

ILLUSTRATION 4.1: LE CYCLE DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT POUR LES PRODUITS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LES SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE



Cette section traite également des éléments de ressources humaines qui doivent être pris en compte à travers le processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement. L'investissement en faveur de logisticiens professionnels est essentiel pour la gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement. Un logisticien fera très probablement avancer bon nombre des processus présentés ci-dessous, avec l'assistance technique de l'agent en charge de la SSR au sein de chaque agence. Il faut définir clairement les rôles et responsabilités du personnel à chaque étape, notamment le leadership et la supervision des processus logistiques (voir le Supply Chain Manager's Handbook pour plus d'informations). Pour la mise en place de chaînes d'approvisionnement efficaces, les personnes

doivent créer des synergies avec l'ensemble du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement, notamment le logisticien, l'agent d'approvisionnement, l'agent de douane, le prestataire du centre médical, le responsable de la pharmacie de l'établissement, et l'utilisateur final. Le système peut sembler différent durant la phase aiguë par rapport à la phase de rétablissement, grâce à son efficacité accrue et sa solidité alors que l'intervention s'élargit pour fournir davantage de services complets de SSR. Plus le programme de SSR devient complet, plus le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement doit l'être. Pour permettre des relations solides et efficaces et avoir un système d'approvisionnement efficace, il faut impérativement des spécialistes techniques (par exemple, des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des pharmaciens), les responsables de programme, et les spécialistes d'approvisionnement et logistiques pour comprendre leurs rôles et renforcer la logistique à chaque niveau du système de gestion de l'approvisionnement.

PILIER 1: OBTENIR LES PRODUITS NÉCESSAIRES

Prévision et chiffrage

Le chiffrage est le processus d'estimation des quantités et des coûts des produits nécessaires pour fournir un service de santé spécifique à une population. Il permet également de déterminer quand les produits devraient être livrés pour garantir un approvisionnement ininterrompu. Le terme de « chiffrage » est souvent utilisé comme synonyme de « prévision. »

Le chiffrage précis dépend des informations précises à propos des produits actuellement en stock, des produits en commande et des niveaux actuels de consommation de chaque produit, et des changements attendus par rapport à la demande au fil du temps. Plusieurs points de données peuvent être utilisés pour déterminer le chiffrage (comme indiqué ci-dessus): la population touchée par les urgences, la géographie de la zone desservie et le nombre de personnes, les niveaux d'approvisionnement du centre médical, les stocks existants dans les établissements de santé, et toute information concernant les tendances de consommation médicale. D'autres facteurs à prendre en compte incluent les spécificités des produits et l'espace de stockage (pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de place pour stocker les produits), la durée de vie des produits, et les politiques gouvernementales et les procédures de dédouanement (voir ci-dessous) ayant un impact sur l'importation de produits spécifiques. Toujours budgéter pour expliquer le niveau de fuite/perte d'un produit.

Les estimations incorrectes en termes de chiffrage peuvent

conduire à des ruptures de stock ou à des gaspillages. Les personnes en charge de l'approvisionnement, à l'échelon national, infranational et au niveau des établissements doivent être en mesure de savoir quelle est la quantité de produits requise par le programme, en anticipant le besoin pour éviter les ruptures de stock. Note: les rôles et les responsabilités de ces personnes clés varieront selon les organisations (il peut s'agir de responsables de programme, d'agents en charge de l'approvisionnement, de logisticiens et de pharmaciens, etc.). Le chiffrage doit expliquer les processus de réapprovisionnement des stocks (y compris le délai entre le point d'origine de la commande et la distribution) et comment ces processus changeront au fil du temps, parallèlement aux stocks régulateurs nécessaires pour éviter les pénuries. Les stratégies de chiffrage doivent non seulement justifier les besoins, les processus d'approvisionnement et la distribution, mais ils doivent aussi anticiper les besoins ultérieurs. Il faut tenir compte, par exemple, de la probabilité de la croissance de la population, dans le cas de déplacements prolongés; des difficultés rencontrées pour envoyer des fournitures durant la saison des pluies; ou de la demande accrue en raison des activités de promotion de la santé.

Les considérations relatives aux programmes pour le chiffrage dans l'ensemble du cycle de programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Déployer des experts en chiffrage pour guider les décisions sur le stockage préalable et les quantités de chaque kit ou produit. Plusieurs facteurs influenceront le chiffrage des fournitures préalablement stockées, notamment la probabilité d'une crise, le nombre de personnes qui peuvent être touchées, l'espace de stockage, et la durée de vie des produits. Les produits à longue durée de vie pourraient être ciblés pour le stockage préalable. Les produits à courte durée de vie peuvent seulement être préalablement stockés si une stratégie de rotation est en place (PEPS)
- **Intervention d'urgence:** Durant la phase aiguë d'une urgence, le nombre de personnes et la zone desservie seront des informations essentielles pour le chiffrage. Les agences prévoyant de commander des Kits de SR peuvent utiliser la calculatrice du Kit de SR de l'IAWG pour prévoir les besoins. Noter que la prévision des Kits de SR ne doit pas être effectuée uniquement en fonction du nombre d'établissements de santé opérationnels; la prévision doit inclure le nombre de personnes. Il est aussi très important de convenir clairement et très tôt avec le pôle de santé et le MS des outils et calendriers des comptes rendus utilisés

par votre système pour assurer un suivi des produits et de la consommation, qui guideront le chiffrage à l'avenir

- **Transition vers des services complets de SSR:** Lors de la stabilisation de la situation, le chiffrage doit s'appuyer sur les niveaux d'inventaire de l'établissement de santé et la consommation anticipée. Vous commencerez à dépendre davantage de votre système d'information sur la gestion logistique (voir Pilier 3). Alors que vous passez de l'approvisionnement en Kits de SR à l'approvisionnement de chaque produit séparément, il est particulièrement essentiel de renforcer les capacités en terme de bonne gestion des stocks et des pharmacies des établissements de santé, de déployer des experts compétents en matière de prévision et de chiffrage, et d'utiliser des ressources de haute qualité comme le chapitre sur le chiffrage du Supply Chain Handbook de JSI et le Guide de prévision de méthodes de planification familiale nouvelles et sous-utilisées (voir la section 4.6)

Sourçage

Le sourçage est le processus permettant de déterminer à quelle marque/quel fabricant il faut recourir pour chaque produit. Le sourçage peut varier considérablement entre les phases aiguës et celles de rétablissement, mais il doit toujours commencer par tenir compte des possibilités de sourçage des produits de haute qualité, locaux. Il est important de s'approvisionner en produits ayant une certification qualité (comme les bonnes pratiques de fabrication (BPF) ou les produits pharmaceutiques finis (PPF)) et de faire en sorte que les produits soient fabriqués pour être en conformité avec la Pharmacopée internationale de l'OMS ou l'équivalent. Une première étape simple pour déterminer la qualité consisterait à vérifier si le produit a été approuvé par une autorité réglementaire contraignante ou s'il a été préqualifié (PQ) par le Programme de préqualification de l'OMS ou s'il a été recommandé par un Groupe d'experts dans les volets 1 ou 2 du FNUAP. Consulter le pôle de santé ou les partenaires de l'ONU pour plus d'informations sur la manière d'assurer l'approvisionnement en produits répondant aux normes de qualité.

Il est également important de noter que certains bailleurs de fonds fixent des limites aux processus d'approvisionnement comme l'autorisation unique de l'approvisionnement auprès de l'ONU nécessitant une dérogation pour s'approvisionner auprès d'autres entités ou l'interdiction d'approvisionnement local en raison du manque de produits de haute qualité. Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les agents d'approvisionnement avec lesquels ils travaillent doivent être au fait des restrictions avant

d'entamer le processus, en particulier sur les produits pharmacologiques et les gros produits.

Dans certains cas, les médicaments peuvent faire l'objet d'une donation dans le contexte d'une urgence humanitaire. Cela peut être bénéfique et comporte également des risques. Parfois, les intervenants locaux ne connaissent pas les produits offerts (ou la concentration ou la formule spécifique du médicament) et n'ont pas été formés à leur utilisation. De plus, il est possible que l'étiquetage et les instructions figurant dans les paquets ne soient pas rédigés dans une langue comprise par les personnes concernées. Les médicaments offerts dans le cadre d'une donation peuvent également avoir des dates péremptions courtes. C'est la raison pour laquelle il faut impérativement être très prudent avec les médicaments offerts.

Les considérations relatives aux programmes pour l'approvisionnement dans l'ensemble du cycle de programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Recenser l'éventail de produits de SSR disponibles localement et leur qualité. Développer des relations avec les fournisseurs locaux
- **Intervention d'urgence:** Commencer la coordination entre les partenaires d'exécution, avec le sous-pôle SSR, et/ou le FNUAP au sein du pôle de santé immédiatement, pour discuter des services qui seront offerts et à quel endroit. Veiller à ce que les agences qui réceptionnent les fournitures (souvent les agences de l'ONU) partagent les plans de réquisition avec les agences d'exécution (y compris les ONG) pour guider leurs programmes. Les Kits de SR peuvent constituer une ressource utile durant l'intervention d'urgence et doivent être utilisés si nécessaire. Néanmoins, **procéder à l'approvisionnement des produits de bonne qualité disponibles localement, dès que possible** - à savoir, des produits avec une certification de qualité qui sont déjà disponibles dans le pays où vous travaillez (c'est-à-dire sur les marchés locaux, régionaux et/ou nationaux). En réalité, il faut du temps pour que certains Kits de SR arrivent (s'ils ne sont pas déjà disponibles dans le pays) et ils coûtent plus cher que l'approvisionnement local. Même dans les phases aiguës, l'obtention d'un produit à l'échelle locale ou régionale peut être bénéfique pour compléter les kits de SR
- **Transition vers des services complets de SSR:** L'approvisionnement pour chaque produit doit évoluer vers un processus plus solide avec des offres multiples. Comme pour la phase aiguë, les décisions doivent s'appuyer sur les caractéristiques des produits/les cahiers des charges et le prix minimal/meilleur prix (en tenant compte de l'assurance qualité). Le fournisseur

doit être capable de communiquer les informations suivantes sur demande telles que : le nom du fabricant et le site de fabrication, le certificat BPF, le certificat de produit pharmaceutique (CPP), le certificat d'analyse de chaque lot, et les résultats des tests sur chaque lot

Approvisionnement

L'approvisionnement est le processus d'achat d'un produit, notamment en passant des commandes et en les payant. L'étape la plus importante est l'obtention des informations détaillées sur les produits et la spécification des commandes pour l'achat des bons produits. Les relations entre les logisticiens, les équipes d'approvisionnement et les équipes de santé sont fondamentales pour le succès du processus. L'équipe de santé doit fournir des informations précises pour l'équipe logistique, plus précisément toute personne gérant l'approvisionnement pour que la commande reflète des facteurs comme le bon dosage et la formule de chaque médicament y compris les différents dosages et formules nécessaires pour des populations spécifiques comme les enfants et/ou les adolescents.

Avant d'acquérir les produits, veiller à ce que tous les produits nécessitant l'importation soient agréés dans le pays où vous menez votre programme (ou qu'une dérogation soit en place), et que l'agence soit autorisée à les importer. Il faut également déterminer, avant l'achat des produits, les fonds qui seront utilisés pour couvrir des coûts spécifiques en tenant compte des frais de manutention et de transport (voir le Pilier 2) et toutes les restrictions sur les sites d'approvisionnement et de distribution.

Les considérations relatives aux programmes pour l'approvisionnement dans l'ensemble du cycle du programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Développer des accords à long terme ou d'autres mesures avec des agences de l'ONU et/ou contrats types ou des accords de confirmation avec des fournisseurs locaux et internationaux pour faciliter le processus d'approvisionnement en cas d'urgence. Établir et appuyer les relations entre les logisticiens, les équipes chargées de l'approvisionnement et celles de SSR. Pré-enregistrer les produits pharmaceutiques fréquemment utilisés, si possible.
- **Intervention d'urgence:** Tâcher de tirer parti des contrats préexistants ou d'autres processus et des relations en vigueur avant la situation d'urgence (comme le respect des lois et réglementations locales en matière d'approvisionnement).
- **Transition vers des services complets de SSR:** Continuer à établir et soutenir les relations au sein des équipes logistiques et de programme, et des gouvernements

et autres partenaires, pour améliorer l'efficacité et la durabilité des processus d'achat.

PILIER 2: TRANSPORT DES PRODUITS

Entrée dans le pays

L'entrée de produits dans un pays, via les dédouanements, est essentielle au fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement. Il est important de planifier et de se préparer à cette phase en connaissant le mode de transport par lequel le fournisseur enverra le produit (par avion, bateau, etc.) exactement quand et où l'arrivée est planifiée, et en ayant le personnel prêt sur le terrain (et en attente) pour réceptionner la commande. Il est aussi important d'être flexible car des difficultés peuvent surgir, sachant que de nombreuses politiques et procédures (des douanes aux inspections de laboratoires) doivent être liquidées dans le cadre de l'entrée du produit dans le pays. Les étapes suivantes sont pertinentes pour l'ensemble des phases du cycle d'urgence:

- Établir et maintenir des relations avec le personnel et les responsables de l'aéroport local, les ports d'expédition les plus proches, les dépôts locaux de transport terrestre et un atelier situé près du port d'entrée pour faciliter les processus d'entrée du produit
- Informer le port d'entrée dès que vous recevez la notification de la date l'arrivée de la commande, en particulièrement pour une commande qui nécessite une chaîne du froid de toute sorte
- Veiller à ce que les documents administratifs nécessaires au dédouanement et toute facture/tout justificatif de paiement, soient en possession du personnel qui récupère la commande.
- Dédouaner toutes les marchandises importées dans le pays et passées par les douanes même les produits de secours qui sont détaxés. Chaque pays dispose de ses propres règles en matière de dédouanement
- Établir des liens avec un agent de douane fiable pour faciliter le processus de dédouanement
- Appuyer l'entrée rapide des produits dans le pays:
 - o Demander aux autorités de douane pour accorder la priorité aux produits de secours. Cela s'appelle le dédouanement accéléré. Ce service est souvent facturé et votre agent de douane peut aider dans ce processus
 - o Noter que les directives pour les dons de médicaments définies par l'OMS et d'autres agences suggèrent que le dédouanement accéléré est requis

pour tous les médicaments ayant fait l'objet d'une donation (voir la Section 4.6). Les responsables des douanes et du Ministère de la Santé gérant le don de médicaments sont chargés d'autoriser l'entrée des dons

- o Sachant que les produits de secours doivent arriver en étant détaxés, demander à ce que les produits soient sortis de la zone douanière dès réception, et mis à disposition pour le transfert terrestre et la distribution; cela s'appelle « mainlevée et dédouanement des marchandises ». Cela n'exonère pas de l'obligation du dédouanement administratif, mais seulement de la nécessité de maintenir les produits sous scellé jusqu'à ce que le dédouanement soit terminé. Cela n'est pas possible dans beaucoup de pays donc assurez-vous de connaître les procédures locales
- Préparez-vous à aborder les politiques et/ou difficultés opérationnelles pour des produits qui peuvent être controversés en raison des idées fausses quant à leur fonction ou utilisation, comme la contraception d'urgence, les équipements d'aspiration manuelle intra-utérine, le misoprostol et les stupéfiants médicaux. Vous pouvez identifier les difficultés éventuelles en comparant la liste de produits inclus dans les Kits de SR avec ceux qui sont enregistrés à l'échelon national et ceux qui figurent sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. Préparez-vous à plaider pour leur entrée dans le pays afin de garantir l'arrivée rapide des fournitures. Utiliser la Liste modèle de l'Organisation mondiale de la Santé des médicaments essentiels et la liste des produits à qualité garantie pour étayer vos arguments. Dans certains cas, une agence de l'ONU peut être en mesure de faire entrer un produit même lorsqu'une ONG ne peut pas (bien que cela ne soit pas toujours le cas)
- Lors de l'importation des produits pharmaceutiques et/ou tout type de fourniture médicale, gardez à l'esprit le fait que le pays conduira très probablement une inspection de laboratoire d'un certain pourcentage de vos fournitures/produits et cela peut inclure les Kits de SR. Cela prendra probablement beaucoup de temps et peut aboutir à ce qu'il y ait moins de produits que prévu, en tout cas pendant un certain temps

Les considérations relatives aux programmes pour l'entrée des produits dans l'ensemble du cycle du programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Recenser les points d'entrée existants, les politiques gouvernementales et les réglementations liées à l'importation de médicaments

et d'autres produits de santé, notamment dans le contexte d'urgences humanitaires. Plaider pour des politiques qui facilitent l'entrée rapide de produits dans le pays en cas d'urgences humanitaires, et pour l'application systématique de ces politiques. Il s'agit de l'enregistrement national et l'inclusion de tous les produits de la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels dans les Kits de SR et d'autres fournitures nécessaires à la mise en place de services complets de SSR; les politiques autorisant l'entrée rapide des livraisons humanitaires, y compris les fournitures SSR dans le pays et leur déploiement sans retard; et les politiques établissant les réglementations en terme de commerce/d'importation, comme les exonération fiscale, pour les livraisons humanitaires, y compris les fournitures de SSR

- **Intervention d'urgence:** Travailler avec l'ONU (plus fréquemment le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) lorsque l'organisation est un partenaire d'exécution dans un pays, et le FNUAP) pour garantir les importations détaxées de fournitures et équipements humanitaires d'urgence. Les agences de l'ONU sont couvertes par une exemption générale de taxes en raison de leur statut de diplomate et une lettre de donation peut être incluse dans l'envoi. Cela peut également être en place dans les accords de partenariat entre les agences d'exécution et le MS
- **Transition vers des services complets de SSR:** Noter que les conditions d'entrée prévues par les politiques et réglementations peuvent commencer à changer entre la phase aiguë d'une urgence (durant laquelle des exonérations humanitaires peuvent s'appliquer) et la phase post-aiguë pendant laquelle les organisations s'approvisionneront de manière indépendante et auprès de sources variées, notamment le secteur privé (lorsque les exonérations humanitaires ne peuvent plus s'appliquer)

Conservation, stockage et transport

Un bon stockage et transport permettent de veiller à ce que les produits arrivent à leur destination finale et restent en bon état. Conduire un recensement des besoins (voir la Section 4.4.1) pour savoir quels produits doivent être stockés dans des conditions spécifiques (y compris la chaîne du froid), les zones de stockage utilisées/disponibles dans les ports d'entrée, les options de stockage disponibles à chaque étape du trajet y compris la dernière partie et les meilleures options de transport. Les étapes suivantes sont pertinentes pour l'ensemble des phases du cycle d'urgence:

- Identifier les dimensions des produits et les exigences spécifiques en matière de stockage.

EXEMPLE DE PROGRAMME 4.1: GÉRER L'ENTRÉE DU PRODUIT LORSQU'IL EST CONTROVERSÉ

ORGANISATION: Anonyme

LIEU: Retiré

Introduction: Le misoprostol est un médicament essentiel en cas d'hémorragie postpartum. Cependant, dans de nombreux pays, le misoprostol est considéré comme controversé en raison de l'idée selon laquelle il est utilisé comme substance abortive. Cela peut causer des problèmes lors de son entrée dans le pays, surtout quand le produit ne figure pas dans la Liste de Médicaments essentiels ou d'autres politiques nationales. Des difficultés peuvent survenir lorsque le produit est inclus dans les politiques, normes et directives nationales, sachant que les procédures de dédouanement peuvent dépendre des règles imposées par un petit nombre de responsables puissants.

DESCRIPTION DU PROJET: L'agence humanitaire s'est approvisionnée en misoprostol pour l'utiliser dans son programme d'intervention d'urgence, mais elle a été confrontée à des difficultés pour obtenir les produits auprès des douanes car le misoprostol était perçu comme un abortif. La coordinatrice SSR a régulièrement rencontré le responsable du MS en charge de l'approbation de l'entrée du médicament. Elle a expliqué qu'il figurait sur la Liste de Médicaments essentiels et que son agence s'est approvisionnée en produit de qualité garantie. Elle a également évoqué la transparence de l'utilisation dans le cadre de son programme, en précisant que le but de ce produit était de sauver des vies en cas d'hémorragie postpartum. La coordinatrice SSR a proposé d'organiser la visite d'un site sur le terrain pour le représentant à tout moment à l'avenir.

RÉSULTATS: Suite à la réunion individuelle, le MS a approuvé l'entrée du misoprostol dans le pays et son déploiement dans le cadre de l'intervention. Bien que le produit soit hautement réglementé, la transparence, la communication et la collaboration ont facilité la livraison du misoprostol dans ce contexte.

LEÇONS APPRISSES: Le fait d'exploiter les relations et la transparence à l'égard des autorités nationales sur l'utilisation de produits controversés peuvent aider à endiguer les blocages. Utiliser les directives mondiales, notamment la LME de l'OMS pour plaider votre cause. Le fait de se réunir régulièrement avec des responsables réceptifs du MS aide également.

Comparer l'espace de stockage avec le volume de marchandises prévu

- Comprendre si un système de chaîne du froid peut être établi et/ou entretenu, connaître les lacunes et trouver des solutions pour y remédier
- Examiner les options pour recruter les fournisseurs locaux pour le stockage et le transport. Identifier les éventuels contrats de fournisseurs et développer de nouvelles relations si nécessaire
- Comprendre si certains produits peuvent être difficiles à transporter à travers le pays - par exemple, s'ils peuvent être confisqués aux postes de contrôle. Certains produits peuvent être associés à d'autres utilisations non-médicales, tels que les explosifs. Connaître ces problèmes spécifiques au contexte
- Identifier les entrepôts qui peuvent être utilisés et/ou empruntés et disposent d'espaces de stockage médical (par exemple, le contrôle de température, la prévention); il peut être nécessaire de réadapter ces entrepôts pour garantir le respect du stockage médical. Contacter les partenaires pour partager des entrepôts/espaces (par exemple, le Programme alimentaire mondial) ou le système de stockage avec chaîne du froid (par exemple, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)). L'insécurité peut avoir un impact sur les choix en matière de stockage. Par exemple, dans certains contextes, une organisation peut choisir de conserver les fournitures dans un établissement de l'ONU pour réduire les risques de pillage, alors que les établissements de l'ONU peuvent être exposés à un risque accru de pillage à un autre endroit
- Vérifier que les entrepôts aient des températures modérées (dans les pays tropicaux, il se peut que vous ayez besoin d'air conditionné ou de tout autre système de rafraîchissement), sec et protégé de la pluie, des parasites et des vols
- Examiner les options de transport et choisir le moyen de transport le plus adapté aux produits transportés, notamment ceux qui nécessitent une chaîne du froid. Opter pour le moyen/l'itinéraire les plus sécurisés. Il est possible que des réglementations et/ou des meilleures pratiques nationales soient en vigueur pour assurer la sécurité durant le transport. Il faut également tenir compte du coût et de la rapidité du transport et des conditions saisonnières qui peuvent impacter le transport
- Veiller à ce que le personnel chargé du stockage et du transport soient formés par rapport aux exigences

en matière de stockage et de transport des produits y compris la chaîne du froid

- Développer et appliquer des procédures de stockage par rapport aux règles PEPS (il s'agit de règles de rotation des produits en matière de stockage pour éviter les gaspillages dus à la péremption des produits) et appliquer la tenue et l'inventaire des stocks
- Se souvenir de non seulement planifier la logistique interne pour le site des centres de santé et des programmes, mais aussi de planifier la logistique externe (à partir des centres de santé, des sites de programme etc.). Il faudra souvent transporter des cartons vides, des gros équipements médicaux qui ne sont plus utilisés, depuis les centres de santé, les fournitures en cours de redistribution vers un autre centre de santé, ou des produits médicaux périmés

Les considérations relatives aux programmes pour le stockage et le transport dans l'ensemble du cycle ce programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Recenser les options en matière de stockage et de transport, notamment pour la chaîne du froid dans le cadre des activités de préparations pour les programmes en cours. Recenser les zones du pays qui sont sujettes à des perturbations, par exemple, en raison des inondations. Inclure des options de secours et explorer les partenariats éventuels avec d'autres agences et/ou les fournisseurs locaux à l'avance. Cela permettra de gagner du temps et d'économiser de l'argent en cas d'urgence
- **Intervention d'urgence:** Utiliser les éléments sur les Kits de SR (ils peuvent être obtenus auprès du FNUAP) comme référence en matière de besoins de stockage. Cependant, noter que les kits ne peuvent pas toujours être standardisés, sachant qu'il y a des fournisseurs multiples. Envisager des solutions de stockage temporaire pour chaque partie du trajet même sur la dernière partie de la distribution. Tenir compte de la vulnérabilité éventuelle des entrepôts tout au long de la chaîne d'approvisionnement et envisager des solutions de secours
- **Transition vers des services complets de SSR:** Continuer à analyser chaque point du stockage et du système de transport pour consolider la chaîne d'approvisionnement et la rendre aussi efficace que possible. Une analyse du réseau identifie l'ensemble de nœuds de stockage et les itinéraires de transport les plus efficaces pour un niveau de service optimal (voir le Supply Chain Manager's Handbook de JSI cité

dans la Section 4.6). Investir dans le renforcement des établissements de stockage national. Continuer à renforcer les capacités du personnel pour maintenir les chaînes du froid à tous les points. Engager si possible, les agences de transport et de stockage locales et renforcer les capacités du personnel local si besoin

Dernier tronçon de la distribution

La distribution du dernier tronçon est essentielle mais elle constitue souvent un aspect négligé de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Cela implique le déplacement des marchandises vers des sites de programme souvent éloignés, tels que les établissements de santé, les camps de réfugiés ou de personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) et même des domiciles. La mobilisation du personnel de santé, des communautés et des populations touchées peuvent accroître la fiabilité de la distribution du dernier tronçon, en particulier en utilisant le suivi participatif et les approches en matière de responsabilisation. Pour plus d'éléments, voir la section intitulée Évaluation de la responsabilité de la chaîne d'approvisionnement pour la distribution du dernier tronçon par le Groupe interorganisation (Section 4.6).

Les agences doivent développer des plans de stockage et de transport tout au long et jusqu'au bout de l'itinéraire où les produits seront distribués aux clients. Ces plans peuvent être partagés avec d'autres agences à travers les mécanismes du pôle, notamment le pôle logistique. Il est important de veiller à ce que toutes les marchandises soient stockées correctement une fois qu'elles sont arrivées à leur destination finale (à savoir, les établissements de santé). Tenir compte de la quantité d'espace requise et des conditions relatives à la chaîne du froid. Il est également important de faire en sorte que le personnel des établissements de santé soit au courant des conditions de stockage, et impose la tenue des stocks pour tous les produits. L'investissement dans le recrutement de chargés de stocks améliorera l'efficacité et la fiabilité.

Les considérations relatives aux programmes pour le dernier tronçon de la distribution dans l'ensemble du cycle ce programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Veiller à ce que les agents de santé, notamment les agents de santé communautaire, dans les contextes d'urgence/sujets à des catastrophes aient des connaissances sur les produits de SSR et les Kits de SR et comprennent l'importance de la tenue du stock. Faire en sorte que les centres de santé éloignés aient suffisamment d'espace de stockage et puissent respecter les conditions relevant de la chaîne du froid
- **Intervention d'urgence:** Intégrer toutes les ressources

et les options disponibles en matière de conception, de planification et d'exécution du dernier tronçon de la distribution dans nos systèmes. Utiliser la(les) méthode(s) de distribution dans l'établissement ou le site de distribution qui sont accessibles et adaptées au contexte - des solutions fondées sur la faible technologie à des solutions fondées sur la haute technologie. Si un camion est nécessaire mais à un certain niveau des routes seront inaccessibles, envisager des méthodes humaines ou animales. À l'heure des grandes évolutions technologiques, il se peut que les drones cargo puissent être fréquemment utilisés pour le dernier tronçon de la distribution dans le cadre de l'aide humanitaire. Les drones ont été pilotés durant le dernier tronçon de la distribution au Rwanda, en République dominicaine et au Népal entre autres, avec un premier succès dans la livraison de fournitures médicales. Il est important de faire en sorte que la distribution des fournitures aux utilisateurs finaux (préservatifs, contraception d'urgence et autres méthodes contraceptives, etc.) n'augmente pas le risque de protection pour l'utilisateur final (par exemple, le risque d'exploitation sexuelle et la maltraitance)

- **Transition vers des services complets de SSR:** Les nouvelles technologies sont en cours de pilotage pour améliorer le dernier tronçon de la distribution dans des situations de crise prolongée ou de rétablissement. À titre d'exemple, les études pilotes sur l'équipe du réseau Information Mobilized for Performance Analysis and Continuous Transformation (IMPACT) [Informations mobilisées pour l'analyse de la performance et la transformation continue], les équipes IMPACT utilisent la technologie mobile pour fournir des rapports techniques sur les taux de rupture de stocks et d'autres données relatives à la chaîne d'approvisionnement, ont fait preuve d'une meilleure précision pour le réapprovisionnement des centres médicaux et les établissements de santé éloignés (voir Section 4.6)

Gestion des déchets

La gestion des déchets pour les fournitures médicales est souvent négligée lors de la planification des chaînes d'approvisionnement. Les déchets médicaux peuvent inclure les déchets tranchants (aiguilles), produits pharmaceutiques (substances périmées ou endommagées) et d'autres déchets médicaux dangereux (tissus humains, sang). L'élimination adéquate de ces déchets permettra de protéger les personnes, les animaux et l'environnement des médicaments périmés, des équipements usagers ou des

substances dangereuses.

Les pays disposent de politiques et systèmes variables en matière d'élimination des déchets non médicaux, sans parler des déchets médicaux. Les intervenants humanitaires doivent impérativement assurer l'élimination des déchets médicaux dans l'ensemble des contextes, en respectant les normes de l'OMS et les exigences nationales.

Les considérations relatives à l'élimination des déchets pour l'approvisionnement dans l'ensemble du cycle ce programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Recenser les politiques et les réglementations gouvernementales en place concernant les déchets médicaux et non médicaux et établir un rapprochement avec ce qui s'applique dans la pratique. Si nécessaire, appuyer le gouvernement pour créer des directives, des politiques et des infrastructures pour l'élimination des déchets conformément aux directives de l'OMS. Le bureau local de l'OMS peut être en mesure d'appuyer ce processus
- **Intervention d'urgence:** La prévision et l'approvisionnement menés de manière responsable aideront à réduire la quantité de produits commandés en excès, et donc non-utilisés et périmés. Créer des accords avec le MS pour intégrer les produits préalablement stockés qui sont sur le point d'être périmés, à d'autres établissements de santé pour anticiper la péremption. Veiller à ce que le personnel de tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement connaisse et soit formé par rapport aux directives de la gestion des déchets médicaux. Si aucun système d'élimination des déchets non-médicaux n'existe, il incombe à l'organisation de transporter et de gérer ces déchets de manière sécurisée
- **Transition vers des services complets de SSR:** Renforcer les capacités nationales pour s'assurer que les déchets sont éliminés de manière sécurisée et conformément aux directives de l'OMS

PILIER 3: SUIVI DE LA DISTRIBUTION ET CONSOMMATION DES PRODUITS

Outils d'inventaire et de traçage

La mise en place d'outils de collecte de données pour faire le suivi des produits et des niveaux de stock dans les établissements et les entrepôts est déterminante pour un système de chaîne d'approvisionnement efficace. Ces données guident les processus de chiffrage et d'approvisionnement pour répondre aux besoins de produits, éviter les ruptures de stock et minimiser les gaspillages de produits. Divers

systèmes de suivi et outils de compte rendu existent, des feuilles de calcul classiques aux logiciels solides de SGIL qui optimisent le chiffrage et la planification. Les outils en question varient en fonction de la phase de la crise, et deviennent plus solides et coordonnés avec les systèmes nationaux alors que la situation se stabilise.

Les considérations relatives aux suivi et traçage des outils dans l'ensemble du cycle ce programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Recenser les outils de gestion de la logistique nationale. Créer des outils de suivi et de traçage à utiliser durant une urgence, et former le personnel sur la manière de les utiliser et insister sur leur importance
- **Intervention d'urgence:** En coordination avec le pôle de santé, les agences doivent sélectionner et immédiatement déployer des outils de suivi et de traçage pour les utiliser dans la phase aiguë, en tenant compte de facteurs comme les outils nationaux existants, la connexion internet et la formation du personnel nécessaire. Utiliser le même système de gestion des produits de SSR de la même façon que pour les autres produits. Au début d'une intervention face à une situation d'extrême urgence, il peut être plus facile d'utiliser une feuille de calcul de base contenant des informations sur les produits, les spécifications de produits, les niveaux d'inventaire et la date de péremption, et la date de stockage, par exemple. Veiller à ce que les pharmacies des établissements de santé aient suffisamment de fiches de stock pour couvrir les éléments des Kits de SR et d'autres produits utilisés dans l'intervention
- **Transition vers des services complets de SSR:** Des outils de suivi et de traçage plus solides doivent être déployés le plus vite possible, en conformité avec le pôle de santé et en coordination avec les systèmes nationaux/locaux du MS. Bon nombre d'agences et de gouvernements utilisent des SIGL pour centraliser les inventaires et calculs de stocks, qui guident ensuite, les achats, la facturation et la rotation des stocks en fonction des dates de péremption, de la consommation et d'autres points de données. Les SIGL utilisent souvent les systèmes de numérisation/code-barres, de cloud et de bases de données mobiles pour suivre et tracer les produits dans l'ensemble du système de gestion de l'approvisionnement (sur le trajet, en entrepôt, lors de la distribution etc.). Comme pour toutes les composantes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, intégrer le SIGL pour les produits humanitaires dans les systèmes nationaux

et les processus de chaîne d'approvisionnement habituels/durables dès que possible

Processus de collecte de données et de compte rendu (capacité du personnel à utiliser les systèmes d'information)

Avec tout outil de suivi et de traçage, divers personnels devront collecter un éventail des données (comme le nombre de paquets de pilule sur une étagère entrant et sortant), les intégrer dans le système (beaucoup d'options de logiciels de sources ouvertes sont disponibles), et les envoyer aux équipes responsables de la prévention et de l'achat de produits. La gestion des inventaires nécessite l'implication de l'ensemble du personnel dans le système logistique. Les pharmaciens, infirmières, sages-femmes et médecins doivent faire l'inventaire des fournitures au niveau clinique et transmettre ces informations dans le cadre des efforts de collecte de données. Former vos équipes sur le caractère critique du rôle de chaque personne, les points de données et les informations nécessaires, les indicateurs clés pour suivre (abordés dans la section sur le suivi ci-dessous), à quelle fréquence ils doivent réunir les données nécessaires, et à quel niveau de stock dans leurs centres de santé/programmes ils doivent procéder à une nouvelle commande, et quand ils seront exposés au risque de ruptures de stock, et faire un suivi des pertes. Le respect de leurs rôles et leur autonomisation, les défis qu'ils affrontent, le fait de communiquer sur leur importance aideront à assurer un système de gestion de l'approvisionnement soutenu par une équipe véritablement engagée.

Les considérations de programme en matière de processus de collecte des données et de compte rendu dans l'ensemble du programme d'urgence comprennent:

- **La préparation:** Former le personnel humanitaire (pré-déploiement) et le personnel de santé national sur l'importance de maintenir des systèmes d'information actualisés concernant les fournitures et les inventaires, leur rôle dans ce processus et comment utiliser les systèmes de données qui seront déployés durant les urgences
- **Intervention d'urgence:** Les données sur le stockage et les établissements de santé concernant les mouvements et la consommation de produits de SSR doivent être recueillies à un point central (par exemple, le sous-pôle SSR). Inciter tous les partenaires d'exécution à rendre compte sur le même ensemble de produits de SSR (au moins les consommables des Kits de SR en utilisant le même outil
- **Transition vers des services complets de SSR:** Pendant que vous élargissez les services de DMU vers la SSR complète, intégrer votre SIGL dans les systèmes nationaux existants et renforcer les capacités du personnel quant à son utilisation dès que possible. Utiliser ou renforcer les outils de formation du gouvernement si possible. Former le personnel sur l'importance de la collecte de données et les compte rendus concernant les produits - par exemple, il est particulièrement essentiel de procéder à des estimations de la demande de produits contraceptifs, ce qui est important pour garantir un choix de méthodes contraceptives adapté. Évoluer vers le renforcement des capacités d'utilisation de logiciels qui mettent en place des programmes complets et un système solide de gestion de la chaîne d'approvisionnement facile à gérer

EXEMPLE DE PROGRAMME 4.2: COLLABORATION AVEC LES COMITÉS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE POUR RÉDUIRE LES RUPTURES DE STOCK D'AUTRES FOURNITURES SSR DANS UN CONTEXTE TOUCHÉ PAR LA CRISE

ORGANISATION: CARE

LIEU: Nord-Kivu, République démocratique du Congo (RDC)

INTRODUCTION: La province du Nord-Kivu, située dans l'est de la RDC est une terre d'une grande beauté dotée de ressources multiples. Elle est aussi le théâtre de décennies de conflits qui ont brutalisé la population, déstabilisé les réseaux sociaux et détruit le système de santé publique. L'initiative de CARE, Supporting Access to Family Planning and Post-Abortion Care (SAFPAC) intervient dans l'est de la RDC depuis 2011 pour limiter les grossesses non désirées et les décès causés par les avortements à risques en situations de crise. L'initiative SAFAC soutient les systèmes de santé des gouvernements aux niveaux primaires et référentiel pour fournir un large éventail de services de contraception, notamment la contraception à longue durée d'action et réversible, aux personnes touchées par un conflit et/ou déplacées. Cette initiative comprend les éléments suivants: 1) Formation, évaluation des compétences cliniques et accompagnement; 2) Supervision de soutien; 3) Appui de la chaîne d'approvisionnement; 4) Amélioration de la qualité; et 5) Mobilisation communautaire.

DESCRIPTION DU PROJET: En l'absence d'une chaîne d'approvisionnement opérationnelle pour les fournitures de

SSR dans les zones où nous intervenons, CARE a mis à disposition tous les contraceptifs, les médicaments et les fournitures nécessaires pour une planification familiale et des services de soins post-avortement de qualité. CARE s'est approvisionnée en fournitures de SSR auprès de ASRAMES (l'Association régionale de fournitures de médicaments essentiels) et de fournisseurs internationaux et les a remis aux autorités sanitaires du district pour qu'elles les distribuent aux établissements de santé chaque trimestre (système « push »). L'initiative a procédé au suivi des ruptures de stock des produits tracés (pilules contraceptives orales, injectables, implants, dispositifs intrautérins, kits d'aspiration manuelle intra-utérine, antidouleurs, désinfectants de haut niveau et gants) à l'aide de rapports mensuels soumis par le centre de santé.

Dans la première phase, l'initiative a subi des ruptures de stock d'implants, d'antidouleurs et de désinfectants de haut niveau à plusieurs reprises. Dans une certaine mesure, cela s'explique par des facteurs hors du contrôle de CARE, comme la pénurie mondiale d'implants et l'insécurité qui entrave le réapprovisionnement. C'est aussi dû au fait que les établissements de santé n'avaient pas limité l'utilisation d'antidouleurs et de désinfectants de haut niveau acquis par CARE pour les services de planification familiale et de soins post-avortement. Sachant que CARE était le seul fournisseur de ces produits essentiels pour les établissements de santé, elle n'a pas dissuadé le recours à cette pratique. Néanmoins, CARE avait besoin de trouver un moyen de renforcer la prévision et la gestion des inventaires pour prévenir les futures ruptures de stock.

CARE a d'abord formé les responsables des stocks, les pharmaciens, les prestataires et les représentants des communautés sur les pratiques de gestion des inventaires et les outils relatifs aux produits de santé conformément aux directives nationales. Les représentants communautaires étaient des membres des Comités de Développement de l'Aire de Santé connus comme CODESA. Le CODESA est une structure communautaire qui représente tous les villages/toutes les rues de l'aire desservie par un centre de santé. Il joue un rôle vital pour tenir les centres de santé responsables face aux communautés en rendant compte de la façon dont les centres de santé utilisent leurs ressources. Les membres du CODESA se réunissent avec l'équipe du centre de santé une fois par mois afin d'analyser les résultats obtenus, d'identifier les atouts et les faiblesses pour prévoir des mesures correctives. Au départ, cette initiative n'a pas noué de dialogue avec les CODESA, mais CARE a pris conscience qu'elle perdait l'occasion d'améliorer la gestion des fournitures de SSR étant donné qu'un des rôles des CODESA est de superviser les ressources du centre de santé et en tant que principaux clients des centres de santé, ils doivent avoir un intérêt propre dans la bonne gestion des fournitures sanitaires.

Outre la formation des membres de CODESA sur la gestion des stocks, CARE les a invités à participer à des visites de supervision de soutien auprès des centres de santé durant lesquelles ils ont conduit des inventaires physiques pour comparer les stocks aux dossiers d'inventaires pour faire en sorte que les produits en faible quantité ont été de nouveau commandés sur le champ. CARE les a également invités pour aider à réceptionner les livraisons en provenance de la pharmacie du district afin de vérifier les contenus et la documentation.

CARE a aidé à motiver les CODESA à assumer ces tâches complémentaires en sollicitant leur contribution lors des visites de supervision de soutien auprès des centres de santé que CARE a conduites avec les responsables du district et en reconnaissant leurs efforts durant les réunions trimestrielles avec l'ensemble des parties prenantes. En outre, les CODESA ont perçu un pourcentage de l'argent versé par CARE aux centres de santé qui se sont avérés efficaces par rapport à des critères spécifiques comme les ruptures de stock.

RÉSULTATS: En impliquant les CODESA dans la gestion habituelle des stocks, CARE a réduit le nombre de ruptures de stock à quasiment 0 dans les centres de santé appuyés par CARE, même durant les périodes où l'insécurité a empêché l'accès à certains centres de santé. Dans le cadre de ce processus, CARE a réussi à établir une confiance mutuelle entre les CODESA et le personnel de santé au sein des districts de santé où CARE intervient, ce qui a amélioré la qualité globale et l'adoption des services de SSR.

Mais le processus a subi des difficultés. Au départ, le personnel de santé n'avait pas confiance dans le CODESA car il le considérait comme un organisme de contrôle qui manquait de qualifications dans le domaine de la santé. CARE y a remédié en collaborant avec le Ministère de la Santé pour définir les rôles et les responsabilités des CODESA et du personnel de santé dans la gestion des fournitures et des équipements de santé. CARE a par la suite assuré l'orientation des CODESA et du personnel de santé sur leurs rôles et responsabilités pendant la formation sur la gestion des inventaires et elle les a aidés pour la définition de leurs plans trimestriels de gestion des stocks et pour examiner les progrès accomplis durant les réunions trimestrielles des parties prenantes.

Leçons apprises: La participation communautaire à la gestion et au contrôle des fournitures de SSR au niveau des établissements de santé constitue un mécanisme efficace pour assurer la redevabilité des services de santé, y compris des produits à l'égard des utilisateurs. Outre l'amélioration de la disponibilité des fournitures essentielles de SSR, il s'agit d'un moyen efficace pour établir une confiance mutuelle entre les communautés et les autorités gouvernementales, et c'est un outil particulièrement utile pour aider les sociétés touchées par les crises à créer des conditions favorables à la paix et un avenir meilleur.

Évaluation et responsabilisation

Pour améliorer les chaînes d'approvisionnement de façon constante et assurer la responsabilité vis-à-vis des clients, effectuer des analyses périodiques des données collectées par le biais de ces processus. La conduite d'un audit des inventaires physiques pour comparer les stocks réels par rapport à ceux des rapports et des bilans est essentielle pour des questions de responsabilité. Idéalement, les représentants de la communauté et du personnel de centre de santé conduiraient des inventaires physiques mensuels (complets ou partiels) pour vérifier/corriger les rapports sur les stocks en conséquence.

De plus, un rapport mensuel des données sur les pertes et les gaspillages peut indiquer les blocages, les obstacles saisonniers ou d'autres difficultés. Utiliser les données collectées par le biais de SIGL, SIGS et/ou d'autres outils de collecte de données pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs de performance. Élaborer des stratégies qui permettront au système de s'améliorer en permanence, en devenant réactif et flexible mais en maintenant les infrastructures au fil du temps. Suivre quelques éléments et médicaments par le biais de rapports ou enquêtes sur les ruptures de stock comme mesure de votre chaîne d'approvisionnement.

Établir les mécanismes de feedback/de plaintes pour permettre aux bénéficiaires, au personnel, aux agences-partenaires, et aux entreprises pour un feedback régulier, comme les entretiens rapides avec les clients à la sortie dans lesquels les clients font savoir s'ils ont bénéficié des médicaments ou des contraceptifs souhaités/requis.

4.3.4 Coordonner et établir des liens

Les opérations réussies des chaînes d'approvisionnement requièrent une vaste coordination à la fois sur le plan interne au sein des équipes d'approvisionnement et de logistique dans les agences d'exécution, et sur le plan externe avec un certain nombre de parties prenantes. La coordination est nécessaire à chaque étape, du moment où les fournitures de SSR font partie du pôle de santé, au transport des produits dans le pays, au suivi des stocks et à la gestion des ruptures de stock.

Lors de la conception et de la mise en œuvre des stratégies de chaîne d'approvisionnement, assurer une coordination avec des parties prenantes suivantes:

- Les pôles de santé, protection et logistique: Se coordonner immédiatement avec les pôles santé, protection et logistique pour rassembler les données nationales pour avoir une estimation des besoins

en fournitures de SSR de la population touchée et veiller à ce que les produits de SSR soient priorisés dans le cadre d'une intervention sanitaire plus large. En parallèle, contacter le point focal humanitaire du FNUAP pour commencer le processus de commande des Kits de SR

- **Groupe de travail/sous-pôle SSR:** Veiller à ce que les considérations relatives aux chaînes d'approvisionnement guident la conception et la mise en œuvre de programmes de SSR, et vice versa. Par exemple, chaque composante de la prestation de service de SSR - de la prestation de service de contraception, aux soins de santé maternelle et néonatale, aux soins dispensés aux victimes de violence basée sur le genre - doivent avoir un dispositif de produits élémentaires pour guider le personnel chargé de l'approvisionnement et de la logistique par rapport aux besoins
- **Agences partenaires:** Se coordonner avec les agences partenaires pour garantir la couverture de fournitures de SSR dans l'ensemble des zones géographiques, des populations et les établissements. Durant la phase de préparation et l'élargissement du DMU aux services complets de SSR, établir un partenariat avec les gouvernements et les partenaires existants/locaux dans le secteur du développement - en particulier les programmes durables dans la zone - pour contribuer au processus de retour à des chaînes d'approvisionnement en mode hors crise
- **Agences gouvernementales:** Un certain nombre d'agences gouvernementales peuvent agir en tant que partenaires et sentinelles à divers moments sur l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, les fonctionnaires peuvent fournir des informations sur les lois et les politiques régissant le système de chaîne d'approvisionnement, en particulier l'entrée des médicaments dans le pays. Ils peuvent également fournir des supports de formation sur la gestion de l'inventaire des stocks, qui doivent constituer la base de toute formation pendant la transition vers des chaînes d'approvisionnement durables. Cultiver les relations avec les agences gouvernementales concernées (de l'échelon national au local), il s'agit d'une étape essentielle du processus de retour à la création de chaînes d'approvisionnement durable. Parmi les agences gouvernementales pertinentes figurent le Ministère de la Santé, l'agence nationale de réglementation des médicaments, et d'autres entités
- **Personnel de santé sur le terrain:** Les professionnels de santé, des médecins aux infirmières, sages-femmes et assistants médicaux, fournissent les informations

techniques nécessaires pour informer et maintenir les chaînes d'approvisionnement. Par exemple, ils doivent fournir des données sur la consommation et des précisions sur les produits comme les formules et le(s) dosage(s) des produits pour guider la commande y compris les informations sur les doses/formules spéciales nécessaires pour des populations spécifiques qui utilisent certains produits. Ils sont également important pour maintenir des systèmes de suivi et d'inventaire à jour, en rendant compte des niveaux de stock et en signalant les besoins (faibles niveaux de stock ou ruptures de stock)

- **Transports locaux et fournisseurs d'entrepôts:** Compte tenu de l'importance des transports et du stockage pour les chaînes d'approvisionnement efficaces, créer des relations solides avec des parties prenantes locales responsables pour mener, contribuer à et superviser ces processus. Cela peut inclure le personnel et la gestion à l'aéroport local ou au port d'expédition, les dépôts locaux de transport terrestre, et les entrepôts du port d'entrée à la dernière étape
- **Fournisseurs de matériel médical:** Il est préférable de s'approvisionner le plus possible auprès de sources locales (en trouvant l'équilibre d'autres considérations comme le coût et la qualité). Collaborer avec ces fournisseurs et, si nécessaire, avec l'OMS dans le cadre de ce processus

4.3.5 Plaidoyer

Beaucoup de points d'entrée existent pour plaider en faveur des chaînes d'approvisionnement humanitaires pour la SSR. Le plaidoyer est nécessaire pour attirer l'attention sur l'importance des produits de SSR pour tenir les promesses humanitaires et satisfaire les obligations en termes de droits humains mais aussi pour inciter les décideurs à répondre aux besoins pour allouer des ressources, notamment la planification stratégique et le temps du personnel, afin d'améliorer les chaînes d'approvisionnement humanitaires pour les SSR. Les décideurs de tous les échelons, des leaders nationaux aux leaders locaux et des bailleurs de fonds aux personnels de santé humanitaire, ont tous un rôle à jouer dans la conception, la mise en œuvre et les politiques de suivi, les programmes et les structures de financement qui améliorent l'accès aux produits de SSR. Les messages de plaidoyer adressés aux publics suivants peuvent inclure:

Les organismes d'action humanitaire doivent:

- Investir dans le renforcement des chaînes d'approvisionnement de SSR, en commençant par

l'analyse des blocages, la gestion des lacunes, le renforcement des capacités et l'évaluation des progrès

- Veiller à ce que le personnel formé en logistique/ approvisionnement médical soit intégré dans les programmes humanitaires de SSR et à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement
- Intégrer les experts de logistique et de chaîne d'approvisionnement humanitaire dans le niveau décisionnel de l'organisation et solliciter leur contribution pour les décisions relatives à la collecte de fonds et à la programmation. Il arrive souvent que la communauté des praticiens en logistique humanitaire et chaîne d'approvisionnement ne soit pas représentée au niveau stratégique au sein même de leurs organisations, et qu'elle ait un dialogue direct limité avec la communauté des bailleurs de fonds
- Collaborer avec le secteur du développement pour l'intégration des fournitures de SSR dans les chaînes d'approvisionnement durables de produits médicaux, notamment en renforçant la présence du personnel logistique hautement formé dans le pays, qui connaît sur les produits de SSR.

Les décideurs nationaux doivent:

- Travailler avec le pôle de santé sur l'approvisionnement et la distribution des fournitures de SSR avec l'ensemble de partenaires
- Inscrire l'ensemble des produits dans les Kits de SR (et d'autres fournitures nécessaires pour la mise en œuvre de services complets de SSR) dans le pays, notamment la contraception d'urgence, le misoprostol, les préservatifs féminins, et les fournitures d'avortement sans risques
- Définir les politiques pour permettre aux distributions humanitaires, notamment les Kits de SR d'entrer facilement dans le pays et être déployés sans retard
- Établir des réglementations commerciales/importation favorables, comme les exonérations fiscales, pour les distributions humanitaires
- Établir les plans de préparation nationale qui contribueront à l'accès permanent des fournitures de SSR lors d'une urgence (stockage préalable stratégique des produits, le cas échéant)
- Renforcer la résilience de la chaîne d'approvisionnement, y compris les plans de secours, pour assurer la sécurité des produits de SSR en cas d'urgence. Cela inclut l'identification et la gestion des

blocages dans la chaîne d'approvisionnement en SSR pour assurer une distribution équitable à l'ensemble des personnes ayant besoin de services de SSR, en tenant compte du mode d'accès aux populations vulnérables comme les adolescents, les personnes handicapées et les personnes établies dans des zones éloignées. Les efforts de résilience doivent également envisager les préoccupations relatives à la sécurité et aux déséquilibres de pouvoir entre les groupes en conflit

- Établir des politiques de gestion durable des déchets et des pratiques en matière de déchets médicaux et non-médicaux

Les leaders locaux et communautaires doivent:

- Contribuer à la préparation et à la planification de la chaîne d'approvisionnement y compris les plans de secours pour les produits de SSR. Les leaders locaux et communautaires doivent toujours être impliqués à travers les processus participatifs
- Contribuer au développement des plans de préparation locale avant les urgences qui incluent les fournitures de SSR dans l'action sanitaire plus large et mettre en œuvre ces plans en cas d'urgence

Les bailleurs de fonds doivent:

- Financer les investissements stratégiques pour renforcer les chaînes d'approvisionnement humanitaire de SSR, y compris les efforts visant à mieux comprendre et gérer les blocages. Les bailleurs de fonds doivent non seulement financer l'éventail complet des produits mais également le renforcement des chaînes d'approvisionnement nécessaires pour les produits pour arriver à la destination finale (l'utilisateur final) quand et où ils sont nécessaires. Ces efforts doivent couvrir le cycle de programme d'urgence, de la préparation, à l'intervention, au redressement
- Inclure tous les produits des Kits de SR sur leur liste de produits essentiels pour l'intervention d'urgence

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé, et les agents des pôles de santé et protection doivent:

- Fournir des informations et la justification techniques, le cas échéant, lorsque les décideurs prétendent que des produits de SSR spécifiques, comme la contraception d'urgence ou la prise en charge clinique des produits liés au viol, ne sont pas nécessaires

4.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Les fournitures de santé sexuelle et reproductive sont des produits vitaux. Une bonne santé sexuelle et reproductive dépend de la disponibilité de fournitures de SSR de haute qualité et abordables. Il existe un lien critique entre l'accès à l'éventail complet de fournitures de SSR et la capacité des femmes et des filles à exercer leur droit de décider de manière libre et responsable du nombre et de l'espacement des naissances et de préserver leur santé. Ce lien est amplifié pour les personnes impactées par les urgences humanitaires qui sont souvent confrontées à des risques accrus pour leur SSR et les difficultés pour accéder aux fournitures de SSR dont elles dépendent régulièrement (comme la méthode de contraception de leur préférence), et dont les besoins peuvent évoluer en fonction des changements liés à des urgences. Les fournitures de SSR contribuent directement à l'auto-détermination, au libre choix et à l'autonomie.

L'accès aux médicaments, en particulier, est essentiel à l'exercice des droits à la santé et à la vie. Les organismes de défense des droits humains ont reconnu que la mise à disposition des médicaments essentiels faisait partie des obligations minimales du droit au niveau le plus élevé possible de santé que les États doivent respecter à tout moment (voir le Comité ESCR, Commentaires généraux 3 et 4).

Les organismes de droits humains ont fourni des directives détaillées (voir Comité ESCR, Commentaire général n°14) sur les éléments nécessaires au respect du droit à la santé, en notant que les services et biens de santé, notamment les fournitures et médicaments de SSR doivent être:

- Disponibles en quantité suffisante
- Accessibles à tous sans discrimination (cela inclut l'accessibilité physique, économique et celle des informations)
- Acceptables en termes d'éthiques médicales de même qu'un contexte culturel particulier
- De bonne qualité et scientifiquement et médicalement adaptés

Dans le contexte d'une crise humanitaire, il faut prendre soin d'assurer l'accessibilité sécurisée des fournitures de SSR à toutes les populations touchées, notamment les groupes de personnes qui sont souvent marginalisés - tels que les adolescents, les personnes à faibles revenus, les personnes handicapées, les victimes féminines et masculines de violence basée sur le genre, les travailleurs du sexe et les

lesbiennes, gays, bisexuels, personnes transgenres, queers, en questionnement, intersexes et les asexuées. Lorsque la situation se stabilise, la participation de la population touchée à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des chaînes d'approvisionnement est essentielle pour veiller à ce que les fournitures et médicaments répondent à la demande et ciblent les groupes marginalisés (Commentaire général n°14 du Comité ESCR). Il est vivement recommandé de mobiliser ces populations dès que possible à travers l'ensemble des systèmes de gestion des chaînes d'approvisionnement dans les contextes d'urgence.

Bien que non codifié dans le droit des droits de l'homme, le secteur logistique a la possibilité de faire progresser le respect de la santé comme droit humain dans des applications concrètes, y compris par l'approvisionnement éthique des produits. Dans le sourcing, le droit à des fournitures de haute qualité doit être associé à et équilibré avec le droit au développement d'économies locales et les communautés (voir Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 41/128, Déclaration sur le droit au développement, A/RES/41/128). L'approvisionnement local des produits contribue à l'économie locale et la mise en place de chaînes d'approvisionnement durable dans les zones affectées. Les agences humanitaires, dans leur effort de « ne pas nuire » et de laisser des chaînes d'approvisionnement aussi solides et saines que possible, doivent recourir à des partenariats avec des fournisseurs locaux. En même temps, les acteurs humanitaires doivent également envisager la qualité des produits dans leurs décisions en matière d'approvisionnement. Cela est particulièrement crucial pour les médicaments car lorsque des produits de faible qualité, contrefaits et ou périmés intègrent la chaîne d'approvisionnement, cela porte préjudice à l'utilisateur final. Il s'agit également d'une utilisation inefficace des ressources du secteur humanitaire. Les agences peuvent mettre en œuvre leurs propres processus pour évaluer la qualité des produits, en s'appuyant sur les normes et directives internationales et nationales afin de les aider à déterminer sur les produits locaux sont de haute qualité. Comme évoqué ci-dessus, les marchandises doivent remplir des conditions spécifiques pour les PPF. Lorsque des produits de haute qualité sont disponibles localement, ils doivent être utilisés. Lorsque les produits de haute qualité ne sont pas disponibles localement, ils doivent être achetés ailleurs.

4.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Les indicateurs et les données sur la logistique et la chaîne d'approvisionnement sont indispensables à la réussite

de l'action humanitaire. Il existe beaucoup d'indicateurs utilisés par les logisticiens dans les contextes non humanitaires pour suivre la chaîne d'approvisionnement, qui sont pertinents lors des phases aiguës et prolongées des programmes humanitaires. Collaborer avec le pôle logistique pour compiler les priorités clés du pôle et les indicateurs dans le pays/contexte. Différents bailleurs de fonds et partenaires peuvent également avoir d'autres indicateurs à prendre en compte. En fonction des ressources et de l'engagement avec le système de pôles dans les zones touchées par des urgences, développer les priorités et indicateurs de la logistique organisationnelle. À partir de cette liste, définissez vos indicateurs clés - les 4-5 indicateurs nécessaires qui captent les informations à des points spécifiques de la chaîne d'approvisionnement - en veillant à la cohérence entre les agences et avec les pôles. Ce seront des points de données élémentaires que le SIGL collectera à tous les niveaux. En passant de l'intervention suite à une crise grave à des programmes plus complets en matière de SSR, ajuster les systèmes de suivi et les outils de collecte de données pour recueillir des informations plus complètes. Ci-dessous figurent des indicateurs clés qui peuvent être envisagés comme des données prioritaires à collecter. Certaines sont adaptées aux phases d'urgence et d'autres sont plus adaptées pour les situations de crise prolongée, et pour le rétablissement et la transition vers des systèmes logistiques complets. Les indicateurs clés peuvent inclure:

GÉNÉRAL

Phase aiguë

- Nombre de jours de retard causés par le dédouanement
- Nombre et pourcentage d'articles retournés/rejetés (nombre articles retournés/nombre total de produits des commandes du centre médical, préciser la raison du retour)
- Le système de gestion des données établi à chaque point du système de gestion de la chaîne d'approvisionnement - dans les entrepôts, dans les centres de santé, dans le bureau local, dans le cadre du SIGS, etc. Ce pourrait être un logiciel solide sur le SIGL ou une feuille de calcul de Microsoft Excel

Rétablissement et phases prolongées, et/ou systèmes complets

- Nombre et pourcentage de livraison de produits à temps (nombre de livraison de produits à temps/nombre total de livraisons de produits)

POINTS DE DONNÉES SIGL DE CHAQUE ENTREPÔT/CENTRE MÉDICAL/RÉSERVE, COMME:

- Stock en réserve
- Quantité totale et valeur pécuniaire des marchandises endommagées/perdues/périmées
- Quantité totale et valeur pécuniaire des marchandises périmées ou endommagées avant la livraison/distribution/utilisation sur le terrain
- Niveaux d'inventaires vs. besoins prévus (niveaux d'inventaires mensuels (par type de produit)/besoins prévus à partir des besoins prévus du mois précédent)
- Ruptures de stock - indicateur SPHERE pour les ruptures de stock, pouvant être utilisés dans l'ensemble des urgences, sont: « aucun établissement de santé ne connaît une rupture de stock par rapport à certains médicaments essentiels et les produits tracés pour plus d'une semaine. » Parmi les indicateurs complémentaires de la rupture de stock qui sont utiles figurent:
 - o Signalement de l'utilisation de la moitié du stock pour commander plus de produits (o/n par type)
 - o Le système de données a capté ce besoin (o/n)
 - o Le produit a été commandé (o/n)
 - o Délai de livraison à l'utilisateur (en jours)
 - o Pourcentage des fiches de stock renseignées correctement (avec toutes les ENTRÉES et SORTIES saisies et avec les chiffres de l'inventaire physique sur la fiche)

Pour un examen plus complet de la chaîne d'approvisionnement et les indicateurs logistiques, voir *Measuring Supply Chain Performance: Guide to Key Performance Indicators for Public Health Managers*. Voir également la liste des indicateurs figurant dans l'Évaluation de la responsabilité de la chaîne d'approvisionnement pour la distribution du dernier tronçon par le Groupe interorganisation (Section 4.6).

4.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Argollo, S., Bandeira, R., & Campos, V. (2013). *Operations Research in Humanitarian Logistics Decisions*. Rio de Janeiro, Brazil. Extrait de: <http://www.wctrs-society.com/wp/wp-content/uploads/abstracts/rio/selected/2243.pdf>

FNUAP. (n.d.). *Reproductive Health Kits Management Guidelines for Field Offices*. Extrait de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Guidelines%20For%20Field%20Offices%20_En.pdf

FNUAP, & IAWG. (2011). *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (5th ed.). Extrait de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/07/interagency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations-english.pdf>

FNUAP, & IAWG. (2011). *Mettre en rayon les kits de santé reproductive*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/rh-kits-shelving-instructional-video/>

Gustavsson, L. (2003). Humanitarian Logistics: Context and Challenges. *Forced Migration Review*, (18), 6–8.

IAWG. (n.d.). *RH Kits Calculator*. Extrait de: <http://iawg.net/resource/rh-kits-calculator/>

Interagency Supply Chain Group. (2018). *Measuring Accountability for Last Mile Delivery*. Extrait de: <https://www.technet-21.org/en/forums/discussions?controller=attachment&task=download&tmpl=component&id=521>

Institute for Reproductive Health, Georgetown University, John Snow, Inc., & Population Services International for the Reproductive Health Supplies Coalition. (2012). *A Forecasting Guide for New and Underused Methods of Family Planning: What to Do When There Is No Trend Data?* (1^è éd.). Washington, D.C. Extrait de: <https://www.k4health.org/toolkits/NUMs-forecasting-guide>

John Snow, Inc. (2017). *The Supply Chain Manager's Handbook: A Practical Guide to the Management of Health*

- Commodities*. Arlington. Extrait de: http://supplychainhandbook.jsi.com/wp-content/uploads/2017/02/JSI_Supply_Chain_Manager's_Handbook_Final-1.pdf
- John Snow, Inc., & DELIVER. (2005). *Logistics Indicators Assessment Tool (LIAT)*. Arlington: Agence américaine pour le développement international (USAID). Extrait de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnade735.pdf
- Kumar, A., Latif, Y. L. A., & Daver, F. (2012). Developing Forecasting Tool for Humanitarian Relief Organizations in Emergency Logistics Planning. *World Academy of Science, Engineering and Technology International Journal of Economics and Management Engineering*, 6(11), 3194–3200.
- McGuire, G. (2015). *Handbook of Humanitarian Health Care Logistics* (3è éd.). Extrait de: <file:///C:/Users/Amelia/Downloads/HandbookofHumanitarianHealthCareLogisticsDEC2015.pdf>
- Safeer, M., Anbuudayasankar, S. P., Balkumar, K., & Ganesh, K. (2014). Analyzing Transportation and Distribution in Emergency Humanitarian Logistics. *Procedia Engineering*, 97, 2248–2258. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2014.12.469>
- Services d’approvisionnement du FNUAP. (2017). *RH Interchange*. Extrait de: <https://www.unfpaprourement.org/fr/rhi-home>
- USAID. (2009). *Logistics System Assessment Tool (LSAT)*. Arlington. Extrait de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnado527.pdf
- USAID. (2011). *Manuel de logistique. Un guide pratique pour la gestion de chaîne d’approvisionnement des produits de santé* (2è éd.). Arlington. Extrait de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js20211en/>

CHAPITRE 5

RECENSEMENT, SUIVI ET ÉVALUATION

5.1 Introduction

5.2 Objectifs

5.3 Recensement, suivi et évaluation

5.3.1 Recensement

5.3.2 Suivi

5.3.3 Évaluation

5.4 Considérations en matière de droits humains et à l'éthique

5.4.1 Normes relatives aux droits humains

5.4.2 Considérations éthiques et collecte de données

5.5 Suggestions de lecture et ressources complémentaires

5.1 INTRODUCTION

Pour faire en sorte que les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) répondent aux besoins d'une population touchée par une crise humanitaire, nous procédons à des recensements, des suivis et des évaluations à différentes étapes de l'action humanitaire pour :

- Comprendre et chiffrer les besoins des populations concernées et les facteurs favorables
- Assurer l'utilisation efficace des ressources
- Identifier les obstacles et les facteurs favorables aux programmes
- Déterminer le succès ou l'échec d'un programme
- Assurer la responsabilisation et la transparence à l'égard des bailleurs de fonds, des bénéficiaires et d'autres parties prenantes

Le type de crise humanitaire et les modalités du déplacement ont des implications sur la manière dont nous concevons et menons les recensements, les suivis et les évaluations. Les approches et les méthodes peuvent varier en fonction du contexte, comme le début soudain de catastrophes naturelles, les conflits armés prolongés ou les épidémies, ou la localisation des populations déplacées en zones urbaines, semi-urbaines, rurales ou dans des camps. Les méthodes de collecte de données solides et éthiques et la bonne utilisation des résultats aideront les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé à prendre des décisions fondées sur des données probantes lors de la transition vers les activités du Dispositif minimum d'urgence (DMU) vers les services de SSR.

ENCADRÉ 5.1: CONTEXTES DIFFICILES ET POPULATIONS

ZONES URBAINES

À travers le monde, plus de 60% des réfugiés et 80% des personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) vivent en milieu urbain. Bien que les camps de réfugiés offrent un cadre contrôlé clairement délimité et une population dont l'état de santé est relativement facile à suivre, les réfugiés peuvent vivre de manière anonyme dans les villes. Ce mode de vie cela peut apporter de meilleurs moyens de subsistance et d'autonomie ; pourtant il comporte des difficultés lorsqu'il s'agit de collecter des données sur leur état de santé et leurs besoins.

Les recensements effectués dans les zones urbaines nécessitent une cartographie des parties prenantes et des prestataires de service concernés, une analyse situationnelle du contexte politique, légal et socio-économique dans la ville d'accueil, et la prise en compte des différences entre les sous-populations de réfugiés, leur accès aux services et leurs expériences dans la ville d'accueil.

Lors d'un recensement effectué dans un cadre urbain, il est recommandé d'envisager la ventilation des

composantes (c'est-à-dire la cartographie, l'analyse situationnelle) par catégorie de population au sein de la communauté de réfugiés. Parmi ces catégories figurent les femmes, les enfants, les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les personnes transgenres, les queer, les personnes en questionnement, les intersexes et asexués (LGBTQIA), les personnes handicapées, les personnes qui se livrent au commerce du sexe, les victimes de violence sexuelle ou de violence basée sur le genre (VBG) et les personnes âgées.

POPULATIONS DE MIGRANTS

Les migrants ne sont pas des réfugiés. Ils ne sont pas contraints de fuir leur domicile, mais ils choisissent plutôt de partir pour des raisons professionnelles, pour l'éducation, pour le rapprochement familial ou d'autres motifs. En revanche, leur mobilité et l'absence fréquente de statut légal dans le pays d'accueil, cette population donne lieu à des difficultés spécifiques pour la collecte de données.

Identification des migrants:

- Travail avec les employeurs qui

recrutent un grand nombre de migrants

- Établir des relations avec les organisations communautaires ou les leaders des communautés dont sont originaires les migrants

Suivi de l'état de santé des migrants:

- Utiliser les applications mobiles

Bon nombre de migrants sont en situation irrégulière dans le pays où ils se rendent, ou ils ont peur de leur propre gouvernement. À ce titre, il est important d'expliquer aux migrants comment vous utiliserez les données que vous collectez. De plus, veiller à traiter les problèmes de confidentialité pour identifier les migrants avec les organisations.

Lieux éloignés ou inaccessibles

Certaines populations sont inaccessibles dans les situations de crise humanitaire, du fait des obstacles naturels (montagnes, inondations, séisme, etc.) ou de l'insécurité. Ces situations exigent des techniques de collecte de données créatives pour évaluer les besoins de la population touchée et faire le suivi de leur état de santé au fil du temps.

5.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de:

- Décrire le quoi, le quand et pourquoi du recensement, du suivi et de l'évaluation des programmes de SSR dans les contextes humanitaires
- Identifier les méthodes, outils et indicateurs adaptés pour le recensement, le suivi et l'évaluation
- Fournir des directives sur la collecte éthique des données et l'utilisation et les modes d'utilisation des données pour les politiques, programmes et le plaidoyer efficaces

5.3 RECENSEMENT, SUIVI ET ÉVALUATION

Pour savoir quand passer du DMU aux programmes complets de SSR, il faut un système de suivi et d'évaluation solide et itératif. Dès lors que nous atteignons les objectifs du DMU en termes de prestation de service et que nous les maintenons, les composantes des services de SSR adaptés et complets doivent être appliqués.

Bien que les recensements puissent être assimilés à un type d'évaluation, ces termes font l'objet d'une distinction afin d'identifier des processus spécifiques dans les situations de crise humanitaire. Les termes clés utilisés dans ce chapitre sont les suivants:

Le recensement est un processus permettant de déterminer et de répondre aux besoins ou « disparités » entre les conditions actuelles et les conditions souhaitées et les facteurs contribuant à ces disparités.

Le suivi correspond à la collecte constante et systématique et à l'analyse des données lors de l'avancée du projet. Il a pour but de mesurer les progrès accomplis en vue de la réalisation des étapes et objectifs du programme.

L'évaluation est un processus qui permet de déterminer si un programme a répondu aux objectifs escomptés et/ou dans quelle mesure les évolutions des résultats peuvent être attribués au programme.

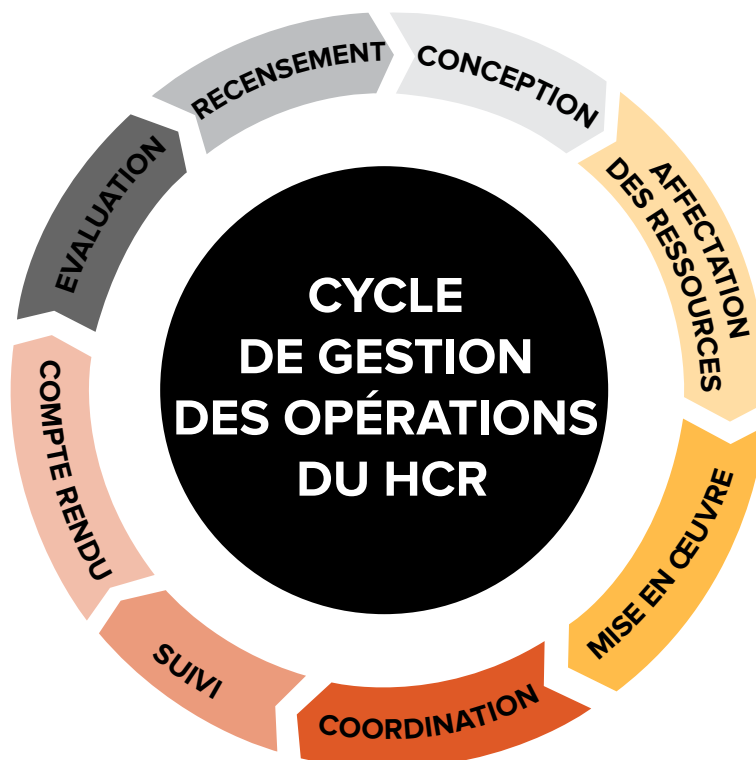
Une boucle de feedback dénommée cycle de gestion des opérations relie ces 3 processus (voir III. 5.1). Ce cycle montre le rôle essentiel des données dans une action humanitaire dans l'information, le suivi et l'évaluation des programmes de SSR.

5.3.1 Recensement

BUT

Identifier les besoins en SSR de la population et les facteurs contributifs et déterminer la capacité du système de santé existant à répondre à ces besoins. Pendant le cycle de vie

ILLUSTRATION 5.1: CYCLE DU PROJET



Le cycle du projet définit la manière dont le recensement, le suivi et l'évaluation sont liés sur un continuum de prestation de service et de gestion de programme. Il aide les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé à comprendre comment chacun peut être utilisé pour guider la prise de décision tout au long du cycle de conception, de planification et de mise en œuvre du programme.

La capacité à mener des projets de santé reproductive performants et en temps voulu dans le contexte difficile d'une action humanitaire est essentielle pour satisfaire les besoins SSR de la population touchée. Les programmes les plus performants en matière de SSR sont ceux qui sont conçus en fonction d'un recensement des besoins adaptés au sein de la population ciblée. Les activités ultérieures doivent alors faire l'objet d'un suivi en utilisant avec précaution les indicateurs choisis pour suivre les progrès réalisés vers des objectifs clairement définis. Pendant la mise en œuvre du programme, les activités doivent être évaluées correctement et elles doivent permettre de déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas et d'alimenter le cycle continu de l'examen et de l'amélioration du programme avec les résultats.

d'un programme, nous pouvons utiliser des recensements périodiques afin d'évaluer ses progrès.

QUAND CONDUIRE DES RECENSEMENTS

Cela dépend du type d'informations requises et de la phase d'urgence. Nous conduisons souvent certains types d'évaluations comme les analyses situationnelles et les évaluations rapides lors de la phase aiguë d'une urgence humanitaire lorsque le temps et les ressources peuvent être limités et un tableau général de la situation peut s'avérer nécessaire. Les recensements documentaires sont adaptés durant la phase aiguë d'une urgence pour éviter la duplication des efforts, mais peut également être utile pendant l'urgence. Les méthodes nécessitant des ressources plus importantes, comme les enquêtes et certaines méthodes participatives, peuvent être plus adaptées dans les phases tardives d'une urgence afin de recueillir des éléments complémentaires sur les besoins et les lacunes pour la conception de programmes de SSR plus complets.

QUI EFFECTUE LE RECENSEMENT

Une équipe chargée du recensement peut rassembler plusieurs personnes ayant des compétences cliniques, de recherche, de gestion et de santé publique. L'équipe en charge du recensement peut avoir plus de membres si le contexte permet un recensement exhaustif. Le nombre de membres de l'équipe dépendra de la taille de zone à couvrir, de la taille de la population évaluée, de la situation dominante en matière d'accès et de sécurité, et des méthodes de recensement qui seront utilisées.

Lors de la constitution de l'équipe de collecte de données, le genre, l'âge, l'ethnicité et le statut social de ses membres devront pris en compte. Par exemple, dans certaines cultures, il vaut mieux qu'un homme n'interroge pas une femme sur ses antécédents en matière de santé reproductive. En général, il est bon d'inclure des membres de la population touchée dans les équipes chargées du recensement, à moins que les participants soient moins à l'aise pour révéler des informations sensibles aux collecteurs/trices de données ayant le même profil démographique qu'eux/elles.

Dans l'idéal, les membres de l'équipe:

- Ont les compétences, la formation et l'expérience techniques recherchées
- Ont de bonnes compétences en communication dans les langues locales et connaissent la population évaluée
- Sont à l'aise pour parler de questions de SSR

- Ont de bonnes compétences analytiques pour interpréter les résultats correctement

MÉTHODES

Des exemples d'outils utilisés pour chacune des méthodes décrites ci-dessous figurent dans la section 5.5. Noter également que les méthodes décrites ci-dessous ne sont pas incompatibles. Par exemple, une étude documentaire peut faire partie d'une évaluation rapide. De plus, la liste de méthodes n'a pas vocation à être exhaustive, mais a plutôt pour but de donner un vaste éventail d'exemples adaptés à des situations de crise humanitaire.

Évaluations rapides

Au début de l'action humanitaire, les partenaires humanitaires mènent une première évaluation rapide. Bien que les principales causes de morbidité et de mortalité liées à la SSR soient déjà abordées dans le DMU et ne doivent pas être évaluées au début de l'action humanitaire (voir la liste de vérification du DMU dans le Chapitre 3), il faut néanmoins recueillir des informations importantes par le biais d'une évaluation rapide pour assurer une planification stratégique adaptée. Dans le secteur de santé/système de coordination de pôle, les coordinateurs SSR doivent faire en sorte d'obtenir des informations sur:

- Le nombre et la localisation des personnes ayant besoin d'accès aux services minimum de SSR
- Le nombre et la localisation des personnels de soins proposant, ou pouvant proposer les composantes des services du DMU
- Les possibilités logistiques d'approvisionnement en produits de SSR
- Les possibilités de financement du DMU

Étude documentaire

Une étude exhaustive des sources de données secondaires doit être conduite pour recueillir les informations existantes sur la SSR concernant la population touchée (données d'origine et/ou de la zone d'accueil comme il se doit). De telles données seront disponibles auprès des Ministères de la Santé, les agences des Nations Unies (ONU), et des organisations non-gouvernementales (ONG). Parmi les exemples, figurent:

- Enquête démographique et de santé (EDS) ou autres données issues d'enquêtes
- Surveillance habituelle ou les données d'établissements de santé, comme celles qui sont transmises aux

systèmes d'informations sanitaires des districts et nationales

- Disponibilité des services de SSR, leur distribution géographique et opérationnalité
- Plans stratégiques nationaux et/ou évaluations du Cadre d'aide au développement de l'ONU (PNUAD)

Analyse situationnelle

Une analyse situationnelle doit être conduite pour comprendre le contexte juridique, politique, culturel et socio-économique et en quoi cela peut impacter les besoins de SSR et la disponibilité des services des populations touchées. Des notes doivent être prises sur la manière dont les différentes façons dont les sous-groupes de population peuvent être affectés. Nous avons ajouté des directives sur la manière d'examiner la littérature et les indicateurs dans le cadre de l'évaluation du DMU dans la Section 5.5.

Entretiens auprès d'informateurs clés

Les entretiens auprès d'informateurs clés génèrent des données qualitatives issues d'un vaste éventail de personnes qui ont des connaissances directes sur la population affectée. Les entretiens auprès d'informateurs clés permettent de poser des questions ouvertes et peuvent être structurées (un ensemble de questions posées dans un ordre spécifique), semi-structurées (un ensemble de questions et des relances suggérées pouvant être modifiées ou adaptées durant un entretien), ou non structurées (une liste de sujets utilisés pour des questionnements inductifs, ouverts). Les entretiens auprès d'informateurs clés doivent collecter les points de vue des individus sur les conditions préexistantes et les pratiques de SSR, la situation actuelle, les changements de pratiques depuis le début de l'urgence, la pertinence des services actuels de SSR et les besoins prioritaires en SSR de la population.

Groupes de discussion

Les groupes de discussion génèrent des données qualitatives sur les croyances et les attitudes d'un groupe sur une question ou un problème de santé spécifique. Les groupes de discussion sont différents des entretiens auprès d'informateurs clés alors qu'ils permettent une interaction parmi les membres du groupe. Ils sont particulièrement utiles en générant des informations représentatives d'un sous-groupe spécifique de la population, comme les femmes en âge de procréer ou les adolescents.

Méthodes participatives

Le but des méthodes participatives est de rendre le processus

d'évaluation aussi inclusif que possible par rapport aux communautés ciblées. Les organisations communautaires dirigées par des membres de la population touchée ou les groupes informels des différentes sous-populations dans le cadre de la population touchée doivent être mobilisées et impliquées tout au long du processus.

Les méthodes participatives peuvent inclure les membres des communautés en tant que chercheurs et/ou conduire des activités participatives pour la collecte de données. Il s'agit par exemple de promouvoir l'implication des membres de la communauté dans l'élaboration des questions de recensement/de l'évaluation, y compris les membres des communautés comme les collecteurs de données, et les activités participatives durant la collecte de données, comprenant mais ne se limitant pas à la méthode de classement participatif, la cartographie communautaire, le calendrier, l'obtention de photos, la documentation photo et autres. Ils doivent être sélectionnés en fonction de la question et des contraintes de l'étude. Les membres de la communauté doivent également être impliqués dans l'analyse et la diffusion.

Recensement des établissements de santé

Un recensement des établissements de santé est un inventaire des lieux où les soins de santé sont dispensés et les types et qualités de services fournis sur ces sites. Une liste de vérification structurée des sujets peut aider à décrire les établissements de santé, y compris un inventaire des services de SSR administrés, du recrutement, de la couverture, et un inventaire des équipements et des fournitures de SSR. Cela peut également inclure les bilans statistiques systématiques sur les services de SSR pour déterminer les lacunes dans la prestation de service et la qualité de soins.

Cartographie

Cette activité peut souvent être menée avec le pôle/secteur de santé pour inclure les recensements des établissements de santé. Le recensement des parties prenantes et des prestataires de services importants inclut ceux qui fournissent actuellement des services de SSR aux populations touchées et ceux qui pourraient éventuellement le faire, comme le gouvernement, le secteur privé, les acteurs du développement international, les acteurs humanitaires, la société civile et les organisations communautaires. Le recensement doit permettre d'identifier les prestataires de service qui offrent des services spécialisés pertinents par rapport à différentes sous-populations. L'exercice doit également mobiliser les organisations locales pour déterminer les possibilités d'orientation vers d'autres

établissements/services, le partage des coûts et d'autres opportunités pour les liens entre différentes parties prenantes et des prestataires de service.

ENCADRÉ 5.2: UTILISATION DES ENQUÊTES SSR

Les enquêtes peuvent fournir des données utiles, basées sur la population que les prestataires de services de SSR et les responsables de programme peuvent utiliser pour améliorer et mieux cibler les services de soins en SSR. Néanmoins, ils doivent être entrepris par ceux qui ont une formation sur les méthodes d'enquête. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte lors de la conception d'une enquête. Il faut décider de la taille de l'échantillon, des niveaux d'erreur acceptables et des sources de biais, disponibilité des ressources (temps, argent, personnel, etc.) et déterminer si l'utilisation d'une autre méthode de collecte de données permettrait de collecter les informations de manière aussi efficace ou plus efficace.

Reconnaître les limites de chaque décision. Par exemple, les enquêtes qui sont conduites durant le recensement initial des besoins doivent souvent être menées rapidement à l'aide de petites méthodes d'échantillonnage de commodité et ne seront pas forcément représentatives de la population cible. Une fois que la situation est stabilisée, des questionnaires plus détaillés et des méthodes d'échantillonnage plus représentatif peuvent être utilisés.

La décision concernant la méthodologie d'enquête à privilégier est coordonnée avec le secteur/pôle de santé pour s'assurer qu'elle est adaptée et qu'elle produit des résultats compatibles avec d'autres enquêtes menées dans le cadre de l'intervention sanitaire. Dans la mesure du possible, les instruments d'enquête existants qui ont été testés dans les situations humanitaires et les milieux à faible revenus doivent être utilisés.

Enquêtes

Les enquêtes peuvent être utiles pour recueillir des informations sur la population à partir d'un échantillon pouvant être représentatif de la population étudiée. De telles enquêtes doivent être brèves et ne contenir que des questions nécessaires au programme ou à l'intervention ciblée. Les enquêtes diffèrent des entretiens auprès d'informateurs clés et des groupes de discussion car elles ne permettent pas aux participants de donner des opinions détaillées à propos d'un sujet, ce qui contribue à répondre à la question « quoi » au lieu de celle du « pourquoi ».

ENCADRÉ 5.3: CE QU'IL FAUT SAVOIR OU CE QUI EST BON À SAVOIR

Il s'agit d'une tendance fréquente à vouloir collecter beaucoup d'informations pour les recensements, le suivi ou l'évaluation souvent en pensant que « cela pourrait être important ». La collecte de données nécessite néanmoins des ressources utiles et il est essentiel de réfléchir avec soin sur **ce que** vous devez savoir, **pourquoi** vous devez le savoir, et **comment** vous pouvez collecter ces informations plus efficacement. Si les informations n'ont pas de rapport avec les résultats ou impacts à mesurer, vous ne devez pas les collecter.

Indépendamment du type d'évaluation conduite, des étapes clés de la collecte de données doivent être prises en compte. Se référer aux directives éthiques des ressources pour des informations complémentaires:

1) Veiller à ce que l'activité de collecte d'informations soit nécessaire et justifiée

- Avant d'entamer l'activité, définir clairement le but et le public visés, et s'assurer qu'il y ait suffisamment de ressources pour la mener de façon éthique
- Utiliser uniquement des méthodes directes si les informations requises ne sont pas disponibles
- Si l'activité de recueil de données ne bénéficie pas directement les personnes ciblées et impliquées ou leur communauté, ne pas la lancer

2) Définir l'activité pour obtenir les informations valables

- Développer un protocole pour clarifier les buts et les procédures de la collecte, de l'analyse et de l'utilisation des informations acceptés par tous les partenaires. Les informations collectées pour des connaissances généralisables sont des recherches et un comité d'examen éthique ou un comité d'examen institutionnel doivent étudier le protocole, ce qui peut rallonger les délais par rapport au calendrier du projet
- Appliquer les définitions communautaires afin de fixer des critères clairs pour l'inclusion des participants. Utiliser les données existantes, si possible, et tenir compte des obstacles sociaux et culturels à la participation. Pour que les enquêtes ou toute autre activité de collecte de données soient représentatives, veiller au calcul d'un échantillon suffisant pour

mesurer des indicateurs-cibles

- Tous les outils tels que les questionnaires et les guides de discussion doivent être développés par le biais de discussions avec des experts. Ces outils doivent être traduits localement, puis faire l'objet d'une traduction inverse et testés sur le terrain
- L'utilisation d'un groupe de comparaison totalement privé de services est inadaptée par rapport aux groupes vulnérables. Les approches alternatives doivent être examinées pour renforcer les résultats des recherches. Les groupes de comparaison doivent être utilisés sous l'égide d'une supervision éthique et dans des conditions spécifiques

3) Consulter les parties prenantes

- Mener une consultation locale pour déterminer qui doit donner l'autorisation pour que l'activité ait lieu
- Les enquêteurs doivent être sensibilisés au fait qu'ils puissent être très exposés et devenir une source d'intérêt. Clarifier les rôles et les attentes par le biais de réunions des parties prenantes et honorer les engagements
- Un groupe indépendant de parties prenantes locales doit assurer le suivi des activités

4) Anticiper les conséquences dommageables

- En partenariat avec les parties prenantes, anticiper toutes les conséquences pour les bénéficiaires ciblés. Ne pas le faire à moins que les réponses adaptées à des conséquences potentiellement nuisibles puissent être données
- Éviter la stigmatisation en organisant des réunions de sensibilisation communautaire et en utilisant la terminologie communautaire le cas échéant
- Si la sécurité des participants ne peut être assurée, l'activité ne peut pas avoir lieu
- Les enquêteurs doivent avoir une expérience en matière de travail avec les participants. Ils doivent être formés pour répondre aux besoins des participants et nécessitent une supervision et un soutien permanents. Si des enquêteurs compétents ne sont pas disponibles, il faudra y renoncer
- En partenariat avec la communauté, déterminer le type de suivi adapté pour répondre aux besoins des participants, en tenant compte de l'âge, du genre, de l'ethnicité, etc. Si un soutien adapté ne peut être

assuré pour répondre aux besoins des participants, il faudra y renoncer

- Préparer un plan de réaction pour anticiper les besoins pressants. Si le soutien ne peut être assuré, il faudra y renoncer

Dans certains cas, comme la mise en danger des enfants, où des équipes d'étude doivent enfreindre la confidentialité afin de fournir une protection immédiate au/à la participant(e). Nous devons veiller à ce que les participants en soient informés avant de demander d'autres informations.

ENCADRÉ 5.4: MESSAGE CLÉ

La mission des comités d'examen éthique est de veiller à ce que le consentement et les procédures de collecte de données protègent les participants par le biais de directives éthiques établies. Les conditions peuvent aller au-delà de celles qui figurent dans ce chapitre.

5) Appliquer les procédures de consentement et d'entretien en tenant compte des besoins spécifiques des participants

- Le (la) participant(e) doit donner son consentement oral ou écrit
- Les informations données aux participants doivent être écrites/lues dans la langue locale et doivent communiquer des éléments sur le but de la collecte des données, la nature des questions à poser, qui est impliqué, quels sont les risques et les avantages, la façon dont le (la) participant(e) a été sélectionné(e), et quelles étapes seront adoptées pour garantir le respect de la vie privée et la confidentialité des données collectées.
- Les enquêteurs doivent faire en sorte que les participant(e)s sachent qu'ils/elles peuvent s'arrêter ou se retirer à tout moment
- Les enquêteurs doivent donner des informations aux participants sur l'activité en s'adaptant à leur culture et à leur éducation. Les formulaires de consentement et les outils d'information doivent être développés avec les parties prenantes et testés sur le terrain
- Utiliser un défenseur indépendant pour représenter les points de vue des enfants s'il y a des doutes concernant la protection apportée par leur tuteur
- Éviter les efforts visant à influencer la participation de manière induue par le recours à des incitations. Si des

incitations sont utilisées, elles doivent être en phase avec les normes de vie locale

- Les procédures des entretiens doivent refléter la nécessité de protéger au mieux les intérêts des participants. La SSR étant souvent un sujet sensible, il faut prendre soin de conduire les entretiens/enquêtes/groupes de discussion dans un cadre privé sans que le conjoint, d'autres membres de la famille, des voisins, etc. ne puissent entendre ce qui se dit.

6) Confirmer que toutes les parties prenantes comprennent les limites de l'activité et les étapes suivantes

- Utiliser les procédures adaptées pour préserver la sécurité des participants.
- Partager des résultats de recherche anonymisés, regroupés avec des parties prenantes et les bénéficiaires dans un format accessible et adapté.

ENCADRÉ 5.5: QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE COLLECTÉES DANS LE CADRE D'UN RECENSEMENT?

Les Chapitres 6 à 12 exposent des recommandations sur les données à collecter lors des recensements pour chaque composante d'un programme de SSR.

UTILISATION DES RÉSULTATS DU RECENSEMENT

Les membres de l'équipe doivent analyser les données immédiatement après que les données sont collectées, si possible. Les résultats d'une évaluation doivent être aussi spécifiques que possible pour permettre des décisions en temps opportun sur les interventions à mener. Les résultats doivent clairement prioriser les besoins et identifier les possibilités de garantir la durabilité des interventions du DMU et de planifier l'ajout de services complets de SSR.

Partager les copies du rapport final avec l'ensemble des organisations impliquées dans l'action humanitaire, y compris le Ministère de la Santé (MS), à travers le mécanisme de coordination du secteur/pôle de santé, de même que l'équipe logistique et les agents en charge de l'approvisionnement. Communiquer les résultats et les décisions à la communauté en protégeant la confidentialité à l'égard des participants, comme par le biais des données ventilées, par exemple. Il peut être aussi judicieux de

partager les résultats préliminaires avec la communauté pour aider à valider l'interprétation des résultats.

5.3.2 Suivi

Pour des besoins de suivi et d'évaluation, il est recommandé de travailler avec le système de soins de santé existant, le cas échéant. Idéalement, les systèmes de compte-rendu et d'orientation vers d'autres établissements de santé doivent s'aligner sur les structures existantes; un plaidoyer peut être requis pour les rendre plus inclusifs par rapport aux populations déplacées.

BUT

Il faut régulièrement collecter, rendre compte et analyser les données sur les SSR pour assurer le suivi de la performance et la qualité de la prestation des services/le programme de SSR et pour identifier les changements au niveau de l'état de santé de la population touchée. Le suivi inclut la diffusion en temps voulu des résultats pour permettre l'adoption de mesures.

QUAND FAIRE LE SUIVI

Au début de l'action humanitaire, un simple système d'information qui collecte des données minimales sur la SSR est requis pour suivre l'application du DMU. Avec l'évolution de l'action et la mise en place de composantes plus complètes du service de SSR, les conditions du suivi des programmes sur les SSR doivent s'adapter.

La périodicité du suivi (par exemple, chaque jour, chaque semaine ou chaque mois) dépend de l'étape de l'action humanitaire et des critères de chaque organisation. Des données mensuelles doivent être disponibles pour guider les décisions de programmes, bien que des rapports puissent être nécessaires en fonction de la phase (aiguë, par exemple) et le type d'urgence (le déclenchement, par exemple).

QUI ASSURE LE SUIVI

Les infirmières, les sages-femmes et d'autres prestataires de service de SSR travaillant dans les établissements de santé sont chargés de la collecte systématique et du compte rendu sur les données de service. En outre, le personnel de santé communautaire doit être impliqué dans le recueil de données communautaires. Pour s'assurer que les données soient comparables dans différents programmes, tous ces personnels doivent suivre une formation sur la bonne utilisation et application des outils de collecte de données sur le terrain.

Le superviseur du centre de santé doit recueillir les rapports qui sont ensuite envoyés au responsable programme SSR ou de santé pour la saisie informatique et l'analyse. Le superviseur du centre de santé ou un autre superviseur désigné, doivent conduire des tests de qualité pour garantir une collecte de données précises et cohérentes.

OUTILS

Il est essentiel que les partenaires sanitaires utilisent les mêmes outils et méthodes de collecte de données dans l'ensemble des lieux pour veiller à ce que les données soient standardisées, de bonne qualité et soient comparables entre les différents lieux.

Les données sanitaires peuvent être collectées dans le cadre d'un système national d'informations sanitaires existant.

En l'absence d'un tel système ou s'il a été interrompu par la crise, le secteur/pôle de santé appliquera un système de suivi de l'urgence pour appuyer la gestion et la coordination du programme.

Les données de routine sur la SSR doivent être collectées pour un ensemble d'établissements de santé et de sources communautaires dans le cadre du SIS élargi. Le sexe et l'âge doivent toujours être pris en compte à partir de ces sources pour permettre l'analyse ventilée. Les sources de données de routine comprennent:

- Les dossiers des patients et les graphiques (par exemple, les partogrammes, les fiches prénatales, les fiches contraceptives)
- Les registres quotidiens et les fiches de pointage (par exemple, les registres de naissance, les fiches de pointage prénatal)
- Formulaires de laboratoire (par exemple, les tests de dépistage du VIH ou les résultats du dépistage de la syphilis)
- Formulaires d'évaluation des morts maternelles et périnatales

ENCADRÉ 5.6: SÉLECTIONNER ET UTILISER LES INDICATEURS DE SSR

Les indicateurs sont des variables qui peuvent faire l'objet d'un suivi au fil du temps pour traquer les progrès accomplis pour atteindre les objectifs. Par exemple: « couverture des soins prénatals ».

Un objectif est le niveau escompté pour la fin de la mise en œuvre d'un programme.

Par exemple: Les facteurs de risques obstétricaux sont détectés et pris en charge de manière précoce pendant la grossesse.

Chaque indicateur doit être imputé à une cible standard pour établir le niveau minimum acceptable de réalisation de l'objectif qui est visé. Par exemple: 90% de femmes se présentent aux visites prénatales recommandées pendant la grossesse.

Si les programmes de SSR mis en œuvre par différents intervenants n'utilisent pas les mêmes indicateurs, ils ne sont pas standardisés, et les informations sanitaires qu'ils génèrent ne le sont pas non plus. De ce fait, les données produites par les programmes

de santé non-standardisés peuvent être incomplètes, ne peuvent pas être ventilées, et sont inadaptées pour surveiller la situation. Cela démontre l'importance de la participation à la coordination des mécanismes comme celui du pôle de santé.

Le processus de sélection des indicateurs n'est pas aisé. Chaque indicateur doit être techniquement valide, simple et mesurable. Par ailleurs, le passage du DMU aux services complets de SSR dans un pays ouvrira de nouveaux espaces pour le suivi et la mise en œuvre qui doivent être systématiquement pris en compte. Par conséquent, tout indicateur doit remplir les critères SMART et doit être:

S pécifique (quoi et qui)

M esurable

A dapté

R éaliste (réalisable)

T emporels (délimités dans le temps)

La combinaison des indicateurs sélectionnés pour le suivi doit

également être adaptée pour mesurer les objectifs du programme dans l'ensemble des étapes du cycle du projet. Par exemple:

- Les indicateurs de résultat (ou processus) mesurent les activités conduites pour atteindre des résultats spécifiques. Par exemple: le nombre de sages-femmes formées sur les protocoles de SPN
- Les indicateurs de résultat (ou performance) mesurent les changements procédant des activités de programme, comme les changements de connaissances, les attitudes et comportements ou en termes de disponibilité des services. Par exemple; le pourcentage de femmes qui bénéficient d'au moins deux doses d'anatoxine tétanique (AT) avant l'accouchement
- Les indicateurs d'objectif (ou impact) mesurent les changements au niveau de la morbidité et la mortalité censés être favorisés par les activités de programme. Par exemple: Incidence de tétanos néonatal

- Bilan des accidents évités
- Rapports des agents de santé communautaire/sages-femmes
- Formulaire de compte rendu hebdomadaire et/ou mensuel
- Enquêtes réitérées (une source utile de données de suivi de la SSR lorsqu'elle est répétée au fil du temps)
- Surveillance sentinelle
- Produits/fournitures

La liste des outils présentée ci-dessus n'est pas exhaustive. Il se peut que d'autres méthodes de collecte de données de routine doivent être maintenues parallèlement au SIS, en fonction des besoins de chaque programme et/ou agence.

QUELLES DONNÉES DOIVENT ÊTRE COLLECTÉES LORS DU SUIVI?

Les chapitres 6 à 12 recommandent les indicateurs clés utilisés pour suivre chaque composante d'un programme complet de SSR. Voir l'Encadré 5.6 pour les définitions et questions à prendre en compte lors du choix et de l'utilisation des indicateurs de SSR.

UTILISATION DES RÉSULTATS DU SUIVI

Le suivi des résultats permet aux responsables de programme d'analyser les tendances des indicateurs spécifiques au fil du temps pour déterminer si le programme est bien au service de la population touchée. Lorsque les indicateurs sont inférieurs aux cibles, les responsables de programme doivent utiliser ces informations pour procéder à des corrections pour pouvoir atteindre les objectifs visés.

Pour utiliser efficacement les données, il est essentiel de sélectionner les indicateurs judicieusement et de réfléchir à la manière dont les données seront utilisées lors du choix des indicateurs. Trop souvent, les cadres supérieurs sont confrontés à des surcharges d'informations et utilisent rarement des données de suivi.

L'utilisation efficace des données requiert également un feedback régulier auprès des responsables de niveau inférieur et du personnel SSR. Les responsables de niveau inférieur et le personnel de première ligne obtiennent rarement du feedback

EXEMPLE DE PROGRAMME 5.1: SUIVI ET ÉVALUATION DANS LE CONTEXTE D'UNE CRISE HUMANITAIRE ÉLOIGNÉE

ORGANISATION: CARE

LIEU: Syrie

INTRODUCTION: Dans le nord de la Syrie, CARE collabore avec les ONG locales pour proposer des services de santé sexuelle et reproductive aux des établissements et au niveau communautaire. L'insécurité croissante qui frappe la Syrie, le caractère imprévisible des restrictions frontalières et la détermination de CARE à atteindre les zones les plus éloignées et défavorisées entraîne le recours à la gestion éloignée notamment le suivi de ses activités par l'intermédiaire d'un tiers.

DESCRIPTION DU PROJET: CARE sous-traite le suivi et l'évaluation en temps réel auprès d'entreprises indépendantes connues pour leur rigueur méthodologique qui ont accès aux zones de mise en œuvre du projet et disposent d'une équipe solide sur le terrain en Syrie. En utilisant des outils conçus conjointement par CARE et ces entreprises, l'équipe de suivi tierce vérifie et triangule les éléments issus des données cliniques avec les recensements qu'il conduit sur la qualité des soins, les inventaires de fournitures et équipements, les entretiens de sortie des patients. L'organisme tiers chargé du suivi rend compte des résultats préliminaires lors d'une réunion avec CARE et des partenaires d'exécution avant de finaliser les résultats.

Dans le suivi mené par les tiers, la priorité est de sélectionner les sources de données de qualité et de mener une triangulation efficace qui produit des informations « suffisantes » sans exposer les partenaires à des pressions et/ou au risque de fournir des preuves qui ne sont pas disponibles ou dont la collecte peut faire courir un danger. La portée du suivi est acceptée par les partenaires dans le cadre de la planification notamment la discussion du niveau des données qui seront adaptées, gérables et sécurisées et sauront apporter la preuve des effets du projet.

La faisabilité d'un suivi assuré par un tiers est examinée pour chaque zone ciblée individuellement, en tenant compte des contraintes de sécurité. Lorsque le suivi ne peut être assuré par un tiers pour des raisons de sécurité, CARE et les partenaires examinent les alternatives, comme le suivi par les pairs. Dans certains cas, CARE recrute également des groupes locaux établis en Syrie pour conduire le suivi indépendant d'activités spécifiques.

LEÇONS APPRISES: Un des enseignements tirés de cette expérience est que la planification tripartite entre CARE, les partenaires d'exécution et le suivi par un organisme tiers est fondamentale. La compréhension commune de la portée, du but et des implications en matière de logistique et de sécurité des activités de suivi par un tiers constitue un aspect majeur de la réussite des activités de suivi d'un organisme tiers et du maintien de relations de travail efficaces et fiables entre les partenaires.

concernant les grandes quantités de données dont ils ont besoin pour faire leur compte rendu. Les responsables de programme SSR doivent régulièrement faire part de leur feedback au personnel. Cela peut être fait par les graphiques et en discutant des tendances et implications pour les programmes, ou en partageant les points clés issus des réunions de coordination récentes du secteur/pôle de santé. Cela contribue à la responsabilisation des personnels concernés et c'est un outil efficace de motivation pour les responsables de niveau inférieur, étant donné que cela leur permet de comprendre comment ils contribuent à l'amélioration de la SSR dans la population générale.

5.3.3 Évaluation

BUT

Une évaluation permet aux responsables de programme SSR de déterminer si le programme SSR a répondu aux objectifs définis. Elle compare les activités et services du programme (produits) avec les avantages (résultats) et l'impact sur la santé publique (buts).

QUAND CONDUIRE UNE ÉVALUATION

Comme indiqué ci-dessus, les évaluations nécessitent suffisamment de temps pour mesurer les résultats et les impacts du programme. Par conséquent, les évaluations ne sont pas adaptées en situations d'urgence lorsque les recensements et le suivi peuvent apporter des éléments de feedback sur les actions d'urgence. Cependant, dans une phase post-aiguë de 3-6 mois, un dispositif complet d'outils d'évaluation du processus de DMU est disponible (voir Section 5.5). Pendant la planification et l'élaboration d'un programme plus complexe et complet de SSR, il est important d'y intégrer le cadre des évaluations. Les évaluations ont lieu durant le cycle de vie du projet, et pas seulement à la fin et elles sont planifiées selon les étapes de la mise en œuvre du projet et les besoins de la population touchée, l'organisation en charge de l'exécution du projet, et parfois les partenaires et organes de coordination. Nous utilisons souvent un ensemble de sources de données et de méthodes afin de mesurer le processus, les résultats et les impacts.

QUI DOIT CONDUIRE LES ÉVALUATIONS

Les évaluateurs externes génèrent les évaluations les plus objectives et impartiales. Si l'évaluateur(trice) est impliqué(e) dans la coordination ou la gestion du programme, il peut parfois être difficile pour cette personne de rester neutre et de percevoir le programme de manière impartiale.

MÉTHODES

Examen des données secondaires

Un examen des documents disponibles, comme les rapports de suivi et les documents opérationnels (comme les rapports de site, de mission, de supervision, dossiers de formation).

Collecte de données primaires

Les méthodes quantitatives et qualitatives, notamment celles décrites dans la section sur le recensement. Toutes les parties prenantes, notamment les utilisateurs des services au sein de la population ciblée, doit être incluse.

Quelles données doivent être collectées dans le cadre d'une évaluation?

Parmi les questions types qui devraient être prises en compte pour évaluer un programme de SSR figurent:

- Quels étaient nos objectifs?
- Quel était notre cadre logique?
- Qu'avons-nous fait?
- Qu'avons-nous réussi à faire?
- Avons-nous atteint les objectifs ciblés?
- Qu'est-ce qui a fonctionné et pourquoi? Pour quel(s) groupe(s) cible(s) cela a-t-il fonctionné le mieux et pourquoi?
- Pourquoi est-ce que cela n'a pas fonctionné et pourquoi? Pour quel(s) groupe(s) cible(s) cela a-t-il fonctionné le moins et pourquoi?
- Quelles leçons avons-nous apprises?
- Que faut-il d'autre pour atteindre l'impact souhaité?

UTILISATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Nous utilisons les résultats de l'évaluation pour améliorer la planification et la conception du programme. En tant que tels, ils doivent refléter à la fois ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas bien. Les responsables de programme et les prestataires de service doivent être informés du feedback pendant le programme et pas seulement à la fin pour veiller à ce que les questions identifiées au cours de l'évaluation soient traitées rapidement avant de devenir de véritables problèmes ou risques. Nous devons partager le rapport final de l'évaluation avec toutes les organisations impliquées dans l'intervention d'urgence, notamment

le MS, et diffuser le rapport à l'occasion des réunions de coordination du secteur/pôle de santé. Nous devons également partager les résultats et les décisions directement avec la communauté en tenant compte des questions de confidentialité et d'intimité.

5.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET À L'ÉTHIQUE

5.4.1 Normes relatives aux droits humains

Les prestataires de service et autres qui collectent les données relatives à la santé sont tenus de préserver la confidentialité des informations de santé. Le droit à l'intimité dans le cadre du droit international des droits de l'homme protège le droit à l'intimité et la confidentialité des informations sanitaires y compris sur la santé reproductive, les fonctions reproductives, la vie sexuelle ou la sexualité d'une personne. Nous incluons des directives éthiques clés dans la section 5.5. Les points clés à garder à l'esprit pour assurer le respect du droit à l'intimité sont entre autres:

- La confidentialité des informations relatives à un individu qui fournit des informations sur sa situation en matière de santé reproductive, notamment les incidents de violence basée sur le genre, doit être protégée à tout moment. Toute personne fournissant des informations sur l'état de sa santé reproductive, notamment des incidents de violence basée sur le genre, doit donner son consentement informé avant de participer à la collecte des données
- Le droit au respect de l'intimité s'applique également aux enfants, y compris dans le cadre de services médicaux. Bien que les informations sur l'état de santé des enfants ne doivent pas être communiquées aux tiers, y compris les parents, sans le consentement de l'enfant, cela dépend bien évidemment, de l'âge et du degré de maturité de l'enfant, mais aussi de son intérêt
- Les informations doivent rester confidentielles à tout moment notamment lorsqu'elles sont collectées, conservées, analysées, partagées et utilisées autrement. En milieu médical, les informations sur l'état de santé d'un(e) patient(e) doivent être partagées avec ceux qui sont directement impliqués dans le traitement d'un(e) patient(e) si nécessaire pour le traitement
- Le droit d'une personne au respect de son intimité est violé si un prestataire de santé aborde son état de santé reproductive avec une autre personne sans son

autorisation. Cela enfreindrait non seulement le droit de cette personne au respect de son intimité mais cela pourrait également causer des problèmes majeurs de protection pour la personne concernée. La divulgation des informations sanitaires conduirait à son rejet par les membres de la famille ou la communauté, à des actes de violence et des menaces de violence ou le traitement discriminatoire dans l'accès aux services

5.4.2 Considérations éthiques et collecte de données

Les risques associés à la vie privée sont liés à la possibilité d'identifier les participants et les préjudices éventuels qu'ils ou les groupes auxquels ils appartiennent, peuvent subir du fait de la collecte, de l'utilisation et de la révélation des informations personnelles - en particulier des informations sensibles sur la SSR. Tous les agents sanitaires et humanitaires doivent connaître les lois et réglementations nationales sur la collecte, la conservation et l'utilisation des informations sanitaires.

La planification rigoureuse préalable est cruciale. Ceux qui sont en charge de la collecte de données sont responsables de la réflexion sur les conséquences éventuelles, à la fois délibérées et non intentionnelles, de l'activité de recueil d'informations et de l'anticipation de l'effet de l'activité sur les participants et leurs familles. Si des questions se posent pour savoir si la collecte de données pourrait porter préjudice aux personnes, commencer les activités seulement si les services sont en place pour remédier aux éventuelles conséquences. Si l'activité de recueil d'informations n'est pas associée à un service, préparer des informations pour que les personnes puissent prendre attache avec les soutiens requis. Si des protections adaptées ne peuvent être mises en place, l'activité ne doit pas être poursuivie.

Des discussions doivent avoir lieu avec les parties prenantes et les membres de la communauté d'accueil, y compris les enfants et les adolescents, dans la mesure du possible. Les réunions communautaires à différentes étapes de la collecte d'informations peuvent servir des objectifs divers y compris la sensibilisation, l'examen et l'interprétation. Ces discussions peuvent servir la double finalité d'améliorer le respect des normes éthiques et la qualité des informations recueillies.

CONSENTEMENT INFORMÉ

La collecte et l'utilisation des données à des fins autres que le suivi de routine nécessitent souvent le consentement informé de la personne qui communique les informations. Cela inclut la collecte de données qui seront anonymisées

ENCADRÉ 5.7: CONCEPTS CLÉS

<i>Intimité</i>	<i>Confidentialité</i>	<i>Sécurité</i>	<i>Informations identifiables</i>	<i>Données identifiables concernant les patientsa</i>
<p>L'intimité fait référence au droit d'un individu de ne pas subir les intrusions et les ingérences d'autrui. L'intimité des individus concerne leurs corps, leurs informations personnelles, leurs réflexions et opinions exprimées, les communications personnelles avec d'autres, et les espaces qu'ils occupent. Les recherches ont un impact sur divers domaines de l'intimité et de différentes manières en fonction de ces objectifs et méthodes. Le droit de contrôler les informations personnelles constitue un aspect majeur de l'intimité.</p>	<p>Le devoir éthique de confidentialité fait référence à l'obligation d'un individu ou d'une organisation de protéger les informations qui lui ont été confiées. Le devoir éthique de confidentialité inclut les obligations de protéger les informations à l'égard de l'accès, de l'utilisation, de la divulgation, de la modification non autorisés, de la perte ou du vol. Le respect du devoir éthique de confidentialité est essentiel à la relation de confiance entre les enquêteurs et les participants, et à l'intégrité de l'activité de recherche.</p>	<p>La sécurité fait référence aux mesures utilisées pour protéger les informations. Cela inclut des garanties physiques, administratives et techniques. Un individu ou une organisation remplit ses devoirs en matière de confidentialité, en partie, en adoptant et en appliquant des mesures de sécurité adaptées. Les garanties physiques comprennent l'utilisation d'armoires de classement verrouillées et la localisation des ordinateurs contenant des données de recherches loin des zones publiques.</p>	<p>Lorsque les enquêteurs cherchent à collecter, utiliser, partager et accéder à différents types d'informations ou données sur les participants, ils sont censés déterminer si les informations ou les données proposées peuvent raisonnablement permettre d'identifier un individu.</p>	<p>Les données identifiables concernant les patients font référence aux données personnelles qui peuvent être utilisées directement ou indirectement pour identifier un individu (par exemple, le nom ou le code poste). Cela inclut également les données encodées si la solution du décryptage existe toujours.</p>

et seront séparées du nom et d'autres identifiants du/de la répondant(e). Dans ce cas, un comité d'examen éthique doit être consulté à propos des directives adaptées au consentement informé. Le but du processus de consentement informé est de veiller à ce que les répondants reçoivent des informations et comprennent chacun des éléments suivants dans une « déclaration de consentement »: 1) le but et le contenu de la collecte de données; 2) les procédures qui seront appliquées pendant la collecte de données; 3) les risques et les avantages de leur participation; et 4) leurs droits.

Tous les participants potentiels doivent également être informés qu'ils ont le droit de ne pas participer à la collecte de données et de refuser de répondre à des questions particulières, ce qui n'aura pas d'impact sur l'accès aux services. Si, les informations concernant l'état de santé

d'un individu doivent être divulguées à un tiers, dans un but précis, alors la personne concernée doit être contactée pour qu'elle accorde son consentement informé.

Dans le cas des enfants, le consentement informé doit être accordé par un parent ou un tuteur à moins que la législation nationale ne prévoie le contraire. En outre, les enfants qui sont en âge de comprendre la nature et l'implication de la collecte et de la divulgation d'informations (c'est-à-dire, qu'ils sont aptes à comprendre) doivent également donner leur consentement.

LIMITES DE LA CONFIDENTIALITÉ

Dans certains milieux, les lois nationales obligent les prestataires de santé à signaler aux autorités les personnes séropositives, les femmes qui ont subi un avortement ou

certaines causes de violence sexuelle. Bien que les justifications officielles de ces politiques et lois puissent inclure la prévention des crimes ou les questions de santé publique, il est important de souligner qu'elles peuvent être contraires aux normes internationales de droits humains et enfreindre le droit à l'intimité.

Les prestataires de service doivent connaître les lois et les politiques et les obligations qui leur sont inhérentes. Dans le cadre du processus de consentement informé, les patients doivent être informés de toutes les limites à la confidentialité. Lorsque des règles de compte rendu obligatoire sont en place, les prestataires de service doivent expliquer le mécanisme au/à la patient(e) et lui dire ce à quoi il/elle doit attendre suite à un rapport.

5.5 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

RESSOURCES GÉNÉRALES SUR LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Better Evaluation. (n.d.). *Better Evaluation: Various Free Evaluation Tools and Guidance as well as Other Resources*. Extrait de: <http://www.betterevaluation.org/en/blog/2016-top-evaluation-resources>

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

Sphere. *Le Projet Sphère: Sphère pour le suivi et l'évaluation*. (n.d.). Extrait de: <https://www.spherestandards.org/fr/resources/sphere-pour-le-suivi-et-levaluation/>

COLLECTE DE DONNÉES ET INDICATEURS

HCR. (2010). *La boîte à outils du Système d'information sanitaire*. Extrait de: <https://www.unhcr.org/fr/protection/health/4b5dc5ae9/boite-outils-systeme-dinformation-sanitaire-sis.html>

HCR. (2014). *Twine: Using Data to Improve Humanitarian Decision Making*. Extrait de: <http://twine.unhcr.org/app/>

MEASURE Evaluation. (2011). *Tools for Data Demand and Use in the Health Sector MEASURE Evaluation* (2^e éd.). Extrait de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-46>

MEASURE Evaluation. (n.d.). *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database*. Extrait de: https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators

OMS. (n.d.). *Global Health Cluster tools: Health Resource Availability Mapping System & Initial Rapid Assessment Toolkit*. Extrait de: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/

RECHERCHES ET RECENSEMENTS

Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies (CIEDRS), & Hopkins Population Center. (2003). *Demographic Methods in Emergency Assessment: A Guide for Practitioners*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Extrait de: <http://www.coordinationtoolkit.org/wp-content/uploads/CIEDRS-Demographic-Methods-in-Emergency-Assessment.pdf>

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

HCR. (2006). *Standardized Health Information System (HIS)*. Extrait de: <http://www.unhcr.org/45810f5f1.pdf>

IAWG. (2013). *Tool for the Assessment of Countries' Readiness to Provide Minimum Initial Service Package for SRH during a Humanitarian Crisis*. Extrait de: http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/EECA-MISP-Readiness-Assessment-Tool_Final-

[Revised_December-2013.pdf](#)

Women's Commission for Refugee Women and Children. (2003). *Monitoring Implementation of the MISP: A Check List*. Extrait de: <http://gender.care2share.wikispaces.net/file/view/MISPChecklist.pdf/60994068/MISPChecklist.pdf>

Women's Refugee Commission. (2017a). *Service Provision Mapping Tool: Urban Refugee Response*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1353-urban-gbv-tools>

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

FNUAP, & Save the Children. (2010). *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*. Extrait de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf

SOINS COMPLETS D'AVORTEMENTS

Healy, J., Otsea, K., & Benson, J. (2006). Counting Abortions so that Abortion Counts: Indicators for Monitoring the Availability and Use of Abortion Care Services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 95(2), 209–220.

CONTRACEPTION

MEASURE Evaluation. (2016). *Quick Investigation of Quality: A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning* (2è éd.). Chapel Hill, North Carolina. Extrait de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-15-104>

ÉTHIQUE

Elrha: Research for Health in Humanitarian Settings. (n.d.). *Research Ethics Tool*. Extrait de: <http://www.elrha.org/r2hc>

OMS. (2007). *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Extrait de: https://www.who.int/gender/EthicsSafety_Fr_web.pdf

OMS. (2016). *Ethical and Safety Recommendations for Intervention Research on Violence against Women: Building on Lessons from the WHO Publication "Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women."* Genève, Suisse. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf?ua=1>

GENRE

MEASURE Evaluation. (n.d.). *Guide pour l'intégration du genre dans une évaluation d'un cadre et système de suivi et évaluation*. Extrait de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-16-128-fr>

VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

Gender-Based Violence Information Management System. (n.d.). Extrait de: <http://www.gbvims.com/resources/>

CPI. (2015). *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*. Extrait de: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf

RHRC Consortium, & Women's Commission for Refugee Women & Children. (2004). *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings*. Extrait de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FC881A31BD55D2B3C1256F4F00461838-Gender_based_violence_rhrc_Feb_2004.pdf

Campagne des Nations Unies contre la violence sexuelle en temps de conflit. (2008). *Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits: Ce qu'il faut faire et ne pas faire*. Extrait de: <http://www.stoprapienow.org/uploads/advocacyresources/1282164753.pdf>

USAID. (2014). *Toolkit for Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence Interventions along the Relief to Development*

Continuum. Extrait de: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2151/Toolkit%20Master%20%28FINAL%20MAY%209%29.pdf>

Women's Refugee Commission. (2015). « *Je vois que cela est possible* ». *Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/>

SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

OMS. (2011). *Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-Miss Approach for Maternal Health*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf

OMS, FNUAP, UNICEF, & Mailman School of Public Health Averting Maternal Death and Disability (AMDD). (2009). *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence: Manuel d'utilisation*. Extrait de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/>

OMS, UNICEF, FNUAP, World Bank, & Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. (2010). *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70428/1/WHO_FCH_10.06_eng.pdf

SANTÉ MENTALE ET PSYCHOSOCIALE

CPI. (2007). *Directives du CPI relatives à la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Genève, Suisse. Extrait de: https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf?ua=1

CPI Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence. (2010). *Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence: ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir*. Extrait de: https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf

OMS, & King's College London. (2011). *Échelle de mesure des besoins perçus dans un contexte d'urgence humanitaire (HESPER): Manuel et Échelle*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131832/9789242548235_fre.pdf

OMS, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44779/9789242548204_fre.pdf

IST & VIH/SIDA

Global AIDS Monitoring Indicator Registry. (n.d.). Extrait de: <http://www.indicatorregistry.org/>

MEASURE Evaluation. (2013). *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People - Volume II for Service Delivery Providers*. Extrait de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-49b>

RÉFUGIÉS EN MILIEU URBAIN

Women's Refugee Commission. (2017b). *Urban Gender-Based Violence Risk Assessment Guidance: Identifying Risk Factors for Urban Refugees*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1353-urban-gbv-tools>

CHAPITRE 6

LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

- 6.1 Introduction
 - 6.2 Objectifs
 - 6.3 Programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents
 - 6.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence
 - 6.3.2 Gestion de l'urgence et des risques de catastrophes pour la santé
 - 6.3.3 Recensement des besoins
 - 6.3.4 Principes du travail avec les adolescents
 - 6.3.5 Considérations et implications en termes de programmes pour adolescents
 - 6.3.6 Mettre en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents
 - 6.3.7 Coordonner et établir des liens
 - 6.3.8 Plaidoyer
 - 6.4 Considérations en matière de droits humains et au droit
 - 6.4.1 Normes relatives aux droits humains
 - 6.4.2 Défis et perspectives
 - 6.5 Suivi et évaluation
 - 6.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

6.1 INTRODUCTION

L'adolescence est une période de changements biologiques, physiques et cognitifs et elle implique des besoins de santé sexuelle et reproductive (SSR) spécifiques. Les adolescents sont résilients, ingénieux et dynamiques. Ils peuvent jouer un rôle à part entière dans la gestion des risques de catastrophes et les cycles de programme humanitaire. Sachant qu'ils sont soumis à des exigences contradictoires à l'égard des adolescents, des efforts doivent être déployés pour offrir des possibilités de s'appuyer sur leurs capacités à promouvoir leur autonomisation dans ce processus. Par exemple, ils peuvent jouer le rôle de premiers intervenants dans le cadre d'urgences pour des activités comme l'aide apportée aux prestataires de santé en tant que volontaires ou

distributeurs communautaires. Ils peuvent accroître l'accès aux services de SSR de qualité pour la communauté élargie de même que pour leurs pairs au niveau communautaire. En outre, ils peuvent jouer un rôle essentiel dans les mécanismes de coordination pour faire en sorte que les besoins des adolescents soient pris en compte dès le début des urgences.

Les urgences humanitaires sont porteuses de risques qui exposent les adolescents à la violence, à la pauvreté, à la séparation des familles, ainsi qu'à la violence et à l'exploitation sexuelle. Ces facteurs peuvent perturber les structures familiales et sociales de protection, les réseaux de pairs, les écoles et les institutions religieuses et ils peuvent considérablement affecter la capacité des adolescents à se protéger et avoir des comportements sains en matière de SSR. Leur nouvel environnement peut être violent, stressant et/ou malsain. Les adolescents (surtout les adolescentes) qui vivent dans des situations de crise sont exposés à la coercition, à l'exploitation et à la violence sexuelle et ils peuvent se livrer au commerce du sexe pour leur survie. Les adolescents constituent un groupe hétérogène; leurs risques et besoins peuvent varier en fonction de facteurs tels que l'environnement et le contexte local de même que leur statut matrimonial, leur niveau d'instruction, leur handicap, leur genre et leur identité de genre, leur identité corporelle, leur orientation sexuelle et leur statut social et économique.

ENCADRÉ 6.1: FAITS ET CHIFFRES CLÉS

- Parmi les pays ayant les 30 taux les plus élevés de mariage d'enfants, plus de 50% sont confrontés à un conflit
- Chaque heure, 26 adolescents (15-19 ans) sont contaminés par le VIH. Les adolescentes et les jeunes femmes sont touchées de manière disproportionnée par le VIH en Afrique subsaharienne où 7 nouvelles contaminations sur 10 touchent des filles
- De 2009 à 2012, les propositions destinées à la santé sexuelle et reproductive des adolescents par le biais de mécanismes de financement constituaient moins de 3,5% des propositions relatives à la santé; et la moitié d'entre elles n'était pas financée

D'autre part, il arrive que les communautés touchées par des crises soient aussi exposées à de nouvelles perspectives y compris l'accès à des soins de santé de meilleure qualité, la scolarité et de nouvelles langues et compétences, ce qui peut leur apporter des avantages qu'ils n'auraient pas eu en dehors de la crise. Les adolescents s'adaptent souvent

plus facilement à de nouvelles situations et peuvent apprendre rapidement comment naviguer dans le nouvel environnement.

Les coordinateurs SSR, les responsables de programmes de santé, les prestataires de soins, les travailleurs sociaux et les enseignants travaillant dans les contextes de crise humanitaire doivent envisager et répondre aux besoins spécifiques des adolescents. Ils doivent également prendre en considération les adolescents particulièrement vulnérables, notamment les anciens enfants-soldats, les adolescents à la tête de ménages, les adolescents handicapés, les mères adolescentes et les jeunes filles qui sont exposées à un risque accru d'exploitation sexuelle.

ENCADRÉ 6.2: ADOLESCENTS EXPOSÉS À DE HAUTS RISQUES

- Les très jeunes adolescents (moins de 14 ans)
- Les orphelins et les enfants vulnérables
- Les adolescents qui ont des relations sexuelles de nature transactionnelle
- Les adolescents vivant avec le VIH
- Les adolescents ayant des rapports sexuels avec des personnes du même sexe
- Les filles-mères
- Les enfants à la tête de ménages
- Les adolescents mariés
- Les filles-mères veuves
- Les adolescents handicapés
- Les adolescents s'occupant de personnes handicapées
- Les enfants-soldats (y compris les filles) et d'autres enfants associés aux forces armées (dans des rôles non-combattants).
- Les adolescents victimes de violences sexuelles, de trafic d'êtres humains ou de toute autre forme de violences basée sur le genre.
- Adolescents vivant en milieux urbains

6.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de:

- Donner des directives aux coordinateurs SSR, aux responsables de programme de santé, aux prestataires de service de santé, aux travailleurs sociaux, et aux enseignants sur les approches efficaces, innovantes et culturellement adaptées dans les situations de crise humanitaire, qui prennent en considération l'hétérogénéité des adolescents, pour accroître la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive (SSRA) de qualité
- Recenser les principes et les ressources qui guident les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé, les prestataires de service et les membres de la communauté sur la manière d'impliquer les adolescents dans les programmes de SSRA
- Garantir la prestation de services de SSR et les informations adaptés aux adolescents et créer un environnement sûr et favorable dans lequel les adolescents peuvent s'épanouir, en dépit des nombreuses difficultés inhérentes à une crise

ENCADRÉ 6.3: DÉFINITION ET PORTÉE

Bien que ce chapitre se réfère aux adolescents (généralement définis comme la tranche d'âge des personnes de 10-19 ans), les services décrits ici peuvent être étendus à une catégorie élargie de jeunes femmes et hommes qui peuvent aussi bénéficier de services adaptés aux jeunes.

6.3 PROGRAMME DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS

6.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) est un ensemble d'activités prioritaires coordonnées dont le but est de prévenir et de répondre à la violence sexuelle, mais aussi de réduire la transmission du VIH, prévenir la surmortalité et surmortalité maternelles et néonatales, les grossesses non désirées, et faciliter la transition vers des services plus

complets de SSR quand la situation le permet. Il est possible que le DMU ne réponde pas aux besoins des adolescents et il se peut que tous les principes de SSRA ne soient pas intégrés lors de l'application du DMU. Compte tenu de la situation, il faut 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 Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) pour obtenir des directives complémentaires concernant l'instauration et la mise à disposition de services de DMU adaptés aux adolescents parallèlement au cycle de gestion des risques de catastrophes (voir Section 6.6).

ENCADRÉ 6.4: LES ADOLESCENTS PEUVENT ÊTRE DE BONS CANDIDATS POUR LA CONTRACEPTION À LONGUE DURÉE D'ACTION ET RÉVERSIBLE (LARC)

Les méthodes de contraception à longue durée d'action et réversibles y compris les implants contraceptifs et les dispositifs intrautérins (DIU) sont sans danger et efficaces pour les adolescents. Elles peuvent être utilisées chez les femmes et les filles qui n'ont jamais été enceintes. Elles offrent plusieurs avantages par rapport à d'autres méthodes contraceptives: elles sont extrêmement efficaces; elles n'obligent pas l'utilisatrice à faire quoi que ce soit une fois qu'elles sont en place; elles sont relativement discrètes et elles empêchent la grossesse durant des années—pendant une période où la plupart des filles veulent éviter la grossesse. Les agents de santé doivent inclure les méthodes de contraception à longue durée d'action et réversibles dans la gamme complète de méthodes contraceptives offertes aux adolescents.

6.3.2 Gestion de l'urgence et des risques de catastrophe pour la santé

Inclure les éléments suivants dans le cadre d'efforts d'urgence et de gestion des risques de catastrophe:

- Soutenir la mobilisation et les partenariats systématiques avec les adolescents dans toutes les phases de l'action humanitaire, surtout la prise de décision et l'allocation du budget
- Renforcer les capacités des adolescents à être des intervenants humanitaires efficaces et soutenir les initiatives et les organisations menées par les adolescents dans l'action humanitaire. Cela inclut les adolescents touchés par les crises en tant que

réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays vivant dans des campements urbains informels et des bidonvilles

6.3.3 Recensement des besoins

Alors que la situation se stabilise, conduire un recensement des besoins y compris une cartographie des services existants en coordination avec d'autres intervenants pour la SSRA et la santé infantile afin de guider le processus de conception de programmes et développer un plan d'action pour améliorer les services de santé au service des adolescents. Impliquer les adolescents qui peuvent être guidés pour identifier leurs propres vulnérabilités ainsi que leurs capacités, dans ce processus. Veiller à l'inclusion des adolescents exposés à un risque accru (voir l'Encadré 12.2). Par exemple, faire en sorte que 10-15% des adolescents consultés dans le cadre des recensements des besoins soient des adolescents handicapés. Utiliser des outils de recensement des services adaptés aux adolescents pour déterminer si les services de santé répondent aux besoins des adolescents. Recenser également des ressources communautaires de protection. Nous devons examiner les données recueillies auprès de diverses entités y compris celles des adolescents sur:

- **Les problèmes et comportements en matière de santé:** Prévalence des problèmes et pratiques de SSR parmi les adolescents, y compris la grossesse désirée et non désirée, l'utilisation de la contraception, l'avortement sécurisé et non sécurisé, la mortalité maternelle et néonatale, les pratiques sexuelles plus protégées, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH
- **Les pratiques néfastes et facteurs de risque:** Les vulnérabilités et les pratiques néfastes des adolescents, y compris l'exposition à la violence et à l'exploitation sexuelle, le mariage d'enfants précoce et forcé, le trafic, le commerce du sexe, et les pratiques traditionnelles comme la mutilation génitale féminine
- **Les facteurs de protection:** Les ressources communautaires de protection, comme les parents et les enseignants qui apportent leur soutien, les réseaux de soutien de pairs, et les programmes adolescents ayant des liens avec des adultes attentifs
- **Les ressources disponibles:** Les perceptions des adolescents et des communautés quant aux besoins de SSRA et à la mise à disposition de services et d'informations sur la SSR aux adolescents, notamment les services professionnels et traditionnels. Il faut particulièrement insister sur la manière dont les besoins et les services varient en fonction de groupes comme les filles, les garçons, les jeunes lesbiennes,

les gays, les bisexuels, les transgenres, les queer, les intersexes et les personnes asexuées (LGBTQIA) ainsi que les jeunes et les personnes handicapées. Raisons des lacunes dans l'offre et l'accès aux services

- **Difficultés:** Les obstacles à l'accès aux services existants pour différents groupes d'adolescents, notamment le manque de connaissances des questions SSRA, le manque d'informations sur les services SSRA et où ils se trouvent, l'insécurité, la liberté de mouvement limitée, les obstacles physiques, les normes culturelles, le manque de confidentialité/intimité, et le manque de professionnels de la santé de même sexe
- **Possibilités:** Dans certaines situations, les crises exposent les adolescents à de nouvelles voies leur permettant de s'appuyer sur leurs capacités et d'améliorer leur accès à la santé et à l'éducation non seulement pour eux-mêmes mais également pour leurs communautés

De plus, les coordinateurs SSR, les responsables de programmes de santé et les prestataires de service doivent connaître la législation et les politiques nationales relatives à la SSR des adolescents dans les pays où ils interviennent. Alors que l'autorité et la responsabilité de dispenser une éducation et des services de SSR aux adolescents et aux jeunes revient aux gouvernements nationaux, des politiques restrictives peuvent néanmoins prévaloir.

Il faut prendre en considération les éléments suivants:

- Quelles sont les lois et politiques qui limitent ou empêchent l'accès aux informations et services de SSR?
- Quel est l'âge de la majorité? Quel est l'âge légal du consentement aux rapports sexuels? Quel est l'âge légal du consentement au mariage? La loi est-elle différente pour les garçons/hommes et les filles/femmes?
- Un accord marital, parental ou de la part du tuteur légal est-il exigé pour fournir des informations et des services de santé reproductive à des enfants? Qu'en est-il des adolescents adultes?
- Les lois/politiques/protocoles prennent-ils en compte les capacités d'évolution et les intérêts des enfants dans la réglementation de l'accès aux services, aux informations et à l'éducation en SSR ?
- Quelles sont les lois nationales relatives à l'accès des adolescents aux services liés à l'avortement et dans quelle mesure ces lois sont-elles appliquées?
- Existe-t-il des lois ou politiques nationales ou locales

EXEMPLE DE PROGRAMME 6.1; RECENSEMENT DES BESOINS EN SSR ADAPTÉ AUX ADOLESCENTS

ORGANISATION: CARE-International

LIEU: Goma, République démocratique du Congo (RDC)

INTRODUCTION: La RDC est un des pays les plus mal classés au monde en matière de santé reproductive. Dès 2014, 27% des adolescentes plus âgées (15-19 ans) avaient déjà eu des grossesses: 21% étaient déjà mères et 6% d'entre elles étaient enceintes. Dans la région du Nord-Kivu touchée par la crise, les femmes et les filles sont confrontées à des difficultés plus importantes. L'enquête de référence de CARE portant sur 709 adolescents et jeunes a indiqué que 32% de l'ensemble des filles âgées de 15-24 ans interrogées avaient déjà été enceintes; parmi celles qui étaient enceintes, 29% ont subi un avortement. Les adolescents et les jeunes vivant à Goma et dans ses zones environnantes ayant grandi dans un contexte de crise, ce projet avait non seulement pour but de répondre à leurs besoins en SSR mais aussi de leur offrir la possibilité et la capacité d'agir pour créer le changement pour eux-mêmes et leur communauté.

DESCRIPTION DU PROJET: Le projet Aid Match Vijana Juu (« Debout pour la jeunesse » en Swahili), financé par DFID a été mis en œuvre par CARE de février 2016 à octobre 2017. Ce projet pilote s'est appuyé sur l'intervention de CARE dénommée Supporting Access to Family Planning and Post-Abortion Care (SAFPAC) pour évaluer la faisabilité de l'inclusion d'une composante solide en matière de SSRA dans le modèle SAFPAC afin de répondre aux besoins en SSR des adolescents. Le projet a été mis en œuvre en partenariat avec les associations religieuses qui gèrent les établissements de santé et les écoles à proximité. Le personnel du projet CARE, parallèlement à un représentant du Programme national de santé des adolescents du Ministère de la Santé a facilité des ateliers avec des jeunes issus des communautés avoisinantes pour examiner les résultats de l'évaluation de référence et les intégrer dans la conception de projet. CARE a utilisé son approche fondée sur les Cartes de pointage communautaire (CSC) pour réunir les jeunes, les prestataires de service et les fonctionnaires afin qu'ils conviennent de 4 indicateurs qui représentent la qualité et l'accessibilité des « services adaptés aux jeunes » et pour instaurer un processus de suivi des progrès accomplis par rapport à ces indicateurs et résoudre les problèmes liés à l'accès et à la prestation de service. Le projet comprenait aussi des formations sur les services adaptés aux adolescents, la supervision des prestataires et une approche fondée sur un modèle de pairs. De plus, une implication significative des participants aux programmes dans la conception, l'adaptation et le feedback permanent et une approche itérative du programme ont permis d'introduire des composantes additionnelles comme une fiche d'orientation vers des services/établissements spécifique aux adolescents pour réduire le temps d'attente auxquels les jeunes sont confrontés dans les établissements de santé. Compte tenu des retours positifs sur cette intervention, CARE a introduit des interventions Aid Match

(comme l'orientation des prestataires par rapport aux besoins en SSRA, la mise en œuvre de fiches d'orientation, l'approvisionnement en fournitures répondant aux besoins des adolescents) dans les autres établissements de SAFPAC à Goma, ce qui élargit la disponibilité des services de SSR adaptés aux adolescents dans les 15 établissements de santé.

RÉSULTATS: CARE a fourni des services de contraception à 22 633 nouvelles utilisateurs/trices de la planification familiale dans l'ensemble des 15 sites SAFPAC, notamment 4 681 nouvelles utilisateurs/trices dans les 4 sites Aid Match. Lorsqu'ils ont exclus les préservatifs comme méthode de choix, 44,7% des jeunes des 15 établissements de santé et 48,9% de jeunes des 4 premiers établissements Aid Match ont choisi des méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles (implant ou dispositif intrautérin). Cent pourcent des adolescents qui ont eu accès aux services appuyés par le projet étaient satisfaits des services dont ils ont bénéficié. Soixante pourcent ont été formés comme leaders-pairs/jeunes parrains et 10 leaders-pairs/jeunes parrains ont été formés en tant que conseillers communautaires, une intervention qui a été mise en place pour répondre aux besoins des jeunes vivant dans les camps de PDIP et près des communautés d'accueil qui n'ont pas accès aux services de SSR. Neuf organisations communautaires ont bénéficié d'un appui pour animer des événements de mobilisation communautaire axés sur la SSRA y compris les dialogues communautaires. Globalement, 1 742 dialogues communautaires ont été menés pour sensibiliser non seulement les jeunes à la SSR mais aussi pour promouvoir un environnement et les dynamiques communautaires qui facilitent leur accès aux services de SSR.

LEÇONS APPRISSES: La mobilisation des jeunes par le biais d'une approche participative aux recherches, à la conception et la mise en œuvre d'un projet a abouti à l'instauration de services pertinents pour les adolescents et probablement à une utilisation accrue des services de SSR. Le feedback qualitatif indique que la mise en place d'un mécanisme de responsabilisation à travers les fiches de pointage communautaire donne l'occasion aux adolescents de partager leur avis sur les services qui est pertinent pour eux mais aussi pour la communauté dans son ensemble. De plus, l'approche des fiches de pointage communautaire a amélioré les relations et encouragé le dialogue parmi les jeunes, les leaders communautaires et les agents de santé. Les activités de supervision de soutien entreprises par le personnel de CARE nous ont permis de constater que les adolescents ont besoin de bienveillance et de soutien avant, pendant et après avoir reçu des méthodes contraceptives surtout durant le processus d'identification des méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles concernées. Il convient de signaler que les leaders-pairs des 4 sites ont lancé un réseau d'adolescents par eux-mêmes, Vijianna Vision, pour pouvoir continuer les activités communautaires au-delà de la durée du projet.

régissant la violence sexuelle et d'autres formes de maltraitements perpétrés contre les enfants au sein et hors du cadre familial ?

ENCADRÉ 6.5: FOURNIR DES SOINS POST-AVORTEMENT AUX ADOLESCENTS

Les adolescentes et les jeunes confrontés à des situations de crises sont exposés à un risque accru de grossesse non désirée et d'avortement à risques, en raison de facteurs tels que leur développement psychosocial, les rapports de force liés au genre et sociaux, la situation socio-économique, la violence et la coercition sexuelle, et les valeurs traditionnelles/culturelles qui entravent l'accès aux informations et aux services de SSR. Les adolescentes manquent souvent de connaissances et d'accès aux méthodes contraceptives pour prévenir la grossesse. Ensuite, lorsqu'elles sont confrontées à une grossesse non désirée, les adolescentes sont plus susceptibles de recourir aux avortements à risques que les adultes et/ou d'attendre plus longtemps pour bénéficier de soins liés à l'avortement, à cause de la peur de la stigmatisation, des contraintes politiques et des obstacles structurels tels que les frais de transport, les retards pris pour prendre conscience de la grossesse ou un état de déni psychologique de la grossesse. Cela accroît le risque de complications, y compris les saignements abondants, les infections, les ruptures de l'utérus, la stérilité et la mortalité précoce.

Il est essentiel que les adolescentes aient accès à des soins post-avortement de haute qualité. Les obstacles auxquels les adolescentes sont confrontées pour accéder aux services de SSR peuvent généralement être amplifiés quand les soins post-avortement (SPA) en raison des idées fausses selon lesquelles les SPA sont un service d'avortement ou selon lesquelles les SPA encouragent l'avortement, et des préjugés de prestataire très prononcés à l'égard des adolescents ayant besoin de SPA. La participation des adolescents ainsi que le cycle de programme des services de SPA, la formation des prestataires sur les services de SPA adaptés à la SSRA, et les programmes consacrés aux SPA intégrant la planification familiale complétée par la sensibilisation de la communauté sont essentiels à l'amélioration de l'accès à des services de SPA vitaux pour les adolescentes en situations d'urgence.

soutien des leaders institutionnels, la formation continue du personnel de santé et d'autres agents, et l'inclusion des utilisateurs adolescents dans la conception et le suivi de ces services. Lorsqu'on travaille avec des adolescents, il est important de tenir compte:

- Des principes de gestion
- Des principes de la prestation de service

PRINCIPES DE GESTION

Reconnaître que les adolescents ne sont pas un groupe homogène

Les besoins varient en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction, du statut matrimonial, du contexte local et culturel, du genre, de l'identité corporelle, de l'orientation sexuelle et du handicap. Les sous-catégories ont des besoins et risques spécifiques. La conception et l'application de tous les programmes, notamment la prestation des services de santé et les stratégies de communication pour le changement de comportement, doivent être adaptés à leurs besoins spécifiques et leur âge et sexe. Certains groupes d'adolescents étant exposés à des risques accrus, il est essentiel de veiller à ce que les mécanismes de protection soient établis pour prévenir et faire face à la violence à l'égard des adolescents.

S'investir dans une participation significative des adolescents

Le principe fondamental du travail efficace avec les adolescents est de promouvoir leur participation, leur partenariat et leur leadership. En raison des obstacles auxquels les adolescents sont confrontés lorsqu'ils accèdent aux services de SSR, ils doivent être impliqués dans tous les aspects des programmes notamment la conception, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation. Il faut insister sur la nécessité de mobiliser les adolescents dans toutes les étapes du cycle de programme, pas seulement pour une participation symbolique. Les programmes doivent élaborer des stratégies novatrices pour favoriser l'inclusion et la participation de populations hétérogènes d'adolescents. Très souvent, ce sont les adolescents plus privilégiés, « visibles » qui sont consultés plutôt que ceux qui sont particulièrement exposés aux risques d'exclusion. Compte tenu de cette situation, il est particulièrement important d'adopter des stratégies qui s'appuient sur les forces et capacités et créent des conditions raisonnables pour ceux qui ne pourraient pas participer pleinement, comme les adolescents handicapés, entre autres. Il convient d'identifier les adolescents qui ont joué ou peuvent jouer le rôle de leaders ou d'éducateurs de pairs au sein de leur

6.3.4 Principes du travail avec les adolescents

La mise en œuvre à grande échelle des programmes de SSRA requiert des politiques et des directives claires, le

communauté. Ces adolescents peuvent aider à répondre aux besoins de leurs pairs lors de la conception des programmes et ils peuvent contribuer à la mise en œuvre des activités comme la distribution de préservatifs, l'éducation des pairs, le suivi des services de santé adaptés aux adolescents et l'orientation vers des conseillers spécialistes de violence basée sur le genre. Les services seront mieux acceptés s'ils sont personnalisés pour répondre aux besoins identifiés par les adolescents eux-mêmes. Les adolescents peuvent contribuer à faire en sorte que l'action du DMU réponde à leurs besoins, par exemple, en identifiant des lieux adaptés à la culture locale pour mettre les préservatifs à disposition.

Favoriser l'implication communautaire

Pour faire avancer les services de SSR destinés aux adolescents, il faut comprendre le contexte culturel et créer un environnement favorable, car les adolescents peuvent être affectés par les valeurs communautaires concernant la SSRA. Les communautés peuvent fréquemment devenir particulièrement protectrices vis-à-vis de leurs normes culturelles et du processus de socialisation des adolescents en cas d'urgence. Comme indiqué dans le DMU (voir Chapitre 3) il est important que les informations et services de SSR soient disponibles, notamment pour les adolescents, au début de l'action humanitaire. Dès que possible, il faut cibler l'implication des communautés

concernant la santé des adolescents, car cela peut donner lieu à des impacts sanitaires plus durables et positifs. Les membres de la communauté notamment les parents, les tuteurs, les enseignants, les professionnels de santé et les leaders religieux doivent être consultés et impliqués dans la conception des programmes avec et pour les adolescents.

PRINCIPES DE LA PRESTATION DE SERVICE

Intimité, confidentialité, équité et non-discrimination

Les adolescents se présentant aux prestataires de santé se sentent souvent embarrassés, gênés ou confus lorsqu'ils ont recours aux services de SSR. Il faut que les prestataires créent un espace le plus privé possible dans lequel les échanges et la prestation des services auront lieu. Les prestataires doivent être formés à la prestation de service sans préjugé, jugement ou discrimination. Cela doit inclure les stratégies pour établir la confiance, gérer les rapports de force et impliquer en toute sécurité, les adolescents atteints de différents types de handicaps, dans la prise de décision sur leurs propres besoins de santé. Les informations se propagent rapidement parmi les adolescents et si la confidentialité est violée ne serait-ce qu'une fois, les adolescents seront très réticents à l'idée d'accéder aux services disponibles.

ENCADRÉ 6.6: DANS TOUTES LES RÉGIONS DU MONDE, LES ADOLESCENTS ONT UNE ACTIVITÉ SEXUELLE - QUE CE SOIT PAR CHOIX OU NON

À travers les pays en développement, 17% des filles ont eu des rapports sexuels à l'âge de 16 ans et 50% ont eu des rapports sexuels à l'âge de 19 ans. Les adolescents deviennent sexuellement actifs plus tôt que les adolescentes en moyenne.

Filles âgées de 15-19 ans	Afrique	Asie	Amérique latine et Caraïbes	Tous
% ayant déjà eu des rapports sexuels, âgés de 16 ans	27	11	28	17
% ayant déjà eu des rapports sexuels, âgés de 19 ans	66	41	67	50

Établir le lien entre la prévention, le traitement et les soins du VIH et la santé reproductive

Lorsque les adolescents accèdent aux services de santé pour obtenir des informations, des tests de dépistage et des soins du VIH, il est possible de promouvoir des services complets de SSR comme:

- Une éducation et des informations sur les rapports sexuels protégés

- La contraception y compris l'utilisation de la double protection
- Conseils et traitement des IST

Réciproquement, offrir à tous les adolescents qui ont accès à la contraception ou à d'autres services de SSR la possibilité de connaître leur statut VIH ainsi que les soins et les options de traitement à leur disposition (voir les Chapitres 7, 11 et 12). Il faut également prendre en compte les besoins spécifiques et les autres risques auxquels sont

confrontés les jeunes nés avec et vivant avec le VIH.

Sexe du prestataire de santé

Dans la mesure du possible, un(e) adolescent(e) doit être orienté(e) vers un prestataire de soins du sexe de son choix. Faire en sorte que les victimes de violence basée sur le genre qui sollicitent le soutien et les soins d'un établissement de santé aient la possibilité d'avoir la présence d'une femme dans la salle d'examen lorsqu'un prestataire masculin est la seule personne disponible. Cela est essentiel lorsque la victime est une adolescente mais il est aussi important de donner cette option aux adolescents qui sont des victimes de violence basée sur le genre.

6.3.5 Considérations et implications en termes de programmes pour adolescents

Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent garder à l'esprit les facteurs suivants qui peuvent accroître la vulnérabilité des adolescents en situations d'urgence:

LES ADOLESCENTES SONT BEAUCOUP PLUS VULNÉRABLES QUE LES ADOLESCENTS.

Les adolescentes sont un groupe négligé au sein des populations touchées par une crise. La rareté de la protection à l'égard du VIH et des interventions face aux crises en est une conséquence. Lorsque les filles sont mariées jeunes, ou forcées de se marier, elles sont souvent traitées comme des adultes dans les programmes de SSR, et leurs besoins spécifiques sont occultés par rapport à l'importance de retarder les premières grossesses et les grossesses ultérieures.

Les écarts de pouvoir dans les relations entre les hommes et les femmes peuvent être accentués durant une urgence. Les adolescentes sont fréquemment censées respecter les normes sociales et culturelles comme le fait d'être soumises aux hommes, de prendre soin de leur famille, d'être confinées au domicile ou contraintes de se marier jeunes. De plus, les rapports de force changeants issus des regroupements des personnes déplacées et des populations d'accueil peuvent exposer les adolescentes à des risques accrus. Les difficultés économiques conduisent à une exploitation accrue comme le trafic et l'échange de rapports sexuels contre de l'argent ou d'autres nécessités avec les risques liés aux IST qu'ils comportent (notamment le VIH, les IST, les grossesses précoces, les grossesses non désirées et l'avortement à risques). Les adolescentes sont vulnérables à l'égard de la violence basée sur le genre, notamment la violence domestique, la mutilation génitale féminine et le mariage précoce et forcé. Pour une adolescente, les risques d'une grossesse peuvent être aggravés par des problèmes de santé préexistants comme l'anémie. Les jeunes filles mariées

ENCADRÉ 6.7: RISQUES SANITAIRES ASSOCIÉS AU MARIAGE PRÉCOCE

Le mariage d'enfants, défini comme un mariage officiel ou une union informelle avant l'âge de 18 ans, concerne une fille sur trois dans les pays en développement. Les taux de mariage d'enfants sont particulièrement élevés dans les états fragiles. En temps de conflit, les familles peuvent se tourner vers le mariage d'enfants pour faire face aux difficultés économiques et protéger les filles de la violence accrue. Les agents de santé et les agents de sensibilisation communautaires doivent savoir que les mariages d'enfants sont une pratique susceptible d'exister dans les communautés touchées par des crises. Les adolescentes mariées sont confrontées à des risques de santé considérables qui nécessitent une attention particulière:

- Les adolescentes mariées sont fortement exposées à la mortalité et la morbidité maternelles. Quatre-vingt-dix pourcent des premières naissances précoces ont lieu dans le cadre du mariage, et les risques de complications de grossesses sont plus élevés pendant l'adolescence. Les complications durant la grossesse et l'accouchement sont les principales causes de décès pour les filles âgées de 15-19 ans, à travers le monde. Les adolescentes mariées sont également plus vulnérables face aux blessures liées à la grossesse comme la fistule obstétricale
- Les adolescentes mariées sont exposées à un risque accru de violence domestique et d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH de même que le cancer du col de l'utérus et le paludisme
- Le mariage d'enfants est associé à l'activité sexuelle précoce. Cependant les compétences de négociation et les connaissances de la contraception et des rapports sexuels protégés sont limitées au sein de la population
- Non seulement la santé de la fille est en péril, mais celle du bébé aussi. Les enfants d'adolescents mariés sont exposés à un risque accru de mortalité et de morbidité de nourrisson

Les services de SSR adaptés aux adolescents (statiques et mobiles) sont essentiels pour que les adolescentes mariées aient accès aux services de santé vitaux. La conception et la mise en œuvre de programmes doivent inclure les stratégies de sensibilisation pour faire en sorte que les adolescentes mariées aient accès aux services de SSR.

ne peuvent souvent pas se faire entendre et le pouvoir décisionnel au sein du ménage, en raison des inégalités de pouvoir avec leurs maris. Il ne faut pas sous-estimer la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation des adolescentes enceintes ou des jeunes mariées, de développer l'efficacité personnelle et le bien-être psychosocial des adolescents.

LES NORMES SOCIALES ET LES SOUTIENS SOCIAUX SONT PERTURBÉS EN CAS DE CRISE

La pauvreté exacerbe les menaces vis-à-vis du bien-être tout en affaiblissant les systèmes de soutien familial pour les adolescents. Dans les situations de crise, les adolescents doivent souvent trouver des manières de survivre et de satisfaire les besoins élémentaires de nourriture, d'hébergement d'urgence, de santé et d'éducation. L'effondrement des structures sociales peut faire œuvre de protection si les pratiques néfastes disparaissent, mais cela peut également être un risque pour la santé des adolescents. Il est possible que l'utilisation du temps libre des adolescents lors des crises ne soit pas soumise au même type d'observation qui aurait lieu dans d'autres circonstances. Lorsque les adolescents sont séparés de leurs familles, amis, enseignants, des membres de leur communauté et de leur culture traditionnelle, les comportements à risques peuvent alors échapper au contrôle social. Certains adolescents, comme ceux qui souffrent de handicap, peuvent être confrontés à l'isolement et exposés à un risque accru de violence basée sur le genre suite à la perte du soutien familial et communautaire. Sans l'accès à des informations et services nécessaires, les adolescents sont plus susceptibles d'être exposés à des pratiques sexuelles à risques qui peuvent aboutir à des grossesses non désirées, des avortements à risques, des IST et le VIH. L'inégalité entre les sexes contribue aux problèmes sexuels, sanitaires et sociaux. Les adolescents, filles et garçons, leurs familles et les communautés doivent être motivés et soutenus pour changer les normes inéquitables par rapport au genre et miser sur les possibilités offertes par des circonstances nouvelles et/ou changeantes.

LES CRISES HUMANITAIRES PEUVENT PERTURBER LES PARTENARIATS ADOLESCENTS-ADULTES À UN MOMENT OÙ LES MODÈLES SONT ESSENTIELS

Dans les contextes stables, les adolescents ont généralement des modèles au sein de la famille et de la communauté; il est possible que la présence de tels modèles ne soit pas évidente dans les situations de crise. Les prestataires de service, les leaders communautaires, les volontaires en sensibilisation et les leaders de clubs d'adolescents peuvent devenir des modèles importants et ils doivent avoir

conscience de leur influence potentielle. Les prestataires de service sont également bien placés pour répondre aux besoins psychosociaux des adolescents, notamment par rapport à la santé mentale, aux expériences traumatisantes liées à la guerre, aux troubles de stress post-traumatique, aux violences, à l'exploitation et à la victimisation sexuelle.

LES CRISES HUMANITAIRES PERTURBENT NON SEULEMENT LA VIE QUOTIDIENNE MAIS AUSSI LES PERSPECTIVES D'AVENIR DES ADOLESCENTS.

Dans des périodes de fragilités de la vie, la crise peut fortement transformer le point de vue de l'individu sur la vie. Elle peut conduire à des prises de risque accrues comme la violence, la consommation de substance et/ou l'activité sexuelle à risques. Les adolescents qui assistent à des activités ou programmes qui les aident à planifier leur avenir doivent avoir des explications pour envisager les conséquences des activités sexuelles à risques et la nécessité d'assumer leurs actions. La formation sur l'amélioration de la prise de décision, de la négociation et d'autres compétences vitales peut inciter les adolescents à réfléchir à la manière d'améliorer leur situation actuelle.

LES ADOLESCENTS PEUVENT ÊTRE CONTRAINTS D'ASSUMER DES RÔLES D'ADULTES DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Les adolescents peuvent être forcés à assumer des rôles d'adultes et ont besoin de compétences d'adaptation qui dépassent largement celles de leur âge. Les crises humanitaires peuvent pousser les adolescents à exercer plus de pouvoir que leurs homologues adultes, ce qui aggrave la confusion sociale. Il est important d'accorder plus de soutien aux adolescents placés en situation de risque accru, qui assument des rôles d'adultes comme les filles-mères, par exemple.

LES PROGRAMMES DE SSRA DOIVENT ÊTRE FONDÉS SUR LES DONNÉES FACTUELLES ET SUR LES BONNES PRATIQUES ÉMERGENTES POUR COMMENCER LES PROGRAMMES ET LES AMPLIFIER

Les programmes doivent être coordonnés et ils doivent complémentaires pour répondre à l'ensemble des besoins des adolescents. Certaines interventions populaires se sont avérées inefficaces surtout lorsqu'elles ont été mises en œuvre de manière sporadique avec des ressources humaines et financières insuffisantes ou limitées. Il faut impérativement respecter l'autonomie et la capacité de prise de décision des adolescents et appuyer le choix informé.

EXEMPLE DE PROGRAMME 6.2: LES ADOLESCENTS EN TANT QUE PREMIERS INTERVENANTS AU NÉPAL ET AU SRI LANKA

ORGANISATION: International Planned Parenthood Federation (IPPF)

LIEU: Népal et Sri Lanka

INTRODUCTION: L'Asie du Sud est sujette aux catastrophes naturelles qui se sont répétées et ont pris de l'intensité ces dernières années. Cela inclut le séisme dévastateur qui est survenu au Népal en 2015 et un énorme glissement de terrain qui a frappé le Sri Lanka en 2016; ces événements ont touché un grand nombre de personnes surtout des femmes et des enfants.

DESCRIPTION DU PROJET: IPPF a conduit des interventions dans diverses crises survenues dans la région, et son travail remarquable dans la mise à disposition de services de SSR vitaux en temps voulu dans le cadre du DMU, au Népal et au Sri Lanka, a bénéficié d'une attention particulière de la part de divers partenaires en raison d'une implication dynamique de jeunes adolescents volontaires formés. Avec le soutien du Ministère des Affaires étrangères et du Commerce australien, IPPF ont accordé plus de 137 000 USD à ses associations-membres pour des interventions au Népal et au Sri Lanka. Lors des deux interventions, IPPF a mobilisé ses volontaires, adolescents et jeunes, qui ont activement participé à la stratégisation de l'intervention et à l'offre de services sur le terrain pour entreprendre les activités de limitation de risques dans les communautés touchées. Cet effort s'appuie sur la croyance selon laquelle

le dialogue avec les jeunes concernant l'utilisation de méthodes contraceptives, les rapports sexuels protégés, et la violence basée sur le genre aident à réduire les vulnérabilités et à mieux comprendre les problèmes propres leur vie quotidienne.

RÉSULTATS: Les jeunes volontaires formés sur les deux interventions ont soutenu l'offre des services de SSR auprès de 22 849 personnes. Plus de 2 000 Kits de SR ont été distribués dans les deux pays. Les volontaires adolescents ont activement participé à la gestion du camp et au recensement rapide du pôle de santé de l'OMS et ils ont également assisté aux réunions du pôle de santé reproductive. Cela a contribué à la conception d'interventions adaptées aux adolescents et aux jeunes et à l'établissement de liens avec d'autres associations de jeunes et partenaires.

LEÇONS APPRISSES: Les adolescents et les jeunes peuvent faire office de moteurs des interventions. L'implication des jeunes dans la planification et la conception de l'intervention peut améliorer la qualité et l'efficacité de l'intervention d'urgence. De plus, le renforcement des capacités des jeunes dans la réduction des risques de catastrophe et la prestation de service de SSR y compris les conseils, l'éducation de pair et les orientations vers les établissements/services compétents peuvent jouer un rôle déterminant pour sauver les vies.

ENVISAGER LES BESOINS, LES VULNÉRABILITÉS ET LES POSSIBILITÉS DE TRAVAIL AVEC DES GROUPES HÉTÉROGÈNES D'ADOLESCENTS

Les études montrent que les préoccupations des adolescents portent sur la croissance et le développement sains, la protection face aux risques, la connaissance de leur sexualité émergente, et les rôles et normes liés au genre. C'est pourquoi, les programmes visant à répondre aux besoins de SSR des très jeunes adolescents doivent tenir compte de l'éducation en continu des enfants et adultes qui guident et influencent leurs décisions et comportements, notamment les prestataires de service. Il est important que les prestataires identifient et répondent correctement aux vulnérabilités spécifiques à l'âge, au genre, au statut matrimonial, au handicap des adolescents (voir Encadré 6.2).

6.3.6 Mettre en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents

Comme indiqué dans le Tableau 6.1, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a développé des normes pour la prestation de soins de qualité pour les adolescents. Ces normes globales doivent guider la mise en œuvre de services de SSRA.

PRESTATION DE SERVICES DE SSRA DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les prestataires de services de santé peuvent jouer un rôle important dans la promotion et la protection de la santé des adolescents, pourtant de nombreuses données indiquent que les adolescents estiment que les services de santé disponibles ne répondent pas à leurs besoins. Les adolescents ne font généralement pas confiance aux services de SSR et les évitent ou ils sollicitent de l'aide uniquement lorsqu'ils ont

TABLEAU 6.1: NORMES INTERNATIONALES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES

Norme 1	Connaissances des adolescents concernant la santé	L'établissement de santé met en œuvre des systèmes pour s'assurer que les adolescents connaissent leur propre santé et qu'ils sachent où et quand bénéficier de services de santé.
Norme 2	Connaissances des adolescents concernant la santé	L'établissement de santé met en œuvre des systèmes pour s'assurer que les parents, les tuteurs ainsi que d'autres membres de communauté et les organisations communautaires reconnaissent l'importance de l'offre de services de santé aux adolescents et appuient cette offre et l'utilisation de ces services par les adolescents.
Norme 3	Dispositif de service adapté	L'établissement de santé fournit un ensemble d'informations, de conseils, de diagnostic, de traitement et de services de soins qui répondent aux besoins de tous les adolescents. Les services sont administrés dans l'établissement et à travers des orientations vers des services et la sensibilisation.
Norme 4	Compétences des prestataires	Les prestataires de soins font état des compétences techniques requises pour fournir des services de santé efficaces aux adolescents. Les prestataires et le personnel de soutien respectent, protègent les droits des adolescents aux informations, à l'intimité, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une attitude neutre et respectueuse.
Norme 5	Caractéristiques de l'établissement	L'établissement de santé a des heures d'ouverture pratiques, un environnement accueillant et propre et respecte la protection de la vie privée et la confidentialité. Il dispose d'équipements, de médicaments, de fournitures et de la technologie nécessaires pour assurer une prestation de service efficace aux adolescents.
Norme 6	Équité et Non-discrimination	L'établissement de santé fournit des services de qualité à tous les adolescents indépendamment de leur capacité à payer, de leur âge, de leur sexe, de leur statut matrimonial, de leur niveau d'instruction, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle ou d'autres caractéristiques.
Norme 7	Données et amélioration de la qualité	L'établissement de santé collecte, analyse et utilise les données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, pour soutenir l'amélioration de la qualité.
Norme 8	Participation des adolescents	Les adolescents prennent part à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé et aux décisions concernant leurs propres soins, de même que dans certains aspects pertinents de la prestation de service.

désespérément besoin de soins. Le préjugé du prestataire est un obstacle majeur qui contribue à cette situation et il faut l'aborder car il empêche souvent les adolescents de recourir à des soins de SSR auprès des établissements et de bénéficier des informations et services en particulier sur la contraception. Les adolescents mariés, notamment les très jeunes adolescents, sont aussi souvent traités comme des adultes, sans tenir compte de leurs besoins physiques, émotionnels et psychosociaux spécifiques. De plus, il se peut que les adolescents handicapés, en particulier ceux qui souffrent de handicaps intellectuels, ne bénéficient pas d'informations sur la SSR spécifiques à leur âge, car les parents, les membres de la communauté et les prestataires de service ont des idées reçues à propos de leurs relations et capacités.

Il faut informer les adolescents de la disponibilité de services « adaptés aux adolescents ». Les services de SSR adaptés aux adolescents ont des caractéristiques qui répondent au mieux aux besoins spécifiques des adolescents,

notamment la prestation d'un éventail complet de méthodes contraceptives, les soins liés à l'avortement, le diagnostic et le traitement des IST, les conseils, les tests de dépistage et soins liés au VIH, les soins prénatals et postnatals, et les services obstétricaux notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Il est particulièrement essentiel de garantir l'accès des adolescents aux fournitures de services de SSR sur le site car il se peut qu'ils ne disposent pas des ressources pour les obtenir ailleurs. Le suivi auprès des adolescents par rapport à ces services est essentiel (voir Tableau 6.2).

Il faut impérativement renforcer les liens entre l'individu, la famille, l'établissement de santé, et la communauté pour assurer les programmes globaux pour les adolescents. Par conséquent, il est important de faire en sorte que les informations spécifiques au contexte, les supports d'éducation et de communication soient élaborés et distribués pour informer les adolescents de la disponibilité et des avantages du recours aux services de SSR.

TABLEAU 6.2: CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT	CARACTÉRISTIQUES DU PRESTATAIRE	CARACTÉRISTIQUES ADMINISTRATIVES
Horaires pratiques pour les adolescents	Respect des adolescents et de leurs choix	Implication et leadership des adolescents
Emplacement pratique	Attitude neutre, empathie et écoute active	Accueil des garçons et jeunes hommes
Espace adapté et intimité suffisante	Intimité et confidentialité respectées	Disponibilité des transferts nécessaires
Environnements confortables	Conseils des pairs disponibles	Tarifs abordables
Accessible aux personnes handicapées	Prestataires de même sexe dans la mesure du possible	Accueil des clients sans rendez-vous
	Confidentialité stricte maintenue	Publicité et recrutement qui guident et rassurent les adolescents
	Personnel formé par rapport aux caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents	Développer des partenariats communautaires pour renforcer les SSRA
	Aborder chaque adolescent comme un individu, avec des besoins et des préoccupations variables	

QUESTIONNAIRE DES PRESTATAIRES POUR LES ADOLESCENTS

Il est recommandé de contrôler et de conduire un recensement individuel de tous les adolescents qui entrent dans le système de santé pour des problèmes de SSR, de consommation de substances et de santé mentale. Ce faisant, le prestataire de soins adressera un message aux adolescents pour leur faire savoir qu'il/elle/iils/elles attachent de l'importance à leurs besoins et que le centre de santé est un lieu sûr pour discuter des questions liées à la SSR. En outre, les informations peuvent être utilisées par les prestataires de santé pour offrir des conseils et orienter vers d'autres établissements/services. La prestation de service de haute qualité repose essentiellement sur les personnels formés, qualifiés et spécialisés, notamment le personnel clinique.

Avant de collecter les informations auprès des adolescents, envisager les services vers lesquels les patients peuvent être orientés. Ne poser des questions sensibles que si des interventions face aux situations éventuellement dommageables et les orientations connexes vers les établissements/services concernés peuvent être assurées, sinon cela pourra faire plus de mal que de bien. Un éventuel recensement de l'état psychologique des adolescents contribuera à guider les prestataires de santé pour poser des questions adaptées à l'âge et bien évaluer les besoins des adolescents suit l'outil d'évaluation HEADSSS: Home (foyer), Education (éducation)/Employment (emploi), Activities (activités), Drugs (médicaments), Sexuality (sexualité), Suicide (suicide) and Depression (dépression), Safety (sécurité) (voir Section 6.6).

PRESTATION DE SERVICES DE SSR DANS LA COMMUNAUTÉ

La prestation de services et d'informations à l'échelle communautaire offre des possibilités non seulement aux adultes mais aussi aux adolescents de faire preuve de leadership et d'acquérir de nouvelles compétences par le biais du volontarisme tout en renforçant les partenariats adolescents-adultes. La communauté constitue aussi un cadre idéal pour obtenir des informations et une formation sur la SSR et doit être soutenue pour établir une approche de développement des moyens. Ce type d'approche crée des espaces pour un dialogue ouvert dans lequel les adolescents peuvent naviguer à travers les sensibilités communautaires.

TIRER PARTI DU POUVOIR DES ADOLESCENTS

Les adolescents peuvent être bien placés pour jouer des rôles de leadership au sein de la communauté. Il faut les mobiliser à cet effet pour la préparation aux situations d'urgence, le renforcement des capacités et d'autres initiatives communautaires. Cela inclut la participation aux réunions de coordination dès le début de la crise et aux réunions de gestion des campements. L'inclusion des adolescents dans les processus décisionnels permet de faire en sorte que les questions qui les préoccupent et qui échappent aux adultes, puissent être abordées.

Les adolescents peuvent également jouer le rôle de premiers intervenants pour la prestation de services communautaires de SSR. Les adolescents formés en tant que distributeurs communautaires sont des jeunes qui ont été formés pour prodiguer des conseils sur la contraception à leurs pairs au sein de la communauté. Ils se concentrent généralement

sur la communication d'informations sur la SSR, les contraceptifs oraux, les préservatifs et sur le VIH, et orientent les clients vers les centres de santé pour l'obtention de méthodes et de services de contraception. Les distributeurs adolescents peuvent intégrer les informations sur la SSR et le VIH de manière efficace.

Sachant que de nombreux obstacles excluent les adolescents de l'accès aux services de SSR dans les centres médicaux, la formation des distributeurs communautaires adolescents est une stratégie prometteuse pour accroître l'accès des adolescents aux services et informations liées sur SSR tout en leur accordant des rôles de leadership au sein de la communauté. Les distributeurs adolescents deviennent souvent les alliés des services de santé, par la collaboration avec les prestataires de service sur l'amélioration de la qualité des services adaptés aux adolescents. Fixer des objectifs par rapport à l'âge, au genre et à la diversité lors du recrutement de distributeurs communautaires adolescents pour veiller à ce qu'ils soient capables d'atteindre les adolescents les moins « visibles » et les plus vulnérables de façon efficace.

ENCADRÉ 6.8: LES ADOLESCENTS PEUVENT JOUER UN RÔLE ESSENTIEL DANS L'ACTION HUMANITAIRE

Les adolescents peuvent et doivent avoir leur mot à dire concernant les programmes qui les ciblent. La programmation efficace en matière de SSRA s'appuie sur les capacités des adolescents à promouvoir leur propre autonomisation. Par exemple, les adolescents peuvent jouer le rôle de premiers intervenants dans le cadre d'urgences à travers des activités comme l'aide apportée aux prestataires de santé comme les volontaires ou les distributeurs communautaires. Ils peuvent aussi participer aux mécanismes de coordination pour veiller à ce que les besoins des adolescents soient pris en compte au début d'une urgence jusqu'au processus de redressement. La mobilisation des jeunes personnes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi du projet et dans les mécanismes de responsabilisation aboutissent à l'amélioration des services.

Éducateurs de pairs

Peu de données probantes indiquent que les programmes d'éducation des pairs sont efficaces en soi. Cependant, l'éducation des pairs peut apporter des avantages étant donné que les pairs sont généralement considérés comme des sources d'informations fiables. Les programmes d'éducation des pairs bien conçus et fondés sur des

éléments pédagogiques et les éducateurs de pairs supervisés peuvent réussir à améliorer les connaissances, les attitudes et les compétences des adolescents en matière de SSR et de prévention du VIH. Bien que les modèles de pairs aient généralement été perçus comme étant efficaces pour permettre des changements de comportement au niveau communautaire, les données émergentes ont généré des degrés variables d'efficacité en raison des difficultés de mise en œuvre et du manque de fidélité à l'égard de la conception du programme. Les adolescents sont fortement influencés par leurs pairs, c'est pourquoi l'éducation des pairs doit être utilisée dans le contexte d'une approche multidimensionnelle. Pour garantir la qualité des programmes d'éducateurs de pairs:

- Offrir une formation de haute qualité, intensive aux éducateurs de pairs, notamment des recensements réguliers et le renforcement de leurs capacités par l'intermédiaire du recyclage, de la supervision et de la reconnaissance structurée mais aussi du parrainage en continu des éducateurs de pairs pour affronter les difficultés de motivation et de rétention, de manière à ce qu'ils puissent fournir des informations précises à leurs pairs
- Utiliser des listes de contrôles standardisées pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes pour éducateurs de pairs afin d'améliorer la qualité

Centres de jeunes

De nouvelles données indiquent que les « centres de jeunes » sont posent problème pour plusieurs raisons. En général ce sont des groupes plus avantagés qui accèdent et ils ne sont pas rentables pour augmenter le recours aux services de SSR. Cependant, les programmes axés sur les adolescents peuvent offrir d'autres avantages pour le développement positif des adolescents et les adolescents ont tendance à adopter des comportements moins risqués lorsqu'ils sont activement impliqués. Par conséquent, bien que les données soient limitées quant à leur efficacité pour augmenter l'adoption des services de SSR, les centres de jeunes pourraient être utilisés pour répondre aux autres objectifs tels que le rassemblement des adolescents marginalisés.

Composantes liées à la sensibilisation des adolescents

Il est important de développer et d'appliquer des stratégies de sensibilisation spécifiques pour atteindre les adolescents qui pourraient par ailleurs être privés d'accès aux informations et services de SSR. Les stratégies de sensibilisation doivent être flexibles et doivent inclure les budgets de transport dans les environnements frappés

par l'insécurité et autrement difficiles à atteindre. Les stratégies innovatrices visant à la sensibilisation efficace des adolescents exposés à des risques accrus comprennent l'utilisation de nouveaux médias comme les blogs, les réseaux sociaux et les plateformes de partage de photos, même si les technologies requises ne sont pas toujours disponibles dans tous les milieux. Les activités de sensibilisation des adolescents peuvent également être facilitées au niveau des quartiers, en renforçant les réseaux de protection des pairs de ceux qui peuvent être isolés dans leurs domiciles.

Sensibilisation communautaire

En abordant le principe d'implication communautaire, utiliser la sensibilisation communautaire pour obtenir un soutien et renforcer les compétences des membres des communautés. Les adultes ont besoin d'informations, de compétences et d'encouragement non seulement pour soutenir les programmes de SSRA mais aussi pour être à l'aise lorsqu'ils communiquent des informations aux adolescents. La sensibilisation communautaire peut également aider les adolescents à naviguer parmi les sentinelles et les normes sociales qui représentent des obstacles aux services de SSRA.

Relier les services de SSRA aux milieux éducatifs

Il est essentiel de renforcer les liens entre la SSR et les milieux éducatifs afin de protéger, fomenteur la résilience et favoriser le rétablissement des adolescents. L'utilisation des services de SSR par les adolescents pendant les crises peut être accrue dans un cadre éducatif. Assurer la disponibilité des services et informations liées à la SSRA dans des écoles officielles ou non officielles de même que dans des centres de formation professionnelle. Prendre contact avec des éducateurs pour plaider en faveur de la création d'un environnement favorable afin de garantir la prestation de services de SSR pour les adolescents.

Installations sanitaires en fonction du sexe

Les adolescents risquent d'être mal à l'aise et gênés à l'idée de partager des installations sanitaires comme les toilettes avec le sexe opposé, et même avec de jeunes enfants. Cela est particulièrement probable pour les filles durant la menstruation. Les installations sanitaires mixtes sont souvent citées comme les lieux d'actes de violence basée sur le genre en milieu scolaire. L'absence d'installations sanitaires spécifiques au sexe, de même que le manque de produits d'hygiène féminine, dissuaderont les adolescentes d'aller à l'école. Afin de minimiser l'absentéisme scolaire et le harcèlement et les agressions sexuelles en milieu scolaire, et promouvoir un environnement d'apprentissage plus sécurisé:

- Garantir des installations sanitaires spécifiques au sexe, sécurisées dans les écoles
- Assurer la mise à disposition d'installations sanitaires adaptées et accessibles aux adolescents handicapés
- Fournir des linges ou d'autres produits sanitaires adaptés à la culture locale, aux filles pendant la menstruation

Éducation pratique pour la vie quotidienne fondée sur des programmes

L'éducation pratique pour la vie quotidienne doit tenir compte de l'importance du renforcement des atouts développementaux des adolescents (humains, sociaux, financiers et physiques) pour mettre à profit les rôles sociaux des adolescents notamment de leur capital intellectuel, émotionnel et physique, en tant qu'acteurs influents au sein de leurs communautés. Les programmes d'éducation sur la sexualité et le VIH fondés sur le programme écrit et mis en œuvre parmi les groupes d'adolescents constituent une intervention prometteuse pour limiter les comportements à risques chez les adolescents. Les responsables de programmes doivent adapter leurs programmes pour qu'ils soient adaptés à l'âge, au niveau de développement et à la culture locale. Les caractéristiques des programmes sur les compétences relatives à la vie quotidienne ayant un impact sur les comportements des adolescents sont exposés dans le Tableau 6.3, et ils comprennent la puberté, l'éducation sur la fécondité, la menstruation, les normes liées au genre, les relations saines, le genre, l'identité de genre, l'identité corporelle et l'orientation sexuelle.

Étant donné que l'éducation sexuelle des adolescents comporte de nombreuses difficultés, les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé doivent apporter une assistance technique aux enseignants et aux éducateurs communautaires pour qu'ils soient à l'aise lorsqu'ils aborderont les questions à traiter et quand ils choisiront les bonnes leçons en vue des programmes sur les compétences relatives à la quotidienne (voir Encadré 6.6).

6.3.7 Coordonner et établir des liens

Les liens et la coordination établis entre les programmes pour adolescents permettront de fournir des services plus complets de SSRA.

RELIER LES SERVICES DE SSR AUX ESPACES ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

Les adolescents sollicitent souvent les adultes auxquels ils font confiance dans les espaces sécurisés où ils pensent

TABLEAU 6.3: CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES SUR LES COMPÉTENCES ESSENTIELLES

ÉLABORATION DU PROGRAMME	CONTENU DU PROGRAMME	MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
Impliquer des personnes ayant différents profils	Respect des adolescents et de leurs choix	Implication et leadership des adolescents
Évaluer les besoins et les actifs du groupe cible	Attitude neutre, empathie et écoute active	Accueil des garçons et jeunes hommes
Concevoir les activités conformes aux valeurs communautaires et aux moyens disponibles (par exemple, temps de travail et compétences du personnel, locaux de l'établissement, fournitures)	Intimité et confidentialité respectées	Disponibilité des transferts nécessaires
Tester le programme	Conseils des pairs disponibles	Tarifs abordables
	Prestataires de même sexe dans la mesure du possible	Accueil des clients sans rendez-vous
	Confidentialité stricte maintenue	Publicité et recrutement qui guident et rassurent les adolescents
	Personnel formé par rapport aux caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents	Développer des partenariats communautaires pour renforcer les SSRA
	Aborder chaque adolescent comme un individu, avec des besoins et des préoccupations variables	

pouvoir partager des informations en toute confiance. Ces personnes travaillent souvent en milieu communautaire. Mettre en place des systèmes visant à orienter les adolescents vers d'autres établissements/services pour s'assurer qu'ils bénéficient des traitements adaptés pour des problèmes qui pourraient être décelés en dehors des milieux cliniques, notamment la violence sexuelle, les grossesses non désirées et l'avortement à risques.

GARANTIR DES PROGRAMMES MULTISECTORIELS

Il se peut également que les praticiens de SSR ne soient pas en mesure ou manquent des compétences pour inclure les composantes relatives aux moyens de subsistance dans leur programme. En coordination avec le pôle/secteur de santé, prendre contact avec les responsables du camp (le cas échéant) et d'autres groupes de coordination du pôle pour établir des liens entre les programmes pour adolescents et les services de santé et de protection, psychosociaux et d'éducation et les perspectives en matière de moyens de subsistance.

Le soutien à la formation professionnelle des adolescents améliorera leur sentiment de contrôler leur vie et leur optimisme vis-à-vis de l'avenir, et il est vital de reconstruire et de restaurer leurs réseaux sociaux et leurs communautés, à la fois pendant et après la crise humanitaire. Collaborer avec les programmes de renforcement des capacités des adolescents en tant que source d'orientation vers d'autres services et pour intégrer les informations sur la SSR dans les programmes de subsistance.

MOBILISER LES HOMMES ET LES GARÇONS EN TANT QU'AGENTS DU CHANGEMENT SOCIAL

Les normes sociales masculines rigides ont été reliées à

ENCADRÉ 6.9: COMPÉTENCES POUR SE PROJETER DANS L'AVENIR

- Changements physiques et émotionnels auxquels il faut s'attendre pendant la puberté
- Planification familiale
- Santé mentale
- Compétences vitales adaptées à l'âge pour les adolescents plus jeunes comme l'identification des valeurs, la compréhension des conséquences liés à des comportements spécifiques
- Compétences vitales relatives à la SSR, comme l'auto-efficacité des préservatifs, la négociation des rapports sexuels protégés et de l'utilisation de la contraception, le refus de rapports sexuels non désirés
- La sexualité et le genre, y compris la discussion des normes liées au genre construites socialement
- Les connaissances concernant la santé et la fécondité
- La prévention du VIH/Sida
- La prévention de la violence basée sur le genre
- Les liens avec les établissements de santé, incitant des adolescents à solliciter ces services
- Autres compétences relatives à la vie quotidienne comme la prise de décision, la pensée critique, l'efficacité personnelle, la créativité, la mise en place de valeurs, la communication et la gestion de ses émotions et du stress

une prise de risques sexuels accrue, ce qui conduit à des risques élevés de transmission d'IST et du VIH, de même que la consommation de substance et la violence basée sur le genre. Les conditions des contextes de crise humanitaire peuvent représenter un défi pour les hommes qui risquent de se sentir sous pression pour jouer leurs rôles traditionnels en tant que prestataires et protecteurs, quand ils sont dépendants à l'égard de l'aide extérieure. La frustration et l'humiliation qui en résultent peuvent donner lieu à des comportements à risques et à des actes de violence perpétrés par des partenaires ou dans le cadre familial. Les adolescents ont besoin d'environnements sains dans lesquels les normes masculines peuvent être façonnées alors que les normes sociales néfastes peuvent être déconstruites. Cela leur permet de répondre à leurs propres besoins et de les mobiliser activement dans les discussions sur la santé reproductive, ce qui bénéficie, par la même occasion, aux adolescentes et adolescents et permet de valoriser les normes équitables entre les deux sexes. Néanmoins, il convient de veiller à ce que ces programmes soient porteurs de changement favorable pour les genres qu'ils ne renforcent pas par inadvertance les normes inégales en matière de genre.

AUTONOMISATION ET SOCIALIZATION DES FILLES

Le travail avec les groupes de filles est un moyen idéal pour remettre en cause les normes sociales féminines de passivité, de soumission et d'infériorité aux hommes. Il faut inciter les filles à s'exprimer et renforcer leurs croyances et valeurs et par là même développer leur potentiel pour qu'elles puissent apporter, à parts égales, leur contribution à la société. Les situations de crise humanitaire peuvent souvent mettre en évidence les relations inégalitaires entre les sexes et les rapports de force. Compte tenu de cette situation, il faut concevoir des programmes pour autonomiser les filles par le biais de modèles émergents fondés sur des données probantes comme les approches axées sur les filles et les programmes de développement pour adolescentes qui contribuent à leur autonomisation. Il faut également entreprendre des efforts du même type avec les garçons et les jeunes hommes.

6.3.8 Plaidoyer

À tous les niveaux, les décideurs, qu'ils soient des leaders nationaux, des leaders locaux et des bailleurs de fonds ou personnels de santé humanitaire, ont souvent la possibilité d'impacter de vastes changements car ils conçoivent et appliquent des politiques et programmes qui affectent l'accès aux informations et services de SSR. Par conséquent, le plaidoyer auprès de ces parties prenantes peut s'avérer très rentable.

Les efforts de plaidoyer peuvent avoir lieu avec et au sein de différentes parties prenantes; les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé, et les prestataires de santé doivent être des agents du changement. La mobilisation directe des adolescents dans les efforts de plaidoyer peut être une stratégie efficace pour identifier les perspectives de changement au niveau des politiques et des programmes et communiquer les besoins aux décideurs clés.

Les efforts mondiaux comme la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, le Pacte pour les jeunes dans l'action humanitaire et les Objectifs de développement durable appuient la SSRA dans les contextes humanitaires et peuvent être utilisés comme des outils de plaidoyer. Sensibiliser et orienter les personnes influentes qui font partie de la communauté des organisations humanitaires/du développement de même que la communauté desservie, par rapport à la vulnérabilité face à la SSR, aux besoins spécifiques et aux droits des adolescents.

BAILLEURS DE FONDS ET DÉCIDEURS

- Les bailleurs de fonds doivent soutenir un programme pluriannuel (selon le cas, compte tenu du contexte d'urgence) multisectoriel pour faciliter les processus répétitifs et de réflexion sur l'élaboration de programmes qui mobilisent les adolescents parallèlement au cycle de gestion des risques de catastrophe
- Les défenseurs doivent encourager les bailleurs de fonds et les organismes de recherche à accepter et systématiquement mettre en place des tranches d'âges et des âges limites en s'assurant de collecter des données sur les 10-19 ans

PÔLES DE SANTÉ

- Le secteur/pôle de santé doit donner la priorité aux projets inclusifs à l'égard de la SSRA et les approuver dans les demandes de financement humanitaire dès le début des crises pour une transition efficace vers les programmes de long terme répondant aux besoins spécifiques des adolescents

LES INTERVENANTS D'URGENCE, LES ACTEURS HUMANITAIRES, LE PERSONNEL DE PROGRAMME SSR

- Les organisations humanitaires et de développement doivent aborder la SSRA pendant la préparation d'urgence pour tirer parti des capacités des adolescents et répondre aux besoins

- Le cycle de programme doit inclure la participation, l'inclusion et le leadership de la population adolescente hétérogène dans toutes les phases
- Les défenseurs doivent faire en sorte que les informations et les services soient adaptés aux adolescents et ce faisant, créer un environnement favorable et ils doivent mettre en évidence les besoins des adolescents auprès des responsables, décideurs et bailleurs de fonds
- Le personnel de programme sur la SSR doit prendre part aux activités de sensibilisation dans la communauté, comme les « journées portes ouvertes » et les dialogues ouverts

LES LEADERS COMMUNAUTAIRES ET D'AUTRES PERSONNES INFLUENTES DANS LE CADRE ÉCOLOGIQUE

- Les individus et groupes influents doivent sensibiliser les parents, les enseignants, la communauté et les leaders religieux par rapport aux besoins spécifiques des adolescents en matière de SSR.
- Les leaders communautaires doivent veiller à ce qu'il y ait un environnement favorable pour faciliter la santé, la protection et le développement des adolescents.

6.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET AU DROIT

6.4.1 Normes relatives aux droits humains

La catégorie des adolescents (10-19 ans) comprend les enfants, qui selon la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) sont « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. » La CRC énumère les protections auxquelles les enfants ont droit eu égard à leur statut. Elle reconnaît également le « développement des capacités de l'enfant. » Autrement dit, « à mesure que les enfants acquièrent des compétences accrues, ils ont de fait moins besoin d'orientation et sont plus responsables pour prendre des décisions. » Les enfants ont le droit d'exprimer leur point de vue sur tous les sujets qui ont un impact sur leurs vies et il faut accorder le poids qui convient à ces opinions en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant. Les organismes experts des droits humains ont reconnu le droit des adolescents à participer de manière pertinente à la prise de décisions sur leurs soins de santé reproductive conformément à leurs capacités changeantes et le droit des

adolescents à accéder à des informations et services sur la santé reproductive.

En tenant compte de ces questions de santé des adolescents et de développement, le Comité des droits de l'enfant a interprété la CRC comme imposant aux États de donner accès aux informations et services de SSR aux adolescents. Ces services incluent, entre autres, la préparation à l'accouchement, aux soins maternels, aux services d'avortement sans risques et soins post-avortement, aux services de contraception y compris à la contraception d'urgence. Cette obligation s'appuie sur un éventail de droits inscrits dans la CRC, notamment le droit à la non-discrimination, le droit à la santé, le droit à l'information, le droit à l'intimité, le droit à l'expression des opinions et le droit à la protection à l'égard de toutes les formes de maltraitance, de négligence, de violence et d'exploitation notamment les pratiques traditionnelles néfastes. Ces droits ne sont pas prévus par d'autres instruments de droits humains. Ils s'appliquent également aux adolescents adultes, et peuvent être violés lorsque:

- Les adolescents n'ont pas accès aux services et informations sur la SSR en raison de leur âge
- Les informations et les services de SSR sont refusés aux filles non mariées du fait de leur statut de filles non mariées
- Les adolescents vivant avec le VIH sont désavantagés dans les milieux scolaires formels et non formels et dans les milieux sociaux
- Les filles sont sujettes à des pratiques traditionnelles néfastes, comme la mutilation génitale féminine, le mariage d'enfants précoce ou forcé, et les tests de virginité
- L'autorisation d'un tiers (accordée par un parent, un tuteur ou le conjoint) est requise par la loi ou en pratique, pour l'accès des adolescents aux services de SSR
- Le droit à la participation significative des adolescents à la prise de décision sur les soins de SSR leur est refusé, en accord avec le développement de leurs capacités, y compris le droit des filles à se faire entendre et se faire respecter dans leur décision concernant l'avortement
- Le droit de continuer leur éducation est refusé aux filles qui sont enceintes, elles sont par exemple expulsées ou ne bénéficient pas du soutien social ou économique adapté pour poursuivre leur scolarité
- Les agents de santé révèlent à un tiers le statut VIH

d'un adolescent sans avoir obtenu le consentement légal de dévoiler cette information

- Les agents de santé révèlent à un tiers qu'une adolescente a eu recours à des services de SSR, notamment l'avortement et les soins post-avortement, sans avoir obtenu le consentement légal de dévoiler cette information

6.4.2 Défis et perspectives

Dans certains cas, les responsables de programmes de SSR et les prestataires de services peuvent être confrontés à des décisions difficiles voire à des dilemmes. Ils peuvent subir des restrictions par rapport à leur capacité de faire respecter les droits humains des adolescents, du fait de la législation nationale, des normes sociales et culturelles néfastes ou des idées fausses sur le plan médicale. De telles pratiques et lois peuvent être contraires aux principes internationaux des droits humains. Par exemple:

- La famille d'une adolescente peut demander aux prestataires de service d'effectuer un test de virginité (hymen) pour déterminer si elle a eu une activité sexuelle ou si elle a été violée. De tels examens n'ont pas de validité médicale et portent atteinte aux droits de l'adolescente s'ils sont menés sans son consentement informé
- Les tuteurs peuvent demander à certains prestataires ou proposer de procéder à des interventions sur les adolescents handicapés, ces dernières pouvant limiter les droits de ces adolescents en matière de SSR. Par exemple, la stérilisation forcée est parfois administrée à des femmes et des filles handicapées pour gérer la menstruation et les soins personnels, et même pour la prévention des grossesses dans les cas où elles sont perçues comme hautement exposées au risque de violence sexuelle. De telles pratiques sont désormais reconnues comme une violation des droits humains
- Les responsables et prestataires de services peuvent être dissuadés de lancer un programme qui fournit des informations ou services de SSR aux adolescents en raison de l'idée fausse répandue selon laquelle l'accès à l'éducation sexuelle et aux informations sur la SSR peut inciter les adolescents à avoir une activité sexuelle. En réalité, les informations précises et accessibles soutiennent la capacité des adolescents à prendre

des décisions saines et le refus de communiquer ces informations aux adolescents revient à nier leurs droits

- La demande du consentement parental peut entraver la possibilité pour les adolescents de bénéficier de services en toute confidentialité et de manière autonome

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme ou les prestataires de services peuvent se retrouver face à des problèmes complexes concernant la communication d'informations et les services dispensés de SSR aux enfants et aux adolescents. Il faut donc connaître la position de l'agence/de l'organisation sur ces questions et l'inclure dans le cadre d'une analyse situationnelle et des prochaines étapes possibles. Si vous êtes confronté à une situation décrite ci-dessus, la priorité doit être donnée au/à la client(e) en se concentrant sur sa sécurité et sa santé. La sécurité du coordinateur SSR, du responsable de programme de santé ou du prestataire de service et celle des collègues doivent aussi être prises en considération.

En fonction de l'évaluation de la situation, il peut être utile de:

- Parler à un superviseur
- Évoquer les options possibles avec le/la client(e) y compris, selon le cas, les informations sur les organisations locales de défense des droits de l'enfant et des droits des femmes qui peuvent être en mesure de l'aider
- Explorer les manières de mobiliser le soutien communautaire pour les services SSR adaptés aux adolescents
- Envisager des manières de soutenir les efforts de plaidoyer, si l'agence est impliquée dans le plaidoyer sur cette question, tout en respectant la confidentialité à l'égard du/de la client(e). Déterminer avec les collègues comment éviter/gérer de telles situations à l'avenir, y compris par le biais de stratégies comme les exercices de clarification des valeurs
- Soulever ces questions lors des réunions de coordination sanitaire
- Solliciter des conseils sur les approches les mieux adaptées à la culture locale

6.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Pour s'assurer que les adolescents utilisent les services de SSR à leur disposition et qu'ils bénéficient des informations sur la SSR, les indicateurs de SSR doivent être ventilés par âge et par sexe. Les indicateurs clés de santé sexuelle et reproductive comprennent:

- Le nombre d'adolescents ayant recours aux services des établissements de santé (ventilé en fonction des catégories suivantes : très jeunes adolescents, adolescents plus âgés et autres sous-groupes)
- Le degré auquel les adolescents se sont sentis pleinement impliqués dans le cycle de programme (ce pourrait être un indicateur qualitatif pour les objectifs d'amélioration des programmes)
- La part d'adolescents dont les connaissances se sont développées par rapport à la puberté et à la fécondité

6.6 FURTHER READING AND ADDITIONAL RESOURCES

Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 333–340.

FNUAP, & Save the Children. (2010). *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*. Extrait de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_french.pdf

Human Rights Watch. (2011). *Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A Briefing Paper*. Extrait de: <https://www.hrw.org/news/2011/11/10/sterilization-women-and-girls-disabilities>

Kirby, D. B., Laris, B. A., & Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People throughout the World. *The Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206–217.

OMS. (2017). *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>

Organisation des Nations Unies. (2016). *Comité des droits de l'enfant: Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*. Extrait de: <https://www.ohchr.org/FR/HRBodies/CRC/Pages/CRCIndex.aspx>

Pearce, E., Paik, K., & Robles, O. J. (2016). Adolescent Girls with Disabilities in Humanitarian Settings: “I Am Not ‘Worthless’ - I Am a Girl with a Lot to Share and Offer.” *Girlhood Studies*, 9(1), 118–136.

Women's Refugee Commission, & ChildFund International. (2016). *Violence basée sur le genre à l'encontre des enfants et des jeunes handicapés: Une boîte à outils à l'attention des acteurs de la protection de l'enfance*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1289-youth-disabilities-toolkit>

Women's Refugee Commission, Save the Children, HCR, & FNUAP. (2012). *La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire: Une étude approfondie des services de planification familiale*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/901-adolescent-sexual-and-reproductive-health-programs-in-humanitarian-settings-an-in-depth-look-at-family-planning-services>

CHAPTER 7

LA CONTRACEPTION

- 7.1 Introduction
 - 7.2 Objectifs
 - 7.3 Programme sur la contraception
 - 7.3.1 Principes
 - 7.3.2 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence
 - 7.3.3 Recensement des besoins
 - 7.3.4 Disponibilité des services
 - 7.3.5 Mise en œuvre des programmes de contraception et de planification familiale
 - 7.3.6 Travailler avec des populations spécifiques
 - 7.3.7 Coordonner et établir des liens
 - 7.3.8 Plaidoyer
 - 7.4 Considérations en matière de droits humains et de droit
 - 7.5 Suivi et évaluation
 - 7.5.1 Registre clinique/de service
 - 7.5.2 Soutenir la poursuite du traitement par les clients
 - 7.5.3 Indicateurs
 - 7.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

7.1 INTRODUCTION

Plus de 220 millions de femmes, dont la plupart vivent dans les pays les plus pauvres du monde, et dont la majorité veulent utiliser la contraception n'ont toujours pas accès aux méthodes de contraception moderne. L'accès à la contraception diminue en période de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, car les systèmes de santé sont fragilisés. De nouveaux obstacles à l'accès surviennent à un moment où le souhait, le besoin d'espacer les naissances de nombreuses personnes et de prévenir des grossesses augmentent. Les études montrent que de nombreux couples récemment déplacés expriment le souhait d'éviter les grossesses pendant deux ans ou plus. En outre, la perte des structures sociales et des mécanismes de protection durant les urgences accroissent le risque de rapports sexuels forcés, les comportements à risques et l'exposition à des situations à hauts risques, ce qui souligne l'importance de la disponibilité de la contraception, notamment la contraception d'urgence et les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptés aux adolescents. Chaque année, ces facteurs exposent des milliers de femmes et de filles aux risques de grossesses non désirées, d'avortements à risques, et de la mortalité et de la morbidité connexes.

ENCADRÉ 7.1: REMARQUE CONCERNANT LA TERMINOLOGIE

Les termes d'espacement des naissances, de planification familiale et de contraception sont souvent utilisés indifféremment. Les prestataires doivent tenir compte des distinctions suivantes: l'espacement des naissances fait référence au maintien d'un intervalle entre les naissances; l'Organisation mondiale de la Santé recommande un intervalle minimal de 24 mois. La contraception empêche la grossesse en perturbant l'ovulation, la fécondation et/ou l'implantation. La planification familiale fait référence à un éventail complet de pratiques qui permettent aux individus et aux couples d'anticiper et d'avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent, de décider de l'espacement et du moment des naissances.

Dans ce chapitre, le terme de contraception est utilisé étant entendu que la contraception peut également être utilisée en dehors de la planification familiale et peut, de diverses manières, améliorer la santé des femmes, des filles et de leurs communautés. De plus, bien que cela ne soit pas explicitement mentionné dans tous les cas, l'ensemble des références à la contraception dans ce manuel sont effectuées à titre volontaire.

L'amélioration de l'accès à la contraception des femmes en situations de crise a un impact significatif sur divers fronts. Elle prévient les grossesses non désirées de manière sûre et rentable et réduit les morts maternelles et néonatales, les avortements à risques et les morbidités liées à la grossesse. Environ 90% des cas de morbidité liée à l'avortement à risques peuvent être évités par l'utilisation d'une contraception efficace. De plus, les données mondiales suggèrent que l'offre de contraception pourrait réduire les morts maternelles de 29% de plus. Une analyse menée sur 22 pays prioritaires pour l'Agence des États-Unis pour le développement international a montré que la disponibilité de la contraception de 2012 à 2020, pourrait éviter près de 7 millions de décès avant l'âge de 5 ans et prévenir 450 000 morts maternelles. La mise à disposition d'informations et de services complets de planification familiale conduit également à l'amélioration substantielle des revenus des femmes et de la scolarisation des enfants.

L'accès à la contraception augmentera également la mobilisation des femmes et des filles en faveur de l'éducation, de la protection, des compétences en matière de vie quotidienne et de moyens de subsistance en permettant de contrôler leur fécondité. L'incapacité à contrôler la fécondité et l'accès à ces programmes essentiels durant les crises aura un impact sur leurs trajectoires de vie bien après l'urgence.

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent comprendre que l'offre de la contraception fait partie intégrante des programmes fondamentaux sur la santé depuis les premiers stades d'une urgence jusqu'au rétablissement.

7.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de donner des directives aux coordinateurs SSR, aux responsables de programme de santé et aux prestataires de services qui:

- Présenteront des aspects essentiels de la prestation de services de contraception durant les urgences humanitaires en termes de disponibilité, de qualité et de demande de méthodes contraceptives
- Appuieront la transition de la prestation de services de contraception de la phase d'urgence aiguë jusqu'aux phases de stabilisation et de rétablissement

7.3 PROGRAMME SUR LA CONTRACEPTION

7.3.1 Principes

LE CONSENTEMENT INFORMÉ

- Les femmes, les couples et les familles ont le droit de déterminer l'espacement des naissances et la taille de leurs familles, indépendamment de leur statut de personnes déplacées ou de leur vie dans un contexte fragile
- Chaque client(e) de services de contraception a droit à des informations, au respect de la confidentialité et de l'intimité, et de choisir volontairement une méthode contraceptive
- La population touchée, hommes et femmes, peut être impliquée dans tous les aspects de l'élaboration de programme sur la contraception
- Les services de contraception de haute qualité répondent aux besoins des individus et des couples à chaque étape de leur vie reproductive en leur offrant la possibilité de prendre des décisions informées, un éventail complet de méthodes, de procédures sécurisées et la continuité des services.

- En cas de disponibilité et s'ils ont de bonne qualité, les services de contraception seront utilisés, indépendamment des arguments contre la faisabilité ou l'acceptation
- Le respect de la confidentialité à l'égard des clients et de l'opinion et des choix des clients est primordial

LE CADRE RELATIF AUX DROITS HUMAINS

- Il est inacceptable et contraire au droit international des droits de l'homme de contraindre des personnes à utiliser une méthode contraceptive
- En vertu du droit international, l'accès universel à la planification familiale est un droit humain car tous les individus et les couples ont le droit de décider du nombre, de l'espacement et du moment où ils veulent avoir des enfants
- Toute personne a le droit au respect de sa vie privée, à l'égalité et à la non-discrimination
- Toute personne a le droit de communiquer et de recevoir les informations sur la contraception et l'espacement des naissances

L'IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE

- La capacité d'une femme à espacer et limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et son bien-être de même que sur le résultat de chaque grossesse

SOUTENIR L'ACCÈS POUR LA POPULATION ENTIÈRE

- Concevoir des services de contraception de sorte qu'ils soient accessibles et pratiques
- Les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé doivent plaider pour la prestation de services complets de planification familiale dans la mesure du possible
- L'utilisation des méthodes contraceptives contribue à l'autonomisation, à la scolarisation et à la stabilité économique des femmes

7.3.2 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

Au début d'une urgence, il est important de veiller à ce que les contraceptifs soient disponibles car il s'agit d'une intervention vitale. En conséquence, la prévention des grossesses non désirées représente un des objectifs du Dispositif minimum d'urgence (DMU). Les activités

prioritaires des coordinateurs SSR, des responsables de programme de santé et des prestataires de service doivent se concentrer sur:

- 1) La disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins ainsi que la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- 2) Les informations, notamment les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) et les conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix informé et le consentement, l'efficacité, le respect de l'intimité et de la confidentialité des clients, l'équité et la non-discrimination
- 3) Les renseignements communiqués à la communauté à propos de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Un éventail de méthodes contraceptives, notamment les préservatifs, les pilules de contraception d'urgence et les dispositifs intrautérins (DIU) sont disponibles par le biais des Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR). Dans de nombreux contextes, les méthodes contraceptives sont également disponibles par l'intermédiaire des sources locales.

7.3.3 Recensement des besoins

Au début d'une crise humanitaire, le DMU doit être mis en œuvre sans avoir entrepris un recensement des besoins. Les priorités dans le cadre du DMU sont considérées comme élémentaires et essentielles pour réduire la mortalité et la morbidité liées à la SSR. Cependant les coordinateurs de santé reproductive d'urgence peuvent améliorer leur intervention d'urgence en obtenant des informations sur la situation qui guideront de manière plus efficace la commande de kits et de fournitures de SR:

- Population de la communauté touchée par la crise
- Taux de prévalence contraceptive (TPC) pour les communautés d'accueil et de populations déplacées
- Choix de méthodes contraceptives pour les communautés d'accueil et de populations déplacées/communautés touchées
- La capacité des prestataires à fournir des méthodes spécifiques de contraception

Les Kits de SR fournissent un large éventail de méthodes

contraceptives qui doivent être mises à disposition dès le début de nouvelles urgences, selon les capacités des prestataires. À mesure que la situation se stabilise, les prestataires de services de santé doivent coordonner une évaluation initiale rapide pour davantage guider l'élaboration du programme. Les résultats de l'évaluation et des recommandations relatives au programme doivent être régulièrement réévalués pour adapter les besoins changeants d'une population et les intentions qui en résultent par rapport à la planification familiale.

RECENSER LES CAPACITÉS LOCALES

Diverses catégories de professionnels de santé formés (médecins, sages-femmes, responsables cliniques, agents de santé communautaire, etc.) sont présentes dans quasiment toutes les communautés touchées par des crises. Des efforts doivent être déployés pour les identifier, vérifier leurs compétences et les mobiliser pour la prestation de service. La mobilisation des prestataires locaux soutiendra une intensification rapide des services cliniques et des services communautaires de contraception et établira des modèles plus durables de prestation de service qui feront plus facilement la transition vers le redressement. Lors de l'inventaire des capacités locales, les intervenants humanitaires peuvent examiner les questions suivantes:

- Quelles catégories de professionnels de la santé formés sont présentes dans cette communauté?
- Pour quelles méthodes ont-elles été formées?
- Quelles sont les capacités actuelles pour donner des informations sur les méthodes contraceptives, par l'intermédiaire des agents de santé communautaire actuels et anciens, des défenseurs de la planification familiale hommes et femmes, ou des associations de femmes ou religieuses dans la population touchée par la crise, des aide-mémoire, des supports sur les points de service, des affiches promouvant la planification familiale, ou des programmes de formation en langue locale sur les services, la logistique ou les systèmes d'informations sanitaires?

Beaucoup de ces informations peuvent être glanées auprès de sources existantes et des documents reproduits. Peu de programmes pour réfugiés disposent de financement pour développer les supports de communication pour le changement de comportement (CCC) à partir de rien. Et pourtant ils sont essentiels pour l'offre de services de qualité.

RECUEILLIR DE DONNÉES

À mesure que les programmes évoluent au-delà de la

prestation d'urgence des services de DMU (après les 3 à 6 premiers mois), il est important de cerner les spécificités qui doivent caractériser la prestation de services complets, y compris:

- L'existence, la localisation et le financement de programmes qui restent en place pour offrir des services de contraception
- Les croyances communautaires et culturelles sur la fécondité, la planification familiale et la contraception
- L'existence d'interdictions religieuses contre et/ou en soutien de la planification familiale, de la contraception et de l'espacement des naissances
- Le rôle des hommes dans la prise de décision relative à la contraception
- Les valeurs et normes culturelles qui ont un effet sur l'accès aux services pour les femmes et les jeunes
- L'existence de minorités stigmatisées au sein de la population de réfugiés et les obstacles qui peuvent impacter leur accès à la contraception
- Les lois et les politiques (avant la migration) qui peuvent impacter l'accès à un certain nombre de services de contraception pour l'ensemble des pays représentés par les communautés d'accueil, les PDIP et les populations réfugiées
- L'existence de plateformes nationales et infranationales de planification familiale, d'une Politique nationale sur la population, de signataires des conventions de droits ou de l'engagement Family Planning 2020 (FP2020)
- Les agences ou organismes de plaidoyer qui se concentrent sur les lois, les pratiques ou les coutumes susceptibles de freiner ou de limiter l'accès des réfugiés aux services de SSR

Ces informations peuvent être recueillies à travers:

- Des rapports de bailleurs de fonds et de gouvernement
- Des entretiens ou groupes de discussion au sein des communautés d'accueil et de populations déplacées
- Des études officielles sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP)
- Des visites de site
- D'études documentaires et de recherches sur Internet

7.3.4 Disponibilité des services

LES MÉTHODES DISPONIBLES

Il existe de nombreux types de méthodes et de produits contraceptifs pouvant être offerts par les prestataires lors de situations de crise humanitaire. En fonction du contexte d'urgence, bon nombre de ces méthodes peuvent avoir été mises à disposition durant les premiers stades de l'urgence (si les prestataires présents étaient en mesure de le faire et s'il y avait une demande suffisante). Cependant, à mesure que la situation se stabilise et que les capacités du programme s'améliorent, il devient de plus en plus important de veiller à ce qu'un choix de méthodes contraceptives pertinent soit possible pour la population entière et que les intentions en matière de planification familiale soient comprises et satisfaites. Les programmes doivent examiner le contexte de leurs interventions, sachant que les attentes de la population touchée seront définies en fonction de leur exposition passée et d'un choix de méthodes contraceptives plus large.

Tous les produits et méthodes sont pertinents pour l'ensemble des individus, et les besoins des femmes en matière de contraception ne changent pas forcément durant le cycle de la vie reproductive et le continuum d'urgence. Les Critères d'Éligibilité Médicale (CEM) de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'utilisation de méthodes contraceptives proposent des directives fondées sur des données probantes concernant les personnes qui peuvent utiliser les méthodes contraceptives en toute sécurité selon leur état de santé (voir III. 7.1). Au sein de l'établissement, les prestataires doivent aussi utiliser le disque des CEM comme outil pratique pendant les séances de conseil et la prise de décision relative aux méthodes avec la femme. Une femme qui a délibérément choisi une méthode en fonction d'informations de qualité est plus susceptible de l'utiliser systématiquement et correctement.

Les prestataires de service doivent être en mesure d'aider les individus à faire un choix informé et volontaire pour une méthode contraceptive. Les prestataires de service doivent au moins couvrir les questions figurant dans l'encadré 7.2. Ils doivent également personnaliser les informations en fonction des objectifs de santé reproductive et du profil de l'individu et ils doivent envisager les besoins des groupes spécifiques, notamment les adolescents, les femmes vivant avec le VIH/SIDA, les femmes allaitantes durant la période postpartum. De plus, les prestataires de service doivent savoir vers quel établissement/service orienter les femmes et les couples si la méthode de leur choix n'est pas disponible au point de service. Les supports visuels et les affiches comportant les informations liées à chaque méthode doivent également être disponibles au point de service. La version

2018 de Family Planning: A Global Handbook for Providers comporte toutes les informations essentielles requises et elle doit faire office de livre de référence pour tous les prestataires de service de SSR (voir la Section 7.6).

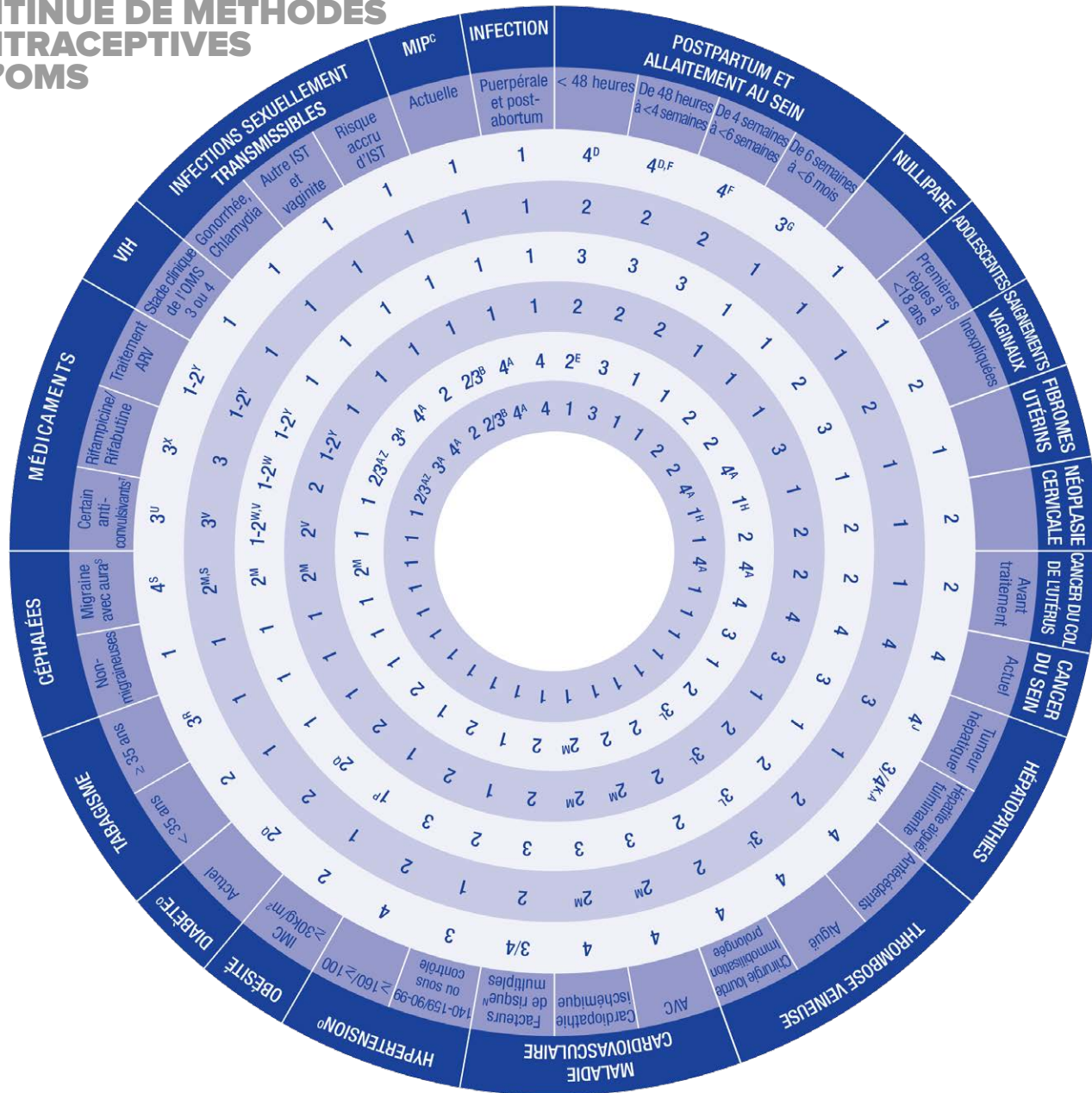
ENCADRÉ 7.2: INFORMATIONS NÉCESSAIRES LORS DE LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

- Efficacité relative de la méthode
- Bonne utilisation de la méthode
- Modalités du fonctionnement de la méthode
- Effets secondaires courants
- Risques sanitaires et avantages de la méthode
- Signes et symptômes qui nécessiteraient un retour au dispensaire
- Retour de la fertilité après interruption de la méthode
- Protection des IST

Les recherches, les innovations et technologies contraceptives sont en évolution constante. À l'heure actuelle, il existe tout un éventail de méthodes contraceptives nouvelles et pas si nouvelles. La liste suivante inclut les méthodes contraceptives et de planification familiale les plus courantes pouvant faire l'objet d'un approvisionnement et pouvant être utilisées en situations de crise humanitaire, à travers le monde entier.

- Préservatifs (masculins ou féminins)
- Contraception d'urgence (CU)
- Aménorrhée lactationnelle (AL)
- Pilule contraceptive orale (PCO)
- Injectables
- Implants
- DIU
- Méthodes permanentes (ligature des trompes, vasectomie)

ILLUSTRATION 7.1: CRITÈRES DE RECEVABILITÉ MÉDICALE POUR L'ADOPTION ET L'UTILISATION CONTINUE DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES DE L'OMS



ENCADRÉ 7.3: QU'EST-CE QUE LA CONTRACEPTION D'URGENCE?

Les contraceptifs d'urgence sont des médicaments et dispositifs qui sont utilisés après des rapports sexuels pour réduire le risque de grossesse. Un certain nombre de modalités de contraception d'urgence sont disponibles à l'échelle mondiale. Elles incluent l'insertion postcoïtale d'un dispositif intrautérin en cuivre, les pilules non hormonales qui interagissent avec les récepteurs de la progestérone, les pilules à progestatif seul, et les pilules contraceptives orales combinées. Les pilules de contraception d'urgence à progestatif seul communément dénommées PCU, sont les plus fréquemment utilisées et sont connues comme étant une méthode de contraception postcoïtale (voir le Chapitre 3 pour plus de détails).

Bien que les informations doivent être fournies sur l'ensemble de ces méthodes, les informations sur les méthodes additionnelles doivent être communiquées en fonction du contexte de la crise ou de la situation géographique.

EXEMPLE DE PROGRAMME 7.1: SERVICE COMPLET DE CONTRACEPTION DANS UN CONTEXTE DE CRISE

ORGANISATION: CARE

LIEU: Nord de la Syrie

INTRODUCTION: La guerre civile syrienne a déclenché l'action humanitaire la plus importante et la plus complexe de l'histoire sachant que le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies a déclaré la situation d'urgence en septembre 2012. L'accès aux populations touchées dans les zones contrôlées par les groupes d'opposition armés a été un défi majeur pour les organisations humanitaires. L'essentiel de la réponse apportée à la crise s'est concentrée sur les soins apportés aux traumatismes et les soins de santé primaires, alors que la santé sexuelle et reproductive (SSR) a été négligée. Dans le nord de la Syrie, CARE a fourni un vaste éventail de services de santé reproductive comme la planification familiale et la contraception, les orientations vers les soins obstétricaux d'urgence et la prise en charge des cas de violence sexuelle. Les services de contraception comprenaient les méthodes à courte durée d'action de même que la contraception à longue durée d'action et réversible, en particulier les DIU. Cela a été possible grâce à une collaboration visant à fournir des services intégrés de SSR entre CARE, Syria Relief et Development et le FNUAP. Les services de contraception ont été intégrés aux services de soins de santé primaire dispensés dans les établissements de santé statiques (appuyés par un autre bailleur de fonds) de même que les cliniques mobiles de SSR pour apporter des services aux communautés.

DESCRIPTION DU PROJET: Au niveau des soins

de santé primaire, dans les cliniques statiques et mobiles, les sages-femmes et les infirmières ont fourni des services de contraception y compris les conseils, les tests de grossesse, et une gamme de méthodes contraceptives (DIU, injectables, pilules contraceptives orales, la contraception d'urgence à progestatif seul, et les préservatifs). De plus, elles ont fourni des kits d'accouchement hygiénique (pour celles qui ne pouvaient pas accoucher dans un établissement), elles ont assuré les soins prénatals, les services d'accouchement hygiénique, les soins postnatals, la prise en charge syndromique des IST, l'éducation sanitaire et les orientations vers les établissements/services compétents pour l'accouchement hygiénique et les soins obstétricaux d'urgence.

RÉSULTATS: Ces interventions ont été un succès car ce partenariat a créé 10 centres de santé primaire, 10 cliniques mobiles au service de 60 communautés et à l'origine de 61% de l'ensemble des prestations de service de planification familiale, et d'un « Espace sécurisé Femmes et Filles. » Globalement, le partenariat a atteint environ 388 660 personnes dont 97 165 femmes en âge de procréer. Entre avril 2016 et juillet 2017, le partenariat a fourni 60 876 services de planification familiale y compris 9 726 DIU, 7 156 injections de Dépo-Provera, 22 611 cycles de contraceptifs oraux et 10 711 préservatifs.

LEÇONS APPRISSES: Les pilules contraceptives orales dominaient le choix de méthodes contraceptives avant la crise et à présent, le DIU est désormais la méthode préférée en raison de l'accès accru aux services et fournitures contraceptives.

ENCADRÉ 7.4: FORMULES DE PRÉVISION CONTRACEPTIVE

La prévision contraceptive est un processus consistant à évaluer les quantités de produits qui seront dispensés ou utilisés durant une période, ce qui peut être fait à l'aide de diverses méthodes. Si des informations fiables concernant l'utilisation sont disponibles, ces données peuvent être utilisées pour faire des projections sur la future utilisation car elles seront les meilleurs moyens de prédire l'utilisation future à court terme. Si des données fiables ne sont pas disponibles concernant l'historique, la prévision requiert l'utilisation des données démographiques (nombre d'utilisatrices estimé par méthode pour une année en fonction des données sur la population X le nombre de contraceptifs qu'une utilisatrice de cette méthode utiliserait durant une année, communément dénommé facteur couple-années de protection (CAP)) ou les statistiques de services (nombre de clients attendus par méthode sur une période X le nombre de contraceptifs obtenus par une utilisatrice lors d'une visite selon les directives de traitement standards.) Après les projections sur l'utilisation,

procéder à la planification des approvisionnements pour déterminer les quantités de contraceptifs requis pour les chaînes d'approvisionnement (y compris le stock de sécurité), planifier les envois et estimer les coûts.

Pour plus d'informations sur la prévision et la planification des approvisionnements, consulter les ressources suivantes:

- The Quantification of Health Commodities (2017) [Chiffrage des produits de santé] de JSI
- The Quantification of Health Commodities: RMNCH Supplement [Chiffrage des produits de santé: complément SRMNI] de JSI Research & Training, Inc. avec le financement du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de Management Sciences for Health dans le cadre du Programme de l'USAID intitulé Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)

LOGISTIQUE ET CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Les Kits de SR fournissent des fournitures contraceptives de base pour le DMU pendant les 3-6 premiers mois d'une urgence. La dépendance à l'égard des Kits de SR doit être évitée, dès qu'une situation se stabilise. Les intervenants humanitaires doivent s'approvisionner localement dans la mesure du possible, et en fonction de la disponibilité de produits de qualité. Ils doivent aussi établir ou créer des liens avec les systèmes de logistique opérationnels pour assurer un approvisionnement permanent en contraceptifs et commander des fournitures en fonction des prévisions existantes.

Parmi les éléments clés à prendre en considération pour la logistique contraceptive figurent :

- La difficulté à faire des estimations concernant la CU dès le début. Utiliser la demande pour prévoir les futurs besoins. Cependant, la CU reste méconnue, par conséquent la demande augmentera probablement dès lors que la population prend conscience qu'elle existe et comprend quand et comment l'utiliser
- Contrairement à d'autres médicaments commandés (comme les antipaludiques et les antibiotiques), la demande de méthodes contraceptives augmentera probablement au fil du temps. Les prévisions en matière de fournitures et de planification doivent en tenir compte ou il y aura des ruptures de stock. Prévoir d'avoir un stock de 3 mois en réserve et procéder à de nouvelles commandes en conséquence
- Il n'existe pas de « préservatifs pour le VIH/SIDA et de préservatifs pour la contraception. » Il faut conseiller les personnes concernant l'utilisation du préservatif pour la double protection et il faut les approvisionner généreusement en préservatifs, à la fois par le biais des centres médicaux et des canaux de distribution communautaire
- En l'absence de données fiables sur les utilisateurs pour calculer les besoins en matière de contraception, les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) du pays ou du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) avant la crise peuvent s'avérer utiles. Consulter un expert si besoin!

7.3.5 Mise en œuvre de programmes de contraception et de planification familiale

LES PRESTATAIRES

Au niveau des établissements de santé, les prestataires de

planification familiale et de méthodes contraceptives doivent être des infirmières, des sages-femmes qualifiées ou des médecins. Certains cadres peuvent disposer de prestataires reconnus à l'échelle nationale sous diverses dénominations (par exemple, assistants de santé, responsables cliniques); les infirmières, sages-femmes qualifiées ou les médecins doivent superviser ces catégories de prestataires. Identifier ou recruter au sein des membres de la communauté d'accueil et de la communauté touchée, le personnel local qui a des compétences et de l'expérience pour fournir des services de contraception de qualité. Lors de déclenchements rapides d'urgences et d'urgences complexes, le recrutement des prestataires dotés de ces compétences est très important sachant que la portée de ces formations immédiates sur les compétences cliniques est limitée.

La sensibilisation communautaire accompagnée d'une éventuelle distribution communautaire devient une option importante pour que la prestation de service développe l'accessibilité. Quand la distribution communautaire des produits contraceptifs fait partie d'une intervention sanitaire, il faut assurer la supervision et la formation des agents de santé non professionnels. Il est important que les distributeurs communautaires sachent détecter les questions médicales qui requièrent une orientation vers un établissement de santé et un suivi. Sensibiliser les membres de la communauté au fait que l'agent de santé non professionnel est supervisé par une infirmière ou un médecin disponible pour les soins cliniques ou les conseils, si nécessaire.

LES ÉTABLISSEMENTS

Les services contraceptifs dispensés par des établissements doivent inclure un large choix de méthodes contraceptives avec des méthodes à longue et courte durée d'actions, y compris les méthodes barrières et la contraception d'urgence. Les établissements peuvent être catégorisés à l'aide du modèle de soins de santé primaire dans lequel des postes de santé sont les établissements de santé les plus périphériques opérationnels à l'échelon communautaire, suivis des centres de santé de niveau intermédiaire, ces deux types de structures étant soutenus par un hôpital de districts opérant comme point de référence pour les établissements de santé communautaires. Il se peut qu'il y ait d'autres structures entre ces structures principales dans différents contextes.

En cas de catastrophe, beaucoup de ces structures seront opérationnelles ou non et les programmes devront faire avec ce qui reste suite à la crise. L'offre de méthodes contraceptives est une intervention de santé publique relativement simple associée à un formidable potentiel de sauver les vies des femmes et celles des nouveau-nés et

nourrissons. Cependant, il est important de veiller à ce que les aménagements élémentaires de même que les bonnes pratiques soient en place ; à l'aide de la planification et de moyens modestes. À cet égard il convient de :

- Veiller à l'application des meilleures pratiques dans les services de contraception
- Établir un bon système d'orientation vers des services de soins cliniques de niveau supérieur, et de suivi des clients
- Concevoir des services de contraception qui garantissent les droits au respect de l'intimité, de la confidentialité et du consentement informé
- Mettre en œuvre des procédures pertinentes de prévention des infections et de la gestion des déchets

LA QUALITÉ

Les services de contraception de haute qualité répondent aux besoins des individus et des couples à toutes les étapes de leurs vies reproductives à travers les compétences cliniques des prestataires, les compétences en matière de conseils, y compris les informations données aux clients, le choix de méthodes, les compétences interpersonnelles, le soutien en faveur de la poursuite de l'utilisation des méthodes et l'intégration à d'autres services de santé. Les prestataires de service doivent communiquer des informations précises et exhaustives aux clients, et donc permettre aux femmes, aux hommes et aux adolescents de choisir librement une méthode qui répond au mieux à leurs besoins.

Le choix et la poursuite de la méthode

En raison de la préférence personnelle et des besoins changeants au cours de la vie, l'existence d'un large éventail de méthodes constitue une composante essentielle de bons services contraceptifs. Le choix de méthodes contraceptives y compris la contraception à longue durée d'action réversible (LARC) et la contraception d'urgence, est fondamental pour répondre au choix informé et volontaire et aux besoins changeants des clients. Ces aspects des programmes de planification familiale ont été associés à la prévalence accrue de la contraception. Dans le cas des méthodes à courte durée d'action, il est important de faciliter le retour de la cliente de manière à ce qu'elle continue l'utilisation de la méthode de son choix. Cela sera abordé par l'offre à long terme de produits de même que la mise en place d'un rendez-vous fiable ou d'un système de suivi encourageant les clientes à revenir pour les services en vue d'une protection contre les grossesses non désirées. La tenue de fiches de suivi dans un établissement de santé pour chaque cliente peut aider les prestataires de soins à surveiller les services de suivi.

Les compétences des prestataires

Pour offrir un large éventail de méthodes, les prestataires doivent être dotés de compétences techniques pour fournir des services connexes, y compris en matière d'insertion et retrait de contraceptif. Les prestataires doivent être capables d'appliquer les compétences suivantes dans le cadre de leurs conseils et de leurs prestations :

- Décrire les méthodes y compris l'efficacité, la bonne utilisation, les avantages et les inconvénients
- Décrire le(s) mécanisme(s) d'action, les effets secondaires les plus courants, les complications éventuelles et la prise en charge de complications
- Utiliser les Critères d'Éligibilité Médicale et identifier les interactions médicamenteuses
- Fournir des instructions pour l'utilisation précise de la méthode et/ou sa bonne administration
- Appliquer les principes et les pratiques de prévention des infections

De plus, pour fournir des services de bonne qualité, les prestataires doivent connaître, se préparer à respecter les directives suivantes :

- Moyens pour maintenir un approvisionnement systématique et suffisant en produits contraceptifs et en fournitures connexes
- Mécanismes de documentation et de tenue de registres sur la prestation de service de même que pour les produits et fournitures requis pour la prestation de service
- Méthodes pour commencer et assurer des orientations pertinentes vers les établissements de niveau supérieur en fonction de décisions cliniques éclairées

Les compétences en matière de conseils

Pour toute intervention dans le domaine de la prestation de service, les conseils constituent une composante essentielle qui est le fondement du volontarisme et du choix informé. Les conseils de haute qualité permettent de s'assurer que les clients sont informés concernant la méthode de leur choix et cela favorise la poursuite de la contraception. Le fait d'être en situation de crise humanitaire ne justifie pas de faire abstraction de l'aspect qualitatif de la prestation de service ; au contraire, l'investissement dans la qualité des services de contraception aide à poser les fondations de services de haute qualité qui sont essentiels pour établir la confiance avec les clients et faciliter les prestations de service à long terme.

Les principes suivants des conseils en matière de conseils doivent être appliqués:

- Attitudes neutres envers les utilisateurs/trices et non utilisateurs/trices de méthodes contraceptives en respectant leur choix, leur dignité, leur intimité et la confidentialité
- L'explication complète des avantages et des inconvénients des différentes méthodes et informations sur la gestion des effets secondaires
- Les réponses fondées sur des données probantes et communiquées avec tact sur les rumeurs et les idées fausses concernant les méthodes contraceptives
- La sensibilité aux besoins des groupes spécifiques (par exemple, les adolescents, les personnes handicapées, personnes vivant le VIH, les personnes impliquées dans le commerce du sexe)
- Le respect de la confidentialité des services et la reconnaissance du fait que la permission ou la notification du partenaire ne sont pas requises
- Les techniques de communication, comme le dialogue interactif ouvert avec les clients: encourager les clients à poser des questions et exprimer leurs préoccupations,

l'écoute active, la clarification, le fait de demander aux clientes de reformuler ce qu'elles ont compris, de reconnaître leurs sentiments et résumer la discussion

- Documenter le choix de méthode et conserver les informations dans un lieu confidentiel

Les prestataires doivent être attentifs à la possibilité qu'un(e) client(e) soit victime de violence domestique ou de contrainte sexuelle dans sa relation. Si un(e) prestataire soupçonne qu'un(e) client(e) subit de la contrainte sexuelle, elle/il doit créer un environnement sûr et favorable et veiller à ce que le droit le(la) client(e) à la confidentialité soit respecté. Il est également important que les prestataires connaissent le système d'orientation vers les établissements compétents pour prendre en charge les cas de violence basée sur le genre (VBG) et qu'ils fournissent des informations aux clients à propos de ces services.

L'intégration des services

Les services de contraception doivent être complets et pratiques. Par exemple, un(e) client(e) doit être capable de se rendre dans tous les services nécessaires pour une visite et bénéficier de la méthode contraceptive de son choix le jour même, à l'endroit où les premiers conseils ont été prodigués.

ENCADRÉ 7.5: VEILLER À CE QUE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION SOIT VOLONTAIRE

Toute personne a le droit à l'autodétermination reproductive et donc le droit de prendre des décisions concernant sa santé reproductive sans être assujéti à la violence, à la coercition ou à la discrimination. En conséquence, une approche fondée sur les droits humains de la mise à disposition de la contraception et de la planification familiale exige que tous les services soient offerts sur la base du volontariat. Les prestataires doivent veiller à ce que des informations précises soient communiquées aux clients et que ces derniers soient libres de choisir leur méthode de préférence sans être soumis à une influence ou une coercition indues. Les principes clés du volontarisme 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
- Les individus ont accès à des informations sur divers choix contraceptifs y compris les avantages et les risques sanitaires des méthodes particulières
- Un large éventail de méthodes contraceptives et de services est offert aux clientes soit directement soit par le biais d'orientations vers des établissements/services compétents
- Le consentement volontaire et informé de tout(e) client(e) qui opte pour la stérilisation est vérifié par le biais d'un document écrit qui atteste du consentement et qui est signé par le/la client/e

EXEMPLE DE PROGRAMME 7.2: SERVICE COMPLET DE CONTRACEPTION DANS UN CONTEXTE DE CRISE

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)

LIEU: Nigeria

INTRODUCTION: Les violences perpétrées par Boko Haram ont contraint environ 1,82 million de personnes à fuir leur foyer au nord-est du Nigeria. Alors que les populations déracinées ont continué à fuir, les camps de personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) et les communautés d'accueil ont pris une ampleur considérable dans l'État de Borno. Les établissements de santé dans les camps formels et informels de PDIP gérés par le Ministère de la Santé fédéral ne s'étaient jamais remis de l'insurrection de Boko Haram et étaient mal équipés et en sous-effectif. Les services de santé y compris la santé sexuelle et reproductive (SSR), étaient pratiquement inexistantes à Maiduguri et exposaient de ce fait les femmes et les filles à des risques accrus face à des problèmes de santé graves.

DESCRIPTION DU PROJET: En août 2017, l'IRC a lancé les services du DMU et en l'espace de 4 semaines, il a mis en place la seule clinique de santé reproductive dans le camp de Bakassi qui a aidé 21 293 PDIP. L'IRC a appuyé les établissements de soins de santé primaires au sein du Conseil métropolitain de Maiduguri, dans la zone de Jere, avec une attention particulière portée sur les services de contraception, les soins post-avortement, les soins dispensés aux victimes de violence sexuelle, et les soins obstétricaux. De plus, l'IRC a mis en place des services complets de santé reproductive à Konduga (population de 9 371 personnes) et

à Monguno (population de 40 147 personnes) à travers les cliniques de SSR. Durant cette période, l'IRC a soutenu un total de 291 767 personnes dans l'État de Borno.

RÉSULTATS: L'IRC a intensifié avec succès l'adoption de la contraception en associant la dotation en personnel, la mise à disposition de produits, la sensibilisation communautaire en mobilisant les volontaires et les accoucheuses traditionnelles et la formation des fonctionnaires agents de santé. Suite à une formation des agents de santé sur la contraception, le nombre de nouvelles utilisatrices a augmenté de 50% en une semaine. Entre janvier et mars 2017, l'IRC a servi un total de 3 474 clientes de la planification familiale sur l'ensemble des sites soutenus. Parmi ces clientes, 69% (2 398) étaient de nouvelles utilisatrices de la contraception et 14,4% (346) ont opté pour une méthode à longue durée d'action et réversible.

LEÇONS APPRISES: Ces résultats démontrent une capacité à amplifier des services de contraception dans un contexte fragile où la prévalence contraceptive est faible. Les intervenants d'urgence doivent anticiper un faible nombre de personnel de santé qualifié disponible, les longues attentes pour l'approvisionnement et le recrutement, et la SSR n'est pas suffisamment priorisée. Pour combler ces lacunes, les intervenants doivent prévoir des budgets pour mettre à disposition davantage de personnel qualifié notamment les agents chargés de l'approvisionnement et préparer des éléments et données factuelles à partager avec les autorités locales dans le pôle de santé pour prioriser la SR.

LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SOCIAL

La communication pour le changement de comportement social (CCCS) consiste à utiliser le comportement pour faire évoluer les comportements y compris l'utilisation de services en influençant positivement les connaissances, les attitudes et les normes sociales. La CCCS est systématique, fondée sur des données probantes et participative et elle renforce les capacités. Les comportements étant profondément ancrés dans les pratiques des individus et des sociétés, le processus de transformation des comportements sanitaires négatifs implique de développer une compréhension approfondie de ces concepts. Durant la mise en œuvre du DMU, les intervenants humanitaires feront en sorte que les clients sachent quels services sont à leur disposition et où les trouver, qu'ils se sentent en sécurité et bienvenus

lorsqu'ils ont recours aux services et que les services soient ouverts à tous ceux qui en ont besoin, et qu'ils soient dispensés en tenant compte de leurs besoins spécifiques. Lors du passage aux services de SSR complets, une CCCS intensive doit être un des spécificités.

LA SENSIBILISATION ET L'IMPLICATION COMMUNAUTAIRE

Les communautés doivent être impliquées dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de planification familiale, y compris les sous-populations spécifiques qui peuvent être plus difficiles à atteindre (adolescents, travailleurs du sexe, personnes handicapées, les lesbiennes, gays, bisexuels, queer, les personnes en questionnement, intersexes et asexuelles (LGBTQIA), entre autres.

ENCADRÉ 7.6: DÉFINIR L'HUMILITÉ CULTURELLE

En 1998, Melanie Tervalon et Jann Murray-Garcia ont créé le terme d'« humilité culturelle » pour décrire un processus permanent par lequel les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé peuvent apprendre des différentes cultures tout en entamant une réflexion pertinente sur leurs propres traditions culturelles, leurs croyances et leurs préjugés. Dans la planification familiale, les domaines les plus sensibles et les plus complexes de la culture entrent en jeu. Ce que nous pensons de la grossesse, de la contraception, de l'avortement, de la mutilation génitale féminine, des IST et la valeur des nourrissons de sexe féminin peuvent causer des divisions même parmi les personnes issues d'une même culture. La prestation de service de contraception de haute qualité reconnaît l'importance de l'humilité culturelle tout en fournissant des soins et il incombe aux prestataires de services et aux agents de santé de créer un espace respectueux et neutre.

L'implication masculine

Les partenaires masculins sont souvent décisionnaires quant à l'utilisation de la contraception par leurs partenaires féminines et si la permission est accordée, ils décident du type de méthode. Il faut impliquer les hommes en tant que parties prenantes et partenaires clés pour accroître l'acceptation du programme au sein de la communauté et la reconnaissance d'autres problèmes de SSR comme la prévention et le traitement d'infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH. La prise en compte des points de vue et motivations des hommes fait partie intégrante des activités du programme.

L'utilisation de méthodes contraceptives par les hommes leur permet de partager la responsabilité de la prévention de la grossesse avec leurs partenaires féminines. Il se peut que certains services doivent être personnalisés pour répondre aux besoins des utilisateurs. Les activités visant à encourager l'implication des hommes incluent les conseils pour couples, la promotion des préservatifs, les horaires des établissements de santé réservés aux hommes, les sessions de groupes de pairs, et la diffusion d'informations sur la SSR dans les associations de femmes.

EXEMPLE DE PROGRAMME 7.3: IMPLIQUER LES HOMMES DANS LES PROGRAMMES DE CONTRACEPTION DANS LES ZONES DE CONFLIT

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)

LIEU: Tchad

INTRODUCTION: Dans le camp Oure Cassoni d'Amdjarass, le centre de santé soutenu par l'IRC est au service d'une population de 46 000 personnes y compris la population d'accueil de 20 000 personnes. En dépit de la disponibilité de services et des activités de mobilisation communautaire dans le camp, la faible acceptation des méthodes contraceptives posait un véritable problème, surtout en raison de l'influence des leaders religieux sur la prise de décision des femmes et les comportements sains en matière de santé.

DESCRIPTION DU PROJET: L'IRC a identifié 40 leaders religieux pour qu'ils assistent à des sessions de sensibilisation et à des formations. Les sessions ont exposé l'importance de la contraception et, ont évoqué la question cruciale de ses avantages dans le contexte plus large de la santé maternelle et infantile au Tchad. Le soutien du Président à l'égard de la santé reproductive et de la contraception et les références aux passages favorables des textes religieux ont été répétés pendant les formations. Un comité de leaders religieux soutenant la contraception a été créé pour lancer les efforts de sensibilisation dans les mosquées et participer aux réunions sur l'analyse des données.

RÉSULTATS: À Amdjarass, 316 clientes ont accepté la contraception durant la période concernée, dépassant ainsi les objectifs et les chiffres du semestre précédent au cours duquel 180 clientes ont accepté la contraception. Cette performance s'explique essentiellement par l'implication des leaders religieux dans la sensibilisation à la contraception surtout dans les mosquées et à la présence permanente d'un agent formé de l'IRC au poste de santé d'Ouré Cassoni pour assurer la prestation de service et le renforcement des capacités des personnels réfugiés existants. Avant les efforts de mobilisation, l'IRC a vu une moyenne de 20 nouvelles utilisatrices par mois, avec une moyenne de 8 utilisatrices de la contraception à longue durée d'action et réversible. Après les formations des leaders religieux et les efforts ultérieurs de sensibilisation communautaire, l'IRC a vu une moyenne de 33 nouvelles utilisatrices avec une moyenne de 17 utilisatrices de méthodes de contraception à longue durée d'action et réversibles.

LEÇONS APPRISES: Les leaders religieux sont souvent perçus comme un obstacle à la contraception dans les contextes humanitaires. Pourtant même dans un contexte considéré comme traditionnel et religieux, la contraception est acceptée une fois que les personnes sont bien informées et que des services de qualité sont en place. Le fait de percevoir les croyances de la communauté religieuse comme un obstacle n'est jamais une excuse pour ne pas offrir des services de contraception lors de situations d'urgence. En revanche, il faut davantage de sensibilisation pour élargir l'accès aux groupes vulnérables étant donné que l'utilisation de méthodes contraceptives reste taboue chez les adolescentes et les filles non mariées.

Consulter les populations confrontées à des besoins ou des risques spécifiques

Les services de contraception doivent être disponibles pour l'ensemble des secteurs de la population et par conséquent, les parties prenantes clés doivent être impliquées dans la consultation et l'élaboration des programmes. Il est recommandé de déployer des efforts pour identifier les organismes locaux qui offrent actuellement des services à des groupes tels que la communauté de LGBTQIA, et les personnes qui se livrent au commerce du sexe, afin d'établir des voies d'orientation vers les services/établissements compétents à travers les réseaux existants. Les prestataires peuvent simultanément bénéficier d'une formation en prestation de service et pour la prise en compte des groupes qu'ils peuvent rencontrer dans leur travail.

LES SUPPORTS D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION

Les supports d'informations, d'éducation et de communication (IEC) doivent être utilisés lors de la phase aiguë pour sensibiliser à la disponibilité des services de contraception, de façon élémentaire. Les supports d'IEC peuvent inclure des affiches, des dépliants en langue locale avec des images adaptées à la culture locale, et des messages radios. En passant à la phase de prestation de services complets, les supports d'IEC doivent modifier les messages qui incitent les femmes, les adolescents, les hommes et les couples et d'autres membres de la communauté pour utiliser les services de contraception.

RÉPONDRE À LA DÉSINFORMATION ET À L'INTERRUPTION DE L'UTILISATION DE MÉTHODES

Un programme complet sur la prestation de services de contraception axée sur la cliente facilite la poursuite de la méthode, il répond rapidement et soutient le changement de méthodes. Cependant, beaucoup de femmes interrompent leur méthode contraceptive pour des raisons autres que le souhait d'une grossesse, et très souvent ces femmes n'adoptent pas une nouvelle méthode. Cela conduit à ce que le besoin de contraception de nombreuses clientes ne soit pas satisfait et qu'elles soient exposées à un risque élevé de grossesse non désirée.

Les prestataires qui offrent une contraception peuvent minimiser l'interruption en décrivant avec précision les effets secondaires et les manières de les gérer le cas échéant. Les prestataires doivent également être préparés

et équipés pour retirer les implants et les DIU si les clientes le demandent.

Dans le cadre des services complets de SSR, des efforts peuvent être déployés pour veiller à ce qu'ils ne soient pas interrompus notamment:

- Renforcer les compétences des prestataires en matière de conseils y compris la prise en charge des effets secondaires
- Faire le suivi actif des clients qui manquent un rendez-vous pour renouveler une méthode contraceptive
- Intégrer les agents de santé communautaire dans la prestation de services de contraception communautaires
- Impliquer activement les membres de la communauté pour dissiper les rumeurs
- Garantir le stockage fiable des contraceptifs pour éviter les ruptures de stock

7.3.6 Travailler avec des populations spécifiques

LES ADOLESCENTS

Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la seconde cause de décès parmi les filles âgées de 15-19 ans et 50% des agressions sexuelles sont commises contre les filles âgées de 15 ans ou plus jeunes. En période d'urgence humanitaire, les risques auxquels les adolescents sont exposés, sont aggravés et par conséquent, leur santé reproductive doit être une priorité. Les adolescents en situation d'urgence humanitaire sont confrontés à des risques accrus de violence et d'exploitation sexuelle, de grossesse non désirée et d'avortement à risques. Les prestataires de santé doivent veiller à ce que les adolescents – marié(e)s, non marié(e)s, handicapé(e)s, scolarisé(e)s ou déscolarisé(e)s - soient en mesure d'accéder aux services de SSR en général, et ceux de contraception en particulier. Les circonstances menant les adolescents à recourir aux soins ne sont pas toujours connues et il est essentiel que les prestataires dispensent des services de haute qualité de manière neutre et quand l'occasion se présente de tirer parti de ce point d'accès d'identifier et d'offrir d'autres services et ressources requis, selon le cas. Pour plus d'informations sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents, voir le Chapitre 6.

ENCADRÉ 7.7: DÉFINIR LES « PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LE COMMERCE DU SEXE »

L'expression « personnes impliquées dans le commerce du sexe » englobe les adultes, les femmes, les hommes ainsi que les personnes transgenres et les jeunes (de plus de 18 ans) qui perçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement. Le commerce du sexe peut varier par rapport au degré auquel il est « formel » ou organisé. Il est important de noter que le commerce du sexe repose sur des rapports sexuels consensuels entre adultes qui prennent plusieurs formes, et il varie entre les pays et les communautés mais aussi en leur sein. De plus, dans de nombreux contextes, notamment en situations de crise humanitaire, bon nombre d'individus impliqués dans ces pratiques ne s'identifient pas comme des travailleurs du sexe.

LES PERSONNES QUI SE LIVRENT AU COMMERCE DU SEXE

Toutes les personnes impliquées dans le commerce du sexe ont le droit fondamental de bénéficier des normes de santé les plus élevées possibles. Il est important de prendre des mesures dans le cadre des programmes, et au niveau de la prestation de services, pour faire en sorte que ces droits soient respectés. Les prestataires de service ont l'obligation de fournir des soins aux personnes qui se livrent au commerce du sexe, indépendamment du statut légal du commerce du sexe dans leur contexte spécifique. Les prestataires de services doivent garder à l'esprit le fait que les personnes impliquées dans le commerce du sexe sont capables de prendre des décisions informées.

Les prestataires de service doivent offrir la même qualité de soins aux travailleurs du sexe que celle qu'ils accordent à tous les autres clients. Durant les séances de conseil, les prestataires doivent :

- Aborder les méthodes de contraception disponibles, y compris la double protection
- Conseiller à propos des rapports sexuels protégés et la protection à l'égard des infections sexuellement transmissibles en répondant aux besoins spécifiques de personnes qui se livrent au commerce du sexe, y compris les instructions sur la bonne utilisation des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants
- Promouvoir et fournir des préservatifs et lubrifiants en quantité suffisante
- Procéder au dépistage du VIH et d'autres IST et fournir des conseils, des traitements et un suivi adaptés
- Aborder les intentions de la cliente en matière de grossesse

- Déterminer la recevabilité médicale de la méthode contraceptive souhaitée
- Fournir ou prescrire la méthode contraceptive préférée de la cliente
- Mettre à disposition la CU

De plus, les clientes doivent être mises en relation avec les services de soins liés à l'avortement sans risques et les soins obstétricaux sécurisés. Les prestataires doivent être attentifs au fait que les personnes impliquées dans le commerce du sexe sont confrontées à bon nombre des besoins en SSR—y compris les grossesses désirées et non désirées— de leurs pairs qui ne sont pas des travailleurs du sexe et doivent faire en sorte de répondre à ces besoins.

ENCADRÉ 7.8: FOURNIR UNE CONTRACEPTION D'URGENCE AUX VICTIMES DE VIOL

La contraception d'urgence peut réduire le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé, y compris dans les cas de violence sexuelle. Les directives mondiales émanant de l'OMS sont claires quant au fait que la CU doit être administrée aux femmes et aux filles pour éviter les conséquences traumatisantes de la grossesse causée par un viol, dans le cadre de soins complets axés sur les femmes. Si les victimes de violence sexuelle ne bénéficient pas de CU, cela peut s'avérer dommageable pour leur santé physique et psychologique (surtout dans les zones où l'avortement sans risques est illégal ou n'est pas disponible); un tel manquement constitue une violation de leurs droits humains.

Pour les millions de femmes et de filles qui ont été touchées par des conflits, des catastrophes naturelles et des urgences, l'accès à la CU et les obstacles qui l'entravent augmentent. Les déplacements forcés, l'exposition à la violence et la séparation des femmes et des communautés expose les populations touchées par une crise à un risque accru de violence sexuelle et les risques de grossesses non désirées connexes. En même temps, leur accès à la contraception régulière, qui protège face à de tels risques, est limité.

Et pourtant l'accès habituel à la CU est défaillant en raison des obstacles au niveau des politiques, des lois, des systèmes de santé et en termes de connaissance. Beaucoup de pays dépourvus de produits de CU non enregistrés sont actuellement, ou l'ont été récemment, touchés par un conflit et peuvent également être amenés à accueillir un grand nombre de populations déplacées. Les milieux fragiles peuvent aussi être susceptibles de manquer de personnels compétents et de fournitures suffisantes.

LES PERSONNES HANDICAPÉES

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) stipule que les personnes handicapées doivent bénéficier du même choix, de la même qualité et des mêmes normes de soins gratuits ou abordables et des mêmes programmes que ceux qui sont dispensés à d'autres personnes y compris dans le domaine de la SSR. Cependant, les besoins divers des personnes handicapées en matière de santé reproductive sont rarement compris ou traités à travers les programmes de SSR dans les contextes d'urgence. Les besoins en SSR des personnes handicapées et 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.

LESBIENNES, GAYS, BISEXUELS, PERSONNES TRANSGENRES, QUEER, EN QUESTIONNEMENT, INTERSEXES, ET ASEXUÉES

En vertu du droit international des droits de l'homme, les États doivent garantir l'égalité des droits—notamment les droits à la vie, à la santé et à la sécurité des personnes—pour tous les individus, indépendamment de leur identité de genre, de leur orientation sexuelle ou d'autres statuts. Néanmoins, les lois discriminatoires, les attitudes et les pratiques produisent souvent des disparités sanitaires et compromettent la capacité des personnes LGBTQIA à accéder à des services de santé reproductive de qualité. Les prestataires sont essentiels pour veiller à ce que les droits des personnes LGBTQIA soient protégés et respectés et ils doivent garder à l'esprit les obstacles spécifiques que les personnes LGBTQIA peuvent affronter lors du recours aux soins. Les prestataires doivent adopter une attitude respectueuse, neutre lors de la prestation de services et doivent s'efforcer de répondre aux préoccupations pouvant être spécifiques à cette population.

ENCADRÉ 7.9: PRESTATION DE SERVICES DE CONTRACEPTION POST-AVORTEMENT

Les conseils post-avortement opportuns et efficaces peuvent aider à éviter de futures grossesses non désirées. Les conseils sur la contraception post-avortement sont également associés à une réduction de la mortalité maternelle et infantile et la prévention de transmission mère-enfant. Malheureusement la part des femmes qui reçoit une méthode contraceptive après des soins liés à l'avortement reste faible. Aussi, les conseils et la mise à disposition d'une méthode doivent-ils être une priorité dans l'ensemble des services d'avortement. De plus, certaines femmes peuvent avoir subi des grossesses non désirées tout en ayant déjà utilisé une méthode; il est important d'aborder les raisons de l'échec de la méthode et de conseiller les femmes en fonction. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que toutes les femmes bénéficient d'informations sur la contraception mais aussi de conseils et de méthodes de contraception post-avortement, notamment la contraception d'urgence avant de quitter l'établissement de santé.

Les prestataires doivent faire en sorte que toutes les femmes, y compris les jeunes femmes bénéficiant de soins liés à l'avortement soient informées sur les points suivants:

- L'ovulation et par conséquent la grossesse peuvent

survenir presque immédiatement après une évacuation utérine

- En général, toutes les méthodes de contraception peuvent être utilisées immédiatement après une évacuation utérine
- Où elle peut obtenir des services et méthodes de contraception y compris la contraception d'urgence

En offrant des services de contraception en même temps et au même endroit que les soins liés à l'avortement, on peut faire en sorte qu'une femme reçoive une méthode contraceptive avant de quitter l'établissement de santé. Si une femme est éligible, si elle a été conseillée et si elle a accepté la méthode, toutes les méthodes de contraception—y compris les DIU et la stérilisation féminine—peuvent être entamées en même temps qu'une aspiration manuelle. La plupart des méthodes de contraception peuvent être données en même temps que le premier comprimé d'avortement médicamenteux. Après un avortement médicamenteux, un DIU peut être inséré lorsqu'on est raisonnablement certain qu'une femme n'est plus enceinte et à condition que la cliente consente à l'intervention.

7.3.7 Coordonner et établir des liens

Les coordinateurs SSR doivent avoir pour but de permettre l'intégration de services de contraception et des programmes de planification familiale dans les soins de santé primaires et d'autres programmes de SSR, y compris :

- La mise à disposition de la contraception d'urgence dans le cadre d'une intervention auprès des victimes de violence sexuelle pour répondre à la demande
- L'intégration des conseils relatifs à la contraception et la prestation de service dans les programmes d'IST et de VIH, en veillant à ce que les prestataires de services
 - o Évoquent la prévention de la grossesse et la contraception avec les clientes si besoin
 - o Encouragent la double protection (contre la grossesse et les IST)
- L'inclusion de programmes de contraception dans les services de soins pour adolescents
- L'intégration des conseils sur la contraception et de la prise en charge des phases prénatales, obstétriques et postpartum dans les programmes maternels et néonataux
- L'inclusion des conseils et services de contraception, et le dépistage de la coercition contraceptive dans les programmes de violence basée sur le genre

7.3.8 Plaidoyer

Les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé doivent plaider pour la prestation de services complets de planification familiale dans la mesure du possible. Des efforts doivent être déployés pour s'assurer que les prestataires de services aient connaissance des politiques en vigueur et qu'ils les appliquent.

Le fait de nouer un dialogue avec des organisations de la société civile locales est essentiel pour identifier et répondre aux besoins des populations touchées. Les intervenants locaux sont souvent les mieux placés pour connaître le paysage et les besoins de la communauté et ils doivent être des référents pour le travail avec le gouvernement, les bailleurs de fonds et d'autres agences pour assurer la mise en place de programmes de planification familiale complets fondés sur les droits. Bien que les directives et la législation nationales prévalent, ces normes doivent être en phase avec les normes et les protocoles nationaux, pour faire en sorte que les personnes aient accès aux informations, aux

services et aux fournitures de contraception de qualité. La réunion avec des responsables locaux du Ministère de la Santé, des bailleurs de fonds privés et d'autres agences pour présenter des données sur les besoins non satisfaits, les économies potentielles, et les avantages sanitaires de la mise à disposition de services contraceptifs peut aboutir à des politiques plus solides qui sauvent des vies.

7.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

En vertu du droit international, l'accès universel à la planification familiale constitue un droit humain : tous les individus et les couples ont le droit de décider du nombre, de l'espacement et du moment auquel ils souhaitent avoir leurs enfants. À l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), les gouvernements ont convenu que les soins de santé reproductive devaient être universels, y compris l'éventail complet de services de contraception. Le droit à la norme de santé la plus élevée possible inclut le droit à l'information et à l'accès à des méthodes sécurisées, efficaces et abordables et acceptables de contraception. Le Comité sur la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) a explicitement appelé les États de garantir l'accès à la contraception, notamment la contraception d'urgence dans les zones touchées par les conflits.

Le fait de contraindre des personnes à utiliser une méthode contraceptive ne correspond pas à la mise en œuvre d'une mesure de planification familiale et c'est une violation du droit international des droits de l'homme. Par exemple, la stérilisation forcée sans consentement est contraire au droit au consentement informé, au droit à la santé, au droit à la sécurité et à la liberté de la personne, et au droit des individus à décider librement du nombre et de l'espacement des naissances.

7.5 SUIVI ET ÉVALUATION

7.5.1 Registre clinique/de service

Tenir un registre clinique pour y consigner les informations et assurer un suivi efficace. Dans le cas des populations mobiles, les clients peuvent souhaiter conserver un exemplaire de leur dossier. Les informations suivantes

doivent être enregistrées dans le registre de clients (un client par ligne):

- Date
- Nom de la cliente, si nécessaire pour la confidentialité, un identifiant unique
- Âge de la cliente et autres informations à caractère démographique
- Type de cliente
 - o Nouvelle: Les prestataires de services doivent définir la signification de la dénomination de « nouvelle » cliente. Cette cliente est-elle nouvelle dans cet établissement (elle commence utilisation de la contraception pour la première fois dans cet établissement)? Nouvelle pour une méthode spécifique (commence cette méthode pour la première fois)? Nouvelle pour l'utilisation de la contraception (commence la contraception pour la première fois de sa vie)? Si vous utilisez les formulaires du Ministère de la Santé, veuillez noter la bonne définition.
 - o Retour: Une cliente qui n'est pas nouvelle (en fonction de la définition spécifique). Cela peut inclure une cliente qui revient pour une visite de suivi, pour le renouvellement ou le changement de méthodes
 - o Changement: Une cliente qui passe immédiatement d'une méthode à une autre. Les deux méthodes doivent être enregistrées
- Méthode choisie (et nom de la marque): Assurez-vous d'inclure toutes les méthodes. Il vaut mieux qu'une colonne soit attribuée à chaque méthode (par exemple, les PCO, les injectables, les implants et les DIU, etc.)
- Retrait de méthode (pour les DIU et les implants): Noter la raison du retrait dans une colonne intitulée « commentaires »
- Envoyée par: Si le programme intègre d'autres services et utilise les agents de santé communautaires, cette colonne peut donner des précisions sur la personne qui est à l'origine de l'orientation

Le formulaire de la cliente peut également permettre de suivre son utilisation de la contraception au fil du temps. Ce dossier client doit inclure des informations complémentaires y compris la date, la (les) raison(s) pour l'interruption ou le changement de méthode, des effets secondaires, la prise en

charge/le traitement des effets secondaires, etc.

7.5.2 Soutenir la poursuite du traitement par les clients

Le suivi de la poursuite de l'utilisation fait partie intégrante du programme de contraception. Pour ce faire, les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé, et les prestataires de service ont besoin d'un système permettant d'identifier les clientes qui ne se sont pas présentées pour le renouvellement et leur rappeler qu'elles ont manqué leur rendez-vous. Le système recommandé utilise une boîte avec des intercalaires pour classer les fiches des clientes comme indiqué ci-dessous. Si la pratique habituelle consiste à ce que la cliente garde sa fiche alors utilisez une fiche avec les informations suivantes à noter sous le mois correspondant: nom, âge, date de la visite, méthode prise, et date du retour.

GESTION DES INFORMATIONS

Trouver une boîte suffisamment grande pour contenir les fiches. Diviser la boîte en rangées, une pour chaque mois de l'année et une pour les méthodes à longue durée d'action et une pour la « perte de suivi moins de 6 mois. » Après le rendez-vous, placer la fiche de la cliente dans la bonne rangée pour le mois où la cliente est censée revenir pour le renouvellement. À la fin du mois, il est facile de repérer les clientes qui ont manqué leur rendez-vous et de les contacter pour un rappel. Il est important de respecter la confidentialité lors du rappel de leur rendez-vous manqués aux clientes.

Les formulaires de tenue des dossiers doivent être simples et pertinents pour les données collectées et les niveaux d'alphabétisation du personnel. Utiliser des formats nationaux ou locaux qui sont connus des personnels locaux et les populations touchées. Former tous les personnels à la tenue des dossiers, notamment par rapport aux définitions et sur la manière de les remplir, et l'utilisation des informations collectées dans leur programme.

7.5.3 Indicateurs

L'illustration 7.2 fournit des informations sur les indicateurs clés de la prestation de services de contraception.

ILLUSTRATION 7.2: INDICATEURS CLÉS

INDICATEUR	DÉFINITION	SOURCE DE DONNÉES	COMMENTAIRES
INDICATEURS DES ÉTABLISSEMENTS			
Nombre de clients qui commencent une méthode contraceptive, par méthode	<p>Nombre de clients qui commencent une méthode contraceptive, par méthode</p> <p>a. DIU b. Implants c. Ligature des trompes d. Vasectomie e. Pilule contraceptive orale f. Injectables g. Préservatif (masculin ou féminin) h. Contraception d'urgence 1. Pilules de CU 2. DIU en tant que CU</p>	Registres des établissements	<p>Veillez inclure toute cliente qui commence une méthode moderne, y compris celles qui passent d'une méthode à une autre.</p> <p>Vous devez préciser la durée pendant laquelle une cliente arrête une méthode avant de reprendre, si une cliente a arrêté une méthode pendant 6 mois (autrement dit, elle a manqué son dernier rendez-vous il y a 6 mois), elle doit être considérée comme une cliente qui recommence.</p>
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de clientes utilisatrices de contraceptifs qui ont également été conseillées concernant les infections sexuellement transmissibles • Pourcentage des clientes utilisatrices de contraceptifs également orientées vers une source fournissant une méthode contraceptive régulière 		
Choix de méthodes	<p>Numérateur: Nombre de clientes utilisatrices de contraceptifs qui commencent chaque méthode</p> <p>Dénominateur: Nombre de clientes qui commencent une méthode de contraception moderne dans cet établissement</p>	Registres des établissements	
INDICATEURS DES PROGRAMMES			
Nombre de points de prestation de service de contraception qui n'ont pas eu de ruptures de stock au cours du mois précédent	Nombre de points de prestation de service de contraception qui n'ont pas eu de ruptures de stock (pour plus d'une journée) au cours du mois précédent	Registres des stocks	Il est important de vérifier les stocks de l'ensemble des méthodes qui sont fournies par l'établissement (par exemple, les PCO, les injectables, les DIU, les implants, la CU).
Nombre de prestataires dotés de compétences techniques pour fournir la contraception	Nombre de prestataires dotés des compétences techniques, évaluées à l'aide d'une liste de contrôle, pour fournir les méthodes contraceptives, par méthode	Dossiers de programme ou de supervision	Les superviseurs doivent régulièrement observer la compétence des prestataires en utilisant une liste de vérification avec chaque méthode

7.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- CDC, & Département de la santé et des services sociaux des États-Unis. (2014). Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 63(4), 1–29.
- FHI360. (2012). *Facts for Family Planning*. Durham, North Carolina. Extrait de: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/factsforfamilyplanning_0.pdf
- Ipas. (2013). *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. (K. L. Turner & A. Huber, Eds.) (2^e éd.). Chapel Hill, NC: Ipas. Extrait de: <http://www.ipas.org/en/Resourses/Ipas%20Publications/Womancentered-postabortion-care-Reference-manual-Second-Edition.aspx>
- OMS. (2012). *Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44883/9789242503753_fre.pdf
- OMS. (2014). *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception: Orientations et recommandations*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126317/9789242506747_fre.pdf
- OMS. (2015a). *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS* (5^e éd.). Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157_fre.pdf
- OMS. (2015b). *Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249516/9789242549256_fre.pdf
- OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, & USAID. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Extrait de: <http://www.fphandbook.org/>
- OMS, & FNUAP. (2015). *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf?ua=1
- Pathfinder International. (2016). *Cartes Aide-Mémoire de Conseils pour Adultes sur la Contraception*. Extrait de: https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adult-Contraception-Cue-Cards_French.pdf
- Reproductive Health Access Project. (n.d). *Fact Sheets on Various Contraceptive methods*. Extrait de: <https://www.reproductiveaccess.org/resources/>
- Ringheim, K. (2012). *Better Together: Linking Family Planning and Community Health for Health Equity and Impact* (2^e éd.). Washington, D.C.: CORE Group. Extrait de: <http://coregroup.secure.nonprofitsoapbox.com/storage/SMRH/FamilyPlanningReport/FPIreportRevised-online.pdf>
- USAID. (2011). *Manuel de logistique: Un guide pratique pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé* (2^e éd.). Arlington. Extrait de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js20211fr/>

CHAPITRE 8

LES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

8.1 Introduction

8.2 Objectifs

8.3 Programme de soins complets d'avortement

8.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

8.3.2 Recensement des besoins

8.3.3 Considérations relatives à l'élaboration de programme

8.3.4 Mise en œuvre des soins complets d'avortement des phases d'urgence aiguë jusqu'au rétablissement

8.3.5 Travailler avec des populations spécifiques

8.3.6 Coordonner et établir des liens

8.3.7 Plaidoyer

8.4 Considérations en matière de droits humains et de droit

8.5 Suivi et évaluation

8.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires

8.1 INTRODUCTION

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 56 millions de grossesses se terminent par un avortement provoqué chaque année; 22 millions d'entre eux sont considérés comme étant à risques, ce qui signifie qu'ils sont effectués soit par des personnes qui ne sont pas dotées des compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu des normes médicales minimales, ou les deux. Les morts et les blessures causées par des avortements à risque continuent d'être un grave problème de santé publique qui touche les femmes, les filles, les familles et des communautés entières. À travers le monde, les avortements à risque représentent près de 10% des morts maternelles dont 99% surviennent dans le monde en développement. La grossesse à moindre risque inclut le respect du droit des femmes et des filles à accéder à des services complets de santé sexuelle et reproductive (SSR) y compris la mise à disposition de soins d'avortement sans risques, et la prise en charge à temps et adaptée de l'avortement spontané à risques pour toutes les femmes.

En situations de crise humanitaire, les femmes et les jeunes filles peuvent être exposées à un risque accru de grossesse non désirée et aux avortements à risques et elles ont besoin d'accéder à des soins liés à l'avortement sans risques.

- Il est possible que les femmes et les filles ne puissent plus poursuivre leur méthode contraceptive car elles l'ont perdue pendant le déplacement et/ou par manque d'accès aux services de contraception
- 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 rétablis, mais il est possible qu'elles n'aient pas accès aux contraceptifs en raison des perturbations subies par les services de santé et affectant les fournitures médicales
- Beaucoup de filles atteignent l'âge de procréer pendant leur déplacement
- Le viol et d'autres formes de violence sexuelle sont souvent documentés dans les zones de conflit

Pour aider les gouvernements, les planificateurs et les prestataires de services à concrétiser leurs engagements en faveur de la santé et des droits femmes, l'OMS a actualisé des directives techniques en 2012 afin de renforcer les capacités des systèmes de santé en matière de soins liés à l'avortement sans risques et de soins post-avortement (SPA).

Les SPA 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 comprennent 5 éléments:

- Le traitement des avortements incomplets et à risques et les complications qui sont potentiellement dangereuses
- Les conseils afin d'identifier et répondre aux besoins émotionnels et physiques des femmes et des filles et à d'autres préoccupations
- Les services de contraception visant à aider les femmes et les filles à éviter des grossesses non désirées
- Les services de santé reproductive et autres services médicaux qui sont préférablement dispensés sur site ou suite à l'orientation vers des établissements accessibles dans les réseaux des prestataires
- Les partenariats entre communauté et prestataires de services pour prévenir les grossesses non désirées, mobiliser les ressources (afin d'aider les femmes et les filles à bénéficier de soins adaptés et à temps face à des complications liées à l'avortement), et s'assurer que les services de santé reflètent et répondent aux attentes et besoins de la communauté

Les soins complets d'avortement comprennent tous les éléments des SPA de même que ceux des avortements

provoqués sans risques. Ces éléments contribuent tous à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles.

Un certain nombre d'options technologiques existent pour aider les femmes à prévenir et supporter une grossesse non désirée, y compris diverses méthodes contraceptives permanentes et périoïtale, la contraception d'urgence, l'avortement médicamenteux et l'aspiration manuelle. De plus, un nombre croissant de pays ont adopté des réformes dans le but d'élargir les dispositions juridiques en matière d'avortement et ce faisant, légaliser l'avortement dans presque tous les pays et au moins dans certaines circonstances. Par ailleurs, de nombreux accords internationaux et organismes d'experts ont reconnu le droit des femmes à accéder à l'avortement sans risques et ses liens avec la réduction de la mortalité maternelle.

8.2 OBJECTIFS

Les objectifs de ce chapitre sont de fournir aux coordinateurs SSR, aux responsables de programme de santé et aux prestataires de services:

- Des informations relatives aux programmes sur les soins complets d'avortement et l'offre de ce type de service ou l'orientation vers des établissements/services compétents
- Des informations cliniques élémentaires pour guider la prestation de service
- Un cadre pour l'obtention d'informations précises et la compréhension du contexte administratif et réglementaire liés à l'avortement dans le contexte où ils interviennent
- Une compréhension des normes sociales, culturelles et religieuses à propos des soins liés à l'avortement sans risques
- Des outils pour éduquer les communautés quant à leurs droits et les décideurs à propos de leurs devoirs

8.3 ÉLABORATION DE PROGRAMME DE SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

L'ajout des soins liés à l'avortement provoqué sans risques aux éléments du modèle de SPA aboutit à une approche exhaustive qui réduit la mortalité et la morbidité maternelles tout en soutenant les femmes dans l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs. En principe, ces services sont

TABLEAU 8.1: 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	Médecins spécialistes
Aspiration manuelle pour avortement provoqué										
Aspiration manuelle pour prise en charge d'un avortement incomplet/ avortement spontané										
Avortement médicamenteux durant le premier trimestre	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 dans le champ de pratique courante, preuves non évaluées

** Pris en compte en dehors du champ de pratique courante, preuves non évaluées

fournis dans le cadre d'un dispositif intégré et complet.

Les soins complets d'avortement ne doivent pas dépendre de la disponibilité des obstétriciens/gynécologues ou chirurgiens. Avec une formation et un soutien adapté, les infirmières, les sages-femmes et d'autres prestataires formés peuvent offrir des services d'avortements sans risques et de SPA, même dans un cadre ambulatoire, comme le montre le Tableau 8.1.

8.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

Les soins complets d'avortement constituent une intervention vitale et ils sont par conséquent intégrés dans Le Dispositif minimum d'urgence (DMU), un ensemble d'activités prioritaires à mettre en œuvre au début d'une crise. Les conseils concernant les options en matière de grossesse et les soins d'avortement sans risques et/ou l'orientation vers les soins d'avortements sans risques, dans les limites prévues par la loi, sont inclus dans le cadre de l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. De plus, en tant que actions vitales dans les soins d'urgence obstétrique et néonatale, il faut en priorité assurer la disponibilité des soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les

hôpitaux. En outre, les soins liés à l'avortement sans risque dispensés à toutes les femmes avec toute la rigueur de la loi sont reconnus comme étant une « autre activité prioritaire. » Par conséquent, le coordinateur 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 lorsque les capacités existent déjà. Lorsque les conditions ne sont pas réunies, les soins liés à l'avortement sans risques doivent être proposés 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 urgence, si ce n'est plus tôt.

8.3.2 Recensement des besoins

Lors de la planification des services d'avortement, solliciter des informations et tenir compte des besoins et des perceptions de la communauté, y compris les préférences des femmes par rapport au type et au sexe du prestataire et à la localisation des services.

L'incidence élevée de l'avortement est souvent la conséquence des lois qui l'accès à l'avortement et de la stigmatisation. Néanmoins, même lorsque l'avortement est moins sujet à des restrictions, les femmes sont souvent

privées d'accès à des services d'avortement sans risques et légal. Les conditions dans lesquelles l'avortement est autorisé par la loi varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, l'accès est très limité; dans d'autres pays, l'interruption de grossesse est possible sur demande et pour des raisons médicales et sociales. Dans pratiquement tous les pays du monde, l'avortement sans risques et légal est autorisé dans certains cas.

La compréhension du contexte de l'avortement dans chaque situation de crise humanitaire est fondamentale pour identifier les points d'entrée en vue de l'offre de services. Cela inclut l'analyse des lois et politiques locales, le fait de comprendre où les femmes et les filles recourent actuellement à des services d'avortement provoqué, la reconnaissance des obstacles et des facteurs facilitant l'offre de services d'avortement sans risques. En effet, l'étroite collaboration avec les défenseurs locaux de soins complets d'avortements est cruciale pour identifier les points d'entrée les plus efficaces pour la prestation de service. Il peut s'agir de représentants des ministères, d'acteurs de la société civile, de prestataires de soins, de défenseurs légaux, et autres.

Évaluer la capacité clinique à fournir des soins complets d'avortement y compris:

- Les compétences d'un éventail complet de prestataires de services de santé
- La disponibilité des soins post-avortement et des soins obstétricaux d'urgence de base étant donné que les soins complets d'avortement peuvent être proposés dans n'importe quel cadre dispensant ces services
- La disponibilité des fournitures et des équipements pour les soins complets d'avortement y compris les kits d'aspiration manuelle intra-utérine, les médicaments utilisés pour les avortements médicamenteux et les méthodes contraceptives
- Des données relatives à des indicateurs axés sur l'utilisation et la disponibilité de méthodes contraceptives ainsi que le nombre de clientes de SPA
- L'existence d'un système d'orientation vers des niveaux supérieurs de soins si la situation le justifie, y compris la capacité des établissements de référence et un système de transport d'urgence

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent connaître la législation et les politiques nationales relatives à l'avortement sans risques dans les pays où ils interviennent.

- Existe-t-il une loi, une réglementation, une politique et/ou une directive nationale sur l'interruption de grossesse/la disponibilité et l'accessibilité des services

d'avortement sans risques? Prêter une attention particulière aux éléments suivants:

- o Les motifs pour lesquels l'avortement est autorisé par la loi (par exemple, menaces pour la vie d'une femme, pour la santé physique ou mentale, la malformation fœtale ou le handicap, le viol, l'inceste, les problèmes socioéconomiques ou personnels)
 - o L'application réelle des lois, des réglementations, des politiques et/ou des directives nationales
 - o La connaissance des lois, des réglementations, des politiques et/ou directives nationales des prestataires de service et des autres parties prenantes locales
 - o Les limites à l'âge gestationnel auquel un avortement peut être pratiqué et les situations éventuelles dans lesquelles ces limites peuvent faire l'objet d'une dérogation
 - o La disponibilité de différentes méthodes de l'avortement (par exemple, l'aspiration manuelle ou électrique, les avortements médicamenteux avec le mifépristone/le misoprostol, le méthotrexate/misoprostol et/ou le misoprostol seul) et la distribution et mise à disposition de médicaments pour l'avortement et les soins post-avortement
 - o Les cadres dans lesquels l'avortement peut être pratiqué et/ou le niveau du prestataire qui peut pratiquer un avortement ou fournir des méthodes d'avortement
 - o Le coût d'un avortement
 - o Réglementations ou attentes exigeant que d'autres personnes (maris, parents, tuteurs) donnent une permission pour l'intervention (autorisation d'un tiers)
 - o Les exigences en matière de signalement obligatoire
 - o Les exigences à l'égard des agents de santé qui refusent de pratiquer des avortements (objection de conscience) d'orienter le cas vers un(e) collègue qui dispensera des soins liés à l'avortement
- Les points de vue des femmes et des filles mais aussi de leurs familles et partenaires, et d'autres acteurs communautaires sont essentiels pour la planification des soins complets d'avortement y compris:
 - o Les associations de femmes ou communautaires existant dans la population locale pouvant aider à plaider pour et informer la population des services disponibles

- o Les normes sociales et culturelles relatives à la grossesse non désirée et à l'avortement, notamment la façon dont les décisions sont prises par rapport à l'accès aux services et qui est impliqué dans la prise de décision
- o Les pratiques et préférences actuelles des femmes et des filles en matière d'avortement

- La prestation de soins post-avortement par le biais d'établissements de santé gérés par les organisations et/ou pourvu par les prestataires volontaires
- L'offre d'un appui technique à des personnels médicaux qui fournissent déjà des services liés à l'avortement
- La réduction des préjudices causés par l'avortement sans risques par la distribution des informations et de produits pour des avortements médicamenteux sans risques

8.3.3 Considérations relatives à l'élaboration de programme

Il n'existe pas d'approche uniforme de l'offre de soins complets d'avortement en situations de crise humanitaire et il est essentiel que les intervenants humanitaires collaborent pour l'accroissement de l'accès aux services. Les points d'entrée prometteurs incluent, mais ne se limitent pas à :

Bien que toutes les organisations ne soient pas en mesure de fournir des soins liés à l'avortement sans risques dans tous les contextes, il y aura déjà des prestataires de soins complets d'avortement vers lesquels les organisations pourront orienter les patientes dans certains contextes.

EXEMPLE DE PROGRAMME 8.1: ÉTABLIR UN SYSTÈME D'ORIENTATION VERS LES SERVICES D'AVORTEMENT

ORGANISATIONS: Adolescent Reproductive Health Zone, Cambridge Reproductive Health Consultants, University of Ottawa

LIEU: Nord de la Thaïlande

Introduction: Au nord de la Thaïlande, l'accès aux soins de santé est souvent limité pour les femmes déplacées et migrantes, les grossesses non désirées sont fréquentes et l'avortement à risques est un facteur essentiel de mortalité et invalidité maternelle. Bien que l'avortement soit légalement autorisé en Thaïlande pour un certain nombre de cas, les femmes venues de Birmanie sont confrontées des difficultés pour accéder aux services même lorsqu'elles remplissent les critères d'éligibilité. Selon un projet pilote et une recherche d'analyse situationnelle, en 2015, une équipe multinationale a mis en place le Safe Abortion Referral Program (SARP) à Chiang Mai pour limiter les obstacles socio-linguistiques, économiques, documentaires et de transport auxquels les femmes birmanes font face dans l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques et légal en Thaïlande.

DESCRIPTION DU PROJET: L'Adolescent Reproductive Health Zone (ARHZ), un réseau de cinq organisations communautaires au service des femmes réfugiées et migrantes de Birmanie, a lancé le SARP en avril 2015. Avant le lancement, les conseillers ARHZ ont participé à une formation de trois jours sur les cadres légaux et médicaux de l'avortement en Thaïlande et en Birmanie, les conseils en matière d'options relatives à la grossesse, les exercices de renforcement des capacités et la logistique du SARP. La formation a également permis aux conseillers d'ARHZ de rencontrer les collègues impliqués dans le projet pilote à Mae Sot, Thaïlande, les prestataires thaïlandais

pratiquant l'avortement et les chercheurs nord-américains qui fournissaient une assistance technique et un soutien en suivi et évaluation. Outre l'orientation des femmes en vue de soins, le SARP offre un appui financier aux femmes, y compris la couverture des frais d'intervention et de déplacement, les services d'interprétation et d'accompagnement, si nécessaires et souhaités.

RÉSULTATS: Au cours des 2 premières années du programme, 81 femmes issues de communautés birmanes vivant dans le nord de la Thaïlande ont accédé au SARP; 52 femmes (64%) ont été orientées avec succès pour des soins et ont bénéficié d'avortements sans risques et légaux soit dans un hôpital public thaïlandais soit dans une clinique privée thaïlandaise. Les prestataires et les femmes se sont montrés extrêmement positifs par rapport à leurs expériences avec le SARP. Les femmes ont signalé la gratuité, la convivialité du personnel de programme, l'accompagnement et les services d'interprétation dans l'établissement concerné, et la sécurité des services comme des caractéristiques clés. Une l'accès au SARP et le soutien obtenu, les femmes sont devenues des porte-paroles en faveur de ces services pour la santé reproductive, au sein de leur communauté.

LEÇONS APPRISSES: Cette expérience montre que les programmes d'orientation vers des services d'avortement sans risques et légal peuvent être efficaces pour des populations déplacées, migrantes, réfugiées en grand nombre. En trouvant des façons de travailler dans le cadre de contraintes légales pour élargir l'accès aux services sécurisés, il est possible de limiter les préjudices causés par l'avortement à risques en situations de crise humanitaire et de faciliter l'accès des femmes à des soins de haute qualité liés à l'avortement.

Lorsque les services sont proposés, il est important que cela se fasse de manière équitable. Cela signifie que les prestataires ne doivent pas refuser les services aux motifs de l'âge, du statut matrimonial, du handicap ou de l'appartenance religieuse et que toutes les clientes doivent être traitées avec respect et en toute neutralité. Les organisations doivent avoir et diffuser une politique qui établit clairement ces attentes et abordent les attitudes du personnel de tout niveau, qui peuvent ne pas être favorables à l'offre équitable de soins liés avortement sans risques. La clarification des valeurs et la transformation des attitudes (CVTA) constituent une approche efficace pour faire évoluer positivement les attitudes du personnel. L'expérience montre que les participants à la CVTA ont des attitudes plus favorables par rapport à l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques une fois le programme terminé.

ENCADRÉ 8.1: CLARIFICATION DES VALEURS ET TRANSFORMATION DES ATTITUDES

Certaines recherches montrent que les attitudes stigmatisantes des individus et des autorités nationales—y compris des acteurs clés de l'humanitaire comme les agents de santé, le personnel de programme et les experts techniques et l'encadrement des agences d'aide humanitaire—jouent un rôle dans les restrictions imposées à l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques en situations de crises et dans les contextes fragiles. Une évaluation mondiale menée par le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG) et une enquête parmi les membres de l'IAWG a révélé que:

- La gêne ou l'objection personnelle aux soins liés à l'avortement sans risques fondés sur des motifs religieux ou moraux influent sur la conduite du personnel humanitaire
- Les attitudes négatives envers l'avortement et la crainte de représailles de la part de la communauté en raison de l'implication réelle ou perçue dans les soins liés à l'avortement sans risques avaient un impact sur la volonté des prestataires de soins de fournir ces services

Cela démontre que même quand ils sont dotés des compétences cliniques et des connaissances pertinentes du cadre légal, les attitudes négatives des prestataires et les craintes relatives à l'administration de contraception et de soins liés à l'avortement sans risques continuent de créer des obstacles sous-jacents à l'accès des femmes aux soins dans des contextes fragiles ou touchés par des crises.

Cela constitue une véritable difficulté dans le cadre des soins liés à l'avortement mais elle peut être surmontée par l'adaptation et l'utilisation des ressources existantes, comme les supports et les approches de clarification des valeurs et de transformation des attitudes ou « CVTA » qui se sont avérés efficaces pour les soins liés à l'avortement dans d'autres contextes. Le travail de CVTA est presque toujours nécessaire et il est préférable de le mener avant la formation technique et/ou la mise en œuvre des services. Les formations récentes sur la CVTA dans le cadre de plusieurs agences humanitaires ont donné une impulsion pour l'intégration et/ou le renforcement des soins liés à l'avortement sans risques dans certains de leurs programmes nationaux et les supports existants de CVTA sont en cours d'adaptation pour les contextes humanitaires (voir www.ipas.org).

Les soins complets d'avortement avec aspiration manuelle intra-utérine constituent une intervention sans danger et relativement simple. Comme décrit dans les recommandations de l'OMS sur le partage des tâches, les soins complets d'avortement peuvent être dispensés en toute sécurité et de manière efficace par un certain nombre de professionnels de la santé, y compris les infirmières et les sages-femmes dans tout établissement où sont dispensés des soins obstétricaux d'urgence de base. Comme pour tout service clinique, il est important de garantir la disponibilité d'un personnel de santé en nombre suffisant, qualifié. Les compétences cliniques des prestataires doivent être évaluées avant de commencer la prestation de services afin d'élaborer un plan de formation basée sur les compétences et la supervision de soutien.

CONSEILS ET CHOIX INFORMÉ

Les prestataires de service doivent avoir conscience du fait que les femmes qui ont recours aux soins liés à l'avortement peuvent être en détresse émotionnelle ou subir une gêne physique. Ils doivent garantir le respect de l'intimité, de la confidentialité, l'accès à des informations pertinentes, et le consentement informé pour le traitement. Les conseils de haute qualité offrent un soutien émotionnel à la femme et contribuent à l'efficacité de l'intervention. Les conseils efficaces et impartiaux sont totalement structurés autour des besoins et des préoccupations de la femme et sont dispensés avant, pendant et après l'intervention.

Le consentement informé permet de s'assurer que la femme comprenne et soit en accord avec son plan de traitement proposé y compris ses avantages, ses risques et ses alternatives. Le consentement informé signifie que la femme prend librement ses décisions, en fonction d'informations scientifiquement précises, impartiales et sans pression quelconque.

ÉVALUATION CLINIQUE

Avant de pratiquer une évacuation utérine, il est essentiel d'évaluer l'état clinique d'une femme et l'éligibilité aux méthodes médicamenteuses ou à l'aspiration manuelle. Cela permet au prestataire d'aider la femme à faire un choix informé

quant à la méthode préférée pour l'évacuation utérine. L'évaluation doit être effectuée en privé.

Les composantes d'une évaluation clinique exhaustive sont:

- Un historique médical (y compris les antécédents de violence sexuelle)
- Un examen physique et pelvien minutieux y compris un examen bimanuel
- Le recueil des prélèvements et la demande de tests de laboratoire, si les circonstances le justifient

Une part importante de l'évaluation clinique est consacrée à l'état émotionnel de la femme, à ses relations et à sa situation familiale, à ses soutiens car ils ont une incidence directe sur son expérience clinique. Une communication ouverte et une attitude délicate et rassurante contribuent à ce que le prestataire obtienne les informations nécessaires pour proposer les meilleurs soins possibles à la femme.

Les femmes qui se présentent pour bénéficier d'un traitement suite à un avortement incomplet ou des complications liées à l'avortement (soins post-avortement) doivent être évaluées avec un soin tout particulier car elles peuvent être confrontées à des complications susceptibles d'entraîner la mort. L'évacuation utérine est souvent une composante importante de la prise en charge des cas et une fois la patiente stabilisée, cette intervention ne doit pas être retardée. Le transfert rapide vers un hôpital de référence peut s'avérer nécessaire si la femme a besoin d'un traitement que le centre de santé n'est pas en mesure d'administrer. Sa maladie doit être stabilisée avant son transfert.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Comme pour toute intervention médicale, il y a un risque d'infections des patients, des prestataires de service et du personnel de soutien par les contacts avec des contaminants. Pour limiter les risques, les précautions standard doivent être respectées à tout moment. Cela inclut l'utilisation de barrières adaptées (comme les gants et les masques), de gérer les déchets avec soin et de prendre des précautions pour éviter des blessures. L'infection iatrogénique est évitée en suivant des précautions standard, en ayant recours à des techniques aseptiques et en écartant ou traitant les infections du col de l'utérus avant de procéder à des interventions transcervicales.

Administrer les antibiotiques prophylactiques, 200 mg de doxycycline orale ou 500 mg de métronidazole orale à toutes les femmes avant l'aspiration. Lorsque les antibiotiques ne sont pas disponibles, l'aspiration utérine peut être proposée. Les antibiotiques thérapeutiques doivent être administrés

à l'ensemble des femmes chez qui une infection a été suspectée ou diagnostiquée. Les femmes qui ne présentent pas des signes d'infection ne doivent pas poursuivre le traitement par antibiotiques après l'intervention.

L'utilisation systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée pour les femmes qui subissent un avortement médicamenteux. Les femmes qui présentent des signes ou symptômes d'une infection sexuellement transmissible (IST) au moment d'un avortement médicamenteux doivent être traitées en conséquence et un avortement médicamenteux peut être administré sur le champ.

Immédiatement après leur utilisation, les instruments chirurgicaux réutilisables utilisés lors des soins liés à l'avortement doivent être envoyés au nettoyage et à la stérilisation. Les équipements et fournitures médicaux à usage unique ne doivent pas être réutilisés. Suivre les consignes et les instructions des fabricants pour le traitement standard des instruments. Certains fabricants produisent des aspirateurs et des canules en plastique de qualité supérieure et pouvant être stérilisés dans un autoclave, alors que d'autres instruments en plastique se fissureront et fondront lorsqu'ils seront exposés à une forte chaleur. Les prestataires de santé doivent toujours se référer aux instructions pour l'utilisation de tous les éléments en cours de désinfection, pour s'assurer qu'ils utilisent le bon mode de désinfection.

GESTION DE LA DOULEUR

Les femmes qui subissent une aspiration lors du premier trimestre doivent recevoir une combinaison d'antidouleurs (comme l'ibuprofène ou le diclofénac), l'anesthésie locale sous la forme d'un bloc paracervical et d'une approche non pharmacologique pour soulager la douleur. Les médicaments doivent être complétés par des techniques de soutien pour limiter la douleur et l'anxiété. Certaines techniques qui peuvent être utiles incluent, le personnel respectueux, un cadre propre, sécurisé et privé, des conseils, le soutien oral, les techniques chirurgicales douces, et un coussin chauffant ou une bouillote en salle de réveil. L'anesthésie générale est rarement nécessaire et menace gravement la femme. Le paracétamol n'est pas un analgésique efficace durant l'aspiration manuelle.

Toutes les femmes qui subissent un avortement médicamenteux durant le premier trimestre peuvent bénéficier de la gestion de la douleur par le biais d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène ou le diclofénac. Outre les médicaments, d'autres méthodes peuvent aider les femmes à gérer la douleur durant un avortement médicamenteux, il s'agit des conseils approfondis, de l'environnement favorable et l'application

d'un coussin chauffant ou d'une bouillote sur le bas du ventre. Ces méthodes sont un complément mais ne sont pas des substituts appropriés pour la gestion de la douleur avec des médicaments.

Les études ont montré que les AINS ne réduisent pas l'efficacité du misoprostol. De plus, des études ont démontré que le paracétamol et l'acétaminophène sont inefficaces pour soulager la douleur de l'évacuation utérine.

INDICATIONS ET MÉTHODES DE L'ÉVACUATION UTÉRINE

Avortement provoqué: Premier trimestre

Les méthodes d'avortement recommandées lors du premier trimestre sont l'aspiration manuelle ou électrique ou les méthodes médicamenteuses en utilisant une combinaison du mifépristone suivie du misoprostol. Lorsque le mifépristone n'est pas disponible, l'expérience en la matière justifie l'utilisation du misoprostol seul, bien qu'il soit moins efficace que lorsqu'il est utilisé en combinaison avec le mifépristone, et moins efficace que l'aspiration manuelle. L'utilisation du mifépristone et/ou le misoprostol pour l'avortement sans risque et les soins post-avortement nécessitent le soutien des services d'aspiration manuelle, soit sur le site soit par l'orientation vers des établissements compétents, en cas d'échec de l'évacuation et d'évacuation incomplète des produits de conception. Le curetage/la dilatation et curetage est une technique d'avortement chirurgicale obsolète et elle doit être remplacée par les médicaments ou les méthodes d'aspiration.

- **Aspiration manuelle**

- o L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) sont recommandées pour les grossesses jusqu'à 12-14 semaines (12-14 semaines depuis le premier jour des dernières règles de la femme (LMP)).
- o L'aspiration manuelle est très efficace et sécurisée et elle réussit dans 98%-100% des cas
- o Cet acte ne doit pas être pratiqué à l'aide du curetage
- o Examiner les produits de conception après l'acte pour exclure la possibilité de grossesse ectopique ou molaire ou d'avortements incomplets

- **Les méthodes médicamenteuses**

- o Les méthodes d'avortement médicamenteux peuvent être utilisées pour les grossesses jusqu'à 12 semaines

ENCADRÉ 8.2: ÉLIMINATION DES PRODUITS DE CONCEPTION

Tout matériel jetable qui a été en contact avec des fluides corporels doit être considéré comme des déchets infectieux et éliminés correctement; cela inclut des tissus humains comme les produits de conception (POC).

Certains protocoles locaux exigent que les déchets infectieux d'un établissement de santé soient retirés par une autre entité comme une entreprise privée ou une agence gouvernementale, et jetés hors site. Quel que soit l'endroit où les déchets infectieux sont jetés, ils doivent toujours être placés dans un récipient et idéalement incinérés. Pour éliminer des déchets infectieux y compris les POC:

- Le mieux est de brûler les déchets infectieux solides avec un incinérateur ou un baril de pétrole
- La combustion à ciel ouvert dans une zone sécurisée est une alternative acceptable
- La combustion des déchets solides infectieux sur site, à condition qu'elle soit sécurisée derrière une clôture ou un mur éloignés d'un point d'eau. La profondeur doit être de 2 à 5 mètres. Au fur et à mesure que les déchets sont ajoutés, les couvrir avec 10 à 30 cm de terre. Quand le niveau de déchets atteint 30 à 50 cm au-dessus de la surface du sol, remplir la fosse de terre, la couvrir avec du ciment et creuser une autre fosse. L'enfouissement des déchets est la meilleure option suivante après l'incinération
- L'évacuation des liquides infectieux par l'évier ou la canalisation reliée à un système d'eaux usées traitées. L'enfouissement des liquides infectieux avec d'autres déchets infectieux est une alternative acceptable

Les produits de conception issus d'un avortement médicamenteux doivent être éliminés de la même manière que d'autres déchets infectieux. Si une femme se retrouve chez elle avec les POC, il faut l'informer qu'elle doit les éliminer par n'importe quel moyen possible, en les jetant dans les toilettes qui sont utilisés pour les matières fécales ou en lui enfouissant loin d'un point d'eau.

- o Une combinaison du mifépristone suivie d'une prostaglandine comme le misoprostol est la référence absolue
- o Les protocoles de recherche pour les grossesses, jusqu'à 12 semaines font état de taux de succès de plus de 95%
- o Le misoprostol seul pour l'avortement provoqué, en utilisant les traitements recommandés réussit dans environ 85% de cas

TABLEAU 8.2: TRAITEMENT PAR MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL POUR L'AVORTEMENT JUSQU'À 12 SEMAINES

ÂGE GESTATIONNEL	DOSE DE MIFÉPRISTONE	DOSE DE MISOPROSTOL, VOIE D'ADMINISTRATION ET PÉRIODE
Jusqu'à 10 semaines	200 mg par voie orale	Après 24-48 heures, 800 µg par voie orale, sublinguale ou vaginale pour une dose
10-12 semaines	200 mg par voie orale	Après 36-48 heures, 800µg par voie vaginale suivis de 400 µg par voie vaginale ou sublinguale toutes les 3 heures pour 5 doses de misoprostol maximum

TABLEAU 8.3: TRAITEMENT PAR MISOPROSTOL SEUL POUR L'AVORTEMENT JUSQU'À 12 SEMAINES

DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE
Misoprostol 800 µg (quatre pilules de 200 µg) OU	Vaginal	Every 3 -12 hours for a maximum of 3 doses
Misoprostol 800 µg (quatre pilules de 200 µg)	Sublingual	Toutes les 3 heures pour un maximum de 3 doses

EXEMPLE DE PROGRAMME 8.2: DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE DU MISOPROSTOL POUR AVORTEMENT PRÉCOCE

ORGANISATIONS: Organisations communautaires, Cambridge Reproductive Health Consultants, Ibis Reproductive Health, University of Ottawa

LIEU: Nord de la Thaïlande

CONTEXTE: Bien que l'avortement soit légal en Thaïlande pour un certain nombre d'indications, les femmes birmanes qui résident en Thaïlande sont rarement en mesure d'accéder à des services sécurisés. Le misoprostol est cependant largement disponible dans les centres médicaux et dans les pharmacies à travers le nord de la Thaïlande.

DESCRIPTION DU PROJET: En 2011, une équipe multidisciplinaire d'Ibis Reproductive Health a travaillé en partenariat avec des personnes associées à plusieurs organisations communautaires de la province de Tak en Thaïlande pour mettre en place un réseau de distribution du misoprostol. En utilisant un modèle de formation du formateur, les leaders du réseau ont suivi une formation de cinq jours sur les aspects médicaux et légaux de l'utilisation du misoprostol pour l'interruption d'une grossesse précoce (gestation de ≤ 9 semaines), ont obtenu les coordonnées d'un expert de garde qui pouvait évoquer les cas compliqués ou examiner les protocoles d'étude, les indications pour orienter les cas vers les services de soins post-avortement, et les questions logistiques concernant la distribution de médicaments et la documentation des cas. Après avoir déterminé l'éligibilité en fonction des signalements personnels et des conseils, les membres du réseau formés ont donné l'instruction aux femmes qui souhaitaient un avortement de s'administrer par voie vaginale 800 mcg de misoprostol, une deuxième dose de 800 mcg 24 heures plus tard, et une troisième dose de 800 mcg une semaine plus tard, si nécessaire. Les prestataires du réseau ont donné aux femmes du misoprostol de qualité contrôlée.

RÉSULTATS: Au cours des 2 premières semaines, 918

femmes ont bénéficié de soins liés à l'avortement précoce à l'aide du misoprostol par l'intermédiaire du programme de distribution communautaire. Parmi elles, 885 femmes (96,4%) n'étaient pas enceintes au moment du suivi, 29 étaient enceintes au moment du suivi (3,2%), et quatre femmes avaient été perdues lors de l'étape du suivi (0,4%). Les entretiens ont révélé que les prestataires étaient motivés à l'idée de participer en raison des préoccupations par rapport à l'avortement à risques dans la communauté et à l'idée d'inscrire leur travail dans le cadre des interventions de santé publique. Quant aux femmes, elles étaient enthousiastes par rapport à leurs expériences de l'avortement et l'initiative. L'ensemble des prestataires et des femmes qui ont été interviewées, y compris les femmes qui sont restées enceintes après la prise du misoprostol, recommanderaient l'initiative à d'autres personnes et considéreraient que l'élargissement du réseau était justifié.

LEÇONS APPRISSES: Les efforts déployés à l'échelle mondiale pour fournir aux femmes des informations médicales précises sur l'avortement médicamenteux, y compris le traitement du misoprostol seul pour l'avortement précoce ont incité à la mise en place de programmes de réduction des préjugés, à la diffusion d'informations précises par le biais de services de télémédecine et les sites Internet, et à l'établissement des centres d'appel dans les contextes où l'accès aux services sécurisés est limité voire impossible. Les résultats de cette initiative montrent que la distribution communautaire du misoprostol peut être sans danger, efficace et une stratégie culturellement pertinente pour accroître l'accès à l'avortement sans risques, même dans une zone touchée par un conflit, à faibles ressources où il est limité légalement. Les résultats et le modèle de projet peuvent être pertinents pour être reproduits dans des cadres similaires où la morbidité et maternelle persiste suite à des avortements à risques et où des lois restrictives sont en vigueur par rapport à l'avortement.

Le misoprostol peut réduire le coût des services de soins complets d'avortement. Le coût d'une évacuation utérine dépend du régime clinique, de la technologie et du coût du soutien si une nouvelle évacuation est nécessaire. L'évacuation utérine avec le misoprostol est considérée comme un traitement à faible coût, et comme avec l'AMIU, elle peut être administrée par un certain nombre d'agents de santé.

Avortement provoqué: Deuxième trimestre

Les femmes au deuxième trimestre et au-delà doivent être orientées vers un hôpital doté des structures, fournitures et des prestataires formés pour prendre en charge ces cas. Deux types d'avortements sont recommandés durant le second trimestre: la dilatation et évacuation (D&E) et les méthodes à base de misoprostol (mifépristone plus misoprostol ou misoprostol seul). La D&E repose sur la préparation du col de l'utérus et ensuite l'évacuation de l'utérus à l'aide de l'aspiration et des forceps. Cette intervention requiert la présence de cliniciens qualifiés, d'instruments spécialisés et des soins cliniques plus intensifs que l'aspiration au début de la grossesse. La D&E est adaptée pour les sites à fort volume, car le niveau d'expérience des prestataires est directement lié aux taux de complications. Les traitements médicamenteux avec le mifépristone plus le misoprostol ou le misoprostol seul sont utilisés pour préparer le col de l'utérus et provoquer des contractions utérines et l'expulsion de la grossesse. Quand les méthodes chirurgicales ou médicamenteuses sont disponibles, les femmes doivent pouvoir opter pour la méthode de leur choix. L'avortement médicamenteux au deuxième trimestre requiert moins de compétences et de ressources techniques et il peut être pratiqué dans les établissements où le D&E ne peut être pratiqué. En général, l'avortement médicamenteux au deuxième trimestre peut être pratiqué partout où les services obstétriques sont disponibles.

Soins post-avortement

L'aspiration et le misoprostol seul sont des méthodes

sécurisées, efficaces et acceptables pour l'évacuation de l'utérus pour les soins post-avortement au premier trimestre. Le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet est une option importante dans les situations de crise humanitaire où il peut être difficile de maintenir un équipement d'AMIU et des prestataires formés et lorsque les orientations pour évacuation utérine peuvent être retardées. L'utilisation du misoprostol pour des indications obstétriques évolue rapidement à l'heure actuelle. Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent se tenir au courant de la littérature clinique et technique en constante évolution.

La D&E tout comme les méthodes d'avortement médicamenteux sont utilisés pour les soins post-avortement au second trimestre et au-delà (voir la sous-section précédente). Le choix d'une méthode s'appuie sur les indications cliniques spécifiques et sur la préférence du prestataire et de la patiente.

Prévention du tétanos

Les femmes qui ont subi des avortements à risque avec des instruments non-stériles sont exposées au risque de contracter le tétanos. Administrer la prophylaxie antitétanique si diagnostiquée ou suspectée, en particulier dans les communautés où des cas de tétanos détectés après l'avortement ont été signalés.

ENCADRÉ 8.3: SÉCURITÉ DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

« Lorsqu'il est pratiqué par des prestataires qualifiés, avec les techniques médicales et les médicaments qui conviennent, et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'avortement provoqué est une procédure médicale très sûre. » Organisation mondiale de la Santé, 2012.

TABLEAU 8.4: MISOPROSTOL POUR L'AVORTEMENT INCOMPLET JUSQU'À 13 SEMAINES. TAILLE DE L'UTÉRUS

DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	PÉRIODE
Misoprostol 600 µg (trois pilules de 200 µg) OU	Oral	Dose unique
Misoprostol 400 µg (deux pilules de 200 µg)	Sublingual	Dose unique

Gérer les complications

Bien que rares, les complications sont possibles lors d'évacuations utérines et elles doivent immédiatement être gérées par des prestataires qualifiés. Les complications graves sont très rares. Veiller à ce que les femmes aient un accès permanent aux soins d'urgence durant leur traitement. Si la femme a besoin d'un traitement qui ne peut être administré dans l'établissement où elle se trouve, il faut stabiliser son état avant qu'elle soit transférée vers un service de niveau supérieur.

En général, les femmes qui se présentent pour les soins post-avortement sont en ambulatoire et se plaignent de saignements vaginaux, de douleurs et de fièvre ou de frissons et elles ont besoin d'un traitement suite à un avortement incomplet. Les femmes qui ont souffert de complications plus graves peuvent se présenter avec des blessures causées par des chocs, des hémorragies, la septicémie et les blessures intra-abdominales. Les complications graves sont plus probables dans les contextes où l'avortement à risques est fréquent.

Une évaluation rapide, initiale doit être effectuée sur toutes les femmes qui se présentent pour bénéficier de soins. 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 en cours, une évaluation clinique plus complète doit être effectuée pour déterminer les causes et entamer le traitement. Le choc chez les clientes de SPA 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, l'atonie utérine ou les 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. L'étude des antécédents et l'examen physique dirigé avec un traitement concomitant doivent être effectués de manière urgente pour une prise en charge définitive des causes sous-jacentes. Le traitement peut nécessiter une évacuation utérine immédiate. Si la femme a besoin d'un traitement que l'établissement où elle se trouve ne peut assurer, stabiliser sa condition avant qu'elle soit transférée vers un service de niveau supérieur.

Conseils et suivi post-intervention

Les femmes doivent être informées des instructions à suivre quant à la manière de prendre soin d'elles-mêmes après l'intervention. Les prestataires de service doivent expliquer

les signes d'un rétablissement normal et les signes et symptômes de complications possibles qui nécessitent une attention immédiate. Ils doivent également fournir des informations détaillées sur la contraception post-avortement et la protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Le suivi systématique après une évacuation utérine en utilisant l'AMIU, l'avortement médicamenteux avec le mifépristone suivi par le misoprostol, ou le traitement de l'avortement incomplet (SPA) avec le misoprostol n'est pas nécessaire. Cependant, en raison de la faible efficacité, le suivi systématique après l'avortement provoqué avec le misoprostol seul est recommandé. Dans tous les cas, s'il y a des complications, la femme doit immédiatement retourner à l'établissement. Si la femme souhaite des soins de suivi, elle doit être revue environ deux semaines après l'intervention pour confirmer son succès, ou pour bénéficier des services complémentaires dont elle a besoin.

Contraception post-avortement

Le manque d'accès aux services de contraception justifie largement le besoin d'avortement sans risques. Inversement, la grossesse non désirée et, dans de nombreux cas, l'avortement sans risques sont les principaux indicateurs du besoin non satisfait en services de contraception sans risques et efficaces. Veiller à ce que le personnel qui propose des services liés à l'avortement sache comment conseiller et dispenser des méthodes après des soins liés à l'avortement sans risques ou les soins post-avortement. L'acceptation de la contraception et les taux de poursuite sont plus élevés quand ils sont dispensés sur le site du traitement initial et lorsqu'un large éventail de méthodes à courte durée, longue durée d'action et permanentes sont disponibles.

Toutes les femmes qui bénéficient de soins liés à l'avortement doivent au moins être conseillées sur la contraception post-avortement et comprendre que:

- L'ovulation peut survenir dès 10 jours après un avortement, entraînant ainsi une grossesse même avant le retour des règles
- Toutes les méthodes de contraception, y compris le DIU ou les méthodes hormonales, peuvent être commencées immédiatement après une évacuation utérine sans complication avec aspiration;
- Les méthodes hormonales, y compris les implants, les pilules contraceptives orales et les injectables peuvent être commencés le même jour que la première dose du médicament administré pour l'avortement médicamenteux.

ENCADRÉ 8.4: TRAVAILLER AVEC LES PRESTATAIRES EXISTANTS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT

Une organisation humanitaire qui est intervenue dans le contexte d'une crise en Asie a constaté que l'avortement à risques était une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle. Bien que l'avortement soit autorisé dans ce pays dans certaines circonstances, il reste limité par la loi et tabou sur le plan culturel. Les discussions avec les informateurs clés ont révélé que les femmes et les filles préféreraient recourir aux services d'avortement auprès de prestataires privés en raison de leur supposée discrétion et respect de la confidentialité. D'autres entretiens ont néanmoins montré que la qualité des services d'avortement était variable et que les normes internationales de soins liés à l'avortement sans risques n'étaient pas appliquées.

En dépit des problèmes liés à la qualité de services, l'organisation humanitaire a identifié ces prestataires privés comme étant des points d'entrée pour accroître l'accès aux soins liés à l'avortement sans risques dans un contexte de crise entravé par des restrictions légales. Cette organisation humanitaire estimait qu'elle pourrait atteindre plus de femmes et de filles par l'amélioration de la qualité des services déjà dispensés par ces prestataires plutôt que par la mise en place de services par le biais de nouveaux prestataires méconnus des femmes et des filles. Elle a recensé tous les prestataires privés qui proposent

des services d'avortement dans la zone concernée et a sélectionné parmi eux des volontaires dotés des qualifications médicales requises pour bénéficier d'un appui technique. Elle fournit une formation et du parrainage dans le domaine clinique, une supervision de soutien, et les fournitures et équipement essentiels pour veiller à ce que les prestataires privés respectent les normes internationales en matière de choix informé volontaire, de conseils, d'évacuation utérine et de mise à disposition de la contraception.

Une des difficultés rencontrées par cette organisation humanitaire a été l'accès équitable aux services d'avortement sans risques, étant donné que ces prestataires privés appliquent des frais aux clientes d'avortement sans risques. Bien que dans l'incapacité de supprimer les frais, l'organisation humanitaire appuie également les sages-femmes volontaires au sein de son propre personnel pour administrer des soins liés à l'avortement sans risques gratuitement dans les établissements publics qu'elle appuie. Les femmes et les filles qui n'ont pas les moyens de payer les frais demandés par les prestataires privés, peuvent s'adresser à ces sages-femmes pour bénéficier de soins liés à l'avortement sans risques (voir l'Exemple de programme 8.3).

- Les DIU peuvent être utilisés dès que le prestataire a la certitude raisonnable que la femme n'est plus enceinte

santé qualifiés pour renforcer leurs compétences lorsque les prestataires formés précédemment ne sont pas disponibles. Lors du passage aux services complets, 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 qualité.

8.3.4 Mise en œuvre des soins complets d'avortement des phases d'urgence aiguë jusqu'au rétablissement

Comme indiqué dans le Chapitre 3, les soins liés à l'avortement sans risques contribuent à la réduction de la surmorbidity et surmortalité maternelles. Les soins complets d'avortement, y compris la contraception post-avortement doivent être fournis durant les phases aiguës et jusqu'au redressement suite à une crise en utilisant les directives cliniques décrites dans ce chapitre.

Cependant, il se peut que la formation clinique fondée sur les compétences et les activités de clarification des valeurs ne soient pas possibles durant une urgence aiguë. Dans la mesure du possible, les services doivent être fournis par ceux qui sont déjà compétents en matière de prestation de soins complets d'avortement. Dans de nombreux cas, la formation pratique peut être dispensée aux agents de

8.3.5 Travailler avec des populations spécifiques

LES ADOLESCENTES

Le nombre très élevé de jeunes femmes qui continuent de recourir aux avortements à risques démontre l'importance qu'il faut accorder à l'accès des jeunes femmes à l'avortement sans risques dans le cadre de services de soins médicaux complets, indépendamment de leur statut matrimonial.

Il existe de nombreux obstacles de nature sociale, économique, logistique, politique et sanitaire aux soins liés à l'avortement pour les jeunes femmes y compris la

EXEMPLE DE PROGRAMME 8.3: FOURNIR DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

ORGANISATION: Confidentiel

LIEU: Pays asiatique touché par une crise où l'avortement est limité à quelques circonstances

INTRODUCTION: Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 25 millions d'avortements à risques (45% de l'ensemble des avortements) ont été pratiqués chaque année entre 2010 et 2014. La grande majorité des avortements à risques ont été pratiqués dans les pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Dans un pays touché par une crise en Asie, cette organisation humanitaire a accompli des progrès considérables pour accroître l'accès aux services de contraception et de soins post-avortement. En dépit de ces avancées, le nombre d'avortements non sécurisés est resté élevé, exposant ainsi les femmes à des risques pour leur santé et leur vie.

DESCRIPTION DU PROJET: L'organisation a reconnu la nécessité d'un accès accru aux soins liés à l'avortement sans risques et a décidé d'introduire des services complets d'avortement dans leur programme. Ce faisant, les soins complets d'avortement ont été intégrés aux services déjà dispensés par les infirmières et les sages-femmes dans les établissements de santé publics, et un soutien a été apporté pour améliorer la qualité des services d'avortement accordés par des prestataires privés. Les activités de clarification des valeurs et la transformation des attitudes (CVTA) ont été les premières étapes pour créer un cadre propice à des soins de haute qualité dispensés de manière impartiale. L'organisation a conduit 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 risque dans un registre réservé à cet effet avec une indication confidentielle. Les femmes ont été informées à propos des services de soins complets d'avortement pendant des sessions individuelles de sensibilisation communautaire pour maintenir un profil

bas au sein de la communauté. Lors du travail avec les prestataires privés, l'organisation a développé un Protocole d'Accord, elle a facilité des formations fondées sur les compétences sur la contraception, l'AMIU et la prévention des infections et mis à disposition l'ensemble des fournitures et équipements nécessaires en échange d'une réduction des prix des services de contraception et des soins complets d'avortement.

RÉSULTATS: La première année de l'initiative, 3 411 femmes et filles ont bénéficié de services complets d'avortement. Parmi elles, 3 086 étaient des clientes de soins post-avortement et 325 étaient des clientes d'avortements sans risques. De juillet à décembre 2017, les 59 établissements publics appuyés par l'organisation ont assisté 206 clientes de soins liés à l'avortement sans risques ou 1064 clientes de soins post-avortement. Dans les 11 établissements privés, les prestataires, 25 clientes de soins liés à l'avortement sans risques et 715 clientes de soins post-avortement ont accédé aux services. Suite aux formations, ces prestataires d'établissements privés utilisent désormais l'AMIU et le misoprostol au lieu de la dilatation et du curetage (D&C) pour les clientes de soins complets d'avortement.

LEÇONS APPRISSES: Les ateliers de CVTA sont essentiels à l'amélioration des attitudes parmi les agents de santé de même que pour le personnel des organisations. Le fait de maintenir un profil bas, le respect de la confidentialité, le travail avec les infirmières et les sages-femmes, et les sessions individuelles d'information sur les soins complets d'avortement étaient des stratégies particulièrement utiles pour intégrer les soins liés à l'avortement sans risques dans les établissements publics. La mise en œuvre de soins complets d'avortement par l'intermédiaire d'un réseau de prestataires privés s'est avérée difficile en raison de leur refus de consigner et de partager des données et le coût plus élevé des services reste un obstacle pour les femmes et les filles. La mesure de la qualité des soins dispensés par les prestataires privés est également difficile sans observation directe.

stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard de la sexualité des adolescents, la crainte de répercussions négatives, le manque d'accès à une éducation complète sur la sexualité, les ressources financières limitées, le coût des soins, le transport, les lois sur l'implication des tiers et les questions relatives à la vie privée et à la confidentialité. Ces dynamiques 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 légal. Ces dynamiques révèlent également pourquoi les jeunes femmes qui bénéficient de soins liés à l'avortement ont tendance à y accéder plus tard au cours de la grossesse et sont plus susceptibles de tarder à se faire aider pour les complications liées à l'avortement par rapport aux adultes.

ENCADRÉ 8.5: PRINCIPES DIRECTEURS DES SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT POUR LES JEUNES FEMMES

- Les jeunes femmes ont le droit de décider si, quand, et avec qui avoir des rapports sexuels
- Les jeunes femmes ont le droit de décider si, quand, et avec qui avoir un enfant
- Les jeunes femmes ont le droit de bénéficier de soins de santé qui incluent les soins complets d'avortement et les services de contraception
- Les jeunes femmes ont le droit de bénéficier de soins dispensés de manière confidentielle, en protégeant leur intimité et leur sécurité
- Les jeunes femmes sont les parties prenantes les plus importantes dans les soins liés à la SSR
- Les jeunes femmes ont des points de vue et des expériences que leurs aînés n'ont pas, ce qui peut améliorer la prestation de service
- En ayant volontairement recours aux soins liés à l'avortement sans risques, les jeunes femmes peuvent être considérées comme étant capables d'avoir un consentement informé pour de tels soins.

Les soins cliniques liés à l'avortement dispensés aux jeunes femmes sont généralement identiques à ceux des femmes adultes. Cependant, il faut tenir compte de quelques différences cliniques.

- **Conseils:** Il se peut que les jeunes femmes aient pu d'occasions d'apprendre des choses sur la SSR et elles peuvent donc avoir besoin de plus d'informations que beaucoup de femmes adultes
- **Premier examen pelvien:** Il se peut que ce soit le premier examen pelvien d'une jeune femme et qu'elle soit nerveuse ou effrayée. Assurer le respect de l'intimité à la fois auditive et visuelle, proposer un agent de santé féminin ou la présence d'un membre de la famille, d'une amie ou du partenaire, se tenir près d'elle et lui parler et la soutenir pendant l'examen pelvien si la femme le souhaite, expliquer ce qui va être fait, ne pas commencer l'examen jusqu'à ce qu'elle ait donné son consentement même si un adulte a donné son consentement légal en son nom, et procéder à l'examen de façon aussi douce que possible pour limiter la gêne et l'anxiété
- **Aspiration:** Bien qu'aucune étude n'ait été conduite sur ce sujet, les prestataires peuvent être amenés à

constater que le col de l'utérus d'une jeune femme, nullipare peut être plus difficile à dilater que celui d'une femme plus âgée. Cela peut être fait soit en commençant avec un dilateur plus petit que celui requis pour les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, ou en préparant le col de l'utérus avec du misoprostol. Cette pratique peut constituer le protocole clinique pour toutes les évacuations utérines dans certains établissements. Les dosages de l'anesthésie restent les mêmes que pour les femmes plus âgées

- **Avortement médicamenteux:** L'avortement médicamenteux précoce s'est avéré être sécurisé, efficace et acceptable pour les jeunes femmes, comme pour les femmes adultes. Les dosages sont les mêmes pour les deux populations

ENCADRÉ 8.6: SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT POUR LES FEMMES SÉROPOSITIVES

Les femmes qui vivent avec le VIH ont les mêmes droits que les autres femmes pour ce qui est de décider de mener une grossesse à son terme ou de subir un avortement.

Les femmes qui bénéficient de soins liés à l'avortement qui sont séropositives ont besoin d'informations, d'un soutien, de conseils et de soins médicaux spécifiques. Si les conseillers n'ont pas suivi une formation exhaustive sur le VIH, ils doivent orienter les femmes séropositives vers les services compétents, le cas échéant. Les femmes séropositives peuvent bénéficier d'informations qui peuvent les aider à mieux comprendre leur état et améliorer leur santé de même que la santé de leurs partenaires sexuels et leurs enfants.

Les femmes qui vivent avec le VIH et le Sida peuvent recourir à toutes les interventions disponibles en matière d'avortement, notamment les avortements médicamenteux. Les femmes vivant avec le VIH ou le Sida peuvent être exposées au risque d'anémie, surtout si elles souffrent de paludisme ou suivent certaines thérapies antirétrovirales. Comme pour toutes les femmes, si des saignements abondants surviennent après le début des soins d'avortement médicamenteux, traiter immédiatement avec une aspiration.

Les agents de santé doivent traiter le sang et les fluides corporels de toutes les personnes comme des sources potentielles d'infection indépendantes du diagnostic ou du risque perçu. Des précautions standard doivent être respectées avec toutes les clientes et tous les agents, indépendamment de leur statut sérologique ou du diagnostic présumé, et il n'y a pas lieu de soigner les personnes porteuses de maladies hématogènes différemment.

LES FEMMES QUI ONT SUBI DES ACTES DE VIOLENCE

Il est probable que les prestataires rencontrent des femmes qui ont subi de la violence sexuelle. Les femmes qui ont subi de telles violences à savoir le viol, l'agression sexuelle, les rapports sexuels forcés, l'inceste ou le travail du sexe forcé, sont souvent confrontées à des maladies connexes comme les blessures physiques, les IST, la détresse psychologique ou la grossesse non désirée. La violence physique ou psychologique durant la grossesse peut également contribuer à l'avortement spontané ou au souhait de subir un avortement.

Les visites de soins liés à l'avortement peuvent être le seul contact des femmes confrontées à la violence, avec le système de santé. Les conseillers 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 agents de santé doivent avoir conscience de leurs propres limites dans l'aide apportée aux femmes victimes de violences, et connaître tous les voies d'orientation des cas de violence basée sur le genre et dans la mesure du possible, orienter les femmes vers les spécialistes de ces besoins spécifiques aux femmes.

Les considérations relatives aux conseils spécifiques à la violence doivent inclure:

- Une grossesse non désirée peut être la conséquence d'un viol ou d'un inceste
- Un avortement spontané peut avoir été causé par des abus physiques
- Une femme peut affronter davantage de violences si la confidentialité de son avortement ou de son utilisation de la contraception n'est pas respectée
- Une femme peut avoir été forcée à subir un avortement
- La grossesse peut avoir été désirée

8.3.6 Coordonner et établir des liens

Il est essentiel que toutes les femmes et les filles qui ont bénéficié de soins complets d'avortement soient conseillées sur la contraception et que la méthode de leur choix leur soit administrée le jour même de l'intervention. Les prestataires de service doivent également déterminer les autres besoins en SSR de chaque femme ou fille et l'orienter ou lui communiquer les informations sur les services pertinents, comme la prise en charge des infections de l'appareil génital ou les soins post-viol. Les femmes et les filles qui se présentent pour des soins post-viol et sont enceintes

doivent bénéficier d'un avortement sans risques ou être orientées vers un établissement/service compétent si elles le souhaitent.

L'ensemble des agents de santé doivent avoir les compétences de base et une attitude favorable à l'égard des soins liés à l'avortement sans risques de manière à pouvoir identifier les femmes qui peuvent souhaiter en bénéficier, les orienter vers le prestataire compétent et les traiter respectueusement. Les agents de santé qui recourent à l'objection de conscience et refusent de pratiquer l'avortement doivent orienter la femme ou la fille vers un autre prestataire volontaire et formé au sein du même établissement de santé ou un autre facilement accessible. Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter la cliente, le prestataire qui est contre l'avortement doit le pratiquer pour sauver la vie de la femme ou pour éviter les dommages causés à sa santé.

8.3.7 Plaidoyer

Les soins complets d'avortement sont une intervention éprouvée et nécessaire pour éviter la mortalité et la morbidité maternelle. Trop souvent, les facteurs politiques, religieux ou culturels plutôt que les données probantes influent sur les décisions prises en matière de soins liés à l'avortement. Même lorsque l'avortement est légal sans restriction à l'égard de la raison, des obstacles d'ordre réglementaires et la stigmatisation entravent l'accès des femmes et des filles à cette intervention.

Il faut mener une campagne de plaidoyer massive afin d'atténuer ces difficultés pour les agents de santé et les obstacles aux soins auxquels les femmes sont confrontées. Le personnel doit être bien informé des législations et politiques nationales et internationales - et de la position de l'organisation - sur l'avortement, notamment l'orientation vers les établissements/services compétents et les devoirs par rapport à l'objection de conscience, et les exigences en matière de signalement. Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et d'autres personnels clés doivent mobiliser les acteurs locaux, les fonctionnaires du Ministère de la Santé, les bailleurs de fonds et d'autres agences pour lancer un appel en faveur d'un accès élargi aux soins complets d'avortement en:

- Élargissant les circonstances dans lesquelles l'avortement est pratiqué/autorisé
- Harmonisant les politiques nationales avec les normes internationales
- Présentant les données sur les besoins non satisfaits et les conséquences des restrictions/des soins complets d'avortement non administrés

EXEMPLE DE PROGRAMME 8.4: DISPENSER DES SOINS DE RÉGULATION DU CYCLE MENSTRUEL ET SOINS POST-AVORTEMENT

ORGANISATION: Ipas avec des partenaires d'exécution

LIEU: Bangladesh

INTRODUCTION: Une explosion de violence a entraîné un exode de réfugiés au Bangladesh. Près de 626 000 nouveaux réfugiés sont arrivés au Bangladesh en 3 mois depuis août 2017 et ont rejoint les 400 000 autres qui étaient arrivés avant l'escalade des événements. On sait que dans les situations de crise, les femmes sont confrontées à des difficultés majeures lorsqu'elles tentent d'éviter les grossesses non désirées en raison de la perte de moyens de subsistance, de biens et de structures familiales et sociales; l'accès interrompu à la contraception et à d'autres services de SSR; et le risque accru d'exploitation, de violence sexuelle et du commerce du sexe. En février 2017, un rapport des Nations Unies a indiqué que plus de la moitié des 101 réfugiées interrogées par les enquêteurs des Nations Unies sur la frontière du Bangladesh avaient déclaré avoir été victimes de viol ou d'autres formes de violence sexuelle aux mains des forces de sécurité.

DESCRIPTION DU PROJET: Ipas-Bangladesh a répondu à une demande du FNUAP pour la mise en place de services de régulation du cycle menstruel et de soins post-avortement dans 8 établissements localisés de manière stratégique et au service des réfugiés. La mise en œuvre du projet a rapidement inclus les composantes suivantes: l'évaluation de référence; la mobilisation des partenaires et des parties prenantes clés; l'approbation du gouvernement du Bangladesh; la mise à disposition de médicaments et de produits pour l'aspiration dans les systèmes d'approvisionnement du Ministère de la Santé (MS) et du DMU; la mise à disposition d'équipements pour la préparation des établissements; le renforcement des capacités des agents de santé et des sites vers lesquels sont orientées les clientes suite à des complications liées aux avortements à risques. Le renforcement des capacités et les stratégies de formation ont été élaborés pour éviter les perturbations de la prestation de service, le cas échéant. La durée des formations officielles a été ajustée et les sessions pratiques sur des modèles de bassin et les femmes qui ont recours aux soins pour assurer l'adoption correcte des

compétences et des connaissances des interventions. Les approches de la formation et du renforcement des sites ont traité les questions de stigmatisation, de valeurs et d'attitudes concernant la régulation du cycle menstruel par le biais d'exercices de clarification des valeurs et la transformation des attitudes (CVTA). Suite à la formation, les formateurs cliniques et le personnel du projet a apporté leur aide pour assurer une chaîne logistique et un soutien aux prestataires nouvellement formés pour évaluer la compétence et la confiance à l'égard des services de régulation menstruelle et les soins post-avortement.

RÉSULTATS: Au total, 51 prestataires de services représentant plusieurs catégories ont participé aux formations initiales. Les prestataires de service étaient issus de 8 sites initiaux et d'autres parties prenantes offrant des services dans et en dehors des camps. Au cours des 3 premiers mois de la prestation de service, 283 femmes et filles ont eu recours aux services, 75% de régulation menstruelle et 25% de soins post-avortement. La majorité (60%) ont été prises en charge avec des médicaments tandis que 38% ont été prises en charge par l'AMIU. Cinquante-sept pourcent ont reçu une contraception post-avortement.

LEÇONS APPRISES: La régulation menstruelle et les soins post-avortement étaient impératifs durant cette crise. Lorsque les services étaient disponibles, les femmes ont demandé de l'aide, ce qui les a préservées des complications liées à l'avortement à risques et d'éventuels services post-avortements non existants. Ce projet montre que la demande de ces services existait parmi ces réfugiées mais aurait pu être facilement négligée dans cet environnement complexe des priorités concurrentes. La mise en place de ces services dans les plus brefs délais ouvre la voie à la guérison et à la discussion de l'exposition à la violence, de la contraception et d'autres questions de SSR importantes pour les femmes à un moment où elles sont confrontées de grandes difficultés.

**La régulation menstruelle est une intervention qui recourt à l'aspiration manuelle intra-utérine ou une combinaison du mifépristone et le misoprostol pour « réguler le cycle menstruel en cas d'aménorrhée pendant une courte durée. »*

- Respectant les protocoles médicaux internationaux comme les directives de l'OMS sur les soins liés à l'avortement sans risques
- Veillant à ce que les soins complets d'avortement soient dispensés par des agents de santé qualifiés, y compris les AMIU
- Sensibilisant sur et en assurant la prestation de soins liés à l'avortement sans risques au début de l'urgence, comme exposés dans le Dispositif minimum d'urgence
- Priorisant les soins complets d'avortement pour toutes les femmes et les filles en les incluant dans les appels au financement humanitaire

- Plaidant pour l'inclusion du mifépristone et du misoprostol dans les listes de médicaments nationales pour l'avortement médicamenteux
- Mobilisant le personnel, les bénéficiaires et les leaders communautaires lors de campagnes de sensibilisation

8.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Le droit à l'avortement sans risques et légal est soutenu par de nombreux traités et accords internationaux. Les engagements de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) afin de garantir l'accès aux soins post-avortement et à l'avortement sans risques et de réduire la mortalité maternelle causée par l'avortement à risques constituent le fondement des directives exposées dans ce chapitre.

Depuis l'adoption du Programme d'action de la CIPD, plusieurs organismes de défense des droits humains ont renforcé le lien entre l'avortement à risques et la mortalité maternelle et ils ont constaté que le refus de l'accès à l'avortement sans risque et légal viole les droits à la vie, à la santé, à l'intimité, à l'égalité et à être protégé contre la discrimination, la torture et la maltraitance. Le droit international des droits humains exige que les états prennent des mesures positives pour veiller à ce que l'accès aux services et informations sur l'avortement lorsqu'il est légal, et qu'il soit légal, au moins, lorsque la vie ou la santé d'une femme court un risque, dans les cas d'anomalies fœtales graves ou fatales et dans les cas de viol et d'inceste. Si l'avortement n'est pas autorisé dans ces cas, cela constitue une violation des obligations des obligations de l'état en matière de droits humains. Les organismes de défense des droits humains ont appelé les États à éliminer les mesures punitives envers les femmes et les filles qui subissent des avortements et pour les prestataires qui proposent des services d'avortement, reconnaissant ainsi les liens entre la pénalisation de ces services, les taux élevés d'avortement à risques et la mortalité maternelle. Ces organismes exhortent de plus en plus les États à assurer l'accès à des soins liés à l'avortement sans restriction et indépendamment de sa légalité. Bon nombre de pays ont libéralisé les lois relatives à l'avortement, et l'avortement est légal dans quasiment tous les pays au moins dans certaines circonstances. Le Center for Reproductive Rights tient à jour une base de données sur les lois relatives à l'avortement à travers le monde et l'actualise régulièrement; l'OMS a également lancé une base de données en libre accès sur les lois, les politiques sur l'avortement et sur les normes sanitaires en 2017 (voir la Section 8.6).

ENCADRÉ 8.7: UNE APPROCHE DES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT FONDÉE SUR LES DROITS

Une définition exhaustive de la santé et des droits reproductifs adoptée lors de la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, établit un cadre pour légitimer et protéger les droits reproductifs des femmes. Les droits spécifiques qui appuient les soins liés à l'avortement comprennent:

- Le droit de décider si et quand avoir des enfants. Les femmes doivent avoir accès aux méthodes contraceptives qu'elles souhaitent et décider quand interrompre une grossesse
- Le droit à la vie. Les femmes ne doivent pas mourir à cause d'un avortement à risques
- Le droit à la santé. Ce droit inclut l'accès à des services complets de SSR y compris les soins liés à l'avortement sans risques. Les femmes ne doivent pas subir des lésions de court ou long terme en raison d'un avortement à risques
- Le droit à la dignité et l'intégrité physique. Les jeunes femmes doivent être capables de consentir à une évacuation utérine
- Le droit à être protégée contre la discrimination. Par exemple, l'évacuation utérine est une intervention uniquement requise par les femmes et non par les hommes, donc elle ne doit pas faire l'objet de restrictions indues
- Le droit de ne pas être soumise à des traitements inhumains et dégradants. Par exemple, ce droit peut être violé lorsque les soins liés à l'avortement ou les soins post-avortement sont refusés
- Le droit à tirer profit des avantages des progrès scientifiques. Ce droit est par exemple, défendu lorsque les prestataires sont en mesure d'utiliser des méthodes d'évacuation utérine recommandées par l'OMS
- Le droit à la liberté d'opinion et d'expression. Ce droit est par exemple défendu lorsque les personnes sont en mesure d'exprimer leur soutien pour les soins liés à l'avortement sans risques

En situations de crise, les états doivent assurer l'offre de services complets de SSR notamment l'accès à l'avortement sans risques parmi d'autres services de santé reproductive. Plus précisément, en ce qui concerne les victimes de violence sexuelle, les accords internationaux et les

organismes d'experts appuient le droit des femmes violées lors de guerres, à accéder à des soins liés à l'avortement sans risques. Ils ont constaté que le refus de l'avortement sans risques aux victimes de viol était contraire aux droits à la santé et à l'intimité et cela pourrait constituer une violation des interdictions relatives à la maltraitance et aux soins médicaux discriminatoires.

Les éléments suivants se sont avérés constituer des violations des droits humains:

- Le refus d'accorder des services d'avortement à une femme dont la grossesse représente un risque pour sa vie ou sa santé, est la conséquence d'un viol ou d'un inceste ou qui présente des anomalies graves ou fœtales fatales
- Le refus d'accorder des soins post-avortement y compris dans des contextes où les lois sont restrictives ou poser des conditions aux soins post-avortement en imposant à la femme d'admettre qu'elle a provoqué l'avortement ou de révéler des informations sur un agent qui pratique l'avortement
- Le non-respect de la confidentialité en signalant un avortement illégal ou sans risques aux autorités
- L'exigence de l'autorisation d'un tiers, soit par une loi ou en pratique, pour accéder aux services liés à l'avortement ou aux soins post-avortement
- Le fait de contraindre les femmes à subir un avortement ou une stérilisation contre leur volonté ou sans consentement total ou informé
- La grossesse forcée (peut également constituer un crime de guerre)

8.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Mobiliser les bénéficiaires pour un suivi et une évaluation continus de l'avortement sans risques, des services de SPA et du cadre légal et politique régissant l'offre de soins complets d'avortement. Évaluer le niveau d'utilisation de ces services et examiner les dossiers des clientes, la disponibilité et la

bonne utilisation des équipements et fournitures, et les indicateurs spécifiques de la qualité des soins. Identifier les changements ou problèmes, y compris en créant des mécanismes accessibles aux bénéficiaires pour obtenir réparation, adresser des commentaires au personnel, et intervenir pour remédier aux problèmes. Tenir un registre clinique pour y noter des informations sur les clientes de soins complets d'avortement; ces informations peuvent être codées ou masquées pour préserver la confidentialité.

Les informations suivantes doivent être notées dans un registre de gynécologie ou de soins complets d'avortement et conservées en toute confidentialité dans un endroit verrouillé

- Date
- Nom de la cliente, si nécessaire pour la confidentialité, un identifiant unique
- Âge de la cliente et autres informations démographiques
- Âge de la grossesse (en semaines)
- Diagnostic (par exemple, avortement provoqué, avortement incomplet, avortement complet)
- Complications (par exemple, saignements vaginaux modérés/légers, saignements vaginaux importants, septicémie, choc, lésions aux organes). Cela est plus pertinent pour les clientes de soins post-avortement qui se présentent avec un avortement incomplet
- Traitement/intervention (par exemple, AMIU, mifépristone et misoprostol, misoprostol seul, dilatation et curetage, antibiotiques parentéraux, transfusion sanguine, gestion de la douleur)
- Contraception post-avortement : Oui/Non et méthode sélectionnée (par exemple, pilules contraceptives orales, injectables, implants, DIU, stérilisation)
- Orientation vers un établissement de niveau supérieur

Le programme peut choisir d'avoir un seul dossier qui contient toutes les données cliniques détaillées sur la cliente.

8.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- Center for Reproductive Rights. (2018). *The World's Abortion Laws*. Extrait de: <http://worldabortionlaws.com/>
- Edelman, A. & Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or after 13 Weeks Gestation ('Second Trimester')*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Edelman, A. & Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or after 13 Weeks Gestation ('Second Trimester')*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2013). *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care: Reference Manual*. (K. L. Turner & A. Huber, Eds.) (2^e éd.). Chapel Hill, NC.
- Ipas. (2014). *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care: Trainer's Manual*. (K. L. Turner & A. Huber, Eds.) (2^e éd.). Chapel Hill, NC. Extrait de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/WomanCentered-Comprehensive-Abortion-Care-Trainers-Manual-Second-Edition.aspx>
- Ipas. (2017). *Clinical Updates in Reproductive Health*. (D. Brahmi, Ed.). Extrait de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Clinical-updates-in-reproductive-health.aspx>
- Ipas. (2018). *Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Humanitarian Audiences*. Chapel Hill, NC. Extrait de: <http://www.ipas.org/humanitarianVCAT>
- Ipas and Venture Strategies Innovations. (2011). *Misoprostol Use in Postabortion Care: A Service Delivery Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas. Extrait de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-use-in-postabortion-care-A-service-delivery-toolkit.aspx>
- Ipas, & Gynuity Health Projects. (2012). *Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion: Training Guide*. Extrait de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-for-treatment-of-incomplete-abortions-Training-guide.aspx>
- National Abortion Federation. (2018). *Clinical Policy Guidelines for Abortion Care*. Washington, D.C. Extrait de: https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018_CPGs.pdf
- OMS. (2012). *Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (2^e éd.). Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78413/9789242548433_fre.pdf
- OMS. (2014). *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204495/9789242549263_fre.pdf
- OMS. (2017). *Global Abortion Policies Database*. Extrait de: <https://abortion-policies.srhr.org/>
- UNICEF, & FNUAP. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. (OMS, Ed.) (2^e éd.). Genève, Suisse. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

CHAPITRE 9

LA SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

- 9.1 Introduction
 - 9.2 Objectifs
 - 9.3 Services de santé maternelle et néonatale
 - 9.3.1 Services minimums pour prévenir la morbidité et mortalité maternelles et néonatales
 - 9.3.2 Transition vers des services complets de santé maternelle et néonatale
 - 9.3.3 Services complets de santé maternelle et néonatale
 - 9.4 Élaboration de programme de services complets de santé maternelle et néonatale
 - 9.4.1 Recensement des besoins
 - 9.4.2 Principes du travail dans la santé maternelle et néonatale
 - 9.4.3 Considérations relatives aux programmes
 - 9.4.4 Questions particulières et populations
 - 9.4.5 Coordonner et établir des liens
 - 9.4.6 Plaidoyer
 - 9.5 Considérations en matière de droits humains et de droit
 - 9.6 Suivi et évaluation
 - 9.6.1 Disponibilité et utilisation de services de santé maternelle et néonatale
 - 9.6.2 Qualité des services de santé maternelle et néonatale
 - 9.6.3 Indicateurs prioritaires pour le suivi des services de santé maternelle et néonatale dans les situations de crise humanitaire
 - 9.7 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

9.1 INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, 1 femme sur 7 sera confrontée à une complication durant la grossesse ou l'accouchement. Il y a plus de 303 000 morts

maternelles chaque année, 99% desquelles surviennent dans le monde en développement. Chaque année, environ 2,9 millions de nouveau-nés meurent au cours des 4 premières semaines de vie (période néonatale) et 2,6 millions de plus sont mort-nés, ils meurent in utero pendant les 3 derniers mois de grossesse (y compris pendant l'accouchement).

Deux tiers des morts maternelles évitables et 45% des morts néonatales ont lieu dans des pays touchés par un conflit récent, par une catastrophe naturelle ou les deux. Les nouvelles situations de crise humanitaire et de conflit, les contextes post-conflit et les catastrophes entravent considérablement les avancées de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Dans de telles situations, l'effondrement des systèmes de santé peut causer une forte augmentation des morts causées par des complications qui seraient facilement gérables en temps normal. Par exemple, la Sierra Leone a le ratio de mortalité maternelle (RMM) le plus élevé au monde avec 1 360 morts maternelles pour 100 000 naissances vivantes. Le Sud-Soudan et la Somalie ont respectivement des RMM de 789 et de 732 pour 100 000 naissances vivantes. Dans les pays considérés comme fragiles, le risque de mortalité maternelle est de 1 pour 54 en comparaison alors qu'il est de 1 pour 5 800 au Royaume-Uni ou de 1 pour 8 800 au Canada.

La plupart des morts maternelles et néonatales surviennent au moment du travail, de l'accouchement et du période du postpartum immédiat. Le « jour de l'accouchement » est le plus dangereux avec plus de 40% de morts maternelles et néonatales et d'avortements spontanés qui surviennent dans les 24 heures qui suivent la naissance. Les principales causes de mortalité maternelle sont les hémorragies, l'hypertension, la septicémie et les complications liées à l'avortement à risques. Parmi les autres causes de mortalité maternelle figurent l'embolie, les complications liées à l'accouchement et au travail dystocique/ à la rupture utérine. Les causes indirectes de la mort maternelle incluent le paludisme et les troubles existants comme le VIH, lorsqu'il est aggravé par la grossesse. Les morts néonatales sont jusqu'à 7 fois plus fréquentes que les morts maternelles. Les 3 principales causes de mortalité néonatale sont les complications, les infections périnatales et les complications liées aux naissances prématurées et au faible poids à la naissance (FPN). Les premières causes de mortalité maternelle et néonatale sont présentées dans les Encadrés 9.1 et 9.2.

ENCADRÉ 9.1: CAUSES DE MORTS MATERNELLES

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) parmi les principales causes de mortalité maternelles figurent:

- L'AVORTEMENT (8%)**
- L'EMBOLIE (3%)**
- L'HÉMORRAGIE (27%)**
- L'HYPERTENSION (14%)**
- LA SEPTICÉMIE (11%)**
- D'AUTRES CAUSES DIRECTES (10%)**
- DES CAUSES INDIRECTES (27%)**

ENCADRÉ 9.2: CAUSES DE MORTS NÉONATALES

Selon l'OMS, les causes les plus courantes de mortalité néonatales incluent:

- Les causes congénitales (10%)
- LES CAUSES CONGÉNITALES (10%)**
- LES COMPLICATIONS LIÉES À LA NAISSANCE AVANT TERME (35%)**
- LA DIARRHÉE (1%)**
- LE PÉRINATAL (24%)**
- LA PNEUMONIE (5%)**
- LA SEPTICÉMIE/MÉNINGITE (15%)**
- LE TÉTANOS (2%)**
- AUTRE (8%)**

Bon nombre de ces causes sont évitables ou pourraient être gérées par des prestataires qualifiés avec des ressources adaptées au niveau des établissements. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent s'appuie sur les stratégies ayant pour finalité de mettre un terme aux décès maternels évitables et le plan d'action Chaque Nouveau-né (ENAP) et elle prévoit une feuille de route pour venir à bout de toutes les morts de femmes, d'enfants et d'adolescents en l'espace d'une génération. La réalisation des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale exige des efforts délibérés

pour minimiser les inégalités d'accès aux soins et de leurs qualités au moment de l'accouchement y compris avec une attention accrue portée aux mères et aux bébés en situations de crise humanitaire durant lesquelles une part importante des morts maternelles surviennent.

Il est particulièrement important d'assurer des soins maternels respectueux en temps de crise humanitaire où la violence quotidienne et l'absence de mécanismes de responsabilisation affectent déjà les femmes qui recourent aux soins ainsi que leurs prestataires. Les soins doivent être acceptables pour la population prise en charge de manière à ce que les femmes ne soient pas dissuadées d'accoucher dans un établissement disposant d'une accoucheuse qualifiée. Le soutien psychosocial au cours de la grossesse et de l'accouchement est également nécessaire pour expliquer les situations bouleversantes auxquelles les femmes sont confrontées.

9.2. OBJECTIVES

L'objectif de ce chapitre est d'aider les coordinateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programme de santé et les prestataires travaillant avec des populations touchées par une crise pour:

- Comprendre les interventions guidées par les données probantes et les obstacles à la mise en œuvre ayant un impact sur la santé maternelle et néonatale (SMN)
- Prévoir et mettre en œuvre des services complets et respectueux de SMN lors des situations de crise humanitaire
- Améliorer la qualité de soins pour les mères et les nouveau-nés, en appui des droits universels des femmes enceintes pendant la grossesse, l'accouchement et les périodes postpartum

9.3. ÉLABORATION DE PROGRAMME DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Un des objectifs du Dispositif minimum d'urgence (DMU) est de prévenir la surmortalité et surmorbidity maternelles et néonatales (voir Chapitre 3). Les interventions du DMU se concentrent sur le jour de l'accouchement car la plupart des morts maternelles et néonatales surviennent au moment du travail, de l'accouchement et pendant la période du postpartum immédiat. Ce chapitre décrit

également les approches destinées aux coordinateurs SSR, aux responsables de programme de santé et aux prestataires de service en matière de services complets de SMN dès que la situation le permet, en s'appuyant sur les interventions du DMU. Même si ce manuel fournit des directives en termes de programmes et de composantes des services de SMN, il n'a pas pour objectif de fournir des recommandations détaillées sur la prise en charge clinique. La Section 9.7 de ce manuel et les ressources complémentaires en ligne fournissent plus d'informations.

ENCADRÉ 9.3: ACTIVITÉS PRIORITAIRES DU DMU POUR LA PRÉVENTION DE LA SURMORTALITÉ ET LA SURMORBIDITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, de soins néonataux essentiels, et les soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) y compris:
 - o Au niveau des hôpitaux de référence: Personnel médical qualifié et fournitures pour la mise à disposition de soins obstétriques et néonataux d'urgence complets
 - o Au niveau de centre de santé: Les accoucheuses qualifiées et les fournitures destinées aux accouchements vaginaux non compliqués et la gestion des complications obstétriques et néonatales de base
 - o Au niveau communautaire: Communication d'informations à la communauté concernant la disponibilité de services d'accouchement hygiénique et de SONU et l'importance du recours aux soins dispensés 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 à domicile lorsque l'accès à une structure sanitaire n'est pas possible
- Établir un système d'orientation vers des établissements compétents disponibles 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
- 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

9.3.1 Services minimums pour prévenir la morbidité et mortalité maternelle et néonatale

LES SOINS OBSTÉTRIQUES ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU)

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. À défaut, il faut stabiliser la mère et/ou le nouveau-né avant de l'orienter vers un hôpital.

Les « actions vitales » sont des interventions médicales essentielles dont le but est de traiter des complications obstétriques directes qui sont à l'origine de la vaste majorité des morts maternelles à travers le monde, comme le montre le Tableau 9.1. Cela inclut le traitement des complications causées par un avortement à risques et/ou incomplet. Certains services essentiels ne sont pas mentionnés mais ne sont pas inclus dans ces fonctions. Par exemple, la pratique de césariennes implique qu'une anesthésie est administrée.

L'insuffisance de produits vitaux de haute qualité constitue un blocage systématique pour les efforts visant à mettre un terme aux morts maternelles évitables et la mise en œuvre des actions vitales 1-3 (Tableau 9.1) dépend de la disponibilité permanente de médicaments essentiels. Pour

la prise en charge des hémorragies postpartum (HPP), le misoprostol doit également être disponible en tant que produit vital essentiel dans les établissements car il peut être utilisé pour prévenir et gérer les HPP, la formation minimale des prestataires étant nécessaire. Le sulfate de magnésium (MgSO₄) est le médicament de choix pour la prévention et le traitement de l'éclampsie.

La césarienne peut être nécessaire lorsque l'accouchement par voie vaginale peut présenter un risque pour la femme ou l'enfant - par exemple en raison du travail prolongé, de la détresse fœtale, ou parce que le fœtus se présente de manière anormale. Cependant les césariennes sans indication médicale peuvent causer des complications significatives, des handicaps ou la mort, en particulier dans des contextes dépourvus d'établissements pour conduire les interventions sécurisées ou traiter les complications éventuelles.

Comme pour les urgences obstétriques, on ne peut pas toujours prédire les urgences néonatales. Par exemple, lorsque les complications surviennent pendant l'accouchement et ne sont pas détectées ou gérées correctement et en temps voulu, le bébé peut être mort-né ou venir au monde avec des troubles graves et ne pas commencer à respirer spontanément. Par conséquent, le personnel doit se préparer à la réanimation néonatale pour chaque accouchement et les équipements de ventilation par ballon et masque pour nouveau-né doivent être disponibles.

TABLEAU 9.1: ACTIONS VITALES POUR LES SOINS OBSTÉTRIQUES ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU)

SONU DE BASE (SONUB)	SONU COMPLETS (SONUC)
1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale pour le traitement de la septicémie	Réaliser des actions vitales 1 à 7, et: 8. Réaliser l'intervention chirurgicale (par exemple, césarienne) 9. Réaliser une transfusion sanguine sécurisée en observant les précautions universelles de prévention des infections
2. Administrer des utérotoniques (soit de l'ocytocine ou des comprimés de misoprostol par voie parentérale) pour le traitement de l'hémorragie postpartum	
3. Administrer des anticonvulsifs par voie parentérale pour traiter la pré-éclampsie et éclampsie (avec du sulfate de magnésium)	
4. Réaliser un accouchement vaginal assisté (par exemple par aspiration ou forceps)	
5. Retirer le placenta manuellement	
6. Retirer les produits de conception (par exemple, l'aspiration manuelle intra-utérine, le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet)	
7. Procéder à la réanimation néonatale de base (par exemple, avec un ballon et un masque)	

ENCADRÉ 9.4: RÉANIMATION NÉONATALE

5%-10% de l'ensemble des nouveau-nés nécessitent un type de réanimation à la naissance. La réanimation néonatale comprend un certain nombre d'interventions allant du maintien de l'enfant au sec et au chaud, la stimulation, le positionnement et le dégagement des voies aériennes (aspiration) aux plus complexes comme la ventilation (réanimation par ballon et par masque). Tous les nouveau-nés doivent faire l'objet d'un suivi attentif à la suite de la réanimation.

De même, le personnel doit être prêt à identifier et traiter les infections sévères des nouveau-nés. Les pratiques de l'accouchement hygiéniques, le lavage des mains avant le contact avec un bébé, les soins du cordon ombilical, et l'allaitement immédiat et exclusif contribuent largement à la prévention des infections chez les nouveau-nés. Il existe également des algorithmes simplifiés pour le diagnostic et le traitement d'infections potentiellement graves, notamment des directives pour le traitement initial avant

l'orientation vers les établissements/services compétents, et le traitement si le transfert n'est pas possible.

Enfin, le personnel doit être prêt à diagnostiquer, prévenir et prendre en charge les complications liées aux accouchements prématurés et le FPN en fonction des capacités et des infrastructures nécessaires pour appuyer les nourrissons nés avant terme. Les nouveau-nés, petits et malades, nécessitent des soins de haute qualité pour les patients hospitalisés. Pour ce faire, il faut offrir des soins chaleureux et l'alimentation, de même que les soins plus intensifs et avancés dans certains cas.

Les agents de santé sont compétents pour fournir des interventions obstétriques et néonatales d'urgence, et ils peuvent orienter les cas vers aux niveaux plus élevés de soins si nécessaire. Il faut afficher les protocoles de publication et fournir les médicaments, équipements et fournitures pertinents dans tous les centres de santé.

SYSTÈME D'ORIENTATION VERS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS/SERVICES

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

EXEMPLE DE PROGRAMME 9.1: GESTION DES ORIENTATIONS DE CAS OBSTÉTRIQUES DANS UN CAMP DE RÉFUGIÉS

ORGANISATION: American Refugee Committee (ARC)

LIEU: Rwanda

INTRODUCTION: ARC gère les centres de santé dans trois camps de réfugiés au Rwanda. L'ensemble des établissements sont intégrés à la structure du Ministère de la Santé (MS) pour garantir l'offre de soins de santé primaires curatifs et préventifs notamment la santé reproductive et la nutrition pour les réfugiés.

DESCRIPTION DU PROJET: ARC fournit des soins de santé primaires conformément aux normes du MS y compris les soins prénatals, l'accouchement hygiénique, les soins postnatals et les services de planification familiale. Les patientes présentant des complications lors des visites de soins prénatals, des consultations externes ou des consultations sont immédiatement orientées vers un hôpital de district. Si nécessaire, un plan prévoyant un accouchement dans un hôpital de district est mis en place. Les femmes qui se présentent au service de maternité pour accoucher mais vont subir des complications qui ne pourront pas être gérées par le centre de santé sont

aussi immédiatement orientées vers l'hôpital de district en utilisant des ambulances disponibles dans chaque centre de santé de camp. Si le cas ne peut être pris en charge à l'échelon des hôpitaux de district, la femme est orientée vers le prochain niveau (hôpital tertiaire). L'orientation vers les niveaux secondaires et tertiaires est fondée sur les modes opératoires standards développés par le HCR en utilisant des formulaires de référence; ils documentent le résultat de l'orientation vers les services adaptés et aident l'organisme qui en est à l'origine à tirer les enseignements du processus. Les coûts de l'orientation vers les institutions du second niveau (hôpital du district) sont pris en charge par ARC, avec un remboursement du niveau tertiaire sont couverts par un autre partenaire.

RÉSULTATS ET LEÇONS APPRISSES:

L'intégration totale des services de santé pour réfugiés dans la structure du MS du pays d'accueil a permis aux réfugiées d'accéder à des SONU complets et à d'autres services de santé secondaires et tertiaires. Ce processus a permis de faire en sorte que les cas soient orientés à temps et il a eu un impact positif sur la mortalité maternelle, avec 2 décès voire moins par an dans les camps où ARC propose des services.

obstétriques et s'assurer de leur prise en charge immédiate et/ou orientation vers un hôpital compétent pour les soins obstétriques d'urgence complets (SONUC). Cela inclut les protocoles précisant le moment et le lieu vers lequel orienter les cas et un recensement des cas orientés (y compris les noms des personnes, les raisons de l'orientation, les résultats au niveau de l'établissement de référence, le retour à l'établissement de santé initial, et le suivi ces prestataires). Les systèmes d'orientation et de contre-référence de qualité doivent reposer sur des protocoles cliniques, de communication et de transport ainsi que sur la confiance et la compréhension entre la communauté, les prestataires de service, le centre de santé et l'hôpital. En règle générale, le personnel de santé doit comprendre que plus l'établissement de santé de référence est éloigné, plus tôt ils doivent prendre la décision d'orienter les femmes présentant des complications obstétriques.

KITS D'ACCOUCHEMENT HYGIÉNIQUE SANS RISQUES ET DE SOINS NÉONATAUX

Dans toutes les situations de crise humanitaire, certaines femmes et filles se trouvent dans les derniers stades de la grossesse et seront donc amenées à accoucher durant l'urgence. Au début d'une crise humanitaire et dans les contextes où de hauts niveaux d'accouchements ont lieu au domicile avant l'urgence, les accouchements peuvent avoir lieu en dehors des établissements de santé sans l'aide de personnels de santé qualifiés.

Les kits d'accouchement hygiéniques sans risques et de soins néonataux doivent être disponibles pour toutes les femmes visiblement enceintes pour améliorer les pratiques en matière d'accouchement lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible. La distribution peut être effectuée sur les sites d'enregistrement ou par l'intermédiaire d'agents de santé communautaire si un réseau est déjà établi. Les kits doivent au minimum contenir un drap plastique propre pour que les femmes accouchent dessus (il faut noter qu'elle doit assumer le choix de la position pour accoucher), un pain de savon, une paire de gants, une lame de rasoir neuve pour couper le cordon ombilical, 3 bouts de ficelles pour attacher le cordon ombilical, 2 morceaux de tissu en coton (une pour sécher le bébé et l'autre pour l'envelopper), et un tube de gel antiseptique de chlorhexidine digluconate 7,1% pour les soins du cordon ombilical.

Lorsque des protocoles nationaux sont en vigueur pour la distribution à l'avance de comprimés de misoprostol pour la prévention des HPP, ce produit vital essentiel doit être inclus dans tous les kits. Des décennies de recherche ont démontré la sécurité et l'efficacité du misoprostol en tant qu'utérotonique prophylactique pour réduire l'hémorragie

postpartum quand il est administré immédiatement après la naissance d'un nouveau-né. L'Organisation mondiale de la Santé recommande l'administration du misoprostol par les agents de santé communautaires et les agents de santé non professionnels en l'absence d'agents de santé non qualifiés et d'ocytocine. Des données récentes issues de contextes stables et de crises suggèrent que le misoprostol peut être auto-administré en toute sécurité et de façon efficace. Le misoprostol peut notamment cibler les femmes qui accouchent, par choix ou par nécessité, au domicile ou dans les établissements de santé dépourvus d'électricité, de réfrigérateurs et/ou des agents de santé qualifiés.

Dans tous les contextes, les instructions adaptées au contexte doivent être incluses dans tous les kits. Au moment de la distribution, les femmes doivent avoir été informées à propos du contenu, de l'utilisation du kit et des signes de danger.

9.3.2 Transition vers des services complets de SMN

Les programmes complets de SMN comportent 3 priorités stratégiques:

- Comprendre et éliminer les obstacles aux services de SMN
- Accroître la disponibilité des services de SMN guidés par les données probantes
- Améliorer l'utilisation et la demande de services SMN

LA QUALITÉ DES SOINS

La qualité des soins sous-tend toutes les composantes des services complets de SMN et elle est considérée comme un aspect clé du droit à la santé et de l'évolution vers l'équité et la dignité pour les femmes et les enfants. Les caractéristiques de services de SMN de qualité sont:

- **La disponibilité:** Il faut au moins 5 établissements de SONU (y compris 1 établissement de SONUC au minimum) pour 500 000 personnes. Ils doivent être ouverts et disposer d'effectifs suffisants 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7), car l'accouchement et les complications peuvent survenir à tout moment
- **L'accessibilité:** Les services sont accessibles par la route ou les voies navigables et des moyens de transport abordables sont disponibles
- **L'acceptabilité:** Les prestataires doivent faire preuve d'engagement et avoir la possibilité de traiter tout le monde avec dignité et respect, de créer la confiance et promouvoir la demande pour les services

- **L'efficacité:** Les services comprennent des interventions guidées par des données probantes pour améliorer la santé et la survie maternelles et néonatales pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale
- **Prix abordable:** Des efforts doivent être déployés pour offrir des services à un coût réduit ou gratuitement
- **Culturellement adaptés:** Tenir compte de la langue et de la culture des populations ciblées, comme la préférence pour une femme agent de santé; cependant, le manque de prestataires féminins ne doit pas être un obstacle aux services
- **La sécurité:** Les soins et les services ne doivent pas porter préjudice aux patients
- **Temporels:** Les soins et les services doivent être fournis quand et où ils sont nécessaires
- **Respectueux:** Les services doivent respecter l'humanité, les sentiments, les choix et les préférences de chaque femme. Ils doivent défendre la **Charte des soins maternels respectueux: Les droits universels des femmes enceintes.**

Comme le montre la vision de l'OMS concernant la qualité de soins pour la santé maternelle et néonatale (III. 9.1), les services de SMN de qualité dans tout cadre requièrent des ressources humaines compétentes et motivées, les infrastructures de santé, l'utilisation adaptée des interventions cliniques et non cliniques efficaces dans un environnement humain et favorable où une femme (ou sa famille si nécessaire) peut avoir le sentiment de comprendre ce qui se passe et ce à quoi il faut s'attendre avant, pendant et après l'accouchement.

ILLUSTRATION 9.1: CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'OMS SUR LA QUALITÉ DES SOINS



9.3.3 Services complets de SMN

SOINS PRÉNATALS

Les horaires des soins prénatals peuvent varier en fonction du pays. Un dispositif de soins prénatals (SPN) comprend

en principe huit contacts, le premier contact ayant lieu au tout début de la grossesse, 2 pendant le second trimestre (à 20 et 26 semaines de gestation), et 5 contacts pendant le troisième trimestre (à 30, 34, 36, 38 et 40 semaines). Cette directive remplace le modèle des 4 visites de soins prénatals de l'OMS; le mot « contact » est préféré par

rapport à celui de « visite » pour insister sur le lien entre la femme enceinte et le(s) prestataire(s) de santé et inclure les contacts avec les agents de santé par le biais d'activités de sensibilisation communautaire de même que les visites traditionnelles au centre de santé. Dans tous les contextes, les principaux objectifs des soins prénatals sont de :

- Assurer la prévention des maladies et la promotion sanitaire
- Identifier et gérer les problèmes de santé préexistants et les complications liées à la grossesse
- Prodiguer des conseils sur la préparation à l'accouchement et aux complications
- Établir une relation de confiance entre la femme et le prestataire

Pour avoir un aperçu des interventions en soins prénatals, voir la section 9.7.

ENCADRÉ 9.5: PRATIQUES PROMETTEUSES: SOINS PRÉNATALS GROUPES

Les soins prénatals de groupe sont une alternative aux SPN traditionnels (fournis par un agent qualifié à une femme à la fois.) Les SPN de groupe sont fournis pour 15 femmes enceintes maximum qui ont à peu près le même gestationnel. Les facilitateurs formés ont assuré une série de réunions structurées, participatives de 2 heures, intégrant les évaluations habituelles de santé avec les informations, l'éducation et le soutien de pair. D'après les recherches menées sur le sujet, l'augmentation de la participation, le développement des connaissances et la satisfaction accrue des patientes et prestataires ont contribué à une amélioration notable des pratiques sanitaires et des résultats en matière de SPN de groupe. Les Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive suggèrent la pratique des SPN de groupe dans le cadre de recherches.

L'immunisation

Toutes les femmes qui accouchent et leurs nouveau-nés, doivent être protégés contre le tétanos. L'immunisation des femmes durant la grossesse est recommandée pour les

protéger contre le tétanos maternel et néonatal. Les services prénatals offrent une occasion propice pour vacciner les femmes enceintes. Cependant, lorsque la couverture des SPN est insuffisante et quand le risque de tétanos maternel et néonatal est élevé, l'immunisation massive des femmes en âge de procréer peut représenter une option alternative, bien que plus coûteuse.

Dépistage de la syphilis

Toutes les femmes enceintes doivent subir un test de dépistage de la syphilis lors de leur première visite prénatale. La syphilis contribue à la mortalité maternelle et aux résultats défavorables en matière de grossesse. Chaque année, la syphilis maternelle cause un demi-million de mortinaissances et d'avortements spontanés est elle à l'origine de la syphilis congénitale chez plus de 500 000 nourrissons. Auparavant, les tests standards de dépistage de la syphilis étaient compliqués et non adaptés aux cadres de santé primaire. Des tests de diagnostic simples et rapides pour la syphilis sont désormais disponibles, les résultats étant obtenus immédiatement pour que les femmes (et leurs partenaires) dont les analyses se sont avérées positives puissent être soignés sans tarder au niveau du point de soins.

Diagnostic et traitement d'infections des voies urinaires asymptomatiques et symptomatiques

Pendant la grossesse, l'infection des voies urinaires est associée à des risques accrus de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, même lorsque l'infection est asymptomatique. Le dépistage et le traitement des infections des voies urinaires peuvent contribuer à la réduction des risques de septicémie et anémie maternelle, la naissance avant terme, le faible poids à la naissance et la mort périnatale. Cela inclut les tests urinaires prénatals associés à un traitement antibiotique pour les femmes chez une bactériurie a été diagnostiquée.

Les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes

Pendant la grossesse et l'allaitement, les besoins nutritionnels des femmes en énergie, protéine et micronutriments augmentent considérablement. Les femmes enceintes ont besoin de 285 kcal supplémentaires/jour et les femmes allaitantes ont besoin de 500 kcal supplémentaires/jour. L'apport adéquat en fer, acide folique et iode est particulièrement important pour la santé des femmes et de leurs nourrissons. Les besoins accrus des femmes enceintes et allaitantes en nutriments ne sont généralement pas satisfaits par une alimentation de base. Les femmes enceintes et allaitantes doivent donc obtenir des compléments alimentaires enrichis apportant 500 à

700 kcal pour l'alimentation sur site et 1000 à 1200 kcal si fournis pour une ration à emporter chez soi. Les femmes enceintes doivent bénéficier de compléments alimentaires en fer (60mg/jour) en prévention de l'anémie et de l'acide folique (400 µg/jour) pour prévenir les anomalies du tube neural.

Préparation à l'accouchement et aux complications

Beaucoup de morts maternelles et néonatales pourraient être évitées si les femmes bénéficiaient de soins quand cela est nécessaire. En cas de retard, trois phases contribuant souvent aux morts maternelles et néonatales sont: 1) la décision de se faire soigner; 2) l'accès aux soins; et 3) l'obtention des soins. La préparation à l'accouchement et aux complications limite les retards. Les soins prénatals permettent aux prestataires de soins de soutenir une femme et sa famille pour mettre en place un plan d'urgence en fonction de ses besoins, de ses ressources et de sa situation. Le plan d'accouchement et d'urgence identifie ses intentions concernant le lieu où et les personnes à l'aide desquelles une femme envisage d'accoucher et les mesures à prendre en cas de complications (par exemple, transport, lieu d'orientation, fonds d'urgence). Le plan inclut également l'identification d'une personne de confiance, la planification des soins de puériculture, l'épargne, la planification du transport et l'éducation des membres de la famille concernant les signes de complication (Voir Encadré 9.6) et les mesures à prendre. Sachant que la plupart des complications pendant le travail et l'accouchement sont imprévisibles, l'accouchement en présence d'une accoucheuse qualifiée dans un établissement bien équipé pouvant répondre aux complications éventuelles est recommandé et doit être encouragé.

ENCADRÉ 9.6: MESSAGES CLÉS POUR LA PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT

- Préparer un kit de naissance
- Choisir un établissement
- Choisir un accompagnateur
- Économiser de l'argent pour les dépenses liées à l'accouchement
- Prévoir un moyen de transport pour le jour et la nuit
- Enseigner aux membres de la famille les signes de danger et évoquer la prise de décision
- Prévoir la planification et l'espacement sains des naissances

ENCADRÉ 9.7: SIGNES DE DANGER CLÉS DE LA GROSSESSE

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

Les conseils sur la planification familiale postpartum (PFPP) et les besoins sanitaires sont également une part importante de la préparation à l'accouchement. La PFPP qui a pour but d'éviter un risque élevé de grossesses non désirées et rapprochées durant la première année qui suit l'accouchement, est une des interventions à plus fort impact pour éviter le risque accru de naissances prématurées, le faible poids à la naissance, les morts fœtales et néonatales, et des résultats néfastes sur la santé maternelle. La réponse non satisfaite en matière de services PFPP reste élevée dans de nombreux pays. Par conséquent, la PFPP doit être introduite dans les SPN et ensuite après l'accouchement et pendant la période du postpartum. Toutes les femmes doivent obtenir des informations sur le processus physiologique du rétablissement après l'accouchement et doivent prévenir que certains problèmes de santé sont fréquents, en les conseillant de signaler les éventuelles questions à un professionnel de santé. Les femmes doivent également être conseillées à propos des soins postpartum et de l'hygiène, de la nutrition, de l'espacement des naissances et de la planification familiale, y compris les risques de grossesse postpartum et les options contraceptives, et quand revenir pour les examens et l'immunisation postnatales.

Les conseils sur les soins néonataux comprennent des directives sur l'allaitement, les soins cordon ombilical et la reconnaissance rapide des signes de danger. Les contacts postnataux doivent avoir lieu dans les 24 heures suivant l'accouchement ainsi qu'à 48-72 heures, 7-14 jours et 6 semaines après l'accouchement. Pour les accouchements qui ont lieu en dehors de l'établissement un contact supplémentaire à 24-48 heures est recommandé.

Enregistrer les données cliniques

Tous les résultats et les traitements cliniques fournis durant les soins prénatals doivent être enregistrés, de préférence sur une fiche de santé ou un dossier qui reste en possession de la femme. Une bonne tenue des dossiers est essentielle pour faciliter une prise de décision et des interventions adaptées.

LES SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement inclut le travail, l'accouchement et la période du postpartum immédiat. L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement de santé qui respecte le droit à l'intimité, la confidentialité et les soins dignes et respectueux sans discrimination; qui est sécurisé et équipé des fournitures, médicaments adaptés et du personnel; et qui a accès au transport et à la communication avec les hôpitaux de référence pour les urgences obstétriques et néonatales. Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent faire s'assurer que tous les établissements de santé disposent de protocoles cliniques de mesures de précaution standard, notamment la gestion des déchets médicaux pour le liquide amniotique, le sang et les placentas. Il faut également maintenir les règles relatives au lavage des mains et d'autres mesures de prévention des infections.

Le partogramme

Le partogramme est souvent un instrument sous-utilisé pour l'aide à la décision afin d'appuyer les soins périnataux, en particulier le suivi du progrès du travail et le dépistage des complications maternelles et fœtales. Le partogramme simplifié de l'OMS (voir la Section 9.7) est un outil important dans de nombreux contextes pour:

- Identifier les complications pendant le travail (par exemple, les complications fœtales) dans un délai convenable
- Guider la prise de décision concernant le travail prolongé et le recours à l'augmentation
- Améliorer la pratique clinique et la qualité des soins fournis aux femmes (par exemple, la baisse de la mortalité néonatale liée aux complications périnatales)

De nombreux facteurs contribuent à la sous-utilisation du partogramme et les difficultés peuvent être accentuées lors des situations de crise humanitaire. Les stratégies visant à faciliter la bonne utilisation du partogramme consistent entre autres à:

- Désigner un défenseur de l'utilisation du partogramme au sein de l'établissement
- Faire en sorte que les protocoles en place pour le travail et l'accouchement soient reliés au partogramme pour que les prestataires sachent quelles actions adopter pendant à mesure que le travail avance
- Faire le suivi de l'utilisation du partogramme et montrer aux prestataires comment bien l'utiliser

La prévention de l'hémorragie postpartum

Une des causes principales de la mortalité maternelle est l'hémorragie postpartum. L'administration des utérotoniques dans la minute qui précède la naissance du bébé réduit le risque de rétention placentaire et d'HPP.

L'ocytocine est l'utérotonique recommandé pour la prévention d'une HPP atonique. Cependant, dans certains cadres, il se peut qu'il soit impossible de fournir l'ocytocine à toutes les femmes durant le troisième stade du travail en raison de l'absence de personnel qualifié, des difficultés pour garantir des pratiques d'injection sûres, et/ou du fait de l'absence de matériel de réfrigération tous nécessaires pour l'utilisation de l'ocytocine. Dans ces circonstances, l'utilisation du misoprostol, un comprimé utérotonique thermostable, est recommandée. Les agents de santé qui administrent le misoprostol doivent être formés pour éviter toute administration avant la naissance, à une utilisation correcte du (misoprostol 600 µg par voie orale immédiatement après la naissance d'un bébé) et aux conseils à prodiguer à une femme concernant les effets secondaires et la gestion des effets secondaires. Dans ce cas, aucune intervention active de délivrance du placenta ne doit être effectuée.

Dans des contextes où des programmes étaient établis pour la distribution à l'avance de misoprostol pour son auto-administration afin de prévenir l'hémorragie postpartum lors des accouchements au domicile prévus avant l'urgence, tout doit être fait pour garantir la disponibilité permanente dès que possible après l'urgence. Dans d'autres contextes, cela peut être instauré dans le cadre d'une stratégie complète de prise en charge d'hémorragie postpartum dans les communautés et les établissements.

Soins néonataux immédiats

Les soins néonataux essentiels sont les soins de base requis pour tous les bébés. Quel que soit le lieu de naissance, il faut retarder le clampage du cordon ombilical d'1-3 minutes pour augmenter les réserves en fer du nouveau-né pour les 6-8 premiers mois de vie. Les soins essentiels à prodiguer aux nouveau-nés incluent également le **maintien de l'enfant au chaud** (sécher et maintenir le bébé au chaud par le contact peau à peau pendant la première heure après la naissance, retarder le bain), la **prévention des infections** (promouvoir et soutenir le lavage des mains de tous les soignants, fournir des soins du cordon ombilical et les soins); **l'aide alimentaire** (allaitement immédiat et exclusif) et le **suivi des nouveau-nés par rapport aux signes de danger** indiquant la nécessité de soins complémentaires.

ENCADRÉ 9.8: SIGNES DE DANGER CLÉS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

- Difficultés à se nourrir
- Respiration rapide
- Tirage sous-costal grave
- Absence de mouvement spontané
- Fièvre
- Faible température corporelle
- Jaunisse dans les 24 premières heures de vie ou paumes de mains et plantes des pieds jaunes

La prévention et prise en charge de la naissance avant terme

La naissance avant terme est la seule cause majeure de mortalité et de morbidité périnatale et néonatale et la cause principale de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Les décès de nourrissons et les handicaps de long terme suivant les naissances avant terme peuvent être réduits lorsque les actes sont administrés correctement à la mère lors d'un risque imminent de naissance avant terme et pour un enfant né avant terme après la naissance. Les interventions recommandées pour les femmes présentant des risques d'accouchement avant terme comprennent l'administration de corticostéroïdes prénatals aux femmes étant à 24-34 semaines de gestation, d'antibiotiques pour la rupture des membranes avant le travail, et de sulfate de magnésium pour les femmes à moins de 32 semaines de gestation pour la neuroprotection fœtale si la naissance avant terme est probable dans les 24 heures. L'âge gestationnel précis est essentiel pour guider les soins adaptés et les interventions doivent seulement être envisagées lorsque des soins hospitaliers adaptés sont disponibles pour la femme et le nouveau-né.

Les complications associées au FPN/à la naissance avant terme sont l'hypoglycémie, l'hypothermie, la difficulté à l'allaitement, la jaunisse et le risque accru d'infection. Les soins dispensés au bébé concerné par un FPN/né avant terme comprennent les soins mère-kangourou (SMK) ou le contact peau contre peau, le maintien au chaud de l'enfant, l'allaitement maternel immédiat et exclusif, l'aide à l'allaitement, la prévention des infections ainsi que l'identification précoce et le traitement approprié des infections et complications.

SOINS POSTNATALS DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ

La période postnatale est le moment où interviennent rapidement des changements d'ordre physiologique tant pour la mère que pour l'enfant sachant que les 24 à 48 premières heures sont les plus critiques. Soixante pourcent des décès maternels et 40 % des décès néonataux surviennent dans les 24 premières

EXEMPLE DE PROGRAMME 9.2: PROMOUVOIR LES SOINS DU CORDON OMBILICAL DU NOUVEAU-NÉ

ORGANISATION: JSI Research & Training Institute, Inc., en partenariat avec le Gouvernement du Népal

LIEU: Népal

INTRODUCTION: La chlorhexidine (CHX) est un antiseptique bactéricide à large spectre qui réduit la colonisation bactérienne sur le nœud du cordon ombilical des nouveau-nés. JSI aide le gouvernement du Népal et d'autres partenaires à réduire la mortalité néonatale en amplifiant l'utilisation de la chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical. Depuis le lancement de ce programme, 1,5 millions de bébés ont reçu de la CHX, 5 800 morts néonatales ont été empêchées et 67% des nouveau-nés ont désormais accès à la CHX. Le séisme d'avril/mai 2015 a entraîné la mort de 9 000 personnes, la destruction de 800 000 logements, et de 500 établissements de santé.

DESCRIPTION DU PROJET: Suite aux séismes de 2015, le programme mené par JSI, Chlorhexidine Navi Care Program (CNCPC), a rapidement mobilisé des femmes volontaires de santé communautaire et du personnel pour intervenir dans les 15 districts les plus touchés. Il a rapidement distribué la CHX et formé des agents de santé à l'utilisation ce qui a contribué à l'amplification rapide des services pour venir en aide des personnes les plus touchées.

RÉSULTATS: Dans les mois qui ont suivi le séisme, JSI a expressément aidé à l'intensification du programme, la distribution des dispositifs de secours d'urgence pour les volontaires de santé, et le renforcement des capacités des prestataires de service (1 308 agents de santé et 703 femmes volontaires de santé communautaire). Le programme a donc fourni environ 65 490 tubes de gel de CHX dans ces districts.

LEÇONS APPRISES: Les programmes existants, le personnel, les membres de la communauté et les structures peuvent être promptement mobilisés après une catastrophe, ce qui permet d'élargir et/ou de reprendre les services complets de SMN rapidement.

heures suivant l'accouchement. Suite à l'accouchement sans complication d'un bébé né en bonne santé, il est recommandé de garder la mère et l'enfant en observation au centre de santé, pendant au moins 24 heures. Si la sortie intervient dans les 48 heures après l'accouchement, un prestataire de soins qualifié doit examiner la mère et l'enfant dans les 24 à 48 heures suivant la sortie. Il convient de s'assurer que les agents de santé sont formés pour détecter toute complication postpartum et orienter comme il se doit mères et nouveau-nés en vue d'une observation ou de soins supplémentaires. Il faut également informer les familles afin que celles-ci puissent déceler les signes de danger chez les mères et nouveau-nés lors de la période postpartum, et solliciter des soins, si nécessaire. Si possible, toutes les femmes doivent bénéficier d'une visite à domicile durant la période postpartum indépendamment du lieu où elles ont accouché.

ENCADRÉ 9.9: PRATIQUES CLÉS POUR LES NOUVEAU-NÉS

- Bain différé
- Contact peau contre peau
- Cordon ombilical propre
- Allaitement exclusif
- Immunisation

Au moins trois contacts postnatals additionnels sont recommandés pour toutes les femmes et les nouveau-nés, le troisième jour (48-72 heures), entre les jours 7-14 après l'accouchement et 6 semaines après l'accouchement. Ces visites offrent l'occasion d'examiner et d'aborder l'hygiène, l'allaitement, et les méthodes adaptées et le calendrier de la planification familiale. Veiller à ce que les agents de santé appuient l'allaitement précoce et exclusif et évoquent la question de l'alimentation adaptée avec la mère. Ces visites permettent également de peser le nouveau-né, de parler de ses soins, et de l'orienter vers les établissements/services compétents; les nouveau-nés doivent être orientés vers le centre médical pour enfants de moins de 5 ans pour les immunisations, le suivi de la croissance et d'autres services du bien-être infantile.

Allaitement

L'allaitement est particulièrement important en situations de crise humanitaire. Les risques associés à l'alimentation au biberon et aux substituts du lait maternel sont notablement accrus en cas de mauvaises conditions d'hygiène, de promiscuité et d'accès limité à l'eau et aux combustibles. Dans de telles situations, le lait peut s'avérer être la seule source d'alimentation sûre et durable pour les nourrissons. Il est par conséquent important de promouvoir

un environnement qui soutient l'allaitement exclusif en promouvant le contact peau contre peau ininterrompu, en aidant les mères à commencer l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, en leur montrant comment extraire le lait en ne donnant aucun aliment ou liquide autre que le lait maternel à moins que cela ne soit indiqué médicalement, et en incitant les mères et les bébés à rester ensemble, et en encourageant l'allaitement à la demande du nourrisson sans restriction quant à la durée ou la fréquence des tétées. L'allaitement à la demande durant les 6 premiers mois apporte également une protection contraceptive, à condition que les menstruations n'aient pas recommencé et qu'aucune autre alimentation ne soit donnée au bébé (méthode de l'aménorrhée lactationnelle).

La planification familiale postpartum

Le but de planification familiale postpartum est d'aider les femmes à choisir une méthode contraceptive, à commencer à l'utiliser et à l'assister afin qu'elle continue l'utilisation de la méthode pendant 2 ans ou plus, selon les intentions de la femme ou du couple en matière de procréation. Les conseils sur la PFPP peuvent être prodigués à différents points de contact du système de santé de la période prénatal à 12 après l'accouchement. La sécurité clinique est un élément majeur de la planification des programmes ou des interventions de PFPP, il s'agit autrement dit des méthodes qui peuvent être utilisées et à quel moment suite à l'accouchement compte tenu de la situation de la mère au regard de l'allaitement (voir Chapitre 7).

SENSIBILISATION ET ACCROISSEMENT DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SMN

Pour veiller à ce que les services fournis soient adaptés, de la meilleure qualité et pleinement utilisés, les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent s'assurer que:

- Toutes les femmes et les familles sachent comment obtenir de l'aide pour les SPN, l'accouchement et les soins postnatals et comment détecter les signes de complications
- Les services de SMN sont dispensés par des agents compétents, motivés et qualifiés travaillant dans un cadre favorable y compris avec les fournitures adaptées et suffisantes, bénéficiant de recyclages et d'une supervision étroite
- Les services sont sans danger et dépourvus de mauvais traitements qui peuvent par ailleurs dissuader les femmes de recourir aux soins, y compris d'accoucher dans un établissement avec l'aide d'une accoucheuse qualifiée

- Les prestataires de service comprennent et abordent respectueusement les croyances et les pratiques communautaires et les comportements sains liés à la grossesse et à l'accouchement, tels que la nutrition, les positions d'accouchement, la présence des proches pour le soutien et les pratiques traditionnelles à la fois positives (allaitement) et néfastes (MGF).

Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé peuvent utiliser le modèle des **trois retards** pour identifier les obstacles à l'utilisation des services dans leur contexte.

ENCADRÉ 9.10: DÉFINIR LES TROIS RETARDS

- **Retard 1: Retard pris pour décider du recours aux soins**
- **Retard 2: Retard pour se rendre dans un centre de soins**
- **Retard 3: Retard pris pour bénéficier de soins de qualité**

9.4 ÉLABORATION DE PROGRAMME DE SERVICES COMPLETS DE SANTÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

9.4.1 Recensement des besoins

Après la mise en place du DMU, intégrer les considérations relatives à la SMN dans le recensement des besoins pour la planification de la SSR afin de concevoir un programme adapté et complet de SMN. À l'aide d'un ensemble d'outils, les coordinateurs SSR doivent collecter ou évaluer les informations suivantes en coordination avec d'autres acteurs du secteur/pôle de santé:

CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS

- La taille de la population touchée et sa distribution géographique
- Les indicateurs démographiques sur la situation de la population touchée en termes de SMN avant la crise, par exemple, le ratio de mortalité maternelle (RMM), le taux de mortalité néonatale (TMN), le taux brut de natalité (TBN), ou le taux de fécondité général ou total (TFG, TFT), le taux de prévalence contraceptive (TPC), le pourcentage d'accouchements en présence d'accoucheuses qualifiées, etc.

- Le nombre de femmes en âge de procréer, de femmes enceintes et de nouveau-nés
- Le nombre d'accouchement par mois
- Les croyances, les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population liées à la grossesse et à l'accouchement
- La sensibilisation communautaire et la satisfaction à l'égard de la disponibilité et de la qualité de services de SMN

LÉGISLATION ET POLITIQUES NATIONALES

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent connaître la législation et les politiques nationales relatives aux SMN. Par exemple, il faut déterminer si des lois, réglementations ou politiques sont en vigueur concernant:

- La réduction de la mortalité maternelle
- L'accès à et l'offre de services de SMN. Il faut prêter une attention particulière:
 - o À la conduite systématique d'audits et d'études sur les morts maternelles, périnatales et néonatales
 - o À l'accréditation des accoucheuses qualifiées
 - o Aux accoucheuses traditionnelles (AT)
 - o À l'utilisation, la distribution et la prestation de médicaments essentiels pour la santé maternelle et néonatale (y compris au niveau communautaire)
- L'enregistrement obligatoire des naissances
- Les tests de dépistage du VIH chez les femmes enceintes et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- Le traitement, les soins et le soutien apporté aux femmes enceintes séropositives
- L'autorisation d'un tiers (par exemple, celle du mari) pour solliciter des soins maternels
- Les mutilations génitales féminines (MGF) et/ou pratiques néfastes qui ont des conséquences dommageables sur la santé maternelle
- L'élimination du mariage précoce et du mariage forcé, l'âge minimum du mariage, et le consentement libre et total au mariage

LA DISPONIBILITÉ ET PRÉPARATION DES SERVICES DE SMN

Recenser les points de prestation de service de santé par lieu et type d'agence qui les soutient/les gère. Chaque établissement doit être évalué par rapport à sa capacité à fournir des services de SMN de qualité y compris les SONU, la disponibilité de prestataires d'agents de santé qualifiés et de fournitures médicales, et/ou la possibilité d'orienter les cas vers des services de niveau supérieur. Exemples d'informations à recueillir:

- Nombre, lieu et type de centres de santé et hôpitaux
- Parmi ces établissements, lesquels fournissent des services de SMN y compris des SONUB et SONUC
- Disponibilité des équipements opérationnels, des fournitures et médicaments pour la prestation de services de SMN
- Dispositions pour les précautions standards y compris les déchets médicaux et les installations pour l'élimination du placenta
- Nombre, disponibilité, type et niveaux de compétences du personnel de santé (recensement des besoins en formation)
- Existence de protocoles et directives de SMN
- Sur les mécanismes d'orientation vers des établissements/services compétents
 - o Distance entre la communauté et les établissements de SONUB
 - o Distance entre la communauté et les établissements de SONUC
 - o Options de transport viables
 - o Moyens de communication
 - o Protocoles de gestion et d'orientation des cas de complications vers les établissements/services compétents
- Disponibilité de l'eau propre, de l'électricité, de système de réfrigération et d'assainissement (salles de bain et toilette) aux points de prestation de service
- Nutrition adaptée pour les femmes enceintes et allaitantes
- Information, éducation et communication (IEC) sur les services disponibles

9.4.2 Principes du travail dans la santé maternelle et néonatale

- Maintenir l'attention sur la femme et le nouveau-né (dyade mère-bébé)
- Tenir compte de la capacité des services pré-crise et des ressources disponibles à différents niveaux (commencer par les lieux où il y a des capacités)
- Garantir la conformité aux normes cliniques et programmatiques internationales
- Assurer le continuum des soins de qualité, respectueux et décents pour les femmes/famille, sans danger et mauvais traitement, de la grossesse aux périodes postpartum

9.4.3 Considérations relatives aux programmes

LOGISTIQUE ET CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

La logistique est essentielle à la prestation de service de SMN efficace. Dans les phases initiales de l'intervention d'urgence, il faut s'assurer que les prestataires de services de SMN disposent des produits vitaux et que les moyens de transport sont disponibles pour faciliter l'orientation des complications obstétriques et néonatales en temps voulu, si nécessaire. Lors de la stabilisation de la situation et de la transition des programmes vers la prestation des services complets de SMN, un éventail plus large de questions logistiques doit être pris en compte dans la planification et l'application du programme.

Approvisionnement

Dans de nombreux contextes, les Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations sont la principale source de fournitures pour la mise en œuvre du DMU. Les Kits de SR ne sont néanmoins pas conçus pour remplacer les chaînes d'approvisionnement nationales, et il faut déployer des efforts pour évaluer les disponibilités et établir ou réparer les chaînes et canaux d'approvisionnement des secteurs public et privé le plus vite possible. Lorsqu'on s'appuie sur les Kits de SR, il convient de noter qu'ils ne contiennent pas suffisamment de fournitures pour des soins périnataux complets. Par exemple, jusqu'en 2018, le bloc de kits SR (6-10) pour les centres de santé comprend suffisamment de fournitures pour stabiliser et orienter les clientes présentant des complications obstétriques et néonatales vers les établissements compétents. Ils n'incluent pas suffisamment d'ocytocine pour que chaque femme puisse recevoir un

utérotonique après l'accouchement en prévention de l'HPP ni suffisamment de sulfate de magnésium pour administrer des doses de charge et d'entretien aux femmes atteintes de pré-éclampsie ou éclampsie sévère.

Les contenus des Kits de SR peuvent servir de guide pour l'approvisionnement lors des phases initiales de l'intervention d'urgence. Cependant, il faut tout faire pour acquérir dès que possible, l'éventail complet des éléments figurant sur la liste de médicaments essentiels du pays ou de l'OMS pour des services complets de SMN. Les responsables de programme de SMN doivent travailler avec les prestataires de service et les équipes logistiques pour se procurer les bons articles, avec les bonnes doses et sous la bonne forme pour la population ciblée.

En période de crise, plusieurs entités ont procédé à des dons massifs de lait en poudre, de biberons et de tétines. Bien que l'intention soit généralement louable, rares sont ceux qui savent que de tels dons peuvent faire plus de mal que de bien car les infrastructures ou les conditions ne sont pas réunies pour limiter les risques liés à la préparation de ce lait en poudre et d'autres substituts de lait maternel. Ces dons doivent donc être évités. Il faut plutôt des substituts adaptés qui font partie de l'inventaire normal des aliments et des médicaments pour le petit nombre de nourrissons qui doivent être nourris avec des substituts de lait maternel après un recensement adéquat des besoins.

Gestion de la chaîne d'approvisionnement

La mise en place d'une chaîne du froid est essentielle pour la logistique de SMN et certains éléments des Kits de SR nécessitent la chaîne du froid. Plus vite les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé s'en occupent dans une intervention d'urgence, plus ils seront flexibles et capables de gérer leur programme. Les réfrigérateurs à énergie solaire et les technologies mobiles pour l'approvisionnement sont utilisés plus souvent lors des situations d'urgence.

Transport pour les orientations vers des établissements compétents

Pour tous les logisticiens travaillant dans le domaine de l'intervention d'urgence et pour tous les responsables de programme de santé, peu de choses sont plus problématiques que la nécessité de transport pour une personne ayant besoin de soins urgents et qui est dans l'incapacité d'en trouver. Que ce soit en raison du manque de planification, du manque de ressources ou du contexte, le transport semble toujours être un des principaux besoins juste après le recrutement. La plupart du temps, domaine reste néanmoins négligé jusqu'à ce qu'il y ait des conséquences tragiques: le transport dans le cadre de systèmes d'orientation vers

les établissements compétents. Ces systèmes d'orientation vers les établissements compétents ne doivent pas reposer sur l'achat d'un véhicule à toit rigide flambant neuf, ils doivent plutôt s'adapter au contexte et être aussi fiable que possible. Dans certaines régions et en raison de la sécurité, les véhicules loués peuvent être la meilleure option alors que dans d'autres contextes, un système de charrette tirée par un âne ou de civières pour porter les femmes sur la route principale peuvent s'avérer plus adapté. L'essentiel est que les coordinateurs SSR et les responsables de programme commencent à prévoir dès le début de l'intervention du programme sur la SMN, le système de transport pour l'orientation vers les établissements compétents qui soit le plus rapide et assure l'accès aux soins d'urgence dans la limite des ressources du programme. Il se peut que plusieurs formes de transport doivent être mises en relation afin d'accompagner la femme à l'hôpital. Par exemple, la femme peut être transportée en civière vers la route principale où l'ambulance la rejoint et la prend en charge pour la distance restante pour atteindre l'hôpital.

RESSOURCES HUMAINES ET PARTAGE DES TÂCHES

Les niveaux des établissements de santé, leur taille, leurs services et la catégorie de leurs agents de santé varient selon les contextes, ce qui crée des difficultés pour parvenir à un consensus global sur un nombre optimal et la composition des agents de santé. Les programmeurs doivent donc respecter les normes nationales eu égard aux nombres et profils d'agents de santé afin d'avoir un ensemble de personnels et de capacités adaptés pour offrir des services maternels et néonataux. Les ressources humaines en charge des services de SMN doivent être composées d'un éventail de prestataires (par exemple, des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des pharmaciens, des agents de santé communautaire (ASC)) qui sont formés, compétents, bienveillants et respectueux et travaillent dans le cadre d'un environnement favorable et en nombre suffisant pour répondre à la demande du volume de clients, avec une qualité de soins élevée. Il se peut que des aspects comme l'ethnicité et le genre des agents de santé doivent être pris en compte pour les soins maternels dans certains contextes. Les mécanismes d'avantages et d'incitations, y compris des environnements tenant compte de la dimension du genre, sécurisés pour le personnel doivent être pris en considération au bénéfice de la santé mentale, du bien-être de la motivation et de la fidélisation des agents de santé dans les zones éloignées et difficiles.

Bien que la formation des agents de santé agents de santé communautaire promette d'améliorer les résultats périnataux et néonataux, les données restent mitigées et insuffisantes. En tant que telles, les accoucheuses qualifiées ne sont

pas disponibles ou l'accès aux établissements est limité, la formation des agents de santé communautaire et des accoucheuses traditionnelles dans certaines interventions peut réduire les résultats relatifs aux nouveau-nés. Cependant, les accoucheuses qualifiées continueront d'être essentielles pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

ENCADRÉ 9.11: ACCOUCHEUSES QUALIFIÉES VERSUS ACCOUUCHEUSES TRADITIONNELLES

Une accoucheuse qualifiée est définie comme étant : « un professionnel de santé certifié tel qu'une sage-femme, un médecin ou une infirmière ayant suivi une formation lui donnant un niveau de compétences nécessaire à la prise en charge des grossesses normales (sans complication), des accouchements et de la période postnatale immédiate, ainsi qu'à l'identification, la prise en charge et l'orientation vers les services compétents, des femmes et nouveau-nés présentant des complications ».

Bien que les accoucheuses traditionnelles formées ou non, ne puissent être considérées comme des agents de santé qualifiés, celles-ci occupent souvent une place particulière au sein de la communauté. La formation des AT pour qu'elles deviennent des accoucheuses qualifiées n'est aujourd'hui plus recommandée mais il est important de les associer à d'autres aspects des services de santé maternelle et néonatale. Par exemple, elles peuvent jouer un rôle dans la promotion de la santé reproductive, dans la gestion des obstacles aux soins, en facilitant les orientations vers les centres de soins et en apportant leur aide aux parturientes. Ceci peut encourager l'acceptation des services SMN par la communauté et contribuer à créer des liens entre les familles, les communautés, les autorités locales et les services de santé reproductive.

Le partage des tâches dans le cadre des services de SMN est une stratégie essentielle pour élargir l'accès dans des contextes concernés par la pénurie d'agents de santé. Bon nombre de données ont été générées pour appuyer le partage des tâches pour les interventions clés entre les cadres supérieurs et les agents de santé de niveau intermédiaire et les agents de santé communautaire.

Il faudrait instaurer une approche fondée sur l'assurance qualité pour veiller à ce que les services soient de haute qualité, respectueux, fassent l'objet d'un suivi régulier, bénéficie d'un appui et soient bien gérés. Un cadre efficace d'assurance qualité doit permettre de faire en sorte que le personnel acquièrent et maintiennent des compétences

sur les compétences cliniques et interpersonnelles fondamentales requises pour fournir des services de SMN de haute qualité. La performance des prestataires doit être évaluée au départ, les lacunes doivent être identifiées et les interventions de renforcement des capacités doivent être identifiées y compris les modèles de formation efficace. Il est important d'adapter les modèles de formation pour répondre aux besoins et au champ du travail des cadres conformément aux législations et politiques nationales. De plus, la participation des communautés et des clients à la conception et au suivi de projet permettra de veiller à ce que les principes de services de qualité, notamment les soins respectueux soient défendus.

9.4.4 Questions particulières et populations

FISTULE OBSTÉTRICALE

On estime à plus de 2 millions le nombre de femmes qui souffrent d'une fistule obstétricale non traitée et à au moins 50 000 à 100 000 le nombre de nouveaux cas chaque année. La grande majorité des cas de fistule est causée par le travail prolongé ou dystocique, une des principales causes directes de mortalité et de morbidité maternelles.

Les Coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent faire en sorte que les programmes consacrés à la fistule, s'ils existent, ciblent les communautés de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Les stratégies d'éradication de la fistule comprennent la prévention primaire, la prévention secondaire, le traitement et la réintégration. La prévention primaire et secondaire consiste à retarder les mariages précoces et les accouchements, à améliorer l'alimentation des filles et adolescentes, à informer et éduquer contre toute pratique traditionnelle néfaste, à améliorer l'éducation des femmes et des filles, à utiliser le partogramme correctement et systématiquement et à améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, en particulier dans les cas de césariennes.

MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

Les complications liées aux MGF lors de la grossesse peuvent être identifiées grâce aux renseignements sur les antécédents médicaux et à un examen pelvien lors des soins prénatals. Lorsque l'ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes et la suture/réduction de l'ouverture vaginale (MGF de type III) représente la forme la plus courante, la zone vulvaire doit faire l'objet d'un examen systématique lors de la première visite prénatale. L'ouverture de l'infibulation est réalisée au cours du second

EXEMPLE DE PROGRAMME 9.3: DÉVELOPPER UN GUIDE DES SOINS DU NOUVEAU-NÉ SUR LE TERRAIN

ORGANISATION: Save the Children et autres partenaires

LIEU: Sud-Soudan

INTRODUCTION: Les résultats en matière de santé du nouveau-né restent relativement médiocres dans les zones touchées par des conflits ou des instabilités politiques. Face à ce constat, Save the Children et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont mené une action dans le cadre du Groupe interorganisations pour concevoir Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide (Guide pratique sur la santé néonatale en situations de crise humanitaire). Save the Children, en collaboration avec l'école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, UNICEF, International Medical Corps (IMC), et le Centres pour le contrôle et la prévention des maladies ont piloté l'application du Guide pratique au Sud-Soudan. Le Sud-Soudan est le plus jeune pays du monde avec un nombre élevé de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et de réfugiés du fait de la reprise du conflit en interne et dans les pays voisins. La longue histoire de conflits est à l'origine des effectifs limités et des mauvaises chaînes d'approvisionnement et infrastructures médicales.

Les objectifs de l'étude de référence portaient sur les questions suivantes:

- 1) Quels facteurs influencent la mise en œuvre du guide pratique auprès des agents de santé de l'International Medical Corps et du personnel médical dans la communauté et au niveau des établissements de santé?
- 2) Quelles sont les attitudes des agents de santé par rapport à l'adoption de pratiques en matière de nouveau-nés?

3) Quel est le lien entre l'intervention et les changements au niveau des pratiques de soins du nouveau-né au début et 5 mois après l'intervention?

Description du projet: Le projet a été mis en œuvre par l'intermédiaire des sites gérés par les ONG au niveau des communautés, des centres de santé et des hôpitaux dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Les domaines clés de l'intervention reposaient sur la mise à disposition de fournitures pour nouveau-nés, la formation des agents de santé communautaires et des professionnels de santé, ainsi que la formation et la formation des responsables de programme. Parmi les domaines transversaux figuraient la qualité des données et le changement comportemental et la communication.

RÉSULTATS: Les évaluations de référence et finales ont été menées à l'aide d'une approche fondée sur des méthodes mixtes. Les résultats font état d'améliorations des connaissances et pratiques de la communauté et des agents de santé communautaires tout comme pour les connaissances et les comportements sains des mères en matière de santé.

LEÇONS APPRISSES: Ce projet a montré que 1) la prestation de services de soins du nouveau-né était faisable; 2) des agents de santé ont des attitudes positives concernant l'importance des pratiques en matière de soins du nouveau-né; 3) les médicaments et fournitures spécifiques aux nouveau-nés font souvent défaut et 4) qu'il y avait un manque de connaissances des mères et des agents de santé communautaires et d'établissements de santé à propos des signes de danger chez les nouveau-nés et des pratiques clés.

trimestre, après que des conseils précis ont été prodigués à la femme et à son partenaire. Une fois l'infibulation ouverte, l'épisiotomie ne doit être pratiquée que si nécessaire, pendant le travail et si la femme a donné son consentement informé.

Lorsqu'une femme présentant une MGF de type III et une infibulation non-ouverte accouche, la formation de tissus cicatriciels rigides autour de l'orifice vaginal est susceptible d'entraîner un retard lors de la seconde phase du travail, ce qui peut mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant. Une épisiotomie antérieure avec incision des tissus cicatriciels dus à l'infibulation pouvant s'étendre à des épisiotomies latérales, peut s'avérer nécessaire afin de permettre un accouchement sans risques. À défaut, il est possible qu'une césarienne soit indiquée. Les prestataires

de soins doivent être formés à ne pas re-suturer ensemble les lèvres après l'accouchement mais à suturer les bords de celles-ci séparément pour ne pas recréer une infibulation. Les deux partenaires doivent recevoir des conseils avisés pour comprendre et accepter les changements résultant de la désinfibulation.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES IST

Le paludisme est à l'origine de 2 à 15 % des anémies chez les femmes enceintes en Afrique, ce qui entraîne un risque accru de mortalité et de morbidité maternelles. Le paludisme augmente également le risque d'avortement spontané, de mortinaissance, d'accouchement avant terme et de faible poids à la naissance. On estime que 3 à 8 % du nombre total des décès infantiles sont dus à la contraction

du paludisme par la mère, transmis à l'enfant. Afin d'éviter le paludisme, lors de la grossesse:

- Inciter toutes les femmes enceintes à couvrir les portes et les fenêtres pour empêcher l'entrée des moustiques dans l'espace de vie, à éviter de sortir une fois la nuit tombée ou avant l'aube et utiliser des serpentins antimoustiques pour éliminer ou éloigner les moustiques
- Inciter toutes les femmes enceintes à dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), dès les premiers stades de la grossesse si possible, et à continuer d'utiliser une MII lors de la période postpartum en y faisant également dormir leurs bébés. Les moustiquaires doivent être utilisées toutes les nuits et couvrir entièrement le lit
- Fournir un traitement préventif intermittent de sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) dans les zones de transmission modérée à forte prévalence de paludisme. Le TPI-SP doit être entamé dès que possible au cours du second trimestre. Le TPI-SP est idéalement administré comme traitement directement supervisé et il est recommandé lors de chaque visite de SPN planifiée jusqu'au moment de l'accouchement à condition que les doses soient administrées à un mois d'intervalle
- Examiner toute femme enceinte atteinte d'anémie et/ou de fièvre, ayant été exposée au paludisme, et traiter celle-ci contre le paludisme conformément aux directives du pays concerné.
- Un dispositif intégré d'interventions est nécessaire pour prévenir le paludisme, les carences en fer et l'anémie pendant la grossesse. Pour garantir l'efficacité du TPI-SP, la dose d'acide folique doit être limitée à moins de 5 mg. Idéalement, il vaut mieux utiliser un complément alimentaire combiné de 60 mg de fer et de 0,4 mg de d'acide folique par jour en commençant le plus tôt possible durant la grossesse

DÉPISTAGE DU VIH/SIDA ET PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

Le dépistage du VIH et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont une composante majeure des services complets de SMN dans de nombreux pays. On estime à 150 000 le nombre d'enfants contaminés par le VIH en 2015, dont plus de 90% par la transmission mère-enfant. Sans traitement, environ la moitié de ces enfants séropositifs mourront avant leur deuxième anniversaire. En

l'absence d'intervention, le risque de transmission mère-enfant s'échelonne de 20 à 45 %. Grâce à des interventions spécifiques, le risque de transmission peut être réduit à moins de 2% chez les femmes non-allaitantes, et à 5 % ou moins chez les femmes allaitantes.

Recommandations et principes clés de la prévention de la transmission mère-enfant.

- Proposer à toutes les femmes enceintes des conseils ainsi qu'un dépistage volontaire du VIH lors de la première visite de SPN. Entamer immédiatement un traitement antirétroviral (TAR), pour toutes les femmes enceintes qui sont diagnostiquées séropositives pour la première fois dès qu'elles sont enceintes conformément à la recommandation de commencer le TAR chez tous les adultes vivant avec le VIH indépendamment du stade clinique de l'OMS et de la numération de CD4. Les femmes enceintes séropositives doivent entamer un traitement à vie, mais à défaut de cette option, le protocole national doit être observé
- Un traitement antirétroviral ou prophylaxie antirétrovirale (ARV) doit être administré à toutes les femmes enceintes et les mères connues comme étant séropositives pendant la grossesse et l'allaitement
- Les mères vivant avec le VIH doivent allaiter pendant au moins 12 mois et peuvent continuer l'allaitement pendant près de 24 mois ou plus (comme pour la population générale) tout en bénéficiant d'un accompagnement pour le respect de la TAR
- Pour garantir le soutien au sein des familles, il faut impliquer les partenaires dans les programmes de PTME, prodiguer des conseils aux couples et assurer un suivi permanent

Voir le chapitre 11 pour le traitement TAR chez les femmes enceintes et allaitantes.

9.4.5 Coordonner et établir des liens

Des liens intersectoriels solides sont nécessaires pour fournir des services complets de santé maternelle et néonatale.

La mise en œuvre et le maintien des services efficaces d'eau, assainissement et hygiène (WASH) dans les établissements de santé est essentielle à la prévention et au contrôle des infections. Les installations propres et sécurisées dans les établissements de santé contribuent également à améliorer l'expérience des soins, la confiance à l'égard du système de santé et la demande de services.

Il est également crucial d'avoir des liens avec les programmes

de santé mentale et d'aide psychosociale. La dépression, l'anxiété et d'autres problèmes de santé mentale sont une cause fréquente de handicap pendant et après la grossesse, ce qui a des répercussions sur la vie des mères et des enfants.

Il faut également des liens avec la prévention de violence basée sur le genre (VBG) et les interventions en la matière. Les femmes qui subissent des actes de violence pendant leur grossesse sont potentiellement exposées au risque de complications pour la santé maternelle et néonatale. Les victimes de VBG ont besoin de soins intégrés et complets qui répondent à leurs besoins sur le plan juridique, psychologique et sanitaire et remédient aux obstacles qu'elles affrontent pour accéder aux services. Les prestataires de soins ont un rôle majeur à jouer dans la prestation de soins et, dans certains cas, dans l'identification de ceux qui ont subi de la violence, en facilitant les liens avec les services de protection légale et sociale.

9.4.6 Plaidoyer

Dans certains cas, les prestataires de services peuvent affronter des décisions difficiles voire des dilemmes lorsqu'ils offrent des informations et services sur la SMN. Des restrictions peuvent être imposées à l'offre de soins par la législation nationale, les normes sociales et culturelles néfastes ou des idées fausses médicales. Par exemple, les lois sur l'âge du mariage peuvent être différentes pour les garçons et les filles, et les filles peuvent donc être assujetties au mariage précoce et/ou forcé. Les normes sociales peuvent empêcher les femmes de quitter leur domicile pour se rendre dans un établissement de santé afin de bénéficier de services de SMN ou certains groupes de personnes en situations de crise humanitaire (par exemple, les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) peuvent être dans l'incapacité d'accéder à des services de SONU par le biais d'un programme parrainé par le gouvernement. De telles normes, lois et pratiques peuvent être contraires aux principes internationaux des droits humains. Les responsables de programmes ou prestataires de services SSR peuvent affronter de tels dilemmes et ils doivent connaître les positions des agences/organisations sur ces questions de SSR. Ces informations doivent également figurer dans l'analyse situationnelle et les éventuelles étapes suivantes.

En cas de situation difficile, les Coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé ou les prestataires de services doivent avant tout donner la priorité à la sécurité et la santé de la cliente, à la leur et celles de leurs collègues. Les étapes suivantes peuvent consister à :

- Parler avec un superviseur
- Évoquer les options avec la cliente
- Savoir si l'agence est impliquée dans le plaidoyer sur cette question et comment y contribuer
- Explorer les liens avec et les orientations vers des organisations locales qui pourraient davantage aider la cliente
- Travailler avec les collègues et d'autres prestataires de SSR afin d'identifier comment éviter/gérer ces situations à l'avenir tout en respectant la confidentialité
- Soulever ces questions lors des réunions de coordination sanitaire

9.5 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Les soins maternels respectueux (SMR) en situations de crise humanitaire sont un droit et non un luxe pour les femmes. Le fait de veiller à ce que les femmes soient non seulement satisfaites de leur expérience en termes de soins mais qu'elles aient aussi une bonne expérience de l'accouchement peut être un élément déclencheur pour garantir leur survie et leur prospérité. Les expériences vécues par les femmes dans les services de santé maternelle et néonatale peuvent les rendre autonomes et les reconforter ou elles peuvent causer des dommages durables et un traumatisme émotionnel. Les mauvais traitements des femmes dans le cadre des soins maternels sont une question majeure à l'échelle mondiale et elle sape les efforts déployés en permanence pour accroître les accouchements en présence d'un agent qualifié. Les mauvais traitements sont une question complexe comportant de nombreux leviers, notamment le système de santé lui-même et les inégalités en matière de genre. Les efforts visant à réduire les mauvais traitements et à faire avancer les SMR font partie intégrante de l'amélioration de la qualité des soins.

Les soins maternels respectueux sont un droit humain universel pour toute femme enceinte dans tous les systèmes de santé et contextes. Les Droits universels des femmes enceintes reconnus dans la Charte sur les soins maternels respectueux comprennent :

- Le droit à ne pas être exposée à des dangers et aux mauvais traitements avant, pendant et après l'accouchement

- Le droit à l'information, au consentement informé, au refus, et au respect des choix et préférences, (notamment le droit à un accompagnateur de son choix pendant le travail et l'accouchement, dans la mesure du possible)
- Le droit au respect de l'intimité et de la confidentialité avant, pendant et après l'accouchement
- Le droit à être traitée avec dignité et respect avant, pendant et après l'accouchement
- Le droit à l'égalité, à la protection contre la discrimination, et à des soins équitables avant, pendant et après l'accouchement
- Le droit aux soins de santé et au niveau plus élevé de santé y compris l'accès aux soins prénatals, obstétricaux et postpartum pour toutes les paires mère-bébé et à toutes les mesures nécessaires afin de réduire la mortalité et morbidité maternelle et périnatale
- Le droit à la liberté, à l'autonomie, à l'auto-détermination, et à la protection contre la contrainte

L'exercice d'autres droits humains, comme le droit à une alimentation, à un hébergement d'urgence, à l'eau propre, aux informations et à l'éducation est essentiel pour assurer la survie et la santé de mère et de l'enfant.

9.6 SUIVI ET ÉVALUATION

9.6.1 Disponibilité et utilisation de services de SMN

Le suivi permanent des services de SMN est essentiel pour comprendre les besoins des femmes et des nouveau-nés dans la phase d'urgence aiguë et si leurs besoins sont remplis alors que les interventions avancent pour fournir des services complets de SMN. Les données requises pour le suivi peuvent être obtenues par le biais d'un certain nombre de mécanismes qui sont expliqués de manière plus détaillée dans le Chapitre 5.

Dans la phase d'urgence aiguë, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, les soins néonataux essentiels et les voies d'orientation vers les établissements compétents sont des questions qui doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi. Lorsque les programmes évoluent vers une prestation de services complets de SMN, des efforts de suivi doivent aller au-delà du suivi de la disponibilité des

services et commencer à évaluer l'utilisation et la qualité des services. Les données relatives aux SPN habituels, aux soins durant l'accouchement, aux soins postnatals, et aux effectifs seront collectées, dans la plupart des cas, par le biais des établissements. Les registres et les modèles de rapports ventilés doivent être standardisés et simplifiés autant que possible. Il est important de limiter la charge des efforts de suivi en demandant la collecte des données qui sera utilisée pour les décisions cliniques et programmatiques.

Le suivi de l'existence et du caractère opérationnel des voies d'orientation vers des établissements compétents sont essentiels pour fournir des services de SMN de qualité suite à une urgence. Les informations sur les orientations reçues ou adressées à des établissements compétents doivent être collectées par les établissements dans la mesure du possible (par le biais de registres ou de formulaires). Les recensements des systèmes d'orientation vers des établissements compétents nécessiteront une collaboration avec tous les établissements de santé opérationnels et les enquêtes sur toutes les exigences relatives à un système opérationnel d'orientation vers des établissements compétents. Cela inclura le recensement des établissements, la connaissance des capacités de chaque établissement, les options en matière de transport et les canaux de communication.

9.6.2 Qualité de services de SMN

La qualité des services de SMN est un domaine auquel les ONG et les bailleurs de fonds s'intéressent pour le recensement et le suivi. La qualité fait référence à la fois aux soins dispensés et à l'expérience des soins qui peuvent inclure le point de vue du prestataire et de la cliente. Plusieurs aspects de la qualité des soins peuvent faire l'objet d'un suivi, de l'utilisation efficace des interventions cliniques à la satisfaction des clientes et les aspects du suivi seront déterminés par les objectifs du programme. Pour obtenir des données liées à la qualité des services, les responsables de programme peuvent utiliser les archives des établissements et devront utiliser d'autres moyens de collecte de données qui peuvent inclure et les enquêtes auprès des prestataires, l'évaluation des établissements, les observations directes de service, les groupes de discussion avec les clientes et/ou les prestataires.

SURVEILLANCE ET INTERVENTION FACE À LA MORT MATERNELLE ET PÉRINATALE

Les audits sur la mortalité et les bilans sur les accidents évités sont des outils qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins. Les bilans des morts maternelles, des mortinaissances et des morts néonatales, de même que les cas où la femme ou le bébé ont failli mourir, sont utilisés

pour identifier les facteurs conduisant aux complications ou à la mort. Ils aident également à identifier les défaillances du système de santé et peuvent inspirer des solutions locales pour prévenir de telles complications ou décès à l'avenir. Il existe plusieurs techniques pour conduire des audits de mortalité maternelle et périnatale et les bilans sur les accidents évités dans le cadre d'un programme complet de SMN. Il est très important de commencer les évaluations en gardant à l'esprit qu'aucun nom ne sera noté et il n'y aura pas de culpabilisation. Le processus d'audit de la mortalité et le feedback, si associé à un plan d'action et à des objectifs clés, fait état d'un impact plus important sur les pratiques en matière de soins et les résultats que d'autres stratégies d'amélioration.

9.6.3 Indicateurs prioritaires pour le suivi des services de SMN en situations de crise humanitaire

Il existe beaucoup d'indicateurs relatifs à la SMN qui peuvent être utilisés pour suivre l'application et les progrès d'un programme. Dans les contextes d'urgence, la collecte de données et les efforts de suivi doivent être limités aux informations nécessaires et spécifiques pour les activités et les objectifs des programmes. Les 11 premiers indicateurs recommandés pour le suivi sont énumérés ci-dessous.

POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES AYANT BÉNÉFICIÉ D'AU MOINS 4 VISITES PRÉNATALES LORS DE LA GROSSESSE

- Définition: Nombre de femmes qui accouchent ayant bénéficié de soins prénatals auprès d'un agent qualifié au moins 4 fois durant la grossesse divisé par le nombre total de naissances vivantes dans une période donnée
- But/logique: La couverture des soins prénatals est un indicateur recommandé pour l'accès aux soins durant la grossesse
- Les méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données peuvent être collectées à partir d'enquêtes auprès de ménages représentatifs. Dans certains contextes, les données des établissements et les systèmes d'enregistrement civil peuvent également être utilisés

TAUX D'ACCOUCHEMENT AVEC ASSISTANCE QUALIFIÉE

- Définition: Pourcentage de naissances vivantes assistées par un agent qualifié dans une période donnée (nombre de naissances assistées par des

médecins/infirmières/sages-femmes formés aux soins obstétricaux et néonataux divisé par le nombre total de naissances vivantes durant la même période)

- But/logique: La plupart des morts maternelles non liées à un avortement surviennent durant le travail et l'accouchement ou dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Le taux d'assistance qualifiée est l'indicateur recommandé pour l'accès aux soins vitaux durant l'accouchement
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données peuvent être collectées à partir d'enquêtes auprès des ménages représentatifs ou des systèmes de surveillance démographiques/sanitaires. Dans certains contextes, les données des établissements et les systèmes d'enregistrement civil peuvent également être utilisés

POURCENTAGE DE FEMMES ET DE FILLES ACCOUCHANT DANS UN ÉTABLISSEMENT AUXQUELLES UN UTÉROTONIQUE EST IMMÉDIATEMENT ADMINISTRÉ POUR LA PRÉVENTION DE L'HÉMORRAGIE POSTPARTUM

- Définition: Nombre de femmes auxquelles un utérotonique (ocytocine ou misoprostol) a été administré lors de la troisième phase du travail divisé par le nombre total de femmes accouchant durant la même période
- But/logique: L'hémorragie postpartum est la principale cause de mortalité maternelle dans les pays à faible revenus et la principale cause de près d'un quart des morts maternelles à travers le monde. L'administration d'utérotoniques immédiatement après l'accouchement est l'indicateur recommandé pour la qualité des soins durant l'accouchement
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

POURCENTAGE DE DYADES MÈRE-BÉBÉ QUI BÉNÉFICIENT DE SOINS POSTNATALS DANS LES DEUX JOURS SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

- Définition: Nombre de femmes/filles et de bébés qui bénéficient de soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement divisé par le nombre total de femmes/filles qui ont accouché durant une période donnée
- But/logique: Les soins postnatals précoces sont

essentiels pour détecter les complications chez les femmes pendant la période postnatale et leurs nouveau-nés. La couverture des soins postnatals est l'indicateur recommandé pour l'accès aux soins postnatals

- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données peuvent être collectées à partir d'enquêtes auprès de ménages représentatifs. Dans certains cadres, les archives des établissements peuvent aussi être utilisées

DISPONIBILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PROPOSANT DES SOINS

- Définition: Nombre d'établissements de santé proposant des soins obstétriques essentiels de base et complets (connus comme les actions vitales) au moins une fois au cours des 3 mois précédents pour 500 000 personnes
- But/logique: Cet indicateur montre que des services de soins obstétriques vitaux sont disponibles. Il a pour but de refléter la manière dont les établissements fonctionnent et pas la façon dont ils sont censés fonctionner
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données peuvent être collectées à partir des enquêtes des établissements qui examinent les dossiers médicaux ou les statistiques de service. Les entretiens avec le personnel compétent qui prennent en charge les patients de soins obstétriques sont une deuxième source d'information que les archives écrites, bien que potentiellement biaisée

PROPORTION DE CÉSARIENNES PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCOUCHEMENTS

- Définition: Nombre de naissances vivantes par césarienne dans un établissement divisé par le nombre de naissances vivantes dans un établissement sur une période donnée
- Logique: Cet indicateur est un marqueur des soins obstétriques d'urgence complets et fournit un aperçu des soins maternels et néonataux. Si le pourcentage est élevé (fourchette prévue: 5-15%), cela peut signifier que des césariennes non-indiquées sont pratiquées. Lorsque ventilé par établissement, il peut mettre en évidence les inégalités en matière de ressources humaines, de formation et d'équipements/fournitures
- Collecte de données. Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements. Les

femmes qui sont transférées dans des établissements de santé de référence en raison de complications obstétriques qui devraient être incluses, même si la capacité à obtenir des données dépendra de la solidité du système d'orientation vers des établissements compétents

LES TAUX DE MORTALITÉ DIRECTE LIÉE AUX CAS OBSTÉTRIQUES (OU TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE INSTITUTIONNELLE SI LA CAUSE DE LA MORT NE PEUT PAS ÊTRE CONFIRMÉE)

- Définition: Nombre de femmes accouchant dans un établissement qui meurent avant leur sortie en raison de causes obstétriques divisé par le nombre total de femmes qui accouchent dans un établissement à un moment donné
- But/logique: Les morts maternelles sont des faits rares et il est possible qu'il soit compliqué de conduire des entretiens de grande envergure requis pour évaluer la mortalité maternelle au niveau d'une population. Le taux de mortalité directe liés à des cas obstétriques est un indicateur recommandé pour la disponibilité et la qualité des soins d'urgence
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

TAUX DE MORTINAISSANCE

- Définition: Nombre d'enfants nés après 28 semaines de gestation nés sans signe de vie divisé par le nombre total de naissances dans une période donnée
- But/logique: Le taux de mortinaissance est un indicateur important de la qualité de soins pendant l'accouchement
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

TAUX DE MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE (AVANT LA SORTIE)

- Définition: Nombre de bébés nés dans un établissement qui décèdent pendant les 24 premières heures de vie (ou avant la sortie si hospitalisés moins de 24 heures) divisé par le nombre total de naissances vivantes dans un établissement sur une période donnée
- But/logique: À travers le monde, près de 2 millions

de nourrissons meurent au moment de l'accouchement, chaque année. Les morts néonatales précoces incluent les bébés nés à terme qui n'ont pas pu être réanimés, pour qui la réanimation n'était pas disponible ou qui ont subi des traumatismes spécifiques à la naissance, quand le décès est survenu dans les 24 heures suivant l'accouchement

- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

TAUX DE RÉANIMATION NÉONATALE

- Définition: Nombre de bébés réanimés divisé par le nombre de bébés nés dans un établissement dans une période donnée qui ne respirent pas/ne pleurent pas à la naissance
- Méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

PROPORTION DE BÉBÉS AVEC FPN

- Définition: Nombre de bébés nés avec un poids de moins de 2500 grammes divisé par le nombre total de naissances vivantes dans un établissement sur une période donnée
- But/logique: Le faible poids à la naissance est soit la conséquence de la naissance avant terme ou de la croissance fœtale limitée. Les risques de mortalité néonatale sont considérablement plus élevés chez les bébés avec un faible poids à la naissance
- Les méthodes et considérations relatives à la collecte de données: Les données doivent être collectées à partir des archives des établissements

9.7 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

American Academy of Pediatrics. (2011). *Guide for Implementation of Helping Babies Breathe: Strengthening neonatal resuscitation in sustainable programs of essential newborn care*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Extrait de: https://www.aap.org/en-us/Documents/hbs_implementationguide_english.pdf

Dao, B. (2012). *Directives pour la formation continue en soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets*. Baltimore, Maryland: Jhpiego. Extrait de: <http://reprolineplus.org/system/files/resources/Guidelines%20for%20Basic%20and%20Comprehensive%20InService%20final%20fr.pdf>

ENN (2017). *L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence*. Extrait de: <https://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017>

HCR. (2015). *Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés*. Extrait de: <https://www.unhcr.org/fr/publications/operations/54bd0f789/directives-operationnelles-lamelioration-sante-nouveau-nes-operations-secours.html>

Jhpiego. (2015). *Aider les mères à survivre. Saignement Après la Naissance*. Jhpiego. Extrait de: <http://reprolineplus.org/resources/HMS-French>

Jhpiego. (2016). *Uterine Balloon Tamponade Learning Resource Package & Job Aid*. Extrait de: <http://reprolineplus.org/resources/Uterine-Balloon-Tamponade-LRP>

- Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, OMS, & The Aga Kahn University. (2011). *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*. Genève, Suisse: Le Partenariat pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Extrait de: https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_fr_low.pdf
- OMS. (2013). *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance - Information for Action to Prevent Maternal Death*. Genève, Suisse. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87340/1/9789241506083_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2016a). *Pour que chaque enfant compte : audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255352/9789242511222-fre.pdf>
- OMS. (2016b). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*.
- OMS, FNUAP, & UNICEF. (2003). *Prise en charge des problèmes du nouveau-né: manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43560/9242546222_fre.pdf
- OMS, FNUAP, & UNICEF. (2015). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice* (3è éd.). Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf?ua=1>
- OMS, FNUAP, UNICEF, & Mailman School of Public Health Averting Maternal Death and Disability (AMDD). (2009). *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence: Manuel d'utilisation*. Extrait de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/>
- President's Malaria Initiative, CDC, MCHIP, & MCSP. (2017). *Traitement du paludisme non compliqué chez les femmes en âge de procréer*. Extrait de: https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/02/MIP_JobAid_Formatted_French.pdf
- UNICEF, & FNUAP. (2017). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (OMS, Ed.) (2è éd.). Genève, Suisse. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43009/9242545872.pdf>

CHAPITRE 10

LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

10.1 Introduction

10.2 Objectifs

10.3 Élaboration de programme sur la violence basée sur le genre

10.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

10.3.2 Recensement des besoins

10.3.3 Considérations relatives à l'élaboration de programme sur les victimes de violence basée sur le genre

10.3.4 Considérations relatives au soutien psychosocial pour les victimes de violence basée sur le genre

10.3.5 Coordonner et établir des liens

10.3.6 Plaidoyer

10.4 Considérations en matière de droits humains et de droit

10.4.1 Principes directeurs

10.4.2 Défis et opportunités

10.5 Suivi et évaluation

10.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires

10.1 INTRODUCTION

La violence basée sur le genre est un terme générique pour tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne et qui s'appuie sur des différences entre les hommes et les femmes, attribuées par la société (le genre). Elle comprend des actes qui infligent des souffrances physiques, sexuelles ou mentales, des menaces, la contrainte et d'autres privations de liberté. Ces actes peuvent survenir dans la sphère publique ou privée.

Le terme « violence basée sur le genre » (également dénommée « violence sexuelle et basée sur le genre ») souligne la dimension du genre dans ce type d'actes. En d'autres termes, ce terme met en exergue le lien entre le statut d'infériorité des femmes dans la société et leur vulnérabilité croissante à l'égard de la violence. Les femmes et les filles sont les plus touchées par la VBG et par conséquent, le terme « violence basée sur le genre » est souvent utilisé de façon interchangeable avec le terme « violence contre les femmes. » Cependant, les hommes et les garçons peuvent également être victimes

de violence basée sur le genre ou sexuelle, en particulier lorsqu'ils sont soumis à des tortures, des détentions ou à une participation forcée à des conflits en tant qu'enfants-soldats. De plus, le terme VBG peut également être utilisé pour faire référence à la violence ciblant les lesbiennes, gays, personnes transgenres, queer, en questionnement, intersexes et asexuées (LGBTQIA) qui sont exposés à des risques car ils sont perçus comme défiant les normes relatives au genre de la société, ou comme étant non conformes au genre.

La VBG inclut:

- La violence sexuelle, y compris le viol, les abus sexuels, l'exploitation sexuelle et la prostitution forcée.
- La violence domestique
- Le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé
- Les pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines

- La traite des êtres humains y compris le trafic sexuel, la traite des enfants et le trafic de main d'œuvre
- Le refus d'accorder des ressources et le manque de perspectives sur la base du genre, de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre
- Les actes dommageables en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre

Les actes de VBG violent un certain nombre de droits humains fondamentaux protégés par des textes et des accords internationaux. Un grand nombre de VBG sont illégales et considérées comme des actes criminels par les législations et les politiques nationales, bien qu'elles varient en termes de contenu et d'application d'un pays à l'autre. Même si la responsabilité des actes de VBG relève du pôle de protection, la prévention de la violence sexuelle, en particulier pour faciliter l'accès sécurisé aux soins de santé et aux soins dispensés aux victimes de violence sexuelle et d'autres soins médicaux et de santé mentale, sont de la

ENCADRÉ 10.1: VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE: QUELQUES DÉFINITIONS

VIOLENCE SEXUELLE (VS)

Tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tous commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité 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 tout contexte y compris le domicile mais pas seulement. La violence sexuelle inclut:

- **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 l'utilisation de la force, la menace ou la coercition. Sont considérés comme une tentative de viol les efforts visant à viol quelqu'un sans 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 de position de vulnérabilité, de pouvoir différentiel ou de confiance, à des fins sexuelles, y compris, entre autres, pour tirer profit pécuniairement, socialement ou politiquement de l'exploitation sexuelle d'une autre personne

LA VIOLENCE DOMESTIQUE

La violence domestique fait référence à la violence entre partenaires actuels ou anciens (conjoints, petit ami/petite amie) ainsi qu'entre membres de la famille (par exemple, belles-mères et belles-filles). La violence domestique peut inclure des abus sexuels, physiques et psychologiques. D'autres termes sont utilisés pour faire référence à la violence commise par un conjoint, à savoir « violence conjugale » et « maltraitance de la femme ».

LA MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

La MGF comprend toutes les interventions qui impliquent un retrait partiel ou total des organes génitaux féminins ou d'autres lésions sur ces organes pour des raisons non-médicales. Ces pratiques sont parfois également appelées « circoncision féminine » ou « mutilation génitale féminine ».

MARIAGE PRÉCOCE FORCÉ

On parle de mariage précoce forcé lorsque les parents arrangent le mariage d'un(e) mineur(e). La contrainte se concrétise par les pressions ou en ordonnant à un(e) mineur(e) de se marier et elle peut être liée à la dot ou à d'autres raisons. Le mariage forcé est une forme de VBG dans la mesure où le/la mineur(e) n'est pas autorisé(e) ou n'est pas assez âgé(e) pour faire un choix informé.

compétence du secteur/pôle de santé.

Les conséquences de la VBG peuvent être immédiates ou sur le long terme, du fait d'actes de violence directs ou d'actes secondaires de long terme:

- Les conséquences physiques vont des blessures relativement mineures aux blessures graves conduisant à la mort ou à des handicaps et troubles permanents, en passant par les grossesses non désirées. Parmi les autres conséquences possibles figurent aussi l'avortement à risques, les résultats néfastes en

matière de grossesse y compris l'avortement spontané, le faible poids à la naissance, et les taux accrus de mortalité fœtale, néonatale et infantile, les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, la maladie pelvienne inflammatoire, la stérilité et les syndromes de douleurs chroniques et les infections des voies urinaires

- Les conséquences psychologiques incluent l'anxiété y compris les syndromes du stress post-traumatiques (SSPT), la dépression, les sentiments d'infériorité, l'incapacité à faire confiance, la peur, la consommation

ENCADRÉ 10.2: VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE

- En République démocratique du Congo, le Fonds Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) s'est associé avec des partenaires pour offrir des services à 12 247 victimes de VBG; 3 827 soit environ 30% étaient des enfants parmi lesquels figuraient 3 748 filles et 79 garçons
- Au Pakistan, suite aux inondations de 2011, 52% des communautés interrogées ont signalé que l'intimité et la sécurité des femmes et des filles étaient une préoccupation majeure. Lors d'une évaluation rapide de la protection auprès des personnes déplacées dans leur propre pays touchées par des conflits, les répondants ont signalé qu'un certain nombre de femmes et de filles étaient confrontées à une violence domestique aggravée, au mariage forcé, au mariage précoce et au mariages d'échange outre d'autres cas de violence basée sur le genre
- En Afghanistan, une enquête auprès des ménages menée en 2008 a montré que 87,2% des femmes avaient signalé une forme de violence subie au cours de leur vie et 62% avaient subi des formes multiples de violence
- Au Liberia, une enquête conduite auprès de 1 666 adultes a indiqué que les combattants masculins subissaient des actes de violence sexuelle tandis que 16,5% étaient contraints à l'esclavage sexuel. Sur un échantillon de 388 réfugiées libériennes vivant dans des camps en Sierra Leone, 74% ont signalé avoir subi des violences sexuelles avant d'être déplacées; 55% ont subi des actes de violence sexuelle pendant leur déplacement
- Sur les 64 femmes handicapées interrogées au Nord de l'Ouganda après le conflit, un tiers a signalé avoir subi une forme de VBG et plusieurs ont eu des enfants suite à un viol
- Dans une évaluation datant de 2011, les adolescentes somaliennes du complexe de réfugiés de Dadaab au Kenya ont expliqué qu'elles étaient à bien des égards, « en butte à des attaques » qui incluent le harcèlement verbal et physique, l'exploitation et les violences sexuelles en rapport avec la nécessité de satisfaire leurs besoins élémentaires et le viol, notamment en public et par des agresseurs multiples. Les filles ont signalé qu'elles se sentaient particulièrement vulnérables face à la violence lorsqu'elles accèdent à des services ou ressources limitées comme les points d'eau ou quand elles vont chercher du bois en dehors des camps
- Au Mali, les filles des familles déplacées du Nord (ou la mutilation génitale féminine n'est pas pratiquée) vivaient dans les communautés d'accueil du sud (où la MGF est une pratique courante). Beaucoup de ces filles ont été victimes de rejet car elles n'avaient pas subi la MGF; cela a conduit les familles du nord à se sentir contraintes de faire pratiquer la MGF sur leurs filles
- La violence domestique a été largement signalée comme ayant augmenté après le tsunami de l'Océan indien de 2004. Une ONG a signalé que le nombre de cas qui lui ont été signalés a été multiplié par trois. Les études issues des États-Unis, du Canada, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie suggèrent aussi une augmentation significative des cas de violence domestique liée aux catastrophes naturelles
- Les recherches menées par l'Unité de Documentation sur les Droits Humains de l'Union des femmes birmanes [Human Rights Documentation Unit and the Burmese Women's Union] datant de 2000 ont conclu qu'environ 40 000 femmes birmanes sont exploitées chaque année dans les usines et maisons closes thaïlandaises et en tant que domestiques
- Le Système de Gestion des Informations sur la Violence Basée sur le Genre (GBVIMS) lancé en Colombie en 2011 pour améliorer l'accès des victimes aux soins, a collecté des données sur les incidents de VBG auprès de 7 municipalités. Mi 2014, 3 499 femmes (dont 92,6% étaient âgées de 18 ans ou plus) et 437 hommes (dont 91,8% étaient âgés de 18 ans ou plus) ont été inscrits dans le GBVIMS et parmi 3000 ont bénéficié d'une assistance

accrue de substance, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, les dysfonctionnements sexuels ainsi que le suicide ou l'automutilation

- La VBG a également un impact majeur sur la santé sociale de l'individu et de la communauté en termes de stigmatisation, d'isolement et de rejet des victimes et des enfants nés d'un viol (y compris par les maris et les familles), les pertes de revenu potentiel, l'interruption de la scolarité des adolescents et l'homicide (par exemple, les prétendus crimes d'honneur et l'infanticide féminin)

Bien que la VBG soit un problème mondial, la nature et l'envergure des types spécifiques de VBG varient selon les pays et les régions. La VBG est peu documenté mais diverses formes de la VBG ont fait l'objet d'études lors des crises humanitaires et il faut partir du principe que la VBG survient dès le début d'une crise indépendamment de la disponibilité des données sur la prévalence.

La violence basée sur le genre peut survenir tout au long du cycle de vie (voir Fig. 10.1). Certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres selon leur appartenance à différents groupes.



10.2 OBJECTIFS

Ce chapitre est consacré à la responsabilité des coordinateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR), des responsables de programme de santé et des prestataires de service pour

prévenir et intervenir face aux conséquences sanitaires de VBG. Les objectifs de cette session sont de les aider à comprendre:

- Dans quelle mesure la VBG peut adopter des formes diverses et variées et toucher différentes sous-populations

- Les rôles et responsabilités du secteur de la santé dans les interventions sur la VBG dans les situations de crise humanitaire
- L'approche multisectorielle pour éviter et intervenir face à la VBG
- Comment soutenir l'intégration de la prévention de la VBG et les éléments de l'intervention dans le secteur/pôle de santé

10.3 ÉLABORATION DE PROGRAMME SUR LA VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE

10.3.1 Dispositif minimum d'urgence

Les services de santé sont souvent les premiers - et parfois les seuls - points de contact des victimes en quête d'assistance pour la VBG. Dès les premiers stades d'une urgence, les acteurs de santé doivent faire en sorte de prévenir et de fournir des soins cliniques aux victimes de violence sexuelle conformément au Dispositif minimum d'urgence (DMU). La prévention de la violence sexuelle et la réponse aux besoins des victimes est un objectif fondamental du DMU. Les activités prioritaires se concentrent sur: 1) Le travail avec d'autres pôles, surtout le sous-groupe de protection ou de 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 de la violence sexuelle; 2) L'offre de soins cliniques et les orientations vers d'autres services disponibles pour les victimes de violence sexuelle; et 3) La mise en place d'espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir et fournir les soins cliniques adaptés aux victimes de violence sexuelle et les orienter.

Dès que possible, les acteurs du secteur de santé doivent être équipés pour fournir des soins cliniques aux victimes de tout type de VBG et le cas échéant, les orienter vers les services compétents. Pour que les services de soins soient accessibles et de qualité pour les victimes de VBG, il faut qu'ils soient dispensés de manière sécurisée, confidentielle, digne et non discriminatoire et tenir compte du genre, de l'âge et de tout besoin spécifique des victimes.

10.3.2 Recensement des besoins

Bien que les recensements soient essentiels à la conception et la mise en œuvre du programme, ils ne sont pas une condition préalable à la mise en place de mesures

primordiales de prévention, d'atténuation et d'intervention face à la VBG avant ou au début d'une urgence. Bon nombre d'interventions de réduction des risques peuvent être introduites sans conduire un recensement des besoins. Par exemple, les acteurs du secteur sanitaire peuvent appliquer le DMU au début d'une urgence.

Intégrer les considérations relatives à la VBG au recensement des besoins pour la planification de services complets de SSR. Au sein du cadre multi-sectoriel, les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé font partie du secteur/pôle de santé et ils doivent collaborer avec d'autres acteurs du secteur/pôle impliqués dans la programmation sur la VBG pour collecter les informations suivantes:

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE:

- Le niveau de connaissances des conséquences sanitaires de la VBG, du moment et du lieu où il est possible d'accéder aux services de santé compétents
- Niveau de connaissance des services et des ressources liés à la VBG au sein de la population à risque

AU NIVEAU DES PROGRAMMES

- Les acteurs internationaux et locaux travaillant sur la VBG
- L'existence de procédures, protocoles, pratiques et formulaires de signalement nationaux, multisectoriels et interorganisations
- Le lieu et le type des services fournissant des soins aux victimes de VBG (santé, soutien communautaire, social, psychologique, légal)
- Le degré de respect des normes éthiques et de sécurité dans les services de santé (sécurité, intimité, confidentialité, respect)
- Besoins en formation des personnels de programme SSR et des agents de santé
- La disponibilité des fournitures pour les soins administrés aux victimes de violence sexuelle y compris la contraception d'urgence (CU), la prophylaxie post-exposition (PPE), et les médicaments et les équipes d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi
- Données sur la VBG collectées au niveau des établissements

AU NIVEAU NATIONAL

- Protocoles nationaux liés aux soins médicaux et aux orientations des cas de VBG vers les services compétents
- Législations nationales liées à la VBG et les types de VBG citées
- Plans/politiques nationaux pour l'éradication des VBG. Quels types de VBG sont ciblés par le plan?
- Définition légale du viol. L'âge légal du consentement à l'activité sexuelle. Est-il différent pour les garçons et les filles?
- Lois sur le signalement obligatoire des cas de violence sexuelle et d'agression sexuelle

- Législation nationale sur l'avortement dans le contexte du viol et de l'inceste
- Catégories de prestataires de services de santé autorisées à collecter des preuves médico-légales et éventail de preuves médico-légales admissibles auprès des tribunaux

Tout le monde convient que la VBG et en particulier la violence sexuelle sont peu documentées quel que soit l'endroit dans le monde. Les victimes craignent souvent les conséquences sociales, physiques, psychologiques ou légales néfastes si elles venaient à révéler les faits. Dans les contextes caractérisés par l'instabilité, l'insécurité, la perte d'autonomie, l'effondrement de la loi et de l'ordre public et la perturbation générale des systèmes communautaires et familiaux, la révélation des faits est encore moins probable.

ENCADRÉ 10.3: RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ, D'ETHIQUE ET DE MÉTHODOLOGIE POUR LA DOCUMENTATION ET LE PARTAGE D'INFORMATIONS SUR LE CAS DE VBG SIGNALÉS AUX SERVICES DE SSR

QUAND DOCUMENTER LES INFORMATIONS

- Les soins et le soutien de base accordés aux victimes doivent être disponibles avant le début de toute activité impliquant des individus qui révèlent des informations concernant la VBG qu'ils ont vécue
- La sécurité des prestataires de service impliqués dans le recueil d'informations sur la VBG est une préoccupation primordiale et en situations de crise humanitaire en particulier, elle doit faire l'objet d'un suivi permanent
- Le respect de la confidentialité à l'égard des personnes qui communiquent des informations sur la VBG doit être assuré à tout moment et elles doivent donner un consentement informé avant que les informations données soient documentées
- Les prestataires de service de SSR qui prennent en charge les victimes de VBG doivent être sélectionnés minutieusement et suivre une formation spécialisée adaptée et disposer d'un soutien continu
- Le personnel doit être formé sur le respect des protocoles de protection des données et être redevable à cet égard
- Des garanties complémentaires doivent être établies si des enfants (par exemple ceux âgés de moins de 18 ans) sont impliqués

LORS DU PARTAGE DES DONNÉES

- Garder à l'esprit le public concerné et l'utilisation éventuelle des données et proposer des directives pour l'interprétation des données
- Donner des éléments de contexte sur toutes les données communiquées. Si possible, et si cela ne présente pas de danger, fournir des informations sur les camps/dispensaires/districts d'où proviennent les signalements. Être précis, par exemple « cas signalés par X établissements de santé »
- Ne donner une description complète de l'incident que si elle ne peut pas être reliée à des victimes précises (la date précise et le lieu, les informations sur la victime, l'ethnicité, l'âge, le sexe, et les résultats des examens médicaux ne peuvent être indiqués que si cela ne présente pas de danger)
- Fournir des informations complémentaires qui peuvent avoir contribué aux changements du nombre de cas signalés par rapport à la période précédente. On peut par exemple constater qu'il y a davantage de services disponibles, de campagnes d'information, qu'il y a une recrudescence d'attaques violentes. Dans la mesure du possible, les informations sur le moment où les incidents ont eu lieu doivent être collectées et les informations signalées parallèlement aux nombres agrégés
- Donner un titre adapté à tous les tableaux et les rapports pour éviter que les informations soient sorties du contexte

TABLEAU 10.1: ACTIONS CLÉS POUR PERMETTRE AUX ACTEURS DE SANTÉ D'ÉVITER ET D'INTERVENIR SUITE À DES ACTES DE VBG

ACTIONS CLÉS	PRÉPARATION	INTERVENTION	RÉTABLISSEMENT
Veiller à ce que les femmes et les adolescentes aient un accès immédiat aux services prioritaires de santé reproductive comme présentés dans le DMU au début de l'urgence.		X	
Veiller à ce que les victimes de VBG aient accès à des soins de haute qualité, vitaux notamment le traitement post-viol et les soins cliniques pour d'autres formes de VBG.		X	X
Après le début et durant les phases de transition, rétablir les services complets de santé reproductive, notamment les traitements de VBG et les systèmes de référence.			X
Impliquer les femmes, les adolescentes et d'autres groupes à risque dans la conception et l'élaboration de programme de santé (avec précaution lorsque cela pose un risque de sécurité potentiel ou accroît le risque de VBG)	X	X	X
Pré-positionner le personnel formé et les fournitures adaptées afin de mettre en œuvre des soins cliniques pour les victimes de VBG dans diverses prestations de service de santé (par ex., les médicaments, les équipements, les fournitures administratives, la santé mentale et soutien psychosocial, les orientations vers les établissements compétents, etc.)	X	X	
Développer et/ou standardiser les protocoles et politiques pour les programmes de santé liés à la VBG, en partenariat avec le Ministère de la Santé, si possible, et les acteurs de la société civile y compris les groupe de défense des droits des femmes, pour assurer des soins intégrés et de qualité pour les victimes.	X	X	X
Améliorer la capacité des agents de santé à dispenser des soins de qualité qui sont adaptés à l'âge, au genre et à la culture locale des victimes par le biais de la formation, de l'appui et de la supervision de la prévention de la VBG et les soins cliniques face aux agressions sexuelles et d'autres formes de VBG. Garantir un axe centré sur les compétences cliniques et comportementales pour des soins adaptés aux enfants et promouvoir l'accès et le rétablissement des victimes masculines et féminines.	X	X	X
Promouvoir l'intégration des services de santé disponibles dans les modes opératoires standards relatifs à la VBG et/ou les parcours de référence; promouvoir les évaluations de la qualité des soins si le contexte le permet.	X	X	X
Évaluer et aborder l'accessibilité des établissements de santé et de santé reproductive qui intègrent les services liés à la VBG (par exemple, mettre à disposition des accompagnants sûrs et confidentiels, rendre les horaires d'ouverture pratiques, assurer l'accès universel aux personnes handicapées, éliminer les frais de service, etc.)	X	X	X
Appliquer les stratégies qui optimisent la qualité des soins dispensés aux victimes dans les établissements de santé (par exemple, les directives standardisées pour les soins cliniques administrés suite à une agression sexuelle; créer des salles de consultation privée; conserver un nombre suffisant de fournitures et de médicaments; fournir des services de suivi; etc.)		X	X
Assurer le partage d'informations et la coordination entre les groupes de travail sur la santé et la VBG, notamment en identifiant les actions conjointes pour aborder les risques de VBG et garantir la protection des femmes, des filles et d'autres groupes de personnes à risque et fournir des services de santé de qualité aux victimes de VBG.		X	X
Solliciter le mécanisme de coordination relative à la VBG pour l'appui et les indications, attribuer un point focal pour participer régulièrement aux réunions des groupes de travail sur la VBG.		X	X
Identifier, collecter et analyser un ensemble d'indicateurs - ventilés par sexe, âge, handicap et d'autres facteurs de vulnérabilité pertinents - pour suivre des activités de réduction de risque de la VBG tout au long du cycle du programme	X	X	X

Les données éventuellement disponibles dans n'importe quel cadre, sur les rapports de VBG établis par les services de polices, juridiques et sanitaires et autres représenteront seulement une faible part des victimes qui choisissent de signaler leur cas et ne doivent pas être utilisés pour établir la prévalence ou l'incidence ou pour tirer des conclusions à propos des types fréquents de VBG.

Toute enquête sur la violence sexuelle et d'autres formes de VBG doit être conçue et menée en comprenant la situation et en tenant compte de la manière dont les informations seront utilisées, qui y a accès, comment les informations seront signalées, à qui et dans quel but et qui en bénéficiera. Il faut tenir compte des problèmes éthiques et sécuritaires à tout moment quand on est impliqué dans la collecte, l'analyse et le signalement des informations sur la VBG.

10.3.3 Considérations relatives à l'élaboration de programmes sur les victimes de VBG

Les approches en matière de programme de santé visant à éviter, atténuer et intervenir face à la VBG doivent être adaptées à la nature changeante des urgences, notamment l'urbanisation croissante des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, des migrants et populations de réfugiés, des urgences prolongées surtout dans les états fragiles, de même qu'aux débuts lents et soudains des urgences. De plus, les stratégies de couverture et d'accès pour les contextes autres que les camps, les zones rurales et les zones plus inaccessibles (par exemple, les zones assiégées, les contextes à haute sécurité) doivent être pris en compte et abordés. Le Tableau 10.1 présente les actions clés pour la prévention et l'intervention face à la VBG à différentes étapes d'une urgence.

Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent veiller à ce que les prestataires de service soient formés pour fournir des soins cliniques qualifiés, confidentiels et bienveillants aux victimes de violence sexuelle et qu'ils disposent de fournitures à cet effet. Cette section expose les différents types de VBG et leurs conséquences sur la SSR ainsi que les stratégies spécifiques de prévention et d'intervention.

VIOLENCE SEXUELLE

La violence sexuelle revêt diverses formes et comprend le viol, le harcèlement sexuel, les grossesses/avortements forcés, l'exploitation sexuelle et le trafic sexuel. La violence sexuelle est souvent définie comme un acte sexuel non consenti, la tentative d'obtenir un acte sexuel, des commentaires ou sexuels déplacés ou des avances visant la sexualité d'une personne.

Les personnes déplacées, vivant dans un contexte de conflit ou d'autres urgences, sont particulièrement exposées à la violence sexuelle. Pour ces populations, la violence peut survenir dans le contexte d'une guerre et d'un conflit, durant le transit ou le déplacement, et dans les camps/campements. En raison de l'effondrement des structures familiales et sociales des changements apportés aux structures légales et de protection, la perte de logements sûrs, les perspectives économiques limitées et l'instabilité, les populations touchées par des conflits ou des crises sont exposées à un risque accru d'actes de violence sexuelle opportuniste commise par des personnes qu'elles connaissent ou non. De plus, dans certains contextes de conflit ou post-conflit, la violence sexuelle est utilisée comme une tactique de guerre. On estime à 1 sur 5, le nombre de femmes/filles qui subit des actes de violence sexuelle durant leur déplacement. Ce chiffre est probablement en-dessous de la réalité en raison du manque de connaissances des services disponibles et de la stigmatisation liée au signalement de ces violations.

Dans les situations de crise humanitaire, les établissements de santé sont au moins censés mettre en place des soins cliniques de base selon les directives du DMU et orienter les victimes de violence sexuelle vers des services psychosociaux et de protection. En général, pour que les victimes accèdent à ces services, il faut qu'elles ou les membres de leur famille et les communautés aient recours aux services et révèlent l'abus sexuel. Certains des obstacles auxquels les victimes sont confrontées sont le manque de connaissances concernant les services disponibles et l'importance de soins dispensés en temps voulu. En outre, les victimes doivent faire confiance au prestataire pour le respect de la confidentialité, de l'intimité, la bienveillance au niveau de l'établissement de santé. Il s'agit de certaines des raisons pour lesquelles la violence sexuelle continue d'être rarement signalée, les services sous-utilisés, et la victimisation des victimes de violence sexuelle se poursuit dans les situations de crise humanitaire.

Impact sur la santé

La violence sexuelle fait partie des formes de violence les plus répandues est c'est un problème de santé majeur. C'est une expérience traumatisante qui peut avoir diverses conséquences négatives sur la santé psychologique, physique, sexuelle et reproductive.

Les impacts négatifs de la violence sexuelle peuvent s'inscrire dans le court et le long terme et ils peuvent inclure:

- Les blessures physiques
- Les troubles gynécologiques
- Les IST y compris le VIH

- La grossesse non désirée et l'avortement à risques
- La fistule et les douleurs chroniques
- La mort

La mort peut être la conséquence directe de la violence ou du suicide après l'événement. Par ailleurs, les victimes de violence sexuelle peuvent également être exposées au risque d'être assassinées par les membres de la famille ou les membres de la communauté, une pratique souvent dénommée « crime d'honneur ».

La violence sexuelle réduit la capacité des femmes et des filles et d'autres populations à risques, à participer de façon significative au développement, au maintien de la paix, aux perspectives en matière d'éducation, aux activités économiques. Les communautés entières souffrent lourdement en raison des impacts multidimensionnels de la violence sexuelle.

Intervention en SSR

Les responsabilités du secteur de la santé lors des interventions contre la violence sexuelle sont de :

- S'assurer que les établissements de santé sont équipés et pourvus en personnel et que des services de santé de haute qualité, vitaux, notamment les soins post-viol sont disponibles
- Améliorer la capacité des agents de santé à tous les niveaux pour intervenir auprès des victimes par le biais de la formation, du soutien et de la supervision de manière non discriminatoire, confidentielle et sécurisée
- Sensibiliser les prestataires, à l'aide de la formation, du soutien et de la supervision, pour aborder les questions telles que les conseils sur et l'offre de contraception d'urgence et les soins complets liés à l'avortement sans risques, la pratique de tests de virginité comme faute professionnelle médicale et les soins apportés aux filles, aux garçons, aux hommes, personnes LGBTQIA et d'autres groupes marginalisés
- Veiller à ce que le secteur de santé participe activement au développement à la mise à jour continue d'un mécanisme opérationnel et complet d'orientation vers les établissements compétents qui prend en compte tous les besoins des victimes
- Faire en sorte que les normes et les protocoles de prévention et de traitement des conséquences de la violence notamment la documentation et le partage d'informations de façon confidentielle soient conformes

aux directives internationales et qu'ils soient mis en œuvre correctement et systématiquement

Les agents de santé sont souvent en contact avec les victimes de violence sexuelle et sont bien placés pour créer un environnement sûr et confidentiel pour les victimes afin qu'elles puissent évoquer leur expérience de la violence. Parfois les victimes ont besoin de soins cliniques pour prévenir et traiter les conséquences de violence sexuelle et dans certains cas, le soutien adapté sera l'orientation vers des ressources et d'autres services selon les besoins et les souhaits de la victime. Quelles que soient les circonstances, les agents de santé qui sont en contact avec les victimes doivent être sensibles aux signes et aux symptômes de violence sexuelle et agir en conséquence.

VIOLENCE DOMESTIQUE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence domestique comme tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice physique, psychologique ou sexuel aux personnes qui sont parties à cette relation. La violence perpétrée par un partenaire est considérée comme une forme de violence domestique qui inclut d'autres formes de violence qui surviennent au sein du foyer ou de la famille, comme la maltraitance des enfants ou des personnes âgées ou à l'égard d'autres membres de la famille. À l'échelle mondiale, 1 femme sur 3 est battue, forcée à avoir des rapports sexuels ou soumise à la maltraitance par un partenaire ancien ou actuel au cours de sa vie.

La contrainte économique est une forme de violence domestique dans laquelle un partenaire, l'homme en général dans une relation hétérosexuelle, contrôle les ressources vitales et les biens de l'autre partenaire, obligeant ainsi cette personne à adopter des mesures. La contrainte économique limite souvent la capacité d'une femme à sortir d'une relation abusive et crée une dépendance. Cela est particulièrement vrai dans les situations d'urgence lorsque les systèmes sociaux et économiques sont déstabilisés de même que dans les camps où l'accès et le contrôle des ressources est important.

Impact sur la santé

La violence domestique a des effets multiples sur la victime. Parmi les exemples que l'on peut citer figurent entre autres :

- Les blessures physiques, y compris les fractures, les contusions, les agressions sexuelles et d'autres formes de traumatisme
- La détresse psychologique y compris la dépression, le SSPT et le suicide

- Les IST y compris le VIH
- L'avortement spontané et la perte la grossesse
- La grossesse forcée, la grossesse non désirée, et l'avortement à risques
- La mort

Intervention en SSR

Les prestataires de service et le personnel de santé peuvent jouer un rôle stratégique dans la détection, l'orientation et les soins dispensés aux femmes confrontées à la violence. Les étapes de ci-dessous constituent une intervention minimale à élargir rapidement aux soins complets dès que possible. Il est aussi important que les soins soient fournis de façon sensible, en répondant aux besoins de populations de plus en plus vulnérables (les femmes, les adolescents, les jeunes garçons, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes LGBTQIA, etc.).

Détection

Les femmes confrontées à des violences sollicitent souvent des soins même lorsqu'elles ne révèlent pas l'acte de violence. Par conséquent, les interventions menées par des prestataires spécialistes de SSR peuvent éventuellement atténuer les effets à court et long terme de la VBG sur les femmes et leurs familles.

Former l'ensemble des prestataires de SSR à la reconnaissance des signes de violence domestique et à la manière d'intervenir face à des abus suspectés ou signalés. En cas de suspicion de violence (par exemple, si le prestataire observe des contusions ou autres blessures inexplicables), les professionnels de SSR peuvent sonder la victime pour avoir plus d'informations en respectant son intimité, en faisant preuve de bienveillance et en toute neutralité. Par exemple: « Votre partenaire ou une autre personne importante à vos yeux vous a-t-elle déjà fait du mal d'une manière quelconque (en vous frappant, en vous donnant des coups de pied ou vous brûlant)? » ou « Avez-vous peur de votre partenaire? » Il faut protéger la confidentialité car la victime et/ou d'autres membres de sa famille pourraient subir d'autres préjudices. S'assurer que la victime ait un endroit sûr où aller. Si elle doit retourner chez l'agresseur, elle peut subir des représailles. Si elle ne peut pas directement avoir accès à un lieu sûr, il faut travailler à la mise en place d'un plan de sécurité alternatif avec la victime.

En collaboration avec les coordinateurs de santé, veiller à ce que:

- Tous les personnels cliniques et d'accueil connaissent la violence domestique

- Tous les personnels doivent comprendre et appliquer les quatre principes directeurs de la sécurité, du respect, de la confidentialité et de la non-discrimination
- Les affiches et brochures condamnant la violence et les informations sur les groupes de soutien sont mises en évidence

Orientation vers des services compétents

Former tous les prestataires de SSR pour qu'ils sachent orienter les cas de violence domestique en appliquant les mesures suivantes:

- Si l'agresseur apprend que son problème a été signalé, aider la victime à évaluer le degré du risque présent: « Vous sentez-vous vous-même ou vos enfants en danger immédiat? » « Vous sentez-vous en sécurité pour retourner chez vous? » « Auriez-vous besoin d'aide pour régler le problème chez vous? »
- Informer et orienter vers des services juridiques, sociaux, de conseil ou autres. Aider la victime à identifier les sources de soutien comme la famille et les amis, les associations locales de femmes, les hébergements d'urgence et les services juridiques. Expliquer clairement à la victime qu'elle n'est pas seule
- L'orienter vers des services de prise en charge post-viol ou d'autres traitements médicaux si nécessaire
- L'orienter vers des services d'aide psychosociale et de santé mentale si possible

Soins

La violence domestique inclut souvent la violence domestique et les victimes doivent bénéficier de soins en conséquence. De plus, les soins dispensés aux victimes de violence domestique doivent inclure:

- Le soutien de première ligne fondé sur une approche axée sur la victime
- Équipement pour fournir des soins d'urgence 24/7 et traiter des blessures graves
- Orienter vers des services adaptés de santé mentale si possible

PRATIQUES NÉFASTES

Le terme de « pratiques néfastes » peut faire référence à plusieurs abus des droits des femmes et des filles notamment mais pas seulement l'infanticide féminin, le mariage d'enfants, précoce et forcé, la mutilation génitale féminine (MGF) et les soi-disant crimes d'« honneur ». Les

ENCADRÉ 10.4: CLASSIFICATIONS DES MGF SELON L'OMS

TYPE I	Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
TYPE II	Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans ablation des grandes lèvres (excision)
TYPE III	Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)
TYPE IV	Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

pratiques néfastes peuvent être entendues comme étant des conventions sociales soutenues par des normes liées au genre discriminatoires, sociales et culturelles et des inégalités et croyances profondément ancrées quant à la place de la femme au sein du ménage et de la société, la moralité sexuelle des femmes et, dans certains cas, l'éligibilité au mariage. Les contextes de conflit et de crise aggravent le risque d'exposition à certaines de ces pratiques néfastes. En raison de leur forte prévalence à l'échelle mondiale et de leur impact sur les femmes et les filles, cette section se concentre sur les questions de MGF et de mariage des enfants, précoce et forcé.

MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

On estime que plus de 200 millions de filles et de femmes sont victimes d'une forme de MGF et que 3 millions de jeunes filles risquent de subir de telles pratiques chaque année. La majorité de ces femmes et de ces jeunes filles vit en Afrique sub-saharienne, bien que cette pratique soit également prévalente dans certains pays du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Asie et dans d'autres régions du monde. Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent savoir que les MGF et les conséquences sanitaires des MGF peuvent être un phénomène courant au sein de la population dans le contexte où ils travaillent. La MGF, indépendamment de son type (voir Encadré 10.4), constitue une forme extrême de discrimination contre les femmes et c'est une violation des droits humains. Environ 10% des femmes et des filles qui sont soumises à la MGF subissent le type III, la forme la plus grave.

La MGF est souvent effectuée par des praticiens traditionnels qui ont des connaissances limitées en termes d'anatomie et de médecine, qui peuvent être incapables de réagir de manière efficace en cas de complications. Les praticiens professionnels peuvent aussi être sollicités pour pratiquer des MGF au motif que l'intervention serait plus sécurisée.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande aux professionnels de santé de ne pas légitimer la pratique en réalisant n'importe quel type de MGF, notamment la réinfibulation qui est la suture de la lèvre externe après une désinfibulation, ou ouverture de la lèvre effectuée pour permettre les rapports sexuels ou l'accouchement.

ENCADRÉ 10.5: MESSAGE CLÉ

La médicalisation des MGF - dommages volontairement perpétrés par les professionnels de la santé sur des organes sains pour des raisons non thérapeutiques - est malavisée et immorale et elle ne s'attaque pas à l'injustice fondamentale des MGF.

Impacts des MGF sur la SSR

La MGF ne présente aucun avantage pour la santé des filles et des femmes qui sont exposées à un certain nombre de conséquences sanitaires immédiates et à long terme pouvant les impacter durant toute leur vie.

Les complications immédiates comprennent:

- Les hémorragies (l'une des complications les plus courantes), les douleurs, le choc
- Les infections y compris les infections locales, la formation d'un abcès, la septicémie, les infections de l'appareil génital, les infections des voies urinaires et la transmission du VIH ou d'autres infections du fait de l'utilisation d'outils insalubres
- La rétention urinaire
- Les problèmes de cicatrisation

- Les blessures au niveau des organes voisins comme l'urètre, le vagin ou le rectum
- La mort

Les complications à long terme comprennent:

- Les difficultés menstruelles y compris la dysménorrhée, les règles irrégulières et la difficulté pour le passage des menstrues
- Les douleurs et/ou difficulté lors de la miction
- Les infections des voies urinaires récurrentes
- Les infections pelviennes chroniques qui peuvent accroître le risque de grossesse ectopique ou de stérilité
- Les abcès ou kystes
- La possibilité de risque accru de transmission du VIH
- La sensibilité sexuelle réduite et les rapports sexuels douloureux

Les problèmes durant la grossesse et l'accouchement sont fréquents chez les femmes qui ont subi une MGF de type III. Les complications obstétriques comprennent le travail prolongé ou dystocique, la césarienne, les lacérations obstétriques, l'hémorragie et l'infection. Le lien de causalité entre le travail prolongé et/ou dystocique et la fistule obstétricale suggèrent que certaines formes de MGF peuvent également causer un risque accru de fistule. Ces complications diverses sont également associées à une incidence plus élevée de mortinaissance et de morts néonatales et d'asphyxie fœtale.

Le traumatisme des MGF peut avoir des conséquences psychologiques à long terme. L'acte et les conséquences sur le plan de la santé physique sont liés aux problèmes d'anxiété, de dépression et de syndrome de stress post-traumatique. L'impact physique et psychologique de la MGF peut également contribuer à des problèmes lors des relations sexuelles chez certains.

Il est important de se souvenir que toutes les femmes qui ont subi une MGF ne rencontreront pas nécessairement des problèmes de santé. Par ailleurs, il est possible que les femmes ne sachent pas qu'elles ont des problèmes de santé du fait de la MGF.

Intervention en SSR

Les prestataires de service de SSR doivent être capables d'interroger et de conduire un examen physique des femmes qui ont subi une MGF, reconnaître et fournir des

informations, conseiller, apporter un soutien et administrer un traitement et/ou orienter vers des établissements compétents pour la prise en charge de complications des MGF de manière confidentielle, privée et neutre (voir le Chapitre 9).

Santé maternelle et néonatale

Veiller à ce que les prestataires de services de SSR qui assument des responsabilités de sages-femmes soient formés pour évaluer et prendre en charge les femmes présentant des complications liées à MGF pendant la grossesse, l'accouchement et la période du postpartum. Cela inclut la désinfibulation et la réanimation du nouveau-né à la naissance.

Désinfibulation

Dans les contextes où la MGF de type III est fréquente, les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent faire en sorte que les prestataires de service soient formés en désinfibulation (ouverture d'une infibulation) lorsqu'elle est préconisée, ou savoir quand et où orienter les femmes pour cette intervention. Outre le fait qu'elle soit pratiquée pour permettre les rapports sexuels, cette intervention est recommandée pour prévenir et traiter les complications obstétriques, faciliter l'accouchement et éviter et traiter les complications urologiques, notamment les infections des voies urinaires et la rétention urinaire. Les prestataires doivent veiller à ce que les clientes qui subissent une désinfibulation pour l'accouchement ou d'autres raisons soient informées des conséquences sanitaires de la réinfibulation (intervention pour réduire l'ouverture vaginale chez une femme après une désinfibulation) et les avantages de ne pas recourir à la réinfibulation. La désinfibulation, pratiquée avec le consentement informé, peut aussi être perçue comme une tentative visant à restaurer le droit d'une femme aux normes de santé les plus élevées possibles.

La contraception

La contraception est aussi adaptée aux filles et aux femmes qui ont subi une MGF qu'à d'autres clientes. Les femmes qui ont subi une MGF type III peuvent rencontrer des difficultés lors de l'utilisation d'une méthode qui a été insérée par voie vaginale, comme le dispositif intrautérin (DIU), les préservatifs féminins ou les anneaux vaginaux. Cela rappelle l'importance des conseils sur la contraception et le choix de méthodes contraceptives.

MARIAGE DES ENFANTS, MARIAGE PRÉCOCE OU FORCÉ

Chaque année, environ 15 millions de filles sont mariées avant leur 18^e anniversaire, à travers le monde. Même

si le mariage d'enfants est un phénomène qui touche les communautés du monde entier, la majorité de ces mariages concernent les pays en développement où 1 fille sur 3 se marie avant l'âge de 18 ans et 1 sur 9 est mariée avant l'âge de 15 ans. Un nombre croissant de données probantes montrent que le nombre de mariages d'enfants augmente en temps de crise.

Outre les normes liées au genre ou culturelles, les facteurs socioéconomiques notamment les dots, le prix de la mariée ou le manque de ressources pour prendre soin des filles, jouent souvent un rôle dans les décisions des familles de marier leurs filles. En période d'urgence humanitaire, les familles subissent souvent la perte de moyens de subsistance et peuvent éprouver des difficultés à nourrir et subvenir aux besoins de leurs enfants, ce qui accentue les facteurs économiques favorisant le mariage d'enfants. En outre, certaines familles peuvent chercher à marier leurs filles avec ceux qui leur semblent être capables de subvenir à leurs besoins durant la crise ou elles peuvent estimer que le mariage est un moyen de protection vis à vis à d'autres formes de violence, notamment la violence sexuelle qui augmentent durant les situations d'urgence. La prévention et la lutte contre le mariage d'enfants, précoce et forcé requiert une réponse inter-sectorielle.

L'impact du mariage d'enfants, précoce et forcé sur la SSR

Le mariage d'enfants, précoce et forcé enfreint un certain nombre de droits humains notamment le droit aux normes de santé les plus élevées possibles.

Grossesse précoce

Les jeunes mariées font souvent l'objet de pressions pour prouver leur fécondité en tombant enceintes très vite après le mariage. Cette pression, aggravée par les rapports de force inégaux au sein des mariages précoces, limite la prise de décision des filles. Un manque d'information sur les options contraceptives qui sont à leur disposition les conduit souvent à une grossesse précoce. La pression que fait porter la grossesse, le travail et l'accouchement sur les corps des adolescentes qui n'ont pas encore atteint la maturité physique accroît le risque de complications, y compris l'avortement spontané, l'accouchement avant terme, l'hémorragie postpartum, le travail prolongé ou dystocique, la fistule obstétricale et la mort. La mortalité maternelle est la seconde cause principale de décès parmi les adolescentes entre 15-19 ans à travers le monde.

VIH/IST

Les filles mariées sont souvent beaucoup plus jeunes (souvent âgées de 10 ans ou plus) que leurs maris qui ont

peut-être eu plus de partenaires sexuels et peuvent donc être porteurs d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH et les transmettre à leurs épouses. Les déséquilibres de pouvoir qui peuvent exister entre les maris et les femmes en raison des normes liées au genre et les inégalités sont souvent aggravés par les différences d'âge et de ce fait, les filles peuvent être incapables de refuser les rapports sexuels de négocier des rapports sexuels protégés.

Risque accru d'autres formes de violence

Outre le fait que le mariage d'enfants soit une forme de violence basée sur le genre, il a été démontré que les filles qui se marient jeunes sont plus susceptibles de subir de la violence sexuelle ou physique au sein du foyer.

Intervention en SSR

Les adolescentes étant fréquemment isolées au sein du foyer, il est souvent difficile de les cibler avec des informations et/ou services (qui sont généralement adaptées aux femmes plus âgées ou aux adolescentes non mariées) malgré leurs besoins (voir Chapitre 6).

Soins prénatals et obstétriques

Les adolescentes, indépendamment de leur statut matrimonial ou d'autres facteurs, sont souvent moins susceptibles de recourir aux soins prénatals (SPN) que celles qui sont âgées d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années. Cependant, les SPN peuvent aider à identifier les complications de manière précoce notamment l'anémie et l'hypertension, et donner l'occasion aux jeunes filles (et membre de leur famille) enceintes pour la première fois de reconnaître les signes des complications

En raison du risque élevé de complications liées à l'accouchement, notamment le travail prolongé et/ou dystocique, les adolescentes doivent être incitées à accoucher en présence d'un agent qualifié, si possible.

Contraception

Les adolescentes mariées ont le droit à l'accès aux services d'information sur la planification familiale tout comme d'autres femmes et filles, notamment un éventail complet de méthodes contraceptives. Les prestataires doivent veiller à ce que les adolescentes soient informées à propos de ces services et de la manière d'y accéder. Les conseils sur la planification familiale postpartum peuvent donner l'occasion d'informer les filles quant aux avantages de la planification familiale et de l'espacement des naissances. Comme pour d'autres services, les soins respectueux et le respect de la confidentialité sont vitaux.

TRAITE DES ÊTRES HUMAINS

ENCADRÉ 10.6: LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS DANS LES CONTEXTES HUMANITAIRES

Parmi les facteurs qui augmentent les risques encourus par les réfugiés figurent l'insécurité physique; la marginalisation sociale, économique et politique; la victimisation par les passeurs qui facilitent les mouvements des réfugiés; l'expérience de la violence sexuelle; l'isolement social ou d'autres conséquences négatives causées résultant de la violence sexuelle; la pression pour se livrer à la prostitution de survie; les perturbations graves à l'encontre de la structure familiale et le manque de protection légale.

La traite des êtres humains est un autre risque auquel les réfugiées, femmes et filles, sont confrontées dans les camps ruraux et urbains. Les enfants non accompagnés qui sont des réfugiés sont exposés à un risque accru de violence et de traite des êtres humains. Selon les Nations Unies (ONU), la traite des êtres humains est le « recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. » Le trafic sexuel a le lien le plus direct avec la santé sexuelle et reproductive, bien que d'autres formes de trafic (par exemple le travail forcé) puissent également avoir un impact négatif sur l'état de santé global.

Des données fiables sur la traite des êtres humains sont difficiles à obtenir et vérifier en raison des changements au niveau des définitions, de l'invisibilité et de l'illégalité de l'activité elle-même, et de l'amalgame avec d'autres activités telle que le commerce du sexe.

Selon des données actuelles fiables, celles qui sont exploitées dans l'industrie du sexe et en tant que domestiques elles sont plus susceptibles d'être des femmes et des enfants. Les rapports sur la traite des hommes indiquent que les hommes et les garçons sont plus fréquemment exploités pour d'autres formes de travail, et ces secteurs varient d'un pays ou d'une région à l'autre.

Impact sur la santé

Bon nombre des implications de la SSR sur la traite des êtres humains sont dues à la violence sexuelle. Cependant, les autres impacts ayant des conséquences pour la SSR incluent la consommation forcée ou contrainte de drogues ou d'alcool, les restrictions sociales, et/ou la manipulation émotionnelle.

Intervention en SSR

Si une personne a été exploitée, il est possible que les soins de SSR soient dispensés dans le cadre d'une intervention plutôt que de la prévention. Les personnes qui ont été confrontées à l'exploitation doivent bénéficier d'un éventail complet de services de SSR, si cela est nécessaire et justifié par les circonstances, et d'une aide psychosociale. Il est essentiel que les prestataires de service offrent des soins et des examens physiques non stigmatisants.

10.3.4 Considérations sur le soutien psychosocial pour les victimes de VBG

Beaucoup de victimes subissent des effets psychologiques et sociaux durables, bien que l'impact de la VBG puisse varier d'une personne à l'autre. Les conséquences psychologiques de la VBG peuvent entraver le fonctionnement et le bien-être d'une victime, non seulement sur le plan personnel mais aussi dans ses relations avec les membres de sa famille, et cela peut même s'étendre à la communauté élargie.

La stigmatisation sociale, l'isolement et le rejet y compris de la part des partenaires, des conjoints et des familles ont de graves conséquences, ce qui conduit à un rétablissement émotionnel difficile en raison du retrait des activités quotidiennes et du soutien social. La plupart des sociétés tendent à blâmer les victimes de violence sexuelle pour les faits en question, ce qui peut les isoler socialement et empêcher leur rétablissement, ces effets peuvent s'intensifier à travers les générations surtout chez les enfants nés d'un viol. Par ailleurs, la violence domestique, le mariage précoce, la MGF et d'autres pratiques néfastes sont normalisées socialement dans beaucoup de communautés et sociétés. En conséquence, les victimes de VBG ou celles qui ne respectent pas ces pratiques sociales néfastes peuvent être exposées à l'exclusion et à différentes formes de violence émotionnelle et physique.

L'éventail des conséquences psychologiques pour les victimes peuvent varier de l'anxiété et la peur, à la dépression, la colère, le fait de se blâmer soi-même, les flashbacks et cauchemars, les sentiments d'impuissance, les problèmes sexuels et les changements d'humeur. Pour la plupart des victimes, ces expériences sont des réactions émotionnelles normales face au traumatisme. Ces effets psychosociaux peuvent durer pendant des années, ce

qui cause des souffrances prolongées, et peut souvent conduire à l'automutilation ou des tentatives de suicide. Avec le soutien social et émotionnel, beaucoup de victimes apprennent à s'adapter et les troubles s'atténuent au fil du temps. Cependant, l'aide psychosociale et les soins de santé mentale en continu peuvent être très importants pour les victimes et si possible, toutes les victimes doivent être orientées vers des conseillers formés qui peuvent procéder à une évaluation psychologique et prodiguer des soins.

LE PROCESSUS DE GUÉRISON DE LA VICTIME COMMENCE DÈS LA PREMIÈRE VISITE À LA CLINIQUE

Les prestataires de service de SSR peuvent garantir une étroite collaboration entre les services cliniques et de soutien psychosocial pour permettre au personnel d'orienter la victime vers les services d'aide psychosociale et de santé mentale. L'aide psychosociale doit débiter dès la première rencontre avec la victime. Les prestataires de l'ensemble des services sanitaires et communautaires doivent être formés à l'écoute et au soutien émotionnel lorsqu'une victime révèle ou sous-entend qu'elle a subi de la VBG, donner des informations, et offrir des options pour l'orienter vers des services d'aide psychosociale et aider la victime à commencer à retrouver un sentiment de dignité et de contrôle.

ENCADRÉ 10.7: MESSAGES CLÉS LORS DE L'ADMINISTRATION DES SOINS AUX VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

- La victime ne doit pas être blâmée pour l'agression
- La victime peut être sujette à des émotions confuses qui peuvent mettre du temps à disparaître
- La réaction de la victime est normale et compréhensible compte tenu de ce qui lui est arrivé
- La prise en charge médicale précoce contribuera à éviter de graves problèmes physiques
- La victime n'est pas seule. Le fait de parler de l'expérience vécue aide souvent
- Faire savoir à la victime quelles sont les sources de soutien disponibles et qu'il lui incombe de choisir d'accéder à ces services de soutien
- Veiller à ce que la victime sache que les informations concernant l'agression resteront confidentielles et qu'elle ne devra pas raconter son histoire pour avoir accès aux services

Les comportements et les attitudes du personnel de santé avec lequel la victime entre en contact peuvent jouer un rôle déterminant pour son rétablissement. Il faut que le personnel de santé soit formé pour dispenser des soins fondés sur les droits et bienveillants aux victimes, ce qui inclut le fait de dissiper les mythes et idées fausses concernant la violence sexuelle et d'autres formes de VBG. Cela suppose de s'attaquer de manière pratique à la victimisation des victimes et d'autres comportements (par exemple, les techniques invasives non préconisées sur le plan médical comme l'examen avec speculum et le test de la virginité) qui peuvent de nouveau traumatiser les victimes. Les entretiens multiples et intrusifs sur l'incident peuvent aussi traumatiser la victime à nouveau et ils ne devraient pas être requis pour accéder aux services. Les victimes devraient être préservées pour éviter de répéter leur histoire à plusieurs membres du personnel du même service ou différentes organisations. Elles doivent également être préservées de la participation à des entretiens contraignants avec les médias ou différentes autorités gouvernementales. Le personnel de santé doit être formé aux techniques adaptées aux enfants pour fournir des soins de qualité aux victimes enfants et adolescentes. De plus, la formation sur la non-discrimination et la réduction de la stigmatisation doit être intégrée au renforcement des capacités cliniques de l'ensemble du personnel travaillant avec les victimes féminines et masculines, les personnes impliquées dans le commerce du sexe, les populations LGBTQIA, les personnes handicapées et d'autres groupes marginalisés.

Dans la plupart des milieux culturels, le soutien de la famille et des amis est susceptible d'être un facteur clé pour surmonter le traumatisme de la violence. Les prestataires doivent faciliter la participation et l'intégration des victimes au sein de la communauté. Les activités communautaires qui peuvent être adaptées sont:

- Identifier et former les agents présents dans la communauté, comme les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes, les associations de femmes, les leaders religieux, et les responsables de programme communautaire pour qu'ils sachent comment soutenir les victimes
- Développer des groupes de soutien de femmes, notamment en apportant une formation ou un soutien spécifique aux groupes d'entraide communautaire intégrés ou marginalisés comme les personnes handicapées ou LGBTQIA. Dans certains contextes, il peut être pertinent d'avoir des groupes de soutien expressément créés pour les victimes de violence sexuelle et leurs familles; cependant, il faut prendre soin de ne pas accroître la stigmatisation sociale en mettant en évidence un groupe de personnes

- Créer des centres d'accueil et des espaces pour les victimes pour qu'elles puissent bénéficier de soins en toute confidentialité et avec bienveillance
- Fournir un soutien matériel si besoin par le biais des services de santé ou communautaires
- Encourager l'utilisation de ressources traditionnelles adaptées. Si possible, collaborer avec les guérisseurs traditionnels ou le clergé qui peuvent respectivement conduire des cérémonies de purification ou de prière pour les victimes de violence sexuelle. Bon nombre de ces pratiques peuvent être très bénéfiques; cependant, veiller à ce qu'elles ne perpétuent pas la culpabilisation de la victime ou qu'elles ne contribuent pas à accentuer les nuisances physiques ou psychologiques à l'encontre de la victime

Ces activités peuvent être culturellement adaptées et doivent être menées après consultation (si possible en coopération) avec les membres de la communauté. Ils auront besoin d'un soutien financier et logistique permanent et le cas échéant, une formation et une supervision.

Les soutiens psychosociaux sont également nécessaires pour les victimes de MGF et les femmes forcées de se marier à un très jeune âge. L'organisation et la dénomination d'un tel soutien doivent être adaptées car la MGF et le mariage précoce sont souvent sanctionnés par la société et il est possible que les personnes ne se considèrent pas comme des victimes.

10.3.5 Coordonner et établir des liens

Les soins véritablement complets dispensés aux victimes proviennent de 4 secteurs distincts notamment, la santé, la police et justice et les services sociaux ainsi que la coordination et la gouvernance. La protection, la santé, la VBG et les services élargis doivent collaborer pour fournir des soins axés sur les victimes impactées par la VBG.

À ce jour, le modèle de programme multisectoriel crée les « meilleures pratiques » pour la prévention et l'intervention en rapport avec la VBG dans les situations de crise humanitaire. Les caractéristiques clés du modèle multisectoriel incluent la mobilisation totale des communautés touchées, la coopération, la collaboration et la coordination interdisciplinaires et inter-organisationnelles mais aussi entre les services sanitaires, psychologiques, juridiques et de sécurité lors des interventions pour répondre aux besoins des victimes de VBG.

Le principe sous-jacent de ce modèle reconnaît les droits et les besoins des victimes de VBG comme étant primordiaux

en termes d'accès aux services respectueux et de soutien, de confidentialité et de sécurité garanties, et la capacité à déterminer des mesures pour s'attaquer à un incident de VBG, en fonction des besoins et souhaits d'une victime.

En raison de l'importance de la collaboration multisectorielle pour les programmes de VBG, les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé peuvent activement participer à un processus pour la clarification des rôles et responsabilités et la collaboration au sein de et entre les secteurs pour prévenir et agir face à la VBG. Le résultat de ce processus est souvent dénommé modes opératoires standards sur la VBG. La définition de modes opératoires standards doit être le fruit d'un processus de collaboration suite à des consultations auprès de parties prenantes et des acteurs du contexte.

Bien que tous les secteurs/pôles aient un rôle à jouer dans la prévention et l'action face à la VBG, ce processus doit au moins inclure des représentants des secteurs de la santé, de l'aide psychosociale, de la sécurité et de la justice/protection (agences de l'ONU, ONG nationales et internationales, organisations communautaires, et autorités gouvernementales pertinentes le cas échéant).

Les représentants des autres secteurs/pôles (y compris l'éducation, alimentation et nutrition, gestion de camp/hébergement d'urgence/planification de site et eau/assainissement) doivent également participer à la définition des modes opératoires standards

Les responsabilités du secteur/pôle de santé au sein du modèle multisectoriel comprennent:

- Les soins dispensés aux hommes, femmes, et enfants victimes de violence sexuelle et d'autres types de VBG
- Faire en sorte que des médicaments (contraception d'urgence) et des fournitures (kits et médicaments post-viol et équipement AMIU pour les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi) soient disponibles et que le personnel ait été formé correctement dans l'établissement de santé
- Documenter les résultats de manière objective et neutre sur les formulaires standards d'admission conformément aux recommandations de l'OMS
- Collecter des preuves médico-légales si possible (voir le Chapitre 3) et si le consentement informé est accordé
- Fournir des témoignages dans les cas où une victime choisit d'entamer des poursuites judiciaires
- Identifier les victimes de divers types de VBG et proposer d'orienter vers les services adaptés

- Mener des sessions de sensibilisation à la VBG au niveau communautaire et des établissements de santé

10.3.6 Plaidoyer

Afin de prévenir la VBG, les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé doivent travailler en étroite collaboration avec les parties prenantes locales, en particulier les organisations non-gouvernementales de femmes, les organisations professionnelles, dans le but de convaincre la communauté d'abandonner ces pratiques.

Organiser des discussions et le partage d'informations au sein de la communauté, en faveur de l'autonomisation, l'exercice des droits humains des filles et des femmes et fournir des informations sur les impacts de la santé et des droits des femmes et des filles ainsi que les conséquences néfastes des pratiques et des bienfaits de leur abandon.

Toutes les agences doivent plaider pour l'adoption et/ou l'application de lois nationales contre la VBG conformes aux obligations légales internationales, y compris la poursuite des agresseurs et la mise en œuvre de mesures légales pour protéger et soutenir la victime.

EXEMPLE DE PROGRAMME 10.1: OBSTACLES AUX SOINS DE SSR ET EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE GROSSESSE NON DÉSIRÉE PARMİ LES JEUNES FEMMES AU NICARAGUA

ORGANISATION: Center for Humanitarian Emergencies, Emory University

LIEU: Nicaragua

INTRODUCTION: Plus de 89% des femmes nicaraguayennes subissent des actes de violence physique, sexuelle ou psychologique au cours de leur vie. En outre, les besoins en services de SSR sont rarement satisfaits, sachant que de la moitié (65%) des grossesses parmi les femmes de 15-29 ans ne sont pas désirées. L'« interdiction totale » des avortements décrétée en 2006 au Nicaragua crée des sanctions pour les femmes qui obtiennent un avortement dans n'importe quelle circonstance et pour les prestataires, ce qui aboutit à un effet dissuasif. Les complications liées aux avortements à risques sont à l'origine du taux de mortalité maternelle.

DESCRIPTION DU PROJET: Nous avons conduit 10 entretiens approfondis avec les femmes âgées de 16-23 ans qui ont subi une grossesse non désirée. Les sujets abordés portaient sur la grossesse et les antécédents en matière de planification familiale, les circonstances de la grossesse non désirée et les expériences de l'avortement.

RÉSULTATS: Toutes les femmes avaient été enceintes seulement 1 fois et 5 étaient tombées enceintes entre l'âge de 14 et 17 ans. Quatre d'entre elles avaient envisagé l'avortement à risques et 2 sont tombées enceintes du fait d'un rapport sexuel non consenti. Une femme, Ana Maria* a subi un avortement à risques.

Ana Maria avait 19 ans lorsqu'un homme plus âgé qu'elle de son village, le meilleur ami de son frère, l'a violée. Elle n'a

raconté les faits à personne, pas même sa famille. Elle était vierge et savait peu de choses sur la grossesse ou sur la manière de l'éviter. Mais quelque temps après son agression elle a commencé à pressentir qu'elle était enceinte. Ses craintes se sont confirmées suite à un test de grossesse effectué à la maison et ensuite par un test sanguin dans un centre de santé communautaire. Désespérée, Ana Maria a dit à son violeur qu'elle était enceinte. Il l'a forcée à avoir un « guérisseur traditionnel » et lui a donné de l'argent pour se faire avorter. Ana Maria s'est déplacée pour voir la femme qui a interrompu sa grossesse en introduisant un long bâton dans son vagin. La femme lui a dit qu'elle ressentirait des cramps et qu'elle irait mieux quelques jours plus tard. Après quelques heures Ana Maria s'est sentie fiévreuse et elle a commencé à perdre des caillots sanguins foncés et fétides. Son frère voyant qu'elle était malade, a exigé qu'elle lui raconte ce qui s'était passé. Elle lui a expliqué la situation, il l'a aidé à aller voir une infirmière. Bien que de nombreux agents de santé soient réticents à l'idée d'administrer des soins post-avortement en raison des limites prévues par la loi concernant l'avortement, une infirmière a aidé Ana Maria. Elle a bénéficié d'un traitement pour soigner son utérus perforé - une complication courante liée aux avortements à risques. Suite à cette expérience, Ana Maria a fait part de ses sentiments de dépression et d'isolement.

QUESTIONS À ENVISAGER: Quelles ont été les possibilités manquées par rapport à la SSR avant et après l'agression d'Ana-Maria? Mis à part le viol lui-même, quelles sont les autres formes de la VBG subies par Ana-Maria? Quels sont les problèmes de droits humains mis en évidence par le cas d'Ana-Maria?

**Il s'agit d'un pseudonyme*

10.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

La VBG est une violation des droits humains fondamentaux et elle peut représenter une entrave grave à l'exercice des droits humains et des libertés fondamentales. Il s'agit des droits:

- À la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Ce droit est en péril quand une personne est soumise à des formes de VBG comme la VS, la violence domestique et les MGF
- À la norme la plus élevée de santé physique et mentale. Ce droit peut par exemple, être limité si une personne est privée de l'accès à des soins médicaux adaptés suite à un viol, ou si une fille est forcée de se marier jeune
- À la protection contre la torture ou le traitement cruel, inhumain ou la punition
- À la liberté face à toutes les formes de discrimination, y compris sur la base du sexe, du genre, de l'identité et de l'expression sexuelle et de l'orientation sexuelle. Ce droit peut être menacé lorsque les lois ne parviennent pas à protéger les femmes et les filles contre la VBG et/ou lorsqu'elles doivent être accompagnées par un mari ou un époux pour obtenir un traitement médical suite à un viol. Toutes les formes de violence contre les femmes sont une manifestation de discrimination basée sur le genre à leur rencontre
- À se marier en y consentant librement et pleinement et l'égalité de droits devant le mariage, pendant le mariage et à sa dissolution. Le mariage forcé est une négation de ce droit tout comme le viol conjugal
- À décider librement du nombre et de l'espacement des naissances. La coercition reproductive est une violation de ce droit
- À la liberté de mouvement, d'opinion, d'expression et d'association. Ces libertés sont limitées lorsqu'une personne est assujettie à l'exploitation, au confinement forcé ou se voit interdire l'accès aux services de santé ou autre par un époux ou un parent. Cette interdiction constitue une forme de violence psychologique exercée par un partenaire
- À l'information. Lorsque les jeunes filles et les femmes sont empêchées d'accéder aux informations portant sur la manière d'éviter les grossesses non désirées

et de gérer leur choix en matière de procréation, cela constitue une violation de ce droit

Les filles sont particulièrement exposées au risque de VBG en raison de leur sexe et de leur jeune âge. La Convention relative aux droits de l'enfant précise que les enfants ont le droit d'être protégés contre toute forme de violence y compris la violence sexuelle, que la violence soit perpétrée au sein de la famille ou d'institutions mais aussi contre les abus sexuels organisés. Les enfants ont aussi le droit d'être protégés contre des pratiques nuisibles telles que la MGF et d'éviter la grossesse non désirée de façon sécurisée, y compris en ayant recours à la contraception d'urgence.

Les victimes de violence basée sur le genre ont le droit de recourir à un traitement médical sans devoir affronter des procédures lourdes. Ainsi, le fait d'empêcher la victime d'accéder à et d'obtenir un traitement médical en exigeant d'elle qu'elle présente un certificat de mariage, qu'elle ait l'autorisation du mari ou qu'elle dépose une plainte auprès de la police constitue une violation de ce droit. Lorsque les adolescents sont impliqués, les États doivent garantir les dispositions légales qui prévoient la possibilité d'un traitement médical sans le consentement des parents pour les adolescents.

10.4.1 Principes directeurs

Les responsables de santé reproductive ou les prestataires de service sont susceptibles de faire face à de tels dilemmes, dans différents contextes. Pour fournir des soins de manière sécurisée et éthique aux victimes de VBG, il faut respecter les principes directeurs et appliquer quatre approches étroitement liées:

- **Une approche axée sur la victime** signifie que les droits, les besoins et les souhaits de la victime sont priorités lors de la conception et de l'élaboration du programme sur la VBG.
- **Une approche fondée sur les droits** utilise les normes et principes relevant du droit international des droits humains pour analyser et traiter les causes profondes des pratiques discriminatoires et des violations
- **Une approche communautaire** est essentielle pour autonomiser les individus, les familles et les communautés en les dotant des connaissances, des compétences et des ressources nécessaires pour changer les normes sociales néfastes qui perpétuent la VBG
- **Une approche fondée sur le système** analyse les questions de VBG dans l'ensemble de l'organisation, du

secteur et du système humanitaire pour concevoir des solutions systématiques et spécifiques au contexte afin d'améliorer les efforts de prévention et d'atténuation à court et long terme.

L'approche axée sur la victime peut guider les professionnels - indépendamment de leur rôle - dans leur mobilisation auprès des personnes qui ont subi de la VBG. 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. Cette approche aide à promouvoir le rétablissement d'une victime et à renforcer sa capacité à identifier ses besoins et ses souhaits; elle renforce également la capacité de la personne à prendre des décisions concernant les éventuelles interventions.

Principes directeurs pour les prestataires de service de SSR:

- **Sécurité:** La sécurité de la victime et d'autres personnes, comme ses enfants et les personnes qui l'ont aidée, doit être la priorité des priorités pour tous les intervenants. Les personnes qui révèlent un incident de VBG ou des antécédents de violence sont souvent très exposées à d'autres actes de violence de la part de l'/des agresseur(s) ou d'autres personnes de leur environnement
- **Confidentialité:** La confidentialité reflète la croyance selon laquelle les personnes ont le droit de choisir à qui elles raconteront leur histoire ou non. Le respect de la confidentialité signifie que les informations ne sont jamais révélées à d'autres personnes sans le consentement informé de la personne concernée. La confidentialité promeut la sécurité, la confiance et l'autonomisation
- **Respect:** La victime est la personne concernée au premier chef, et le rôle des aidants consiste à faciliter son rétablissement et à lui proposer des moyens pour résoudre le problème. Toutes les actions doivent être guidées par le respect des choix, des souhaits, des droits et de la dignité de la victime
- **Non-discrimination:** Les victimes de violence doivent bénéficier d'un traitement équitable indépendamment de leur âge, genre, race, religion, nationalité, ethnicité et orientation sexuelle ou toute autre caractéristique

Une des composantes clés de l'approche axée sur la victime est le « consentement informé. » Pour le personnel de SSR, cela implique de fournir des informations précises de façon neutre aux victimes de VBG sur tous les services disponibles, les avantages et conséquences éventuelles de l'accès à ces services et le partage des informations pour

permettre à la victime de prendre une décision informée qui soit la plus adaptée pour lui/elle. Les victimes ne doivent jamais être contraintes d'accéder à un service contre leur gré. De plus, les prestataires de service de SSR doivent informer la victime qu'elle peut se rétracter par rapport à son consentement concernant le service ou le partage d'informations, à tout moment (même durant la prestation de service ou après le partage d'informations sur l'incident).

ENCADRÉ 10.8: CONSENTEMENT INFORMÉ

Cela fait référence à l'approbation ou à l'assentiment, en particulier et surtout après mûre réflexion. Le consentement libre et informé est donné en fonction d'une appréciation et d'une compréhension claire des faits, des implications et des futures conséquences d'une action. Pour donner un consentement informé, l'individu concerné doit avoir tous les faits importants au moment du consentement et il doit être en mesure d'évaluer et de comprendre les conséquences d'une action. Il doit aussi connaître et avoir le pouvoir d'exercer son droit de refuser de prendre part à une action et/ou d'être soumis à une contrainte. Les enfants sont généralement considérés comme étant incapables de donner un consentement informé car ils ne sont pas en mesure et/ou n'ont pas d'expérience pour anticiper les implications d'une action et il se peut qu'ils ne comprennent pas ou ne soient pas autonomes pour exercer leur droit de refuser. Les prestataires de service travaillant avec des enfants doivent faciliter l'assentiment (pour les enfants plus âgés) et obtenir le consentement des tuteurs légaux ou éducateurs désignés. Dans certains cas, le consentement n'est pas possible en raison des déficiences d'ordre cognitif et/ou des handicaps physiques, sensoriels ou intellectuels.

10.4.1 Défis et opportunités

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service peuvent parfois rencontrer des difficultés lorsqu'ils dispensent des soins aux victimes de VBG. Ils peuvent constater que la législation nationale ou les normes sociales ou culturelles prévoient des restrictions lors de la prestation de certains services ou dans certaines circonstances. Par exemple:

- Dans certaines sociétés, il est fréquent que la famille et/ou les autorités forcent les victimes non mariées à se marier avec l'agresseur (double-victimisation), en cas de violence de sexuelle.
- Dans les communautés où la virginité d'une femme

au moment du mariage est considérée comme très importante, la famille d'une victime peut demander aux prestataires de service de conduire un « test de virginité »

- Si la confidentialité d'un patient est compromise, les services proposés à la victime peuvent l'exposer à des risques de représailles et à la poursuite des violences
- Les attitudes et comportements des prestataires de service de santé reflètent souvent les attitudes discriminatoires des communautés touchées, notamment la culpabilisation de la victime ce qui crée un obstacle pour l'accès des victimes aux services et affecte leur rétablissement
- Un prestataire de service peut suspecter ou savoir que l'agresseur est une personne liée à la victime ou un proche. Il peut avoir le sentiment que la sécurité de la victime n'est pas garantie, en particulier dans le cas d'enfants

Dans ces cas-là, le coordinateur SSR, les responsables de programmes de santé et les prestataires de service peuvent:

- Parler à leur superviseur
- Évoquer les options avec leur client(e)
- Évoquer les options et stratégies de plaidoyer au sein de leur organisation et structure clinique
- Explorer les liens avec et les orientations vers des organisations locales qui pourraient aider le/la client(e)
- Tout en respectant la confidentialité, évoquer avec les collègues la manière d'éviter de telles situations/les gérer à l'avenir
- Soulever les éventuelles préoccupations/difficultés lors des réunions de coordination de santé

10.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et le signalement des cas de VBG, le partage d'information, la documentation de l'incident et l'analyse des données doivent faire l'objet d'un accord dans le cadre des modes opératoires standards. La collecte et l'analyse des informations sur la VBG peuvent fournir des données précieuses si elles sont conduites et partagées correctement.

Les indicateurs à collecter au niveau de l'établissement de santé sont:

- Le nombre de cas de violence sexuelle signalés aux services sanitaires (par mois).
- Le moment de la mise à disposition de la CU (pourcentage de victimes de viol éligibles se présentant aux services de santé dans les 120 heures qui bénéficient de la CU)
- Le moment de l'administration de la PPE (pourcentage de victimes de viol éligibles se présentant aux services de santé dans les 120 heures qui bénéficient de la PPE)
- Le nombre de femmes et de filles qui bénéficient de soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi

Les indicateurs doivent mesurer chaque année:

- Le nombre d'agents de santé formés à l'administration de soins cliniques aux victimes de violence sexuelle (voir le Chapitre 3 pour en savoir plus)

10.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Anderson, M., Wheaton, W., & Evans, D. P. (n.d.). *Protection in Health in Humanitarian Settings: Principles and Practice for Public Health and Healthcare Practitioners*. (D. Townes, Éd.).

CPI. (2015). *Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire*. Extrait de: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf

CPI. (2007). *Directives du CPI relatives à la santé mentale et au soutien psychologique en situation d'urgence*. Genève, Suisse. Extrait de: https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_checklist_french.pdf

FNUAP. (2015). *Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence*. Extrait de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/16-092_Minimum_Standards_Report_FRENCH_proof_FINAL__1.pdf

Foreign and Commonwealth Office. (2014). *International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict: Basic Standards of Best Practice on the Documentation of Sexual Violence as a Crime under International Law* (1^è éd.). Royaume Uni. Extrait de: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/319054/PSVI_protocol_web.pdf

Groupe de travail de la CPI sur le genre et l'action humanitaire. (2008). *Ressources sur la violence basée sur le sexe à l'appui de la mise en œuvre des directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. (SOP Guide)*.

HCR. (2004). *Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Édition révisée*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43156/9242592633_fre.pdf

IRC, & UNICEF. (2012).). *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^è éd.). Extrait de: https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/irc_ccs_guide_french_0.pdf

OMS. (2001). *Mutilations sexuelles féminines: intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'étude en soins infirmiers et en soins obstétricaux: manuel du stagiaire*. Genève, Suisse. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69737/WHO_RHR_01.18_fre.pdf

OMS. (2005). *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur le plan sanitaire et les réactions des femmes*. Genève, Suisse. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43366>

OMS. (2007). *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Extrait de: https://www.who.int/gender/EthicsSafety_Fr_web.pdf

OMS. (2013). *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques*. Extrait de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

OMS. (2014). *Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: Manuel clinique*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf

OMS. (2016). *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272847/9789242549645-fre.pdf>

OMS. (2017). *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>

OMS, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44779/9789242548204_fre.pdf

RHRC Consortium, & Women's Commission for Refugee Women & Children. (2004). *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings*. Extrait de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FC881A31BD55D2B3C1256F4F00461838-Gender_based_violence_rhrc_Feb_2004.pdf

UN Action Against Sexual Violence in Conflict. (2008). *Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits: Ce qu'il faut faire et ne pas faire*. Extrait de: <http://www.stoprapenow.org/uploads/advocacyresources/1282164753.pdf>

Women's Refugee Commission. (2014). *The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability: Research from Kenya, Uganda and Nepal*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1084-srh-disabilities-uganda-2014>

Women's Refugee Commission. (2015). *"I See That It Is Possible" Gender-Based Violence Disability Toolkit "": Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/>

Women's Refugee Commission. (2016). *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence*. New York, NY. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1272-mean-streets>

Women's Refugee Commission, & IRC. (2015). *I See That It Is Possible: Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings*. Extrait de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview>

CHAPITRE 11

LE VIH

- 11.1 Introduction
 - 11.2 Objectifs
 - 11.3 Élaboration de programme sur le VIH
 - 11.3.1 Préparation
 - 11.3.2 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence
 - 11.3.3 Recensement des besoins
 - 11.3.4 Principes du travail avec les populations clés et les groupes à risque
 - 11.3.5 Considérations relatives à l'élaboration de programme
 - 11.3.6 Mise en œuvre de services complets pour la prévention et les soins du VIH
 - 11.3.7 Mise en œuvre des soins complets pour les personnes vivant avec le VIH
 - 11.3.8 Coordonner et établir des liens
 - 11.3.9 Plaidoyer
 - 11.4 Considérations en matière de droits humains et de droit
 - 11.5 Suivi et évaluation
 - 11.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

11.1 INTRODUCTION

Au cours de ces 3 dernières décennies, des progrès significatifs ont été accomplis pour affronter l'épidémie du virus d'immunodéficience acquise (VIH). Le VIH reste néanmoins un défi constant, en particulier dans les contextes humanitaires. Bien qu'une part importante de personnes impactées par les urgences humanitaires soit des personnes à risque par rapport au VIH, l'accès à la prévention du VIH, le traitement et les soins sont souvent exclus des priorités lors de situations d'urgence. La transmission du VIH en contexte de crise humanitaire est complexe et dépend d'un certain nombre de facteurs. Cela inclut la prévalence du VIH et la vulnérabilité de certains groupes au sein de la population dans la région d'origine et dans celle de la population d'accueil, le niveau d'interaction entre les populations déplacées et les populations environnantes, la durée du déplacement ainsi que le lieu et le degré d'isolement de la population déplacée (par exemple, réfugiés en milieu urbain versus les réfugiés accueillis dans des camps).

Cependant, les caractéristiques propres à une urgence complexe, comme le conflit, les déplacements massifs, la perte de moyens de subsistance, l'insécurité alimentaire, l'instabilité sociale, le manque d'emploi, les pressions liées aux infrastructures et la destruction de l'environnement et l'impuissance peuvent accroître la vulnérabilité et les risques d'exposition au VIH. Cette vulnérabilité accrue survient lorsque :

- L'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH est réduit en raison de l'effondrement des infrastructures sanitaires
- Les réseaux de soutien social sont perturbés, quand l'exposition au viol et à l'exploitation sexuelle augmentent, ou le commerce du sexe se développe et la consommation de substances psychoactives, notamment des drogues injectables augmentent
- Les inégalités, la stigmatisation et la marginalisation des populations clés exposées au VIH et celles qui vivent avec le VIH s'accroissent
- Les mouvements de la population vers une zone à prévalence plus élevée du VIH augmentent

En 2017, environ 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde; près de 59% avaient accès à la thérapie antirétrovirale. Environ 1,7 million de personnes vivant avec le VIH étaient touchées par les urgences humanitaires en 2013, l'année la plus récente pour laquelle nous disposons de données, y compris 174 000 enfants (âgés de 0-14 ans), 81 000 femmes enceintes et 193 adolescents. La couverture du traitement était faible au sein des populations touchées par les urgences, mais elle était en général similaire à la couverture du traitement à l'échelle mondiale à ce moment-là. En 2013, 63% des personnes vivant avec le VIH n'avaient pas accès à la thérapie antirétrovirale alors que 68% des personnes vivant avec le VIH et touchées par des urgences n'avaient pas accès au traitement. Cependant, la couverture variait selon les sous-populations; le manque de traitement le plus important touchait les enfants affectés par les urgences (83%), suivis des adolescents (76%), adultes (67%), et les femmes enceintes (55%). Malgré les derniers développements en matière d'interventions initiées par les usagers et les outils de santé mobile, les services liés au VIH pour les populations clés (voir la section 11.3.4) restent inadaptés dans la plupart des contextes.

Lors de la planification de l'élaboration de programmes sur le VIH en situations de crise humanitaire, les coordinateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programme de santé ainsi que les prestataires de service VIH et responsables de programme doivent tenir compte de :

- L'impact combiné des urgences humanitaires et le VIH, y compris des facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité face au VIH.
- Les politiques et pratiques existantes dans l'aide humanitaire qui ont pour but de prévenir la propagation du VIH et atténuer son impact
- La disponibilité et l'accessibilité des services de prévention, de soins et de traitement pour les personnes vivant avec le VIH, y compris l'interruption, le début ou la poursuite du traitement antirétroviral, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour les personnes qui s'injectent des drogues
- La nécessité de commencer une thérapie antirétrovirale (TAR) au moins chez les personnes séropositives pour la première fois qui se présentent avec un VIH avancé selon les politiques et directives nationales
- La stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, exposées au VIH et affectées par le VIH
- La nécessité de prévenir et prendre en charge d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)

11.2 OBJECTIFS

L'objectif de ce chapitre est d'aider les coordinateurs SSR, les responsables de programmes de santé et les prestataires de services à :

- Planifier et mettre en œuvre des services complets de prévention, de soins et de traitement du VIH dans le cadre d'une action humanitaire
- Comprendre les informations guidées par les données probantes et les obstacles à la mise en œuvre
- Améliorer l'utilisation et la demande de services VIH

11.3 ÉLABORATION DE PROGRAMME SUR LE VIH

11.3.1. Préparation

La perturbation des services de prévention et de traitement du VIH peut avoir un impact significatif sur les risques de transmission, notamment la transmission mère-enfant, et

la santé des personnes vivant avec le VIH. Pour atténuer ces risques, la prise en compte du VIH et du Sida dans les efforts de préparation est essentielle.

1. Inclure le VIH dans les plans d'action humanitaire.

La capacité à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH dans un délai convenable est intimement liée à la prise en considération de ces besoins dans la préparation et les plans de secours du programme VIH et des plans nationaux de prévention des catastrophes généraux. Pour ce faire, il faut impliquer toutes les parties prenantes concernées, notamment les organisations de personnes vivant avec le VIH, les agents de santé des agences d'exécution impliqués dans la prestation de services liés au VIH et à la SSR, et les représentants des communautés, des associations de femmes et les populations clés, comme il convient. Les protocoles d'analyse situationnelle et les recensements des besoins adaptés au contexte national sont élaborés durant la phase de préparation doit inclure le VIH.

2. Pré-positionner les stocks régulateurs, redistribuer les fournitures dans les zones ayant les besoins les plus importants, et apporter un appui pour le transport et l'approvisionnement d'urgence afin d'assurer la fourniture de médicaments et de produits dans les contextes humanitaires. Dans les situations d'extrême urgence, en l'absence de stocks régulateurs, envisager l'inclusion du VIH, de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et des kits de démarrage de la TAR dans les fournitures d'urgence mondiale/régionale pour les ARV ininterrompus, les conseils et tests de dépistage du VIH (CTV), et les services clés de prévention/l'accès aux produits.

3. Assurer un leadership et un appui pour veiller à ce que les ARV soient inclus dans l'intervention d'urgence dès le départ. Mettre le VIH au programme des réunions du pôle/de coordination de la santé et l'intégrer systématiquement dans les évaluations humanitaires.

- 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 (déjà utilisés par la population, par exemple), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins, le cas échéant
- Soutenir l'offre d'antirétroviraux (ARV) pour continuer le traitement pour les personnes qui ont été recrutées pour le programme (ART) avant l'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans le cadre des programmes PTME
- L'offre de la PPE aux victimes de violence sexuelle comme il se doit, et pour l'exposition professionnelle
- Appuyer l'offre de la prophylaxie cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- Garantir la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST

Ces interventions prioritaires doivent être mises en œuvre dans toutes les urgences humanitaires indépendamment de l'épidémiologie du VIH. Dans les contextes à forte prévalence d'utilisation de drogues injectables, l'accès à des aiguilles et seringues stériles (et la poursuite du TSO) doit être accordé, conformément aux politiques nationales.

Ce chapitre décrit les approches destinées aux coordinateurs SSR, aux responsables de programme de santé et aux prestataires de service en matière d'approches de prévention, de soins et de traitements du VIH dès que la situation le permet, en s'appuyant sur les interventions du DMU. Lors de la planification de la prévention, des soins et des traitements complets du VIH, un recensement des besoins doit être entrepris dans un premier temps.

11.3.3 Recensement des besoins

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent recueillir ou avoir une estimation des informations pertinentes concernant le contexte de leur travail, en coordination des représentants du Ministère de la Santé (MS) et d'autres acteurs du secteur/pôle. Diverses méthodes de collecte de données et de conception d'études sont disponibles pour évaluer les besoins des populations déplacées par rapport au VIH, des approches en matière d'enquêtes quantitatives au suivi des données en passant par les études ethnographiques

11.3.2 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

Les composantes du Dispositif minimum d'urgence (DMU) liées aux interventions du VIH au début de l'intervention humanitaire se concentrent sur la prévention de la transmission du VIH et la réduction de la morbidité et de la mortalité causées par le VIH et d'autres IST. Pour réduire la transmission du VIH dès le début d'une intervention humanitaire, le coordinateur SSR doit travailler avec les partenaires du secteur/pôle de la santé pour :

approfondies et les études qualitatives transversales rapides. Des missions conjointes d'évaluation sur les besoins liés au VIH requièrent un consensus quant aux objectifs et priorités mais aussi des approches et outils standardisés communs. Il faut reconnaître que les outils doivent être adaptés à chaque contexte. L'expérience a montré qu'une évaluation conjointe des parties prenantes gouvernementales et non-gouvernementales comporte de nombreux avantages.

L'équipe d'évaluation doit travailler avec des organisations non-gouvernementales locales (ONG), des organisations communautaires, et d'autres informateurs clés (comme les populations déplacées, les populations clés) afin de recueillir des informations sur les perspectives locales.

CARACTÉRISTIQUES DES POPULATIONS

- Informations sur la population (informations démographiques sur la population d'accueil et celle des déplacés), les schémas de déplacement et le nombre de personnes dans différents cadres (rural, urbain et migration)
- Prévalence du VIH et d'autres IST (pour les populations déplacées et d'accueil). Ces informations sont accessibles sur le site Internet d'ONUSIDA, et dans le programme national de lutte contre le Sida ou d'autres entités de supervision du MS
- Nombre de personnes vivant avec le VIH parmi les populations affectées dont les services de traitement du VIH sont perturbés (par exemple, la PTME et les programmes ART) et qui ont besoin de poursuivre des traitements ARV
- Profil et nombre de personnes dont les services essentiels de prévention du VIH (comme les préservatifs, les lubrifiants, les aiguilles et les seringues, les TSO) ont été perturbés ou sont exposés aux perturbations
- Facteurs comportementaux, structurels et environnementaux pouvant accroître le risque de transmission du VIH auxquels les groupes vulnérables sont exposés

CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES DE SANTÉ

- Le personnel des établissements de santé et le personnel de santé sont déjà disponibles dans la région (international, auprès du MS, et des communautés)
- Le personnel des établissements de santé et le personnel communautaire y compris les pharmaciens dotés d'une expérience en prévention, traitement, soins et besoins en formation du personnel

- Disponibilité des préservatifs et lubrifiants compatibles avec les préservatifs
- Disponibilité du matériel d'injection pour les personnes qui s'injectent des drogues et les TSO
- Protocoles nationaux sur les ARV pour la prévention (PPE), la prophylaxie pré-exposition (PrEP), la PTME et la TAR et les ARV disponibles
- Disponibilité de laboratoires, notamment des points de service pour tests rapides.
- Disponibilité des différents tests de dépistage du VIH
- Existence d'une chaîne d'approvisionnement fiable qui peut appuyer l'accès durable à la prévention du VIH, les soins et les produits thérapeutiques (comme les ARV et les préservatifs)
- Aide alimentaire
- Disponibilité des organisations locales ou réseaux de pairs de personnes vivant avec le VIH ou de populations clés ou ceux qui fournissent des services à ces populations dans le contexte local

LÉGISLATION ET POLITIQUES NATIONALES

Les responsables de programme SSR et prestataires de service doivent connaître les lois et politiques nationales relatives au VIH, évaluer la façon dont les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) sont inclus et s'il existe des restrictions en fonction du genre, de l'âge ou d'un autre statut. Parmi les exemples, figurent:

- Les lois et/ou politiques sur le dépistage du VIH, y compris le conseil avant et après dépistage. Existe-t-il des lois sur le dépistage obligatoire ? Précisions concernant le lieu des tests de dépistage?
- Les lois et/ou politiques liées à la distribution de préservatifs, les personnes qui s'injectent des drogues et les services de réduction des risques (surtout les TSO et les programmes aiguilles et seringues)
- Les lois et/ou politiques relatives à la transmission du VIH, au commerce du sexe ou aux relations sexuelles avec des personnes de même sexe
- Les lois et/ou politiques relatives à la divulgation du statut VIH par le prestataire des soins
- Les lois et/ou politiques régissant la fourniture d'ART et si les personnes déplacées (réfugiées/PDIP) sont incluses dans les plans et politiques VIH

TABLEAU 11.1: SCÉNARIOS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

	SCÉNARIO DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH	CONNAÎTRE SON ÉPIDÉMIE
Faible niveau	Prévalence du VIH <1%: La prévalence du VIH n'a pas atteint des niveaux importants dans une des catégories de population. Cela suggère que les réseaux de risque sont diffus ou que le virus a été introduit récemment	Les connaissances des comportements à risques, des réseaux sexuels et d'autres facteurs indiquant la capacité de propagation du VIH - comme les taux d'autres IST - sont primordiales pour planifier la prévention
Concentrée	La prévalence du VIH est suffisamment élevée (5% ou plus) au sein d'une ou plusieurs populations clés, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres ou les travailleurs du sexe et leurs client(e)s pour maintenir cette épidémie dans cette catégorie de population. Cependant, le virus ne circule pas au sein de la population générale, où la prévalence reste < 1%	La première phase de l'épidémie sera déterminée par La taille de la/des population(s) vulnérable(s) La fréquence et la nature des interactions entre eux et la population générale L'ampleur des programmes VIH personnalisés fournis par et pour les populations clés Le degré de mobilisation des populations clés (touchées par la stigmatisation, et inversement par l'autonomisation communautaire)
Généralisée	La prévalence du VIH est de 1%-15% chez les femmes enceintes qui se présentent aux visites prénatales, ce qui indique une prévalence du VIH suffisamment élevée au sein de la population générale pour permettre aux réseaux de relations sexuelles d'alimenter l'épidémie. Dans une population où la prévalence est de plus de 5%, toute personne sexuellement active est potentiellement exposée à un risque élevé et aucune catégorie de population n'est considérée comme étant à « faible risque ».	Les normes sociales qui conduisent à des relations sexuelles avec plusieurs partenaires et/ou les normes et politiques qui empêchent les personnes de se protéger (par exemple, les normes qui limitent l'accès des filles à l'éducation et à l'information) sont directement impliquées dans les dynamiques de l'épidémie

La situation est exceptionnelle en Afrique australe où un nombre considérable de personnes - plus de la moitié d'entre elles étant des filles et des femmes vivent avec le VIH. Dans ce scénario hyperendémique, la prévalence du VIH est supérieure à 15% dans la population adulte. Il faut déployer des efforts et des moyens exceptionnels pour mobiliser des populations entières afin qu'elles changent leurs comportements sexuels. En outre, pour affronter l'épidémie de VIH efficacement, il faut une meilleure localisation géographique et de la population pour faire en sorte que les regroupements d'interventions efficaces et personnalisées pour la prévention et le traitement soient proposés aux personnes exposées au VIH, qu'elles soient dans des contextes d'épidémie généralisée, concentrée ou mixte.

CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIQUES DU VIH

Afin d'avoir un impact sur la prévalence du VIH, les efforts des programmes doivent être bien ciblés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA ont classé les épidémies de VIH de façon générale comme l'épidémie de faible niveau, l'épidémie concentrée et l'épidémie généralisée (voir le Tableau 11.1), ce classement fait office de guide utile à l'élaboration de programme.

11.3.4 Principes du travail avec les populations clés et les groupes à risque

Certaines populations clés sont affectées de manière

disproportionnée par le VIH dans quasiment tous les contextes. Cela inclut les gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les PWID, les personnes qui se livrent au commerce du sexe, les personnes transgenres, et les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés. Les risques disproportionnés reflètent à la fois les obstacles légaux et sociaux qui accentuent la vulnérabilité et les comportements liés aux risques parmi les membres de ces populations.

Dans certains contextes, d'autres groupes sont également particulièrement vulnérables face au VIH, par exemple, les adolescents, les travailleurs migrants, les réfugiés, les chauffeurs routiers, le personnel militaire et en Afrique du

ENCADRÉ 11.1: POPULATION CLÉ: HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) incluent tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec des personnes de même sexe, indépendamment de leur orientation sexuelle auto-identifiée (gay, bisexuel ou hétérosexuel). À travers le monde, on estime que les HSH sont 24 fois plus susceptibles d'être infectés par le VIH que la population générale, la prévalence du VIH allant de 14 à 18% dans les Amériques, en Asie et en Afrique subsaharienne. La riposte au VIH pour les HSH continue d'être entravée par l'homophobie, la discrimination, la violence et la criminalisation qui affectent la santé physique et mentale des HSH et limitent l'accès aux services. L'homophobie, la stigmatisation et la discrimination sont des questions essentielles pour mettre en œuvre des services de prévention, de soins et de traitement du VIH fondés sur les droits et en s'appuyant sur des données probantes.

L'offre d'un continuum de services en étroite partenariat avec les communautés d'HSH augmente l'accès et réduit la morbidité, la mortalité et la transmission ultérieure du VIH. Les programmes efficaces pour les HSH comprennent:

- L'autonomisation communautaire est capitale à tous les efforts de prévention. L'autonomisation soutient les HSH pour s'attaquer aux contraintes structurelles pour leur santé, leurs droits humains et leur bien-être et elle améliore l'accès aux services. Le renforcement des capacités des réseaux d'HSH appuie la planification, la mise en œuvre, l'intensification, la gestion et le suivi des programmes de VIH avec les HSH
- La lutte contre la violence est un des besoins les plus urgents et pressants pour les HSH. La protection contre la violence, la discrimination et d'autres formes de violation des droits humains est nécessaire pour assurer l'application efficace d'interventions sur le VIH
- La mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants est une intervention fondamentale de la prévention ce qui inclut la gestion des fournitures, la promotion multiniveau et la création d'un environnement favorable pour accroître l'utilisation du préservatif
- Les services complets de soins de santé incluent les CTV, la PrEP et la PEP, la TAR, les traitements d'IST et d'autres co-infections, la santé mentale et la toxicomanie y compris les programmes aiguilles et seringues et la TSO pour les HSH qui s'injectent des drogues
- Les services communautaires sont une méthode clé de prestation de service. Les associations masculines et organisations d'HSH sont des partenaires majeurs pour la sensibilisation, la gestion des centres d'accueil

et l'aide accordée aux pairs pour naviguer entre les services de santé, les services de justice et les services sociaux. La participation et le leadership des HSH renforcent la confiance, confèrent un caractère complet et réactif aux programmes et crée des conditions favorables pour la prévention du VIH

- Les services intégrés permettent le traitement, les soins et le soutien par rapport aux co-morbidités (par exemple, le VIH, l'hépatite virale, la TB, les IST et les maladies mentales) et les situations sociales précaires (la détention, le manque de logement et le chômage). Les services intégrés facilitent la communication et les soins et contribuent à des résultats plus favorables pour les clients qui sont des HSH

Les programmes VIH consacrés aux HSH peuvent être confrontés à la résistance et aux critiques de la communauté élargie, surtout lorsque les attitudes sociales, culturelles et religieuses stigmatisent les HSH. Cependant, grâce au financement et au soutien, les administrateurs de programme peuvent accroître l'acceptation des communautés et des actions en faveur des HSH. Par exemple:

- Déterminer la taille et les caractéristiques des communautés d'HSH parmi la population touchée et les impliquer dans la conception et la mise en œuvre des activités ciblées de la prévention du VIH
- Promouvoir la compréhension et l'acceptation des diverses orientations sexuelles et identités sexuelles dans le cadre des campagnes de sensibilisation publique afin de faire baisser l'homophobie
- Sensibiliser et renforcer les capacités des professionnels, en particulier les agents de santé, les officiers de police, les travailleurs sociaux et communautaires pour interagir ou travailler avec les HSH et appliquer des approches basées sur les droits et des pratiques guidées par des données probantes
- Mettre en œuvre et imposer des lois anti-discrimination et de protection pour éradiquer la stigmatisation, la discrimination et la violence
- Assurer le suivi et signaler les cas de violence, en consultation avec les clients et en ayant conscience des risques juridiques, et établir des mécanismes de recours pour rendre justice
- S'assurer que les services de santé soient accessibles, acceptables, axés sur les patients et fondés sur des principes d'éthique médicale, de refus de la stigmatisation, de non-discrimination et du droit à la santé

ENCADRÉ 11.2: POPULATIONS CLÉ: USAGERS DE DROGUES INJECTABLES

Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), près de 11,7 millions de personnes à travers le monde s'étaient récemment injectées des drogues en 2014. Parmi elles, 1,6 million vivaient avec le VIH (soit 13,5%). L'injection de drogues est fortement prévalente en Europe de l'Est et du Sud-Est et 27% des PWID résident en Asie de l'Est et du Sud-Est. Les taux de nouvelles infections par le VIH se sont avérées être 24 fois plus élevées parmi les personnes qui s'injectent des drogues qu'au sein de la population générale. Le VIH est fortement prévalent chez les PWID en Asie du Sud-Ouest, et en Europe de l'Est et du Sud-Est, où 27,9% et 22,9% d'entre elles respectivement vivent avec le VIH. Le partage d'aiguilles et des seringues contaminées contribue à un tiers des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne. Les femmes qui s'injectent des drogues sont particulièrement stigmatisées et exposées à la violence et au VIH. La couverture insuffisante des programmes de réduction des risques dans des milieux où l'injection non sécurisée des drogues est élevée est source de préoccupation en raison du risque élevé de transmission du VIH et d'autres infections comme l'hépatite virale.

Bien que le partage des seringues et d'autres équipements pour l'injection de drogues soit une voie de transmission du VIH, l'injection des drogues contribue également à la propagation de l'épidémie au-delà du cercle de personnes qui s'injectent des drogues. Les partenaires sexuels de PWID sont exposés par le biais de la transmission sexuelle. Les enfants nés de mères qui ont contracté le VIH par le partage d'aiguilles ou par des rapports sexuels avec des personnes qui s'injectent des drogues peuvent aussi être infectés. Les comportements sexuels à risques ont une prévalence élevée chez les personnes qui se livrent au commerce du sexe et les HSH qui utilisent des drogues stimulantes (cocaïne, amphétamines).

Les PWID peuvent également être exposées à d'autres risques de transmission du VIH comme le commerce du sexe et l'emprisonnement. La criminalisation de la consommation de drogues peut conduire à la marginalisation sociale et limiter l'accès aux services de santé et de VIH notamment les CTV et les ARV. Tout cela peut accentuer l'épidémie.

Les services VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues doivent donc se concentrer sur une approche fondée sur la réduction des risques. Le dispositif complet pour la prévention, le traitement et les soins du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues comprend neuf interventions classées par ordre de priorité comme suit:

- 1) Programmes de distribution d'aiguilles et seringues
- 2) Traitement de substitution aux opiacés
- 3) Tests de dépistage et conseils en matière de VIH
- 4) Thérapie antirétrovirale

- 5) Traitement des infections sexuellement transmissibles
- 6) Programmes de préservatifs pour les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels
- 7) Information, éducation et communication ciblées pour les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels
- 8) Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
- 9) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose

L'offre d'aiguilles et seringues stériles réduit le risque de transmission du VIH. Dans la mesure du possible et selon le contexte, la mise à disposition d'autres services de réduction des risques, comme le traitement de substitution aux opiacés non contraignant (méthadone ou buprénorphine) pour les personnes dépendantes aux opiacés, naloxone pour la prévention des overdoses, et l'aide psychosociale peuvent être envisagées. De plus, les services de PTME destinés aux femmes qui s'injectent des drogues et pour les partenaires sexuels de PWID dans le cadre de programmes SSR doivent pris en compte. Des préservatifs de qualité doivent toujours être fournis.

Dans la plupart des cas, les prestataires de service manquent d'expérience, de compétences et de qualifications pour fournir des services de bonne qualité aux personnes qui s'injectent des drogues. Dans de tels cas, les prestataires doivent être formés sur les services liés au VIH pour les PWID. Les efforts de sensibilisation communautaire menés par les pairs sont un bon moyen d'atteindre les PWID qui ne sont pas en contact avec les services de santé et prévention du VIH. Plus concrètement:

- Déterminer la taille et les caractéristiques des PWID parmi la population touchée et les impliquer dans la conception et la mise en œuvre des activités ciblées de la prévention et de traitement du VIH
- Créer la demande et offrir l'accès à du matériel d'injection stérile par le biais des programmes aiguilles et seringues
- Créer la demande et offrir l'accès des TSO et d'autres services de lutte contre la consommation de substances fondée sur des données probantes
- Créer la demande et offrir l'accès aux CTV et à la TAR
- Créer la demande et offrir l'accès aux préservatifs, à la prévention et au traitement des IST, et services
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

En outre, la naloxone doit être fournie dans la communauté pour prévenir les décès liés à l'overdose d'opiacés.

ENCADRÉ 11.3: POPULATION CLÉ: PERSONNES QUI SE LIVRENT AU COMMERCE DU SEXE

Toutes les communautés sont le théâtre d'échanges de services sexuels contre de l'argent ou des biens et ils sont souvent prévalents chez les populations en situation d'urgence. Cela inclut les personnes qui ne se considèrent pas comme des travailleurs du sexe mais qui sont privés d'autres formes de revenu et offrent des services sexuels pour subvenir à leurs besoins et ceux des personnes à leur charge, en situations d'urgence humanitaire. Il est donc très important de fournir des services de VIH et SSR à toutes les personnes impliquées dans le commerce du sexe dans le cadre de situations de crise humanitaire, en plus de la sécurité et de l'accès à l'alimentation des personnes vulnérables. Les personnes qui se livrent au commerce du sexe et leurs familles bénéficient de mécanismes de soutien, notamment la mise à disposition d'une assistance et d'incitations de même que les services juridiques, économiques et sociaux pour réduire la dépendance à l'égard du commerce du sexe pour la survie.

Globalement, les personnes qui se livrent au commerce du sexe sont confrontées à une prévalence du VIH 10 fois plus élevée que la population générale, avec un taux moyen d'infection par le VIH de 12%. Plusieurs raisons expliquent ce risque, notamment les partenaires sexuels multiples, la vulnérabilité face à la violence sexuelle, les conditions de travail dangereuses, les obstacles à la négociation de l'utilisation systématique du préservatif, et le manque d'accès aux services de santé. La stigmatisation, la discrimination, la violence et la criminalisation du commerce du sexe limitent l'accès aux services et la capacité à limiter les risques. Par exemple, la police peut harceler les personnes qui se livrent au commerce du sexe et utiliser la possession de préservatifs comme preuve de l'implication dans le commerce du sexe. La violence, la consommation d'alcool et de drogues dans certains milieux contribuent également à la vulnérabilité et aux risques auxquels s'expose cette population clé.

Un certain nombre d'interventions ont été identifiées pour réduire le VIH dans le contexte du commerce du sexe:

- La sensibilisation communautaire est au cœur de la réduction des risques pour les personnes qui se livrent au commerce du sexe et d'autres populations clés. Elle permet de planifier, de mettre en œuvre et suivre de manière efficace, tous les aspects de la prévention, du traitement, et des soins liés au VIH et aux IST. Le renforcement des capacités des réseaux de travailleurs du sexe vient consolider la mise en œuvre et l'amplification des interventions adaptées aux communautés de travailleurs du sexe
- La lutte contre la violence perpétrée envers les personnes qui se livrent au commerce du sexe est une priorité, elle représente souvent une préoccupation plus urgente que la prévention du VIH. Les programmes sur le VIH doivent inclure la protection contre la violence, la discrimination, la maltraitance et d'autres violations des droits humains, notamment par certains acteurs étatiques
- Les programmes consacrés aux préservatifs et aux lubrifiants constitue une intervention cruciale pour assurer l'offre suffisante de préservatifs masculins et féminins et lubrifiants, y compris dans les communautés
- Les services cliniques et de soutien doivent être fondés sur les droits et axés sur les personnes, en garantissant le consentement volontaire et informé et le refus de toute coercition et/ou attitudes critiques de la part des prestataires. Parmi les services volontaires figurent les CTV, la PrEP et PPE,

la TAR, le traitement des IST et des co-infections comme la TB et l'hépatite virale y compris la vaccination contre le virus de l'hépatite B et des services complémentaires de réduction des risques pour les personnes qui se livrent au commerce du sexe, qui s'injectent des drogues, les soins post-viol et les services de santé mentale. Dans les milieux à forte prévalence des IST et où les services de santé sont limités, les traitements présomptifs périodiques des IST peuvent être proposés pour une durée limitée, aux personnes qui se livrent au commerce du sexe. L'adoption de l'ensemble des services dépend du degré d'information suffisant des personnes qui se livrent au commerce du sexe et de leur autonomie pour faire leurs propres choix d'accepter le traitement et le soutien

- Les services communautaires augmentent la portée et l'offre de services acceptables par les pairs aux personnes qui se livrent au commerce du sexe dans les cadres communautaires. Une approche communautaire de la planification, de l'offre et du suivi des services contribuent à l'efficacité et à la durabilité des programmes, avec des prestations par le biais de la sensibilisation, des cliniques mobiles et des espaces sécurisés (centres d'accueil), et le parcours des pairs dans les systèmes de sanitaire, social et juridique pour maximiser l'adoption des services et assurer de la défense des droits des professionnels du sexe. Les interventions peuvent également s'attaquer à la partie « demande » du commerce du sexe - œuvrer pour changer le comportement des clients - réduire la violence contre les personnes qui se livrent au commerce du sexe et réduire la demande de rapports sexuels non protégés. Le personnel humanitaire, les soldats de maintien de la paix, la police civile et les membres de la population générale peuvent être des clients de travailleurs du sexe dans les situations de crise humanitaire
- Les actions visant à protéger contre la discrimination et d'autres violations des droits auxquelles sont confrontées les personnes qui se livrent au commerce du sexe et à améliorer les droits des travailleurs du sexe en matière de services sociaux, sanitaires et financiers sont primordiales. Elles peuvent être reliées aux secteurs de la protection et de la violence basée sur le genre
- Les services de santé doivent être mis à la disposition des personnes concernées, ils doivent être accessibles et acceptables pour les personnes qui se livrent au commerce du sexe conformément aux principes de refus de la stigmatisation, de la non-discrimination et du droit à la santé
- Le plaidoyer auprès des leaders communautaires est utile pour accroître la sensibilisation et l'acceptation du caractère fondamental de la prestation de services destinés aux personnes qui se livrent au commerce du sexe

Enfin, les efforts visant à mettre un terme à la traite des êtres humains et à l'exploitation sexuelle des enfants doivent être déployés en accord avec les communautés de professionnels du sexe et les programmes sur le VIH, la protection et la VBG. Les opérations de sauvetage aveugles négligent les droits des travailleurs du sexe et occultent le commerce du sexe et la traite des êtres humains, ce qui accentue le risque de VIH et de violence. Les communautés de travailleurs du sexe sont d'excellents alliés des luttes contre les trafics et elles doivent être consultées et impliquées. Très souvent, les personnes qui se livrent au commerce du sexe sauront si les personnes sont forcées à fournir des services sexuels ou si elles sont âgées de moins de 18 ans (enfants exploités sexuellement).

Sud, les jeunes femmes. Ces populations sont affectées de manière variable selon les pays et les contextes épidémiques. Les pays doivent identifier ces autres populations propres à leurs contextes et élaborer et adapter des services en fonction. Dans de nombreux pays, la mauvaise couverture et la qualité médiocre des services pour les populations clés et les groupes vulnérables mettent en danger les actions contre le VIH. Tous les pays doivent tenir compte de la nécessité de cibler ces groupes, de comprendre leurs besoins, de les responsabiliser et de leur fournir des services équitables, accessibles et acceptables.

11.3.5 Considérations relatives à l'élaboration de programme

RESSOURCES HUMAINES, PARTAGE DES TÂCHES ET TRANSFERT DES TÂCHES

Les systèmes de santé solides et efficaces doivent avoir suffisamment de personnel clinique, doté des bonnes compétences au bon endroit. Mais le nombre d'agents de santé disponibles reste insuffisant dans de nombreux contextes où la charge du VIH est élevée et cela est accentué dans les contextes d'urgence. L'accès universel aux services de VIH ne sera pas possible sans système de santé renforcé, y compris une expansion significative du personnel de santé. Face à ce contexte, la nécessité d'un plan pour renforcer et développer le personnel de santé dans le contexte du VIH apparaît évidente. Étant donné le nombre croissant de patients, les pénuries de personnel médical formé, les contraintes financières, le traitement doit être administré de manière plus efficace.

L'intensification de la prévention, du traitement et des programmes de soins du VIH ne peut pas dépendre uniquement des professionnels de santé formés, car ils sont en nombre insuffisant pour répondre aux besoins. Les programmes doivent également impliquer les responsables et le personnel d'appui extérieurs au secteur de la santé qui peuvent libérer du temps pour les prestataires de soins afin que ces derniers puissent assurer du travail clinique. Le partage des tâches et le transfert des tâches (dans le cadre desquelles les médecins, les infirmières, les dentistes et d'autres professionnels de santé délèguent les responsabilités de soins et des connaissances pertinentes aux autres, notamment les agents de santé communautaire (ASC) formés et les soins et l'appui communautaires peuvent utiliser de manière plus efficacement des ressources humaines existantes et limiter les goulots d'étranglement dans la prestation de service sans compromettre les résultats pour les clients. Le partage des responsabilités peut également consister à déléguer certaines tâches clairement délimitées aux catégories d'agent de santé nouvellement créées qui suivent une formation spécifique

sur les compétences requises.

Le partage des tâches est le processus permettant à un éventail de professionnels non spécialisés et formés - tels que les infirmières, les sages-femmes, les agents cliniques, et les agents de santé communautaire - d'assurer les tâches et procédures cliniques en toute sécurité qui auraient été par ailleurs restreintes aux catégories plus élevées. Le partage des tâches met l'accent sur une base de connaissances pour les rôles et responsabilités délégués et souligne l'implication des professionnels de santé lors de l'administration de soins.

L'Organisation mondiale de la Santé définit le transfert des tâches comme le processus par lequel des tâches spécifiques sont transférées, si nécessaire, aux agents de santé ayant une formation et des qualifications moindres. Les agents de santé communautaire, y compris les personnes vivant avec le VIH, peuvent fournir des services liés au VIH en toute sécurité et de manière efficace, dans les établissements de santé et au sein de la communauté. Contrairement au transfert/partage des tâches informels et opportunistes, des stratégies délibérées sont associées à la formation, à la certification, au soutien et à la supervision.

FORMATION

Il est essentiel que la capacité à appliquer des programmes VIH de bonne qualité existe pour garantir la prestation de qualité pour les services liés au VIH. Cependant, la capacité peut varier d'un contexte à l'autre. En outre, la nature d'une urgence peut nécessiter l'expansion de compétences spécifiques chez les agents de santé (par exemple, comment répondre à la violence sexuelle, ou comment gérer les produits VIH de manière efficace). C'est la raison pour laquelle il est important d'inclure une évaluation de base des lacunes en termes de capacité dans le cadre du recensement des besoins et de la planification du programme. En fonction des lacunes en termes de capacités et les déficits de compétences identifiés, la formation peut se concentrer les publics cibles tels que:

- Les agents de santé des centres médicaux et postes de santé
- Les responsables du secteur sanitaire au sein des agences d'exécution
- Les agents de santé communautaire et les agents de sensibilisation des pairs
- D'autres personnes en fonction des besoins et des lacunes constatés

Dans la mesure du possible, utiliser les manuels ou supports de formation existants et utiliser l'expertise locale.

PRESTATION DE SERVICES DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES ET CADRES

Plus de 60% des réfugiés et PDIP vivent en milieu urbain, à travers le monde. Contrairement aux camps de réfugiés/ personnes déplacées, les villes permettent aux réfugiés de vivre dans l'anonymat, de gagner leur vie et de se construire un avenir meilleur. Mais ils sont également exposés à des dangers. Les réfugiés sont vulnérables face à l'exploitation, les arrestations ou la détention, et ils peuvent être contraints d'entrer en compétition avec les travailleurs locaux les plus pauvres pour les emplois les moins attrayants. Un grand nombre de réfugiés à savoir des femmes, des enfants et des personnes âgées vivant dans des zones urbaines, sont confrontés à un éventail de risques y compris la menace d'arrestation et de détention, le refoulement, le harcèlement, l'exploitation, la discrimination, les hébergements d'urgence inadaptés ou bondés, de même que la vulnérabilité face à la violence basée sur le genre (VBG), le VIH, les troubles liés à la toxicomanie et la traite des êtres humains.

Dans les contextes urbains, des efforts doivent être déployés pour atteindre les réfugiés et les PDIP car les documents font souvent défaut et ces personnes ne bénéficient pas d'un soutien matériel direct ou de services de la part des gouvernements des pays d'accueil ou des agences humanitaires. Les prestataires de service sont confrontés à des difficultés pour atteindre les réfugiés et les PDIP dans les zones urbaines et ces personnes ont rarement l'occasion d'exprimer leurs préoccupations. De plus, les réfugiés vivant en milieu urbain font face à de nombreux désavantages en comparaison avec les résidents à faible revenu, comme le manque de systèmes d'appui communautaire, les barrières linguistiques, l'exclusion des systèmes de sécurité sociale ou d'assurance maladie et leurs revenus disponibles insuffisants. La stigmatisation et la discrimination peuvent limiter l'accès à des services de santé d'ores et déjà mis à rude épreuve.

Dans les pays où les ressortissants disposent de services de santé subventionnés ou gratuits, la première des priorités serait l'intégration des services de santé réservés aux réfugiés dans le système de santé national pour que les réfugiés puissent bénéficier du même accès aux services de santé que les ressortissants. Cela s'appliquerait particulièrement aux services de santé primaire et aux services de SSR comme les services de contraception, les soins prénatals et postnatals, les soins obstétricaux d'urgence, et la prise en charge du VIH/des STI et des cas de VBG. Si ce privilège n'est pas accordé par le gouvernement du pays d'accueil, il faut instaurer des services alternatifs et définir une stratégie de plaidoyer.

Les services de protection informels gérés par les communautés et les réseaux de pairs peuvent aussi devenir

un fondement de la protection urbaine. Ces réseaux de pairs peuvent se trouver parmi les réfugiés, par exemple sous la forme de groupes de soutien, y compris les victimes de VBG, les personnes âgées, les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les personnes transgenres, queer, en questionnement, intersexes et asexués (LGBTQIA), les personnes qui se livrent au commerce du sexe, les personnes handicapées, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes en prison et les personnes vivant avec le VIH. Les populations clés peuvent être encouragées à se mobiliser et former des réseaux locaux pour travailler collectivement. Dans la mesure du possible, mettre à disposition des centres d'accueil où les services peuvent être proposés et les personnes peuvent se rencontrer et lancer une action communautaire. Mobiliser les organisations locales qui ont une expertise en matière de travail dans un quartier spécifique ou une zone géographique qui fait l'objet d'un afflux de réfugiés; d'autres peuvent avoir une expertise de travail avec les sous-populations urbaines, notamment les groupes vulnérables comme les personnes LGBTQIA, les personnes qui prennent part au commerce du sexe, les personnes sans abri et les personnes vivant avec le VIH.

11.3.6 Mise en œuvre de services complets pour la prévention et les soins du VIH

Une fois que les conditions sont réunies, l'amplification doit être opérée pour passer du dispositif minimum du VIH à la prévention et aux services complets de soins et de traitement du VIH. Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent examiner les résultats des recensements des besoins situationnels et mettre en œuvre des services complets de VIH selon les services disponibles et les conditions de sécurité. Le continuum des soins du VIH fait référence au dispositif complet de la prévention, des tests de dépistage, du traitement et des soins du VIH mis à la disposition des personnes exposées au risque de la contamination par le VIH et des personnes vivant avec le VIH et leurs familles.

SENSIBILISATION AU VIH

Les campagnes d'information publique doivent être menées pour sensibiliser les communautés sur la manière dont le VIH est ou n'est pas transmis et promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH, les avantages de la connaissance de propre statut VIH, et la disponibilité des services de prévention, de tests de dépistage, de soins et de soutien liés au VIH. Les informations sur la révélation sécurisée sont également cruciales. Les personnes, en particulier les femmes et les filles qui peuvent être exposées au risque de violence, doivent bénéficier d'un choix informé quant aux personnes auxquelles elles révèlent leur statut, celles pour lesquelles elles le font, et quand, où et comment

ENCADRÉ 11.4: POPULATIONS CLÉ: PERSONNES TRANSGENRES

Les personnes transgenres sont rarement identifiables dans les systèmes de surveillance nationale, et peu de gens comprennent la charge mondiale du VIH et d'autres IST parmi les populations transgenres. Seuls les pays à revenus moyens ou élevés disposent de données et indiquent que les femmes transgenres sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH, 49 fois plus élevé que chez la population générale. Une méta-analyse publiée en 2013 a montré que le taux de prévalence du VIH parmi les femmes transgenres était de 17,7% dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

Les populations transgenres sont différentes des HSH et elles sont souvent confrontées à des fragilités et des besoins de santé différents (comme la thérapie hormonale) et il leur faut des services sensibles à la question du genre. La transphobie et le manque de documents conformes au genre peuvent limiter leur capacité à accéder aux soins de santé. Les agents de santé fournissant des services de VIH peuvent nécessiter une sensibilisation pour faire en sorte de proposer des services reconnaissant le genre des personnes transgenres adultes et adolescentes sans transphobie.

Une approche « syndémique » (épidémie synergique) des problèmes de santé concomitants affecte fortement les personnes transgenres, surtout les femmes transgenres, avec des taux élevés de violence, de victimisation, de toxicomanie, d'abus et d'agression sexuelle, ainsi que la dépression et des idées suicidaires ou tentatives de suicide. Cette approche syndémique est associée aux inégalités structurelles et sociales notamment la stigmatisation et la discrimination, le manque de documents d'identité correspondant à l'expression de genre, le chômage, le commerce du sexe faiblement rémunéré, la précarisation et le manque d'accès aux services de santé notamment les services reconnaissant le genre. Les femmes transgenres qui cherchent à obtenir la reconnaissance psychologique de leur genre auprès de leurs partenaires peuvent être plus enclines à avoir des rapports sexuels sans préservatifs et beaucoup de partenaires de femmes transgenres sont fortement exposés au risque du VIH.

Bon nombre de personnes transgenres utilisent des hormones féminisantes ou masculinisantes pour être physiquement en phase avec leur identité de genre. Beaucoup privilégient la thérapie hormonale; cela peut être un point d'entrée pour les tests de dépistage et les soins du VIH. L'incertitude continue de planer sur la façon dont les contraceptifs hormonaux surtout en grande doses peuvent affecter l'infection par le VIH et sa transmission. L'éthinylestradiol - l'œstrogène fréquemment utilisé dans les contraceptifs oraux - des interactions médicamenteuses avec les médicaments ARV bien documentées; ces contraceptifs sont très utilisés par les femmes transgenres. Les données sont limitées concernant les interactions médicamenteuses entre les ARV et l'estradiol 17-β - fréquemment utilisé pour la thérapie de remplacement hormonal. La testostérone et les ARV peuvent être co-administrés. Cependant la testostérone supprime les œstrogènes ce qui entraîne une atrophie vaginale (amincissement de la paroi vaginale qui s'assèche). Bien

que les données ne soient pas disponibles, cela soulève des inquiétudes concernant l'infection par le VIH chez les hommes transgenres.

Parmi élaborer le programme, il faut entre autres:

- Reconnaître et tirer profit des atouts, des compétences et des capacités des personnes transgenres, surtout leur aptitude à exprimer leurs opinions et expliquer leurs besoins en termes de services. S'associer aux organisations communautaires de personnes transgenres en s'appuyant sur leur expérience et leur crédibilité auprès des personnes transgenres
- Impliquer les personnes transgenres de manière pertinente dans la planification, la conception, le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation des services adaptés à leurs besoins dans les contextes locaux
- Utiliser pleinement les infrastructures et services existants, comme les services pour adolescents qui se sont avérés être adaptés et efficaces et ajouter des composantes pour les services ciblant les jeunes personnes transgenres
- Veiller à ce que les professionnels soient suffisamment capables surtout les agents de santé, les officiers de police, les travailleurs sociaux et communautaires d'interagir ou travailler avec les personnes transgenres et appliquer des approches basées sur les droits et des pratiques guidées par des données probantes.
- Une quantité suffisante de préservatifs et de lubrifiants doit être disponible en insistant sur la nécessité de garantir l'utilisation de lubrifiants. Les interventions sur le changement de comportement peuvent être assurées via internet, le marketing social, les centres d'accueil et la sensibilisation sur site)
- Les services VIH cliniques pour les personnes transgenres incluent les CTV, la PrEP et PPE, la TAR, le traitement des IST et d'autres co-morbidités notamment la tuberculose et l'hépatite virale, notamment la vaccination contre le virus de l'hépatite B lorsque la couverture vaccinale est insuffisante. Les autres services couvrent les questions de santé mentale, la réduction des risques pour les personnes transgenres qui s'injectent des drogues et d'autres programmes sur la drogue et l'alcool. Les personnes transgenres doivent bénéficier de services de SSR adaptés y compris la contraception. Les femmes transgenres doivent être conseillées à propos des risques de l'utilisation de contraceptifs hormonaux pour le traitement de féminisation
- La violence parmi les personnes transgenres doit être évitée et abordée en partenariat avec les organisations gérées par les personnes transgenres. Toutes les violences doivent faire l'objet d'un suivi et de signalement. Des mécanismes de recours doivent être établis pour rendre justice.

ENCADRÉ 11.5: POPULATION CLÉ: LES DÉTENUS

Les personnes en prison sont 5 à 10 fois plus exposées au VIH. Outre les comportements exposant au risque d'infection par le VIH comme les activités sexuelles à risques et le partage du matériel d'injection ou des équipements de piercing, les facteurs liés aux infrastructures carcérales et à la gestion des prisons y compris la santé contribuent également à la vulnérabilité face au VIH, la tuberculose et d'autres risques sanitaires dans les prisons. Ces facteurs incluent la surpopulation, la violence, les conditions précaires, la corruption, le refus, la stigmatisation, le manque de protection des prisonniers fragiles, le manque de formation du personnel carcéral, l'isolement et les services médicaux et sociaux de piètre qualité.

Dans de tels contextes, une riposte efficace face au VIH suppose de répondre aux besoins de prévention et de traitement du VIH des personnes qui les nécessitent afin de garantir un accès le plus large possible à des services de haute qualité. Un dispositif complet de 15 interventions sur le VIH en prison comprend:

- 1) Information, éducation, et communication (IEC)
- 2) Programmes de préservatifs
- 3) Prévention de la violence sexuelle

- 4) Traitements de la toxicomanie y compris le TSO
- 5) Programmes de distribution d'aiguilles et seringues
- 6) Prévention de la transmission par le biais de services médicaux ou dentaires
- 7) Prévention de la transmission par les tatouages, les piercings et d'autres formes de perforation de la peau
- 8) Prophylaxie post-exposition au VIH
- 9) Dépistage et conseils en matière de VIH
- 10) Traitement, soins et appui face au VIH
- 11) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
- 12) PTME
- 13) Prévention et traitement des IST
- 14) Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
- 15) Protection du personnel à l'égard des dangers professionnels

ENCADRÉ 11.6: MESSAGES ESSENTIELS

- Le VIH, le virus qui cause le Sida peut se propager à travers un contact sexuel non protégé (vaginal, anal, et le sexe oral sans préservatif) avec une personne qui est infectée par le VIH, les transfusions de sang infecté par le VIH, la réutilisation d'aiguilles, de seringues et d'autres équipements de perforation cutanée contaminés par le VIH, et par une femme vivant avec le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement
- Tout le monde doit connaître le VIH et le Sida et savoir comment prévenir la transmission du VIH car le VIH est incurable, il est uniquement évitable et soignable
- Il existe un traitement antirétroviral efficace du VIH et de certaines infections opportunistes (maladies liées au Sida). Bien que la TAR ne soit pas un remède, elle permet de contrôler le VIH et de prolonger l'existence si elle est prise à vie
- Le fait de souffrir d'une IST (par exemple, le chlamydia, la gonorrhée, la syphilis) augmente le risque de transmettre ou d'être infecté par le VIH.
- Le risque d'infection à travers les rapports sexuels peut être limité par l'utilisation d'une protection barrière comme le préservatif, correctement à chaque fois, le fait d'avoir une relation mutuellement monogame avec un partenaire non infecté, l'abstinence ou l'utilisation d'une prophylaxie pré-exposition par voie orale
- Toute personne susceptible d'avoir été exposée au VIH doit consulter un agent de santé qualifié pour des conseils et test de dépistage du VIH volontaires et informés afin de protéger leur santé
- Les femmes enceintes doivent accéder aux services de dépistage du VIH et aux conseils. Si elles sont séropositives, des médicaments adaptés leurs seront proposés pour réduire le risque de transmission de l'infection à leur bébé pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement
- La stigmatisation, la discrimination, les fausses informations et les attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés augmente la possibilité de souffrir du VIH et sa propagation. La discrimination contre les personnes vivant avec le VIH constitue une violation des droits humains

elles révèlent les informations. Les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées doivent être impliquées dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi de telles campagnes.

Les efforts de communication durant les premières étapes de l'action humanitaire se concentrent sur l'information des personnes concernant les lieux où elles peuvent accéder à des services de base liés au VIH. Examiner, dès que possible, les résultats d'une évaluation initiale et adapter les communications aux populations locales touchées par le VIH par exemple:

- Quel est le niveau de connaissances et quelles sont les idées fausses courantes des personnes concernant le VIH?
- Quelles pratiques courantes exposent les personnes au risque de transmission du VIH?
- Quels éléments de la nouvelle situation augmentent le risque de transmission du VIH?
- Quelles sont les attitudes et les croyances courantes concernant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés?

Les campagnes d'information publique et de santé peuvent accroître la sensibilisation aux VIH, aux IST et à d'autres problèmes de SSR au sein des communautés de réfugiés et de PDIP nouvellement établies. De plus, il faut concevoir et adapter les campagnes de communication spécifiques pour:

- Cibler les populations clés et d'autres personnes exposées aux risques de transmission du VIH. Les personnes déplacées sont confrontées à des risques accrus car les services communautaires de protection et les services de santé sont interrompus, les réseaux sexuels changent, les jeunes peuvent commencer leur activité sexuelle, la consommation de drogue peut changer et les personnes peuvent se prêter au commerce du sexe comme moyen de subsistance
- Limiter les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires contre les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et leur garantir des soins et un soutien

Les programmes communautaires, comme les centres d'accueil communautaire et la sensibilisation de pairs, sont des moyens efficaces de motiver les personnes pour qu'elles adoptent des comportements plus sains et accèdent aux services. Un certain nombre de groupes communautaires peuvent être impliqués et mobilisés à savoir les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les personnes LGBTQIA, les travailleurs/travailleuses du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes handicapées. Le soutien des leaders communautaires et religieux, des clubs sportifs au sein des écoles, des clubs post-test du VIH et des associations de lutte contre le Sida dans la police et l'armée peut être sollicité. Les associations de personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes communautaires peuvent jouer un rôle déterminant dans le changement des attitudes individuelles et à l'échelle de la communauté.

ENCADRÉ 11.7: POPULATIONS À RISQUES: JEUNES ET ADOLESCENTS

Les jeunes (10-24 ans) y compris les adolescents (10-19 ans) continuent d'être vulnérables face au VIH, d'un point de vue social et économique. Cela est particulièrement vrai pour les adolescents, surtout les filles qui vivent dans des contextes où l'épidémie du VIH est généralisée ou qui sont membres de jeunes populations clés.

Les adolescents ont souvent un accès limité aux services et les utilisent peu, ce qui accroît leur exposition au VIH. Pour ceux qui ont moins de 18 ans, les obstacles politiques et juridiques liés à l'âge du consentement empêchent souvent l'accès à un certain nombre de services de santé, notamment les services de VIH et SSR. Ces obstacles limitent également la capacité des adolescents d'exercer leur droit à être informés et à prendre des décisions indépendantes.

Les adolescents et les jeunes notamment ceux issus des populations clés doivent avoir accès à des informations et services personnalisés et adaptés à leur âge. Les jeunes doivent participer de manière significative à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes. Cela inclut:

- La mise à disposition d'une éducation sexuelle complète fondée sur les droits, et porteuse de changement pour le genre
- L'accès à des services complets de SSR adolescente, notamment pour le VIH, d'autres IST et la contraception
- La mise à disposition d'informations suffisantes et précises sur la santé et les droits reproductifs
- La création de programmes d'éducation et de soutien des pairs
- La mise à disposition de traitement, de soins et de soutien pour les adolescents
- Le soutien apporté aux adolescents vivant avec le VIH pour prendre des décisions informées de révéler leur statut VIH, quand et à qui
- Le soutien apporté aux adolescents pour respecter leur traitement et la transition des services pédiatriques à services pour adultes

ENCADRÉ 11.8: POPULATIONS À RISQUES: PERSONNES HANDICAPÉES ET PERSONNES ÂGÉES

L'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH doit être reconnu comme une composante essentielle de l'exercice du droit universel à la santé. Cependant, les personnes atteintes de différents types de handicaps (comme les handicaps auditifs, visuels, physiques ou intellectuels) et les personnes âgées peuvent être confrontées à des difficultés dans l'accès aux services de santé. La planification de services VIH doit promouvoir l'accessibilité des services pour ces groupes.

Des facteurs clés liés au VIH, comme le manque d'éducation et la marginalisation sociale sont fréquents chez les hommes et les femmes handicapés ce qui peut accroître leur vulnérabilité à l'égard du VIH. Cela s'explique par un manque d'accès suffisant à la prévention, aux informations et aux services VIH, et par un taux élevé de violence sexuelle et basée sur le genre contre les personnes handicapées de tout âge.

Parmi les aspects à prendre en compte figurent les points suivants:

- Les personnes handicapées sont exposées à tous les facteurs de risques connus du VIH, tout comme les autres populations ou plus
- Il faut inclure les personnes handicapées et les personnes âgées dans les groupes de formation sur le VIH de manière à ce qu'elles soient impliquées dans les initiatives de prévention et de sensibilisation
- Sensibiliser les éducateurs, les travailleurs de proximité, les agents des services cliniques et sociaux au handicap

- Veiller à ce que les programmes de prévention atteignent les personnes handicapées, par exemple les programmes sur le VIH et les compétences vitales ciblant les jeunes doivent englober les préoccupations spécifiques aux jeunes personnes handicapées scolarisées et celles qui ne le sont pas
- Identifier les organisations locales qui se consacrent au handicap et les impliquer dans toutes les phases des efforts de prévention
- Veiller à ce que les mesures visant améliorer l'accessibilité des services de santé soient ouvertes aux personnes handicapées. De telles mesures doivent protéger l'intimité des clients durant la communication d'informations sensibles
- Faire en sorte que tous les supports d'éducation et les initiatives publiques soient accessibles aux enfants et aux adultes aux capacités et handicaps différents, en les impliquant directement dans la sélection des contenus et des formats (par exemple, la langue des signes, le braille, les versions numériques et audio, un langage simple, des informations graphiques simplifiées, etc.) les tests et l'adaptation des supports
- Lors des campagnes de sensibilisation impliquant les médias, il est important que les messages reflètent l'image de la population ciblée et qu'ils n'excluent donc pas les personnes handicapées

ENCADRÉ 11.9: POPULATIONS À RISQUES: PERSONNEL EN UNIFORME

Les militaires et les autres personnels en uniforme sont souvent fortement exposés au risque d'infection par le VIH ou des IST essentiellement du fait de leur environnement de travail, de la mobilité, de leur âge et d'autres facteurs qui influencent leur exposition. L'affectation du personnel loin de leurs communautés habituelles et de leurs familles pendant des durées variables est un facteur majeur qui conduit à la vulnérabilité croissante à l'égard du VIH dans les services de personnel en uniforme. Tout en libérant des contrôles sociaux traditionnels, ils sont éloignés de leurs conjoint(e)s ou de leur partenaire sexuel(le) habituel(le) ce qui peut conduire à des comportements à risques accrus.

Parmi les éléments à prendre en compte pour le programme:

- L'éducation des pairs peut être un outil efficace pour informer les services de personnes en uniforme ou de prison à propos de la prévention, des soins et du traitement du VIH
- L'implication de la police, des militaires et d'autres personnels en uniforme dans la planification, la conception, le suivi, la mise en œuvre et l'évaluation des services de prévention du VIH adaptés à leurs besoins dans les contextes locaux
- L'accès facilité aux conseils et tests de dépistage du VIH volontaires et confidentiels pour la police, les militaires, et d'autres personnels en uniforme
- Les préservatifs doivent être fournis dans tous les sites militaires, carcéraux et policiers, par exemple par le biais de distributeurs de préservatifs placés dans les toilettes, les cliniques et les centres de CTV et/ou les bureaux, dans les bureau de transport et de régulation
- La formation à la sensibilisation au VIH doit être assurée pour tous les personnels carcéral, militaire et policier avant le déploiement
- Veiller à ce que les services de prévention du VIH accordés aux personnel policier, militaire et autres personnels en uniforme soient reliés aux services de prévention pour les clients de personnes qui se livrent au commerce du sexe
- Les plans de gestion de crise et de catastrophes doivent inclure les directives sur les précautions universelles afin de réduire la transmission d VIH dans les urgences médicales et en réponse aux accidents

PRÉVENTION DU VIH

Les programmes de prévention du VIH sont des interventions qui ont pour but d'enrayer la transmission du VIH et donc de protéger les personnes et les communautés. Les programmes de prévention du VIH peuvent se concentrer sur la prévention de la transmission sexuelle, par le sang et de la mère à l'enfant du VIH. Les interventions combinées fonctionnent de manière plus efficace y compris les approches biomédicales, la communication pour le changement de comportement, et l'élimination des obstacles structurels à la prévention.

Le personnel de santé, les responsables de programme et les prestataires de service doivent comprendre les caractéristiques de l'épidémie du VIH dans les contextes où ils travaillent ainsi que les connaissances et le comportement de la population locale afin d'adapter les programmes sur le VIH. Dans les situations de crise humanitaire, les personnes peuvent adopter des comportements qui les exposent considérablement au VIH même s'ils ne s'identifient pas comme étant à risque. Les adolescentes et les jeunes femmes peuvent être exposées à des risques multiples en termes de SSR et de VIH et par conséquent la prévention du VIH doit être placée dans le contexte de l'éducation et des services complets de SSR.

Bien que les populations clés et les populations à risques aient des caractéristiques uniques et nécessitent des approches personnalisées, les éléments suivants doivent être pris en considération dans l'ensemble des programmes liés au VIH et pour leur applicabilité en fonction du contexte et des ressources.

- Impliquer les groupes communautaires dès le début dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du programme. Les programmes communautaires sont plus efficaces si les réseaux communautaires peuvent être mobilisés
- Fournir des informations sur la prévention du VIH pour davantage sensibiliser au VIH
- Personnaliser les programmes combinés de prévention du VIH en y incluant différentes interventions en fonction des vulnérabilités de la population locale
- Décentraliser les services du VIH et intégrer des approches communautaires de la prestation de service pour accroître l'accessibilité et l'acceptabilité. La sensibilisation des pairs, les services mobiles et les centres d'accueil sont utiles pour atteindre ceux

qui ont un accès limité aux établissements de santé publique

- Promouvoir l'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins et féminins des lubrifiants compatibles avec les préservatifs pour assurer leur disponibilité, leur prix abordable et leur approvisionnement faible
- Dans le cadre d'une approche combinée de la prévention, proposer une Pr-EP orale volontaire comme celle qui contient du ténofovir du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) pour les populations à haut risque d'infection par le VIH
- Mettre la PrEP à la disposition des toutes les personnes éligibles à titre volontaire dès que possible après exposition au VIH
- Promouvoir la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) comme stratégie supplémentaire de prévention de l'infection par le VIH chez les hommes lors de rapports sexuels hétérosexuels, en particulier dans les contextes hyperendémiques ou d'épidémies généralisées du VIH et de faible prévalence de la circoncision masculine
- Former les agents de santé et les travailleurs sociaux à l'offre de services de haute qualité, adaptés aux clients, liés au VIH aux personnes vivant avec le VIH et à leurs partenaires et à leurs familles, notamment la prise en charge syndromique des IST, les conseils sur la planification familiale et les services de contraception, les conseils et les tests de dépistage du VIH, la PTME, les tests et le traitement pédiatriques et le traitement de la tuberculose (TB) et du Sida
- S'attaquer aux obstacles structurels notamment les politiques, la législation, les pratiques discriminatoires et qui empêchent l'accès de différents groupes et leur recours à une prévention, un traitement et des soins liés au VIH adaptés. Cela inclut la création d'espaces sécurisés adaptés à chaque groupe où les personnes peuvent se rencontrer et solliciter des informations et se faire orienter pour des soins et un soutien

ENCADRÉ 11.10: DEFINITIONS DE LA PTME ET DE L'ETME DU VIH ET DE LA SYPHILIS

La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH et de la syphilis est une stratégie multidimensionnelle.

- 1) Aider les femmes en âge de procréer à éviter le VIH et d'autres STI
- 2) Prévenir les grossesses non désirées
- 3) Proposer la prophylaxie par ARV durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement
- 4) Proposer des soins, un traitement et un soutien aux mères et à leurs familles
- 5) Proposer de la pénicilline selon les besoins

ETME signifie élimination de la transmission mère-enfant.

ENCADRÉ 11.11: MESSAGE CLÉ

LES TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH OBLIGATOIRES NE DOIVENT JAMAIS BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN.

CELA CONSTITUE UNE VIOLATION DES DROITS DE LA PERSONNE.

Conseils et tests de dépistage du VIH

Les conseils et les tests de dépistage volontaires du VIH décrivent un processus entamé par une personne qui veut connaître son statut VIH. Les CTV ne constituent pas une intervention prioritaire au début de l'action humanitaire car ils ne sont pas vitaux. Cependant, dès que la situation le permet, il est important de proposer des CTV aux personnes qui veulent connaître leur statut VIH. Les services de CTV sont une pratique courante pour améliorer la santé et le bien-être des personnes comme point de départ pour les services de soins et de traitement adaptés. Proposer une aide psychosociale pour préparer les clients au résultat de leur test et encourager le changement de comportement, quel que soit le résultat du test.

ENCADRÉ 11.12: LES 5C

Les CTV doivent être dispensés sur la base du volontariat et respecter les 5C:

- Consentement
- Confidentialité
- Conseils
- Résultats **corrects** du test
- Connexion avec les services de soins, de traitement et de prévention

Test de dépistage du VIH et conseils initiés par le prestataire

Diverses données suggèrent que de nombreuses occasions de diagnostiquer le VIH dans les milieux cliniques sont manquées même dans les contextes touchés par de graves épidémies du VIH. Bien que l'accès élargi au test de dépistage du VIH et aux conseils initiés par le/la client(e) soit toujours nécessaire pour accroître la couverture des tests de dépistage du VIH et des conseils, les conseils et tests initiés par les prestataires peuvent augmenter les tests de dépistage du VIH, améliorer l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH, et peuvent créer de nouvelles possibilités pour la prévention du VIH. Les conseils et les tests de dépistage du VIH initiés par les prestataires supposent que ces derniers recommandent les tests de dépistage du VIH aux patients qui fréquentent les établissements de santé; les personnes doivent expressément décliner le test du VIH après avoir reçu les informations pré-test si elles ne veulent pas subir le test.

Dans les épidémies généralisées, dans le cas où un environnement favorable et des moyens adaptés le permettent (y compris les normes recommandées pour la prévention, les soins le traitement du VIH), les tests de dépistage du VIH et les conseils doivent être proposés par des prestataires dans le cadre de soins cliniques standards. En cas de contraintes liées aux moyens et aux capacités, il faudra une mise en œuvre progressive des conseils et tests de dépistage du VIH initiés par les prestataires. Ci-dessous figurent les éléments d'une liste des actions prioritaires à privilégier dans le cadre de l'application progressive:

- Soins de la tuberculose
- Services IST
- Services prénatals, obstétriques et postpartum
- Installations médicales pour patients hospitalisés et en ambulatoire

Pour les épidémies de faible niveau et concentrées, les prestataires ne doivent pas commencer les CTV pour tous les patients qui fréquentent un établissement de santé, car la majorité des personnes courent un risque limité. Dans de tels contextes, la priorité devrait être de faire en sorte que les CTV soient recommandés à tous les adultes, adolescents, et enfants qui se présentent dans les établissements de santé avec des signes et des symptômes suggérant une infection par le VIH sous-jacente, y compris la TB et les enfants dont on sait qu'ils ont été exposés au VIH durant la phase périnatale. Les installations de CTV doivent être disponibles en situations de crise humanitaire, soit par le biais de services établis ou de cliniques mobiles.

Certains comportements exposent les personnes à des risques élevés face au VIH, il s'agit par exemple du commerce du sexe ou de consommation de drogues injectables, et les rendent davantage sujets à la coercition, à la discrimination, à la violence, à l'abandon, à l'incarcération et d'autres conséquences défavorables une fois que le résultat d'un test positif au dépistage du VIH est connu. Les prestataires nécessitent une formation et une supervision pour défendre les normes de consentement informé et de confidentialité pour ces populations. Les conseils et les tests de dépistage destinés à ces groupes doivent être accompagnés de la mise en œuvre d'un cadre de soutien au niveau social, politique et juridique.

ENCADRÉ 11.13: SERVICES CTV DE QUALITÉ

Les composantes suivantes garantissent la qualité des services CTV entamés par les clients ou les prestataires:

- Le consentement, le respect de l'intimité et de la confidentialité sont essentiels. Le test de dépistage du VIH ne doit être effectué qu'à titre volontaire. Il faut toujours obtenir le consentement informé avant le test. Les CTV ne doivent jamais être imposés quelles que soient les circonstances
- Assurer la gratuité des services
- Faire en sorte que les conseils pré et post-test s'inscrivent dans le cadre des services de CTV
- Les services de soutien post-test doivent être disponibles, y compris les réseaux de référence et l'accès à des tests complémentaires (comme la numération des CD4) pour évaluer l'aptitude à entrer dans les programmes de soins et de traitement
- Les CTV doivent être menés uniquement lorsque des normes de tests existent. Suivre l'algorithme validé à l'échelle nationale pour les tests de dépistage du VIH, tout en portant attention aux questions de droits humains spécifiques pouvant se poser pour la population touchée
- Utiliser des technologies de test adaptées au contexte, comme les tests rapides utilisant des échantillons de sang total. L'obtention des résultats d'un test rapide du VIH prend moins de 30 minutes et elle est associée à de forts taux de réussite des conseils et suivis post-test. Cela conforte la décentralisation des CTV. Tenir compte des conditions locales de conservation et commander des tests rapides qui ne nécessitent pas de réfrigération si possible

ENCADRÉ 11.14: NOUVEAU TEST AVANT L'INSCRIPTION DANS UN SERVICE DE SOINS

Toutes les personnes diagnostiquées séropositives doivent subir un nouveau test avant de les inclure dans les soins/ou traitements du VIH afin de vérifier sur leur statut sérologique. Dans le cas contraire, cela peut exposer les personnes mal diagnostiquées à des conséquences potentiellement dommageables à long terme, bien que cela soit rare.

Les nouveaux tests administrés à une personne diagnostiquée séropositive pour vérifier le diagnostic doivent inclure:

- Le test d'un nouvel échantillon pour chaque personne nouvellement diagnostiquée, de préférence conduit par un nouveau prestataire en utilisant le même algorithme avant le début de la TAR
- Le nouveau test est conduit de préférence dans un site différent, idéalement le site où la décision du début de la TAR sera prise

Médicaments antirétroviraux pour la prévention du VIH

Les ARV jouent un rôle dans la prévention du VIH, notamment la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la réduction de la transmission du VIH à des partenaires sérodiscordants (PrEP) et la prévention de l'acquisition du VIH quand une personne est exposée (PPE). Les personnes vivant avec le VIH qui prennent un ART et parviennent à une suppression virale optimale ont très peu de chances de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels. Il est important de planifier la mise à disposition des programmes essentiels d'ARV et de TAR. L'offre de services liés au VIH accordés aux populations en situations de crise humanitaire est difficile mais cruciale, ce qui est fermement ancré dans le droit international des droits humains. Comme pour toutes les politiques et tous les programmes sur le VIH et Sida, la TAR peuvent être reliée à un programme de prévention, de soins et de soutien du VIH et ne peut pas être appliquée en tant qu'intervention parallèle mais plus tôt comme programme intégré à d'autres services (par exemple, la santé, la nutrition, l'éducation, les services sociaux ainsi que l'eau et l'assainissement). Lorsque la TAR est disponible, il faut que les conseils couvrent les risques et les avantages de la TAR et l'importance du respect du plan de traitement.

Prophylaxie post-exposition au VIH

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de

santé et les prestataires de service doivent faire en sorte que l'administration rapide (dans les 72 heures) de la PPE pour réduire la probabilité de transmission du VIH figure dans les protocoles pour les deux cas suivants:

- Les services destinés aux victimes de violence sexuelle: Pour prévenir et gérer les éventuelles conséquences sanitaires de la violence sexuelle et du viol en particulier, les victimes doivent avoir accès aux soins cliniques notamment les conseils de soutien et la contraception d'urgence (dans les 120 heures). Ces soins incluent aussi la mise à disposition de la PPE (dans les 72 heures)
- Exposition professionnelle: En dépit de précautions universelles mises en place et respectées dans un milieu clinique, l'exposition professionnelle au sang et aux fluides corporels potentiellement infectés par le VIH peut survenir suite à une blessure causée par une seringue, par exemple. Veiller à ce que la PPE soit disponible dans ces milieux dans le cadre d'un dispositif complet de précautions universelles qui réduit la probabilité de la transmission du VIH après une exposition

Le traitement de PPE recommandé est une thérapie combinée de 28 jours. Bien que le traitement de PPE associant deux médicaments soit efficace, le recours à trois médicaments est privilégié.

ENCADRÉ 11.15: RECOMMANDATION CLÉ

LA TAR DOIT ÊTRE ENTAMÉE CHEZ TOUTES LES FEMMES ENCEINTES ET LES FEMMES ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH INDÉPENDAMMENT DE LA PHASE CLINIQUE ET QUELLE QUE SOIT LA NUMÉRATION DE CD4 ET ELLE DOIT ÊTRE PRISE À VIE.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

En l'absence de la TAR, le taux de probabilité d'une transmission du VIH par une femme séropositive à son bébé durant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement se situe entre 15 et 45%. Ce taux peut baisser en deçà de 5% grâce des interventions efficaces durant les périodes de grossesse, de travail, d'accouchement et d'allaitement. Ces interventions impliquent principalement la TAR pour la femme et un traitement ARV de courte durée pour le nourrisson. L'accès à la TAR doit être proposé dans le cadre du DMU dans tous les contextes pendant une situation d'extrême urgence. Les services élargis de PTME doivent être intégrés aux services complets de santé

maternelle et néonatale (SMN) lorsque la phase d'extrême urgence est passée.

Bien que l'attention soit portée à l'intervention médicale, le cadre de l'OMS sur la PTME prévoit un programme complet de PTME en suivant quatre volets:

- Aider les femmes en âge de procréer à éviter le VIH et d'autres STI
- Prévenir les grossesses non désirées
- Proposer la prophylaxie par ARV durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement
- Proposer des soins, un traitement et soutien aux mères et à leurs familles.

Tests de dépistage du VIH et conseils

Dans bon nombre de pays, l'offre des tests de dépistage du VIH lors des soins prénatals (SPN) dans le cadre de la PTME a conduit à des baisses substantielles des nouvelles infections pédiatriques par le VIH et une couverture accrue des femmes par ART. Le dépistage du VIH chez les partenaires et le second test chez les femmes enceintes au stade avancé de la grossesse ou durant l'allaitement, a été appliqué moins largement et doit être priorisé dans les contextes à forte prévalence. Les conseils et les tests de dépistage initiés par les prestataires doivent être proposés à toutes les femmes lors de leur première visite de SPN. Les tests peuvent être assurés par les prestataires non spécialisés qui sont formés et supervisés. Les partenaires masculins doivent être vivement encouragés à se faire tester et les couples doivent pouvoir bénéficier de conseils. Dans les milieux à forte prévalence, le second test est recommandé au cours du troisième trimestre ou durant le travail ou peu de temps après l'accouchement, en raison du risque élevé d'infection par le VIH pendant la grossesse.

La prophylaxie antirétrovirale

Une TAR ou prophylaxie (ARV) à vie doit être administrée à toutes les femmes enceintes et les mères connues comme étant séropositives pendant la grossesse et l'allaitement. La TAR doit être entamée immédiatement chez les femmes dont le test est positif, la première fois durant la grossesse. En principe, les femmes enceintes séropositives doivent entamer un traitement à vie, mais à défaut de cette option, le protocole national doit être observé. Pour garantir le soutien au sein des familles, il faut impliquer les partenaires dans les programmes de PTME, prodiguer des conseils aux couples et assurer un suivi permanent. Le Tableau 11.2 présente les ART privilégiées et alternatives pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

Lorsqu'une femme dont on sait qu'elle vit avec le VIH

TABLEAU 11.2: TRAITEMENTS ART PRIVILÉGIÉS ET ALTERNATIFS

TAR DE PREMIÈRE LIGNE	TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE PRIVILÉGIÉ	TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE ALTERNATIF ^{X,Y}
Adultes	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (ou NVP) TDF + 3TC (ou FTC) + DTG* TDF + 3TC (ou FTC) + EFV400*, **, *** TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
Femmes enceintes/ allaitantes	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (ou NVP) TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
Adolescents	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (ou NVP) TDF (ou ABC) + 3TC (ou FTC) + DTG*, ** TDF (ou ABC) + 3TC (ou FTC) + EFV400*, **, *** TDF (ou ABC) + 3TC (ou FTC) + NVP
Enfants de 3 à 10 ans	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV (ou NVP) TDF + 3TC (ou FTC) + EFV (ou NVP)
Enfants de moins de 3 ans	ABC (ou AZT) + 3TC + LPV/r	ABC (ou AZT) + 3TC + NVP

* Données concernant la sécurité et l'efficacité du DTG et de l'EFV400 chez les femmes enceintes, les personnes atteintes d'une co-infection VIH/TB et les enfants et adolescents de moins de 12 ans ne sont pas encore disponibles

** Recommandation conditionnelle, preuves de qualité modérée. Se référer aux directives intégrales pour plus de détails

*** EFV à une dose réduite (400 mg/jour)

3TC lamivudine, **ABC** abacavir, **ATV** atazanavir, **AZT** zidovudine, **DRV** darunavir, **DTG** dolutegravir, **EFV** efavirenz

FTC emtricitabine, **LPV** lopinavir, **NVP** nevirapine, **r** ritonavir, **TDF** ténofovir

^X Pour les adultes et les adolescents le d4T doit être interrompu en tant qu'option dans le traitement de première ligne

^Y The inhibiteurs de protéases ABC ou à niveau élevé (IP) (ATV/r, DRV/r, LPV/r) peuvent être utilisés dans des circonstances exceptionnelles

se présente pour des soins prénatals, obstétriques ou postpartum, il faut saisir l'occasion de prévenir la transmission du VIH à son bébé. Pour la mise en œuvre d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les éléments suivants doivent être en place:

- Services SPN
- Test de dépistage du VIH et conseils initiés par le prestataire
- Disponibilité permanente d'ARV selon les protocoles de PTME
- Soins de SMN y compris les soins d'accouchement hygiénique

- Conseils sur l'alimentation du nourrisson
- Diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson

Adapter les systèmes de suivi en introduisant des passeports de patientes et des dossiers portatifs des patients. Dans les situations d'extrême urgence lorsque les systèmes de suivi habituel ne peuvent pas être utilisés, utiliser provisoirement un registre papier simplifié et développer un ensemble d'indicateurs clés pour les situations de crise humanitaire. Cela doit être mis en œuvre dans le cadre d'une approche qui traite d'autres problèmes médicaux au-delà du VIH pour contribuer à l'élimination de l'identification du statut VIH et de la stigmatisation connexe.

ENCADRÉ 11.16: RECOMMANDATION CLÉ

LES MÈRES VIVANT AVEC LE VIH DOIVENT ALLAITER PENDANT AU MOINS 12 MOIS ET PEUVENT CONTINUER L'ALLAITEMENT JUSQU'À 24 MOIS OU PLUS (COMME POUR LA POPULATION GÉNÉRALE) TOUT EN BÉNÉFICIAINT D'UN ACCOMPAGNEMENT POUR LE RESPECT DE LA TAR.

Alimentation des nourrissons

Le risque de contamination des nourrissons par le VIH à travers l'allaitement par les mères qui vivent avec le VIH doit être équilibré au regard du risque élevé de morts parmi les enfants non allaités des suites de la malnutrition, de la diarrhée et de la pneumonie. Les données relatives à la transmission du VIH ont montré que l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est associé à un risque 3 à 4 fois moins important de transmission du VIH en comparaison avec l'allaitement non exclusif. L'OMS recommande que les mères vivant avec le VIH allaitent pendant au moins 12 mois et elles peuvent continuer l'allaitement jusqu'à 24 mois ou plus (comme pour la population générale) tout en bénéficiant d'un accompagnement pour le respect à la TAR.

Le personnel travaillant dans ce domaine doit collaborer avec le secteur/pôle de santé et avec les autorités nationales de santé pour promouvoir une pratique unique d'alimentation des nourrissons au sein des communautés, en tant que norme de soins.

L'offre d'ARV aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et leurs nourrissons est fortement recommandée et le secteur/pôle de santé doit s'efforcer de les mettre en place ou de les poursuivre (voir la prophylaxie antirétrovirale ci-dessus). L'absence d'ARV ne change néanmoins pas les recommandations formulées à propos de l'allaitement.

La TAR réduit le risque de transmission du VIH dans le contexte d'une alimentation mixte. Bien que l'allaitement exclusif soit recommandé, l'alimentation mixte n'est pas une cause justifiant l'interruption de l'allaitement en présence de médicaments ARV. Il vaut mieux des durées courtes d'allaitement de moins de 12 mois que pas d'allaitement du tout. Dans les contextes où les services de santé fournissent et soutiennent une TAR à vie, notamment les conseils sur le respect du traitement et promeuvent et soutiennent l'allaitement chez les femmes vivant avec le VIH, le durée de l'allaitement doit être limitée.

ENCADRÉ 11.17: PRÉVENTION DE L'INFECTION DES NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS PAR LE VIH

L'OMS promeut une approche stratégique complète de la prévention de l'infection par le VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, qui comprend:

- La prévention primaire de l'infection par le VIH
- Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
- Prévention de la transmission du VIH des mères vivant avec le VIH à leurs bébés
- Soins, traitement et soutien aux mères vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles

Dans les programmes complets de SSR, l'ensemble des 4 composantes doivent être appliquées afin d'atteindre l'objectif global d'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le contexte du VIH.

Prophylaxie pré-exposition orale

La PrEP orale repose sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux avant l'exposition au VIH par les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH afin de bloquer la contamination du VIH. Il est recommandé de proposer une PrEP contenant du TDF comme un choix de prévention pour les personnes fortement exposées au risque d'infection par le VIH avec d'autres approches de prévention du VIH. Le « risque substantiel » d'infection par le VIH est provisoirement défini comme l'incidence du VIH autour de 3 pour 100 personnes-années ou plus en l'absence de PrEP. L'incidence du VIH supérieure à 3 pour 100 personnes-années a été identifiée chez certains groupes d'HSH, de femmes transgenres et les hommes hétérosexuels et les femmes hétérosexuelles qui ont des partenaires sexuels dont l'infection par le VIH n'est pas diagnostiquée ou traitée.

L'OMS recommande la PrEP dans le cadre d'un dispositif d'interventions combinées de prévention qui incluent le dépistage du VIH, l'utilisation du préservatif, ainsi que le dépistage et le traitement des IST. C'est la raison pour laquelle des messages et conseils adaptés aux utilisateurs potentiels seront essentiels pour une utilisation efficace et optimale de la PrEP. En outre, l'offre de la PrEP doit être conforme avec les directives nationales existantes.

EXEMPLE DE PROGRAMME 11.1: INTÉGRER LES PROGRAMMES SSR ET VIH DANS UN CONTEXTE HUMANITAIRE

ORGANISATION: International Rescue Committee (IRC)

LIEU: Ouganda

Introduction: En Ouganda, l'International Rescue Committee intervient face à la crise des réfugiés sud-soudanais tout en continuant de s'occuper de la population d'accueil et des communautés vulnérables. L'IRC fournit un appui en termes de soins de santé primaires, notamment des services complets de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le nouveau campement situé dans le district de Yumbe par l'intermédiaire de 2 établissements de santé au service de plus de 100 000 réfugiés. De plus, l'IRC soutient 8 établissements de santé dans le district d'Adjumani (qui compte 86 000 réfugiés) et 3 établissements de santé dans le district de Kiryandongo (plus de 60 000 réfugiés) où il propose des services de SSR.

DESCRIPTION DU PROJET: Selon ONUSIDA, 360 nouvelles infections par le VIH surviennent chez les adolescentes et les jeunes femmes de 15–24 ans, chaque semaine en Ouganda. Dans l'ensemble des interventions évoquées, le programme VIH est intégré dans le travail complet de santé sexuelle et reproductive, en assurant les soins, le traitement et le soutien aux patient(e) séropositif(s). L'IRC propose des conseils et tests de dépistage du VIH (CTV) de manière intégrée, dans l'ensemble des établissements de santé où il intervient. Cela inclut les CTV initiés par les clients et les prestataires et les CTV habituels pour les femmes enceintes. Les patient(e)s séropositif(s) bénéficient d'un traitement par médicaments antirétroviraux au même endroit et par orientation vers un établissement accrédité. Les patient(e)

s séropositif(s) sont également mis en relation avec les services de soutien existants comme les associations de soutien aux familles pour les paires mère-bébé.

Par ses initiatives pour la SSR menées à travers l'Ouganda, l'IRC assure des tests de dépistage du VIH pour toutes les femmes enceintes, prodigue des conseils et dispense des médicaments antirétroviraux pour limiter le risque de transmission de la mère à l'enfant. L'IRC a également commencé à prodiguer des conseils de planification familiale aux femmes qui sont séropositives et à celles qui ne prévoient pas d'avoir d'enfants pour le moment. Cela est en phase avec l'approche intégrée des CTV, en établissant des liens avec les autres services SSR comme la planification familiale, les soins des maladies chroniques, les soins post-avortement, la SSR des adolescents, la violence basée sur le genre.

LEÇONS APPRISSES: L'IRC suit des protocoles standards édictés par l'OMS et le Ministère de la Santé pour garantir la qualité des SSR et les services VIH. Pour soutenir la sensibilisation et promouvoir les comportements sains, l'IRC travaille avec des partenaires sur le terrain, comme les membres des comités de santé villageois, pour guider de manière efficace les communautés par rapport à la prévention et au traitement du VIH. Les approches de mobilisation communautaire incluent le travail par l'intermédiaire leaders communautaires et religieux, l'utilisation des associations de soutien de pairs, et d'autres forums communautaires. L'association de prestations de services de santé de qualité aux activités communautaires pour accroître la sensibilisation et la demande de service permet d'améliorer les résultats de la population en matière de santé.

11.3.7 Mise en œuvre des soins complets pour les personnes vivant avec le VIH

LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Dès le début de l'action humanitaire, assurer la poursuite des traitements par les ARV pour les personnes qui sont déjà inscrites dans les programmes ART avant le début de la crise. Pour les patients qui sont sous TAR, ou qui étaient sous TAR mais qui n'ont plus accès aux médicaments, la poursuite des ARV est une priorité pour garantir l'efficacité du traitement et éviter le développement d'une résistance virale.

Lorsque les réfugiés et les rapatriés qui sont sous traitement ARV sont rapatriés dans leur région ou pays d'origine,

veiller à ce qu'ils puissent continuer leur traitement sans interruption. Créer des liens avec les autorités sanitaires dans le pays ou la région d'origine pour coordonner, à cet effet.

Planifier des programmes complets de test de dépistage du VIH et de conseils et ART dès que possible. Avant d'initier les services ART, il est important de prendre en compte, avec les représentants du MS et/ou le secteur/pôle de santé, les questions suivantes:

- Quelle est la quantité minimale d'ARV qui peut être mise à disposition?
- Pour combien de temps le financement est-il disponible? Un financement minimum doit être garanti pour un an

ENCADRÉ 11.18: QUAND COMMENCER LA TAR

Adultes (>19 ans) et adolescents (10–19 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR doit être entamée chez tous les adultes vivant avec le VIH indépendamment de la phase clinique et quelle que soit la numération de CD4 • La TAR doit en priorité être commencée chez tous les adultes atteints d'un stade avancé de l'infection par le VIH (étape clinique 3 ou 4 de l'OMS) et chez les adultes dont la numération des CD4 est ≤ 350 cellules/mm³
Femmes enceintes/allaitantes	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR doit être entamée chez toutes les femmes enceintes et les femmes allaitantes vivant avec le VIH indépendamment de la phase clinique définie par l'OMS et quelle que soit la numération de CD4 et elle doit être prise à vie.
Enfants de moins de 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR doit être entamée chez tous les enfants vivant avec le VIH indépendamment de la phase clinique définie par l'OMS et quelle que soit la numération de CD4 • La TAR doit prioritairement être commencée chez les enfants <2 ans ou les enfants âgés de moins de 5 ans se trouvant à la phase clinique 3 ou 4 telle que définie par l'OMS ou dont la numération des CD4 est de ≤ 750 cellules/mm³ ou le pourcentage de CD4 est <25%, et chez les enfants de 5 ans et plus se trouvant à la phase clinique 3 ou 4 définie par l'OMS ou dont la numération des CD4 est de ≤ 350 cellules/mm³ • La TAR doit être entamée chez tous les patients de TB vivant avec le VIH indépendamment de la numération des CD4
Calendrier de la TAR pour les adultes et les enfants atteints de TB	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients séropositifs atteints de TB en situation d'immunodépression profonde (par exemple, une numération des CD4 de moins de 50 cellules/mm³) doit bénéficier de TAR au cours des deux premières semaines du traitement de la TB • La TAR doit être commencée chez les enfants atteints de TB active dès que possible et dans les 8 semaines qui suivent le début du traitement antituberculeux indépendamment de la numération de CD4 et de la phase clinique

ENCADRÉ 11.19: RECOMMANDATIONS CLÉS

Pour la thérapie antirétrovirale destinée aux personnes vivant avec le VIH, les éléments suivants sont recommandés:

- Effectuer un test de dépistage du VIH - ou obtenir un document - pour confirmer le statut VIH et une carte du/de la patient(e) faisant état de la TAR qui est/a été suivie
- Si l'individu est actuellement sous TAR, poursuivre le traitement sans interruption. Si le traitement a été interrompu, évaluer les raisons de cette interruption et recommencer le traitement dès que possible
- Si les mêmes médicaments ARV que ceux qui ont été pris lors du traitement de première ligne, et s'il n'y a pas d'antécédents d'échec du traitement ou de réaction grave aux ARV alternatifs proposés, remplacer immédiatement par un autre traitement de première ligne selon les protocoles nationaux
- Les patients qui ont précédemment pris des inhibiteurs de protéases qui ne sont pas disponibles dans le nouveau contexte, peuvent obtenir la prescription d'un traitement de première ligne jusqu'à ce qu'un traitement de deuxième ligne soit disponible. Cependant, les personnes qui étaient sous inhibiteurs de protéases en raison d'une réaction au traitement de première ligne doivent faire l'objet d'un suivi étroit s'ils recommencent un traitement de première ligne. Si la toxicité réapparaît et les traitements de deuxième ligne ne sont pas disponibles, la TAR doit être interrompue. Continuer la prévention des infections opportunistes
- Prodiguer des conseils pour le respect du traitement et apporter un soutien en fonction du contexte d'urgence et les nouveaux obstacles au respect du traitement

- La population touchée peut-elle être inscrite dans les programmes ART nationaux?
- Quelle sont les contraintes potentielles de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments?
- Quelle est la mobilité de la population? Quelle

est la situation de la sécurité et la probabilité des déplacements qui pourraient conduire à l'interruption de traitements?

- Quelle est la capacité du laboratoire (au centre de santé et/ou au niveau des établissements de référence)?

ENCADRÉ 11.20: COMMENCER UN DISPOSITIF MINIMAL DE TAR

- Les politiques nationales existent et sont connues, les modes opératoires standards et les protocoles de traitement standard sont en place. Lorsque cela est possible, les protocoles nationaux doivent être suivis. En l'absence d'un protocole national, les directives de l'OMS doivent être appliquées
- Des agents cliniques et communautaires formés et dotés de compétences en protocoles de traitement, conseils aux patient(e)s et mobilisation communautaire sont disponibles
- Un stock de médicaments y compris les ARV, le cotrimoxazole, le traitement de la TB et le traitement d'autres infections opportunistes et co-infections pour une première phase de six mois, et un système d'approvisionnement sont en place
- Les fournitures de diagnostic et les capacités de laboratoire, y compris au minimum le diagnostic du VIH, la détermination de l'hémoglobine ou des hémocrites, la numération de CD4, le diagnostic de la TB, les tests de dépistage du paludisme et de la syphilis sont disponibles
- Un système de suivi des patient(e)s (y compris les fiches de traitement des patient(e)s à fournir aux patient(e)s sous TAR afin de permettre le suivi et la poursuite des soins dans d'autres établissements de santé) et les réseaux d'orientation et de communication sont en place
- Les dispositifs d'information pour les conseils, l'éducation des patient(e)s et la mobilisation communautaire existent

Les soins complets pour les personnes vivant avec le VIH sont une composante des soins de santé primaires qui peuvent être disponibles dans n'importe quelle situation de crise humanitaire. Cela est particulièrement important dans les contextes où l'épidémie est généralisée. Les éléments de soins complets comprennent:

- Le soutien apporté aux personnes vivant avec le VIH, notamment une protection sociale et l'aide psychosociale
- Soutien pour le respect du traitement
- Information et éducation des patients
- Traitement de la TB et prophylaxie pour les infections opportunistes
- Planification familiale

- Aide alimentaire
- Soins communautaires/à domicile
- Soins palliatifs

SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Développer des programmes confidentiels pour apporter une aide psychosociale aux personnes vivant avec le VIH. Cela peut inclure les conseils et le soutien, les groupes de soutien et les amis de personnes vivant avec le VIH et des familles auxquelles le/la patient(e) a révélé son statut VIH.

Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient un accès non discriminatoire aux compléments alimentaires et aux conseils en nutrition par le biais de programmes d'aide alimentaire. Le fait de lister toutes les personnes éligibles sans divulguer les raisons de leur inclusion sur les listes de compléments alimentaires aide à éviter la discrimination.

Dans les situations de crise humanitaire, les personnes vivant avec le VIH doivent être assurées de l'approvisionnement suffisant en eau potable car elles sont plus sujettes aux infections et sont moins en mesure de se rétablir de poussées de maladies transmises par l'eau. De même, il faut fournir une moustiquaire à imprégnation durable aux personnes vivant avec le VIH pour limiter le risque de contracter le paludisme dans les zones endémiques.

SOUTIEN AU RESPECT DU TRAITEMENT

Le respect du traitement par TAR peut être compromis pour diverses raisons, dans les situations d'urgence humanitaire, notamment la faible disponibilité de services, le manque de disponibilité et d'accessibilité des médicaments et la mauvaise qualité des services fournis. En outre, le manque d'acceptation ou de capacité d'un individu de respecter le traitement peuvent être influencés par des facteurs comme la nutrition, la stigmatisation et la compréhension du VIH et des avantages de la TAR par le/la patient(e). Les personnes vivant avec le VIH ont souvent accès à la TAR à partir de plusieurs établissements de santé ce qui complique le suivi.

Afin de soutenir les personnes qui respectent leur traitement, un certain nombre de mesures peuvent être adoptées notamment:

- Le plaidoyer en faveur du soutien alimentaire
- L'application de stratégies pour combattre la stigmatisation
- L'incitation au soutien social par les groupes de soutien au respect du traitement

- La promotion des patients experts qui peuvent apporter un soutien individuel
- Les efforts entrepris pour augmenter le niveau de compréhension concernant le VIH et les effets positifs de la TAR
- La mise à disposition de cartes de transport santé pour garantir l'accès aux médicaments

INFORMATION ET ÉDUCATION DES PATIENTS

Les brochures d'information standards des patients peuvent être élaborées mais il est important de tenir compte des éléments suivants:

- Des données spécifiques comme les informations adaptées à l'âge, la langue, le niveau d'alphabétisation et d'éducation
- Les informations sur la vie avec le VIH de même que les mesures de prévention

TRAITEMENT DE LA TB ET PROPHYLAXIE POUR LES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Dans de nombreuses régions du monde, la TB est la cause principale de la morbidité et la mortalité liées au VIH. Collaborer avec les programmes de contrôle de la TB pour assurer l'accès des personnes vivant avec le VIH au traitement de la TB. L'isoniazide est un antibiotique efficace, bien toléré et abordable pour la thérapie préventive de la TB et il doit être fourni à toutes les personnes avec le VIH une fois que la TB active a été exclue.

Pour prévenir d'autres infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH, le cotrimoxazole est un antibiotique efficace, bien toléré et abordable utilisé pour prévenir la pneumonie à pneumocystis (PCP) et la toxoplasmose chez les adultes et les enfants et le VIH. Il est également efficace contre toute l'autre maladie infectieuse et parasitaire et présente des avantages considérables dans les régions touchées par le paludisme. De plus, tous les enfants exposés au VIH nés de mères vivant avec le VIH doivent recevoir une prophylaxie par cotrimoxazole, débutée à l'âge de 4-6 semaines et poursuivie jusqu'à ce que l'infection par le VIH soit exclue. Dans tous les cas suivre les directives nationales.

Dès le début de l'action humanitaire, assurer la poursuite de la prophylaxie et orienter les patients rapidement vers les services qui la proposent.

PLANIFICATION FAMILIALE

Les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès à la planification familiale. Proposer des conseils de qualité sur des questions comme les méthodes contraceptives lorsque l'on vit avec le VIH, la double protection avec des préservatifs et une méthode permettant d'éviter une grossesse, la contraception d'urgence, l'avortement et la disponibilité d'un soutien lors de la grossesse.

AIDE ALIMENTAIRE

Les personnes qui vivent avec le VIH sont particulièrement vulnérables face à l'insécurité alimentaire. Il y a un lien de corrélation entre l'insécurité alimentaire et le respect du traitement, la fidélisation et la réussite. L'insécurité alimentaire et la consommation alimentaire limitée peuvent réduire le respect de la TAR, ce qui aggrave la maladie et peut conduire à la résistance aux médicaments et accroître la transmission. L'accès ininterrompu au traitement, les soins et le soutien alimentaire est crucial pour assurer le respect et la prévention de la résistance aux médicaments et la nécessité de traitements de deuxième et troisième lignes d'ART.

L'alimentation et la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle clé pour améliorer la fidélisation les résultats des traitements. Elles permettent surtout de réduire les risques de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH qui sont sous-alimentés (indice de masse corporelle (BMI) <18,5). À l'heure actuelle, les personnes malnourries vivant avec le VIH sont 2 à 6 fois plus susceptibles de mourir lorsqu'elles commencent la TAR en comparaison avec les personnes ayant un statut nutritionnel optimal. Étant donné que l'épidémie du VIH est souvent plus grave dans les zones exposées à l'insécurité alimentaire, l'aide alimentaire et nutritionnelle apporte un soutien crucial aux personnes et permet de promouvoir l'accès aux traitements et soins et leur respect dans les milieux à ressources limitées. Dans le cadre du continuum des soins, l'évaluation et les conseils en nutrition doivent figurer dans un dispositif complet de traitement et de soins pour soutenir le statut nutritionnel et la santé. Dans des situations spécifiques, le soutien sous la forme d'aliments nutritifs, et le soutien au ménage et/ou les moyens de subsistance, peut également être requis.

Les personnes symptomatiques vivant avec le VIH ont besoin de plus de calories que les personnes qui sont séronégatives. En même temps, le VIH et des infections opportunistes affaiblissent le système immunitaire, ce qui limite l'apport en nutriments, leur absorption et l'utilisation. En l'absence de traitement, la sous-alimentation affaiblit davantage le système immunitaire ce qui accroît la prédisposition aux

infections, réduit la qualité de vie et augmente le risque de mortalité. En raison du lien important entre le faible IMC et la mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH et les patients atteints de TB, les patients doivent être traités pour l'ensemble des trois maladies (VIH, TB et malnutrition) simultanément.

SOINS COMMUNAUTAIRES/À DOMICILE

Il est important d'établir un système de soins communautaires/à domicile vers lequel les personnes atteintes d'une infection par le VIH avancée peuvent être orientées depuis l'hôpital. Il est plus judicieux de mettre

cela en place dès que la situation humanitaire se stabilise. Les soutiens clinique et social des personnes vivant avec le VIH doivent aller de pair.

SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs doivent couvrir la prise en charge de symptômes chroniques et soins aux malades en phase terminale. Des éléments importants incluent la gestion de la douleur, d'autres symptômes, les soins aux malades en phase terminale, les dispositifs de sauvegarde de soins communautaires/à domicile fournis, les informations et l'éducation.

ENCADRÉ 11.21: MISE EN ŒUVRE DE SOINS COMPLETS POUR LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH

La gestion du VIH s'avère complexe lorsqu'il s'agit des enfants surtout pour le diagnostic et le traitement. Les actions suivantes sont recommandées pour les soins des enfants atteints du VIH:

- Approches de diagnostic précoce vs test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), y compris le diagnostic au niveau du point de soins
- S'appuyer sur les directives nationales pour le début du traitement des enfants
- Utiliser les directives de l'OMS pour le diagnostic clinique du VIH lorsque les structures de diagnostic et de suivi n'existent pas
- Lors de la commande de sirops, se préparer à avoir suffisamment d'espace de conservation réfrigérée et un chaîne du froid opérationnelle car ils sont expédiés en grands volumes
- Dans les contextes où le diagnostic du VIH chez les enfants nés de mères séropositives peut être retardé en raison du manque de capacités des laboratoires pour effectuer les tests, commencer à traiter ces enfants avec du cotrimoxazole à l'âge de 4-6 semaines ou au premier contact avec les services de santé
- Dans les cas où le suivi de la réaction en chaîne par polymérase (PCR) n'est possible, et chez les enfants < 18 mois qui ont été diagnostiqués cliniquement, conseiller aux parents de faire faire un test de confirmation après l'âge de 18 mois avec des tests anticorps classiques
- Les mineurs non accompagnés et les orphelins ont besoin d'une attention particulière et il se peut que des démarches juridiques spécifiques ou des dispositifs agréés relevant de tuteurs légaux/éducateurs doivent être appliqués
- Toutes les décisions doivent être prises en tenant compte des intérêts des enfants

11.3.8 Coordonner et établir des liens

La prestation de services de prévention et de traitement du VIH et pour les personnes vivant avec le VIH doivent être intégrés à d'autres éléments de la SSR comme la contraception, les soins complets d'avortement, ainsi que la prévention et l'intervention face à la VBG et aux IST. En outre, l'élaboration de programme sur le VIH est essentielle pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents, la santé maternelle et néonatale, la santé des personnes LGBTQIA et les programmes de santé mentale.

La coordination avec les agences et les parties prenantes travaillant auprès des populations à risques clés et l'intégration des personnes vivant avec le VIH dans la

conception et la mise en œuvre des initiatives est cruciale. La mobilisation d'autres secteurs est aussi essentielle et doit inclure:

- Le travail avec le système de santé communautaire local/d'accueil
- La coordination avec le système judiciaire/de sécurité local/du pays d'accueil
- La coordination concernant la chaîne d'approvisionnement en fournitures médicales y compris les ARV, les kits de tests du VIH, etc.
- La coordination entre les secteurs et parties prenantes (gouvernement, ONG internationales et les agences

de l'ONU travaillant sur le programme de personnes déplacées/réfugiés) pour intégrer les messages sur le VIH et la prévention du VIH dans:

- o La protection: Protéger les orphelins et personnes non accompagnées des violations des droits humains liés au VI.
- o L'éducation: Promouvoir l'accès à une éducation adaptée et proactive pour tous les enfants et les jeunes (voir le Chapitre 6)
- o L'hébergement d'urgence: Intégrer le VIH dans les activités de l'hébergement d'urgence
- o Le soutien à la sécurité alimentaire, à la nutrition et aux moyens de subsistance: Assurer la sécurité alimentaire, le soutien à la nutrition et aux moyens de subsistance et fournir un appui nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH
- o La coordination des camps: Intégrer le VIH dans la coordination des camps et la gestion des camps.
- o Eau, assainissement et hygiène: Intégrer le VIH aux programmes d'eau, assainissement et hygiène
- Assurer une coordination avec les organisations de défense des droits humains et d'autres organisations locales

11.3.9 Plaidoyer

Dans les situations de crise humanitaire, le plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH est fondamental pour assurer l'accès équitable aux services du VIH et de santé. Les politiques hostiles, la marginalisation des groupes vulnérables, la criminalisation des populations clés, et le financement insuffisant sont des obstacles qui nécessitent des efforts de plaidoyer conséquent. Il faut également un plaidoyer important pour assurer l'adhésion et le soutien des gouvernements nationaux, des autorités locales et les partenaires et bailleurs de fonds internationaux. Les coordinateurs et responsables de programme de santé doivent plaider auprès des parties prenantes pour veiller à ce que les populations affectées par les urgences aient accès à la prévention, aux soins et à un traitement de qualité contre le VIH y compris le traitement des infections opportunistes. Il est surtout nécessaire de plaider pour les interventions fondées sur le DMU dans la phase aiguë de l'urgence et ensuite de progressivement et systématiquement plaider pour des services complets lorsque la situation se stabilise.

Tous les acteurs de la SSR doivent:

- Plaider pour et sensibiliser à l'importance de l'intégration du VIH dans la préparation en période pré-crise à travers son inclusion dans le plan d'aide humanitaire pour faire en sorte que les interventions VIH soient rapidement mises en œuvre une fois qu'une crise survient
- Plaider pour des politiques nationales sur le VIH conformes aux directives les plus récentes de l'OMS et pour que les personnes déplacées soient intégrées dans les politiques, programmes et allocations des ressources relatives au VIH. Ces populations sont souvent négligées
- Plaider pour la mise à disposition d'une aide de base aux personnes vivant avec le VIH qui souffrent de maladies chroniques, notamment des hébergements d'urgence adaptés, un soutien nutritionnel et des soins palliatifs. Les personnes vivant avec le VIH ayant les besoins nutritionnels les plus élevés, inclure le plaidoyer pour des dispositions nutritionnelles complémentaires
- Plaider pour le renforcement du système de santé transversal afin d'assurer la durabilité des services et des infrastructures. Cela est souvent compliqué mais il est important d'avoir une vision à long terme des interventions lors de catastrophes et l'atténuation.
- Plaider pour l'inclusion des personnes représentant les communautés touchées dans les forums locaux, régionaux et nationaux de coordination. Il est surtout important de garantir l'implication des communautés dans la définition de solutions locales afin de renforcer l'appropriation et l'efficacité des services
- Plaider pour l'adoption et l'introduction d'interventions efficaces à tous les niveaux. Par exemple, le plaidoyer pour l'inclusion de la PrEP dans les directives nationales pourrait être essentiel dans les pays qui ne l'ont pas encore adopté
- Plaider pour les droits des enfants et des femmes et des politiques et interventions sensibles au genre. Les femmes, les jeunes filles et les enfants sont exposés au risque de violence sexuelle, de violences et l'exploitation surtout dans les situations d'urgence. La protection des enfants et des femmes est une priorité. Pour atténuer les inégalités en matière de genre, la violence basée sur le genre et l'exploitation, le plaidoyer pour l'éducation, l'autonomisation économique et les droits des filles est souvent nécessaire. En outre, le plaidoyer pour les interventions sensibles au genre

et les programmes d'actions contre la violence basée sur le genre qui sont liés à la prévention du VIH est souvent essentiel

- Plaider pour les informations et les services de SSR pour les adolescents, surtout les filles et les populations de jeunes clés. Cela inclut le plaidoyer pour la réponse aux besoins des femmes en matière de contraception.
- Plaider contre les facteurs sociaux et structurels de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Cela peut inclure les attitudes, les pratiques en matière d'emploi ou la législation et les lois qui stigmatisent ou pratiquent la discrimination envers ces populations. Lorsqu'il y a des obstacles légaux à l'accès à la prévention les soins et le traitement du VIH (par exemple les aiguilles et seringues ou la TSO pour les personnes qui s'injectent des drogues), plaider en faveur de leur abrogation
- Plaider et soutenir les gouvernements pour répondre aux obligations de responsabilisation dans le cadre des engagements internationaux pour les droits humains et des politiques nationales. Cela peut inclure le plaidoyer lié aux engagements des gouvernements et des bailleurs de fonds de fournir les meilleurs soins possibles aux personnes, indépendamment de leur statut en matière de déplacement, de migration, de race et d'autres caractéristiques et que ces services soient conformes aux normes minimales acceptées

11.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Le fait de veiller à ce que les droits humains soient respectés et protégés est crucial pour réduire l'exposition au VIH et atténuer ses effets défavorables pour les individus et les communautés. Le droit international des droits humains contient un certain nombre de points qui sont pertinents pour les personnes vivant avec le VIH ou étant affectées par le VIH. Les droits promouvant les interventions face au VIH sont essentiels dans les programmes d'urgence, dès lors que la violence sexuelle et l'accès limité à la prévention, les soins et les services de traitement du VIH augmentent le risque de transmission du VIH. Les droits humains clés incluent:

- Le droit à l'accès aux soins du VIH et du Sida. Le droit à la norme la plus élevée de santé mentale et physique inclut le droit à des établissements, des produits et des services de santé disponibles, accessibles, acceptables

et de qualité. L'accès aux programmes sur le VIH doit être au moins équivalent à celui d'autres programmes dans la communauté d'accueil avoisinante. En outre, le droit à la santé peut seulement être exercé de manière concomitante avec les droits à la nourriture, à l'eau, à l'hébergement et à la protection contre la discrimination et la violence entre autres droits

- Le droit d'accéder aux informations et à l'éducation sur le VIH. Le droit à la santé inclut le droit aux informations et à l'éducation fondamentale sur le VIH de même que la SSR
- Le droit d'être protégé contre la discrimination. Toutes les personnes doivent jouir du droit d'être protégées contre la discrimination sur la base du genre, de la sexualité, et du statut VIH et avoir un accès garanti aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH
- Le droit aux interventions sanitaires volontaires. Le droit de fournir un consentement informé et de se protéger contre le test de dépistage du VIH obligatoire. Le droit à l'intégrité physique veille à ce que toutes les personnes disposent de moyens pour prendre des décisions volontaires, informées concernant leurs soins de santé, y compris si elles doivent connaître leur statut VIH
- Le droit au respect de l'intimité et de la confidentialité dans les soins liés au VIH. Les garanties relatives à l'intimité et à la confidentialité des informations de santé sont essentielles pour faire en sorte que toutes les personnes, y compris les femmes indépendamment de leur statut matrimonial, puissent recourir à des services de santé sans craindre que leur statut VIH soit révélé
- Le droit aux procédures d'asile et de protection face aux expulsions et refoulements. Pour ceux qui sont demandeurs d'asile, leur statut VIH ne constitue pas un obstacle pour accéder aux procédures d'asile. Le droit à la protection contre le refoulement est le fondement du droit international des réfugiés et le statut VIH ne constitue pas une exception à ce principe. Le statut VIH ne tomberait pas sous le coup des motifs admis pour l'expulsion vers un pays tiers
- Le droit aux mesures de protection liée au VIH pour les femmes, les filles et les garçons. Les femmes et les filles sont touchées par le VIH et le Sida de manière disproportionnée et les inégalités en matière de genre peuvent jouer un rôle important dans les problèmes de protection qu'elles affrontent, notamment leur

exposition accrue à la violence. Des mesures adaptées doivent être prises pour assurer leur protection contre la violence sexuelle et physique et l'exploitation. Une attention particulière doit être portée aux enfants touchés par le VIH notamment les orphelins ou fragilisés par le VIH

- Le droit des personnes en prison à accéder aux services de santé équivalents à ceux de la communauté. Les soins de santé en prison doivent s'appuyer sur les mêmes normes, la même éthique, ils doivent être adaptés aux besoins et reliés aux services de santé au sein de la communauté

Les États ont reconnu l'importance de l'égalité de genre, de l'autonomisation et de la participation des femmes et des filles dans tous les aspects de la prévention et de l'intervention face au VIH. La protection spécifique au genre doit être abordée de façon idoine et une attention spécifique doit être apportée aux besoins des femmes et des filles en matière de santé, notamment l'accès aux soins et services de santé reproductive et les conseils et le traitement adapté dans tous les cas de violence sexuelle et basée sur le genre.

Les enfants ont le droit à une protection spéciale dans le cadre du droit international, comme le prévoit le Comité des droits de l'enfant de l'ONU. À cet égard, la Convention relative aux droits de l'enfant précise que la non-discrimination, les meilleurs intérêts de l'enfant, le droit à la vie, à la survie et au développement et la participation de l'enfant doivent guider les interventions dans toutes les situations impliquant les enfants.

Les coordinateurs SSR, les responsables de programme de santé et les prestataires de service doivent connaître la législation et les politiques nationales relatives à la prévention, au traitement et aux soins du VIH dans le pays. Dans certaines situations, les droits humains peuvent être compromis par les lois, les politiques nationales ou les idées fausses sociales ou culturelles. Il est important d'aborder

les éventuels dilemmes avec les équipes ou superviseurs et de décider du type de mobilisation privilégiée par l'agence/l'organisation. Les prestataires de service peuvent adopter des mesures importantes pour veiller à informer les clients directement des conséquences négatives de la loi. De plus, il est important d'explorer les possibilités en termes d'orientation des clients vers une autre agence ou organisation qui pourrait apporter un soutien et une aide juridique. Les organisations peuvent décider de plaider pour la question et contribuer à des efforts conjoints de plaidoyer.

11.5 SUIVI ET ÉVALUATION

S'ils sont collectés de manière systématique dans l'ensemble des secteurs et agences, les indicateurs figurant dans le Tableau 11.3 peuvent aider à évaluer le degré de réalisation des objectifs de l'intervention multisectorielle. Les informations collectées aideront les planificateurs et les responsables de programme VIH de même que les acteurs humanitaires à déterminer si:

- La préparation au VIH est en place pour une situation d'urgence
- Les interventions requises pour le VIH, pour le DMU et les services complets, sont en place durant la crise humanitaire
- Les besoins des populations clés exposées à un risque élevé du VIH et d'autres groupes à risques sont satisfaits
- Les objectifs de couverture et d'impact de l'intervention sont atteints

TABLEAU 11.3 INDICATEURS PRIORITAIRES

NOM	DESCRIPTION	FORMULE	NORME	REMARQUE
Qualité du dépistage du don de sang	Pourcentage d'unités de dons de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH selon une procédure d'assurance qualité	Nombre d'unités de dons de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH selon une procédure d'assurance qualité/Nombre total d'unités de dons de sang ayant fait l'objet d'un dépistage x 100	100%	Mesure la sécurité du sang pour la transfusion. Suppose que les kits de transfusions sanguines sont disponibles et utilisées correctement.
Couverture PTME	Proportion de premières visites SPN lors desquelles des conseils pré-test ont été prodigués	Nombre de premières visites SPN lors desquelles des conseils pré-test ont été prodigués/Nombre de premières visites SPN	100%	
Conseils et résultats post-test PTME	Proportion clientes de premières visites SPN ayant subi des tests de dépistage du VIH qui obtiennent des résultats et bénéficient des conseils post-test	Nombre de clientes de premières visites SPN qui obtiennent des résultats et conseils post-test/ Nombre de clientes de premières visites SPN ayant subi un test de dépistage du VIH x 100	100%	Mesure indirecte de la qualité des conseils et des tests de dépistage dans un programme PTME
Couverture des ARV dans les programmes PTME	Pourcentage de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une TAR pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Nombre de femmes enceintes qui ont avalé les ARV selon le protocole/Nombre total d'accouchements de femmes séropositives x 100	100%	
Couverture des TAR chez les nourrissons	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives recevant une prophylaxie antirétrovirale (ARV) pour la PTME			
Couverture TAR	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'ARV (selon le protocole national)			

11.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

CPI. (2010). *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings*. Extrait de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

FNUAP, & EngenderHealth. (2004). *HIV Prevention in Maternal Health Services: Programming Guide*. New York, NY. Extrait de: https://www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/hiv_prev_program_gde.pdf

HCR. (2009). *Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations*. Genève, Suisse. Extrait de: <http://www.unhcr.org/protection/health/4acb0c111b/guidance-infant-feeding-hiv-context-refugees-displaced-populations-june.html>

- OMS. (2006). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Towards Universal Access: Recommendations for a Public Health Approach*. Extrait de: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>
- OMS. (2009a). *Priority Interventions: HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector*. Geneva, Switzerland. Extrait de: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf
- OMS. (2009b). *Recommandations rapides: traitement antirétroviral de l'infection au VIH chez l'adulte et l'adolescent*. Extrait de: https://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art_fr.pdf
- OMS. (2009c). *Rapid Advice: Infant Feeding in the Context of HIV*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44251/1/9789241598873_eng.pdf
- OMS. (2009d). *Recommandations rapides sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*. (2^e éd.). Extrait de: https://www.who.int/hiv/pub/mtct/rapid_advice_mtct_fr.pdf
- OMS. (2014a). *La prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés Lignes directrices unifiées*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf>
- OMS. (2014b). *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 - December 2014 Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*. Genève, Suisse.
- OMS. (2015). *Guideline on when to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-exposure Prophylaxis for HIV*. Genève, Suisse. Extrait de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach* (2^e éd.). Genève, Suisse. Extrait de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2016). *Guideline. Updates on HIV and Infant Feeding*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1>
- OMS. (2017). *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive*. Genève, Suisse. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260444/WHO-RHR-17.03-fre.pdf>
- OMS, UNODC, & ONUSIDA. (2012). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Extrait de: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/Target_setting_guide2012_eng.pdf
- ONUSDC, OIT, PNUD, OMS & ONUSIDA. (2013). *Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées: Ensemble complet de mesures d'intervention*. Extrait de: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_fr.pdf
- Programme alimentaire mondial, ONUSIDA & PEPFAR. (2014). *Évaluation nutritionnelle, conseils et soutien pour les adolescents et les adultes vivant avec le VIH: Guide de programmation*. Extrait de: <https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp273031.pdf>
- Southern African HIV Clinicians Society, & UNHCR. (2007). *Clinical Guidelines for Antiretroviral Therapy Management for Displaced Populations: Southern Africa*. Extrait de: <http://www.unhcr.org/4683b0522.html>

CHAPITRE 12

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

- 12.1 Introduction
 - 12.2 Objectifs
 - 12.3 Élaboration de programme sur les IST
 - 12.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence
 - 12.3.2 Dispositif de santé publique sur les IST
 - 12.3.3 Recensement des besoins
 - 12.3.4 Interventions communautaires
 - 12.3.5 IST et gestion des infections de l'appareil génital
 - 12.3.6 Coordonner et établir des liens
 - 12.3.7 Plaidoyer
 - 12.4 Considérations en matière de droits humains et de droit
 - 12.4.1 Défis et opportunités
 - 12.5 Suivi et évaluation
 - 12.6 Suggestions de lecture et ressources complémentaires
-

12.1 INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont à l'origine d'une grande part de la charge mondiale de santé défailante. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 357 millions de nouveaux de 4 IST curables (gonorrhée, chlamydia, syphilis et trichomoniose) ont été détectés en 2012. Si les IST virales (incurables), comme le papillomavirus humain (VPH), le virus de l'herpès simplex (VHS), l'hépatite B, et le virus d'immunodéficience humaine (VIH) sont incluses, le nombre de nouveaux cas pourrait être 3 fois plus élevé. Chez les femmes, les infections de l'appareil reproducteur (IAR) non transmises par voie sexuelle, comme la candidose ou la vaginose bactérienne, sont encore plus courantes.

ENCADRÉ 12.1: STI VERSUS IAR

Toutes les infections sexuellement transmissibles sont des infections de l'appareil reproducteur; mais toutes les infections de l'appareil reproducteur ne sont pas transmises par voie sexuelle:

- Le terme IST fait référence au mode de transmission
- Le terme IAR fait référence au site du développement de l'infection

Le terme infections de l'appareil reproducteur est générique et il inclut les infections sexuellement transmissibles ainsi que d'autres infections de l'appareil reproducteur qui ne sont pas transmises par des rapports sexuels. Dans la plupart des cas, les IST ont des conséquences plus graves pour la santé que d'autres IAR, c'est pourquoi, dans ce manuel, le terme IST/IAR est utilisé pour souligner l'importance des IST au sein des IAR. Lorsque les informations fournies dans le présent document relèvent uniquement des infections sexuellement transmissibles, le terme IST est utilisé seul.

Les cas d'IST/IAR sont répandus dans le monde entier, mais la transmission et la prévalence (nombre de cas à un instant donné) sont influencés par des facteurs sociaux et économiques de même que par la biologie et les comportements. Par conséquent, la charge des IST/IAR varie grandement d'une région à l'autre et d'une communauté à l'autre. Par exemple:

- Les IST comme la syphilis, la gonorrhée et le chancre mou peuvent se propager plus rapidement là où les communautés sont confrontées à des perturbations, la présence des travailleurs migrants est fréquente et les réseaux de commerce du sexe sont actifs
- Les infections iatrogéniques, à savoir les infections causées par les interventions ou examens médicaux, sont plus courantes lorsqu'il y a de nombreuses IST et les prestataires de service n'ont pas la formation ou les fournitures nécessaires pour assurer les actes en toute sécurité. Les infections postpartum et post-avortement sont plus courantes lorsque les services et les soins de suivi sécurisés n'existent pas
- Les infections endogènes comme la candidose et la vaginose bactérienne sont courantes à travers le monde et influencées par les facteurs environnementaux, hygiéniques, hormonaux et autres

L'émergence du VIH a concentré l'attention sur le contrôle des IST. Il y a une forte corrélation entre les IST et la transmission du VIH. Il s'avère que la présence d'autres IST contribue à l'accroissement du risque de transmission sexuelle du VIH.

En situations de crise humanitaire, le risque de transmission des IST (y compris le VIH) peut être élevé en raison de la violence sexuelle accrue, la présence de travailleurs à des postes à forte mobilité (par exemple les chauffeurs routiers, les soldats du maintien de la paix), les relations sexuelles de nature transactionnelle, la consommation d'alcool et de drogues, le manque d'information et d'accès aux préservatifs et la forte densité de population dans les camps.

12.2 OBJECTIFS

Les objectifs de chapitre sont d'aider les coordinateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR), les responsables de programme de santé et les prestataires dans les situations de crise humanitaire:

- Répondre aux besoins des individus infectés par les IST/IAR ou qui peuvent être exposés aux IST/IAR
- Soutenir la mise en œuvre d'approches efficaces en matière de santé publique pour réduire la transmission des IST

12.3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES SUR LES IST

12.3.1 Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence

Il faut faire en sorte que la disponibilité du diagnostic syndromique et le traitement des IST soit intégrée dans le Dispositif minimum d'urgence (DMU) dans le cadre de l'objectif qui est de « prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST. » Le fait de garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et l'offre de préservatifs féminins quand la population en avait avant la crise, constitue également une composante clé de la prévention. Il faut également mettre le traitement à la disposition des patient(e)s en leur présentant les symptômes des IST dans le cadre de services cliniques de routine au début de l'action humanitaire.

12.3.2 Dispositif de santé publique sur les IST

Les infections sexuellement transmissibles sont un problème de santé publique de grande importance dans la plupart des régions du monde. Si les IST ne sont pas diagnostiquées et soignées à un stade précoce, cela peut avoir des conséquences graves, comme la stérilité, l'avortement

spontané, l'accouchement prématuré, la mortinanaissance, la grossesse ectopique, le cancer anogénital, et les morts prématurées, de même que les infections néonatales et périnatales. Bon nombre de difficultés compliquent l'offre de services IST/IAG efficaces aux personnes qui en ont besoin, comme le montre l'Ill. 12.1. Beaucoup de personnes qui sont asymptomatiques ou ne savent pas qu'elles souffrent d'une IST (et les IST sont plus souvent asymptomatiques

ILLUSTRATION 12.1: INFECTIONS ASYMPTOMATIQUES VERSUS INFECTIONS SYMPTOMATIQUES

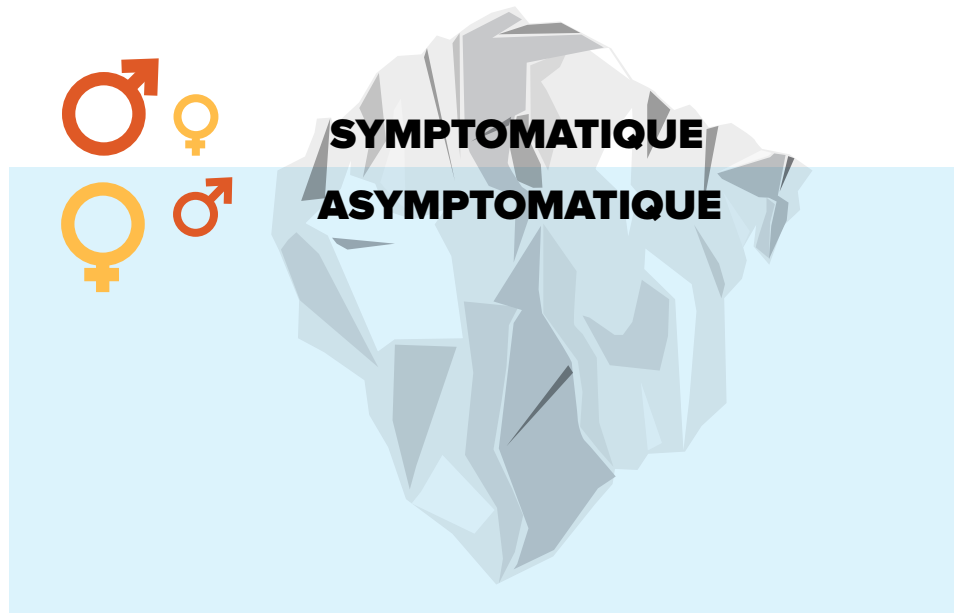
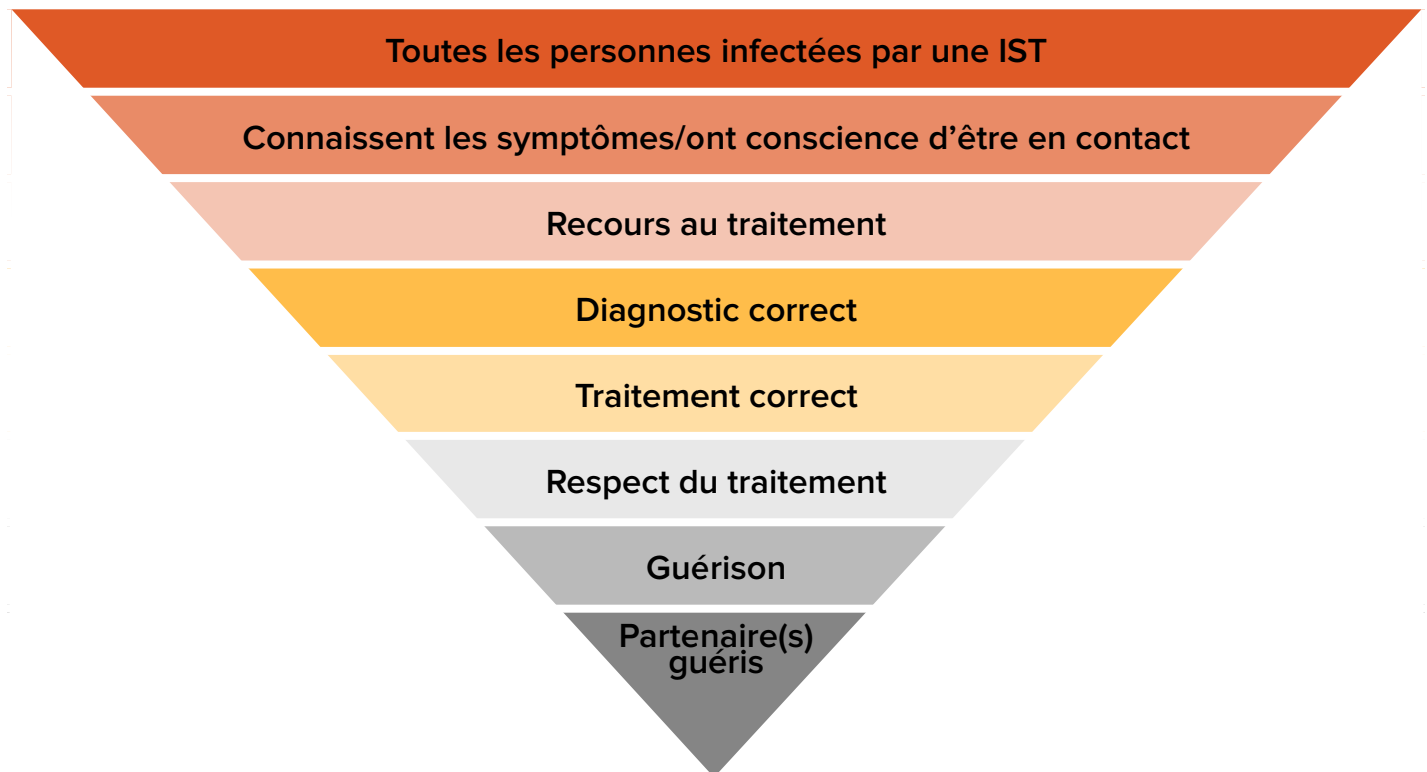


ILLUSTRATION 12.2: IST: UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE



chez les femmes (voir III. 12.2) et n'ont donc pas recours aux soins. D'autres personnes qui présentent des symptômes choisissent de se soigner ou recourent aux pharmacies ou à des guérisseurs traditionnels. Il est possible que ceux qui se présentent au centre médical n'obtiennent pas un diagnostic et un traitement adapté. À terme, seule une faible proportion de personnes atteintes d'IST sont guéries et évitent la réinfection.

L'objectif des programmes sur les IST est de réduire la prévalence des IST en interrompant leur transmission, en limitant la durée de l'infection et en évitant le développement de complications chez les personnes infectées.

Le contrôle de la propagation des IST est difficile. Les programmes de santé publique doivent non seulement garantir des services de santé accessibles de bonne qualité qui assurent des prises en charge complètes d'IST mais aussi s'attaquer aux facteurs biologiques, comportementaux et sociaux qui influencent la propagation des IST.

LE DISPOSITIF COMPLET DE SANTÉ PUBLIQUE COMPREND:

Au niveau communautaire

- Les campagnes de promotion des rapports sexuels protégés
- L'élaboration de programmes sur les préservatifs
- La sensibilisation communautaire aux IST et la promotion de l'utilisation précoce des services cliniques

AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTÉ

- Gestion complète des IST lors du premier contact
- Des services spécifiques aux populations à risques, y compris les travailleurs du sexe, les adolescents, le personnel militaire et les prisonniers

INTÉGRATION DE LA GESTION DES IST

- Intégrer la prévention, le dépistage et les soins des IST à d'autres services

12.3.3 Recensement des besoins

Suite à la mise en place du DMU, les coordinateurs SSR doivent intégrer les considérations relatives aux IST dans les recensements des besoins pour la planification des services complets de SSR afin de concevoir des programmes adaptés et complets de prévention, de traitement et de contrôle des IST. Ils doivent collecter les informations suivantes en

coordination avec d'autres acteurs du secteur/pôle de santé:

- La prévalence et les types d'IST dans le pays, la région ou zone d'accueil et le pays, la région ou zone d'origine. Ces informations peuvent exister auprès des programmes nationaux d'IST et auprès de l'OMS
- La présence de groupes à risques et le lieu au sein de la communauté touchée où les interventions devraient être ciblées en priorité (par exemple, là où le commerce du sexe a lieu, dans les bars). Ces informations peuvent être obtenues par le biais d'entretiens auprès des informateurs clés de la communauté
- Les croyances culturelles ou religieuses, les attitudes et pratiques concernant la sexualité, la santé reproductive, les IST/IAR. Ces informations peuvent être obtenues par le biais de recherches qualitatives en utilisant des groupes de discussion, des entretiens et si possible, les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP)
- L'existence d'une chaîne d'approvisionnement en produits médicaux fiable et durable pouvant appuyer la mise en œuvre de services d'IST/IAG.

Les coordinateurs SSR doivent connaître la législation et les politiques nationales relatives aux IST:

- Existe-t-il des directives ou protocoles nationaux sur la gestion des IST? Si oui, y a-t-il des disparités entre les politiques nationales et les directives de l'OMS? Les directives expliquent-elles les dernières tendances en matière de résistance aux antibiotiques des IST dans le pays?
- Les directives sur les IST sont-elles accessibles aux prestataires de soins qui en ont besoin? Par exemple, sous support papier, sous forme de graphiques, et d'aide-mémoire?
- Tous les traitements pertinents contre les IST figurent-ils dans les directives nationales sur les traitements pharmaceutiques? Les directives nationales comprennent-elles les médicaments qui ne sont plus efficaces contre certaines infections?
- Les médicaments contre les IST font-ils partie de la Liste de médicaments essentiels du pays? Quels prestataires sont habilités à les prescrire?
- Existe-t-il des politiques restrictives limitant la prestation de services IST?
- Existe-t-il des lois ou politiques nationales concernant la notification des partenaires?

- Existe-t-il des politiques nationales liées au programme de contrôle des IST?

Il faut aussi:

- Prendre contact avec les autorités sanitaires nationales pour identifier ou définir un protocole de prise en charge syndromique des IST
- Identifier une chaîne d'approvisionnement en produits médicaux fiables pour garantir un stock durable de médicaments efficaces contre les IST
- Identifier les personnes au sein de la communauté touchée qui ont été formées à la prévention et au contrôle des IST et les besoins en formation des effectifs
- Identifier les sites adaptés pour mettre en place des services de gestion des IST et d'autres services de SSR qui devraient les intégrer

12.3.4 Interventions communautaires

L'approche communautaire de la prévention et du contrôle des IST/IAR comprend:

- Les campagnes de promotion des rapports sexuels protégés y compris l'utilisation systématique du préservatif, la limitation du nombre de partenaires sexuels et le report du début de l'activité sexuelle
- L'élaboration de programmes sur les préservatifs
- La sensibilisation communautaire aux IST et la promotion de l'utilisation précoce des services cliniques
- Intégration des campagnes de prévention du VIH et des efforts de sensibilisation communautaire

PROMOTION DES RAPPORTS SEXUELS PROTÉGÉS

La meilleure approche de la prévention des IST consiste à éviter l'exposition. Cela peut se faire en:

- Utilisant des préservatifs correctement et systématiquement
- Limitant le nombre de partenaires sexuels
- En soutenant les jeunes dans la décision de retarder l'activité sexuelle

Les préservatifs sont la méthode de protection la plus fiable des personnes pour elles-mêmes et leurs partenaires

par rapport à tout risque de contracter des IST. Lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement à chaque rapport, les préservatifs peuvent considérablement réduire les risques de grossesse et les IST (y compris l'infection par le VIH). Les IST peuvent malgré tout apparaître en dépit de l'utilisation du préservatif; les ulcères génitaux ou les verrues génitales peuvent être transmises par le contact avec des parties du corps non couvertes par le préservatif.

Les gens contractent fréquemment une IST en raison de la mauvaise utilisation des préservatifs ou de leur utilisation sporadique. Lorsqu'ils sont mal manipulés ou conservés, par exemple dans le portefeuille ou dans un lieu chaud, ou s'ils sont utilisés avec des lubrifiants, les préservatifs masculins peuvent être inefficaces. La rupture du préservatif est souvent due à une mauvaise utilisation et non à un défaut du produit.

Les préservatifs masculins sont essentiellement en latex et sont largement disponibles, abordables et très efficaces. Étant donné qu'ils sont faciles à emporter avec soi, la protection est possible à tout moment.

Les préservatifs féminins sont en polyuréthane ou en plastique nitrile, qui est plus robuste que le latex et ils sont de plus en plus répandus et à un coût plus faible qu'au moment de leur lancement. Ils présentent l'avantage de donner la possibilité aux femmes de contrôler son utilisation, bien qu'elles doivent toujours en négocier l'utilisation avec leurs partenaires sexuels.

La limitation du nombre de partenaires sexuels peut aider à réduire l'exposition aux IST. Les personnes qui sont dans une relation monogame (dans laquelle les deux partenaires n'ont pas d'autres partenaires sexuels) ne sont pas exposées au risque de contracter des IST si les deux personnes ne sont pas contaminées. L'abstinence sexuelle est une autre manière d'éviter les risques d'IST (bien que d'autres IAR restent possibles).

Beaucoup de personnes ont besoin de stratégies de prévention autres que la monogamie ou l'abstinence. Les relations monogames ne protègent pas contre les IST lorsqu'elles se succèdent rapidement (monogamie sérielle). Les couples qui sont séparés pendant un certain temps peuvent également avoir besoin d'autres stratégies. Les hommes et les femmes dont les professions impliquent des déplacements (par exemple, les travailleurs migrants, les commerçants, les chauffeurs routiers, les soldats) sont plus susceptibles d'avoir des partenaires multiples et de revenir avec une IST. Quelles que soient les circonstances, les femmes tout comme les hommes qui ont des partenaires multiples (ou dont les partenaires ont des partenaires multiples) ont besoin d'une protection fiable contre les IST.

Retarder l'activité sexuelle et limiter l'exposition aux IST. Les jeunes en particulier les adolescent(e)s peuvent éviter les IST et la grossesse à un moment où ils/elles sont particulièrement vulnérables en retardant l'activité sexuelle jusqu'à ce qu'ils/elles soient plus âgé(e)s. Les jeunes doivent savoir où bénéficier d'une aide et d'informations confidentielles sur les méthodes, y compris l'utilisation du préservatif, pour la prévention des grossesses et des IST lorsqu'ils/elles décident de devenir sexuellement actifs.

Le soutien apporté pour retarder l'activité sexuelle est particulièrement important pour les jeunes filles car elles peuvent affronter des conséquences sociales et sanitaires graves si elles tombent enceintes ou développent une IST. Les adolescentes sont particulièrement vulnérables face au cancer du col de l'utérus qui peut entraîner une maladie pelvienne inflammatoire (MPI), la stérilité, une grossesse ectopique et, à long terme un cancer du col de l'utérus.

Il est capital dans le cadre de la réduction des risques d'IST que les femmes et les adolescentes contrôlent leur sexualité et puissent décider du moment, de la manière et avec qui avoir des rapports sexuels. Pour ce faire, les sociétés doivent condamner toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, qui exposent les femmes et les adolescentes à des risques d'IST et d'autres résultats défavorables en matière de santé. Les femmes et les filles doivent être en sécurité pour décider d'avoir des rapports sexuels et de se livrer à des pratiques sans danger sans menace de violence ou de rapport sexuels forcés. Elles auront non seulement besoin du soutien de leur partenaire(s) mais aussi des informations et de l'auto-efficacité et des compétences pour négocier la prise de décision concernant la sexualité et les changements des normes sociales qui promeuvent et cautionnent l'autonomie physique des filles et de femmes. Les activités visant à soutenir la réalisation de cet objectif peuvent inclure les activités communautaires qui condamnent la violence contre les femmes et les filles, les groupes de discussion et les ateliers participatifs qui engagent les hommes et les femmes à explorer les rôles spécifiques au genre, à examiner la prise de décision concernant la sexualité et à défier et transformer les masculinités traditionnelles ainsi que l'éducation sexuelle complète dans les écoles.

ÉLABORATION DE PROGRAMMES SUR LES PRÉSERVATIFS

Les préservatifs de bonne qualité sont essentiels pour la protection du consommateur et la crédibilité du programme de SSR. Il existe plusieurs marques de préservatifs sur le marché. Plusieurs agences peuvent faciliter l'achat en volume de préservatifs de bonne qualité à un faible coût.

Pour garantir l'accès aux préservatifs, un système d'approvisionnement et de distribution doit être établi. Les préservatifs et les modes d'emploi doivent être disponibles auprès des établissements de santé, des centres de distribution (comme les zones de distribution des articles alimentaires et non alimentaires), des centres communautaires, des magasins, des bars et des associations de jeunes et de femmes, etc. Discuter avec les autorités pour décider de continuer ou non l'offre gratuite des préservatifs après la première intervention humanitaire. L'introduction d'une forme quelconque de recouvrement de coûts (marketing social) peut être envisagée dans les cas où cela est faisable et adapté. Les stratégies de marketing social peuvent être explorées avec les partenaires concernés.

Les agents de santé communautaire et les éducateurs de pairs doivent être formés à la promotion, à la distribution et à l'utilisation des préservatifs. Les campagnes promotionnelles peuvent être lancées lors d'événements publics comme les matchs de football, les rassemblements, les bals, les pièces de théâtre et les discussions de groupe. Prendre contact avec les groupes impliqués dans la prévention du VIH et les activités de planification familiale dans la zone concernée. L'élaboration de programme sur les préservatifs et les messages doivent intégrer le concept de double protection contre les IST et la grossesse dès le début.

SENSIBILISATION PUBLIQUE AUX IST

L'éducation et la sensibilisation communautaire sont nécessaires pour promouvoir l'utilisation précoce des services de soins pour soigner les IST/IAR et prévenir les complications. Développer des messages pour montrer aux personnes comment reconnaître les symptômes et quand et où recourir aux soins. Les messages communautaires doivent également aborder le risque de contracter ou de transmettre une IST tout en étant asymptomatique. Diffuser les messages par le biais de publicités, de radios, des journaux et de sessions de formation dans les centres médicaux, etc.

Les personnes atteintes d'IST ont également besoin d'un soutien de la part des membres de leurs familles et de leurs communautés pour veiller à ce qu'elles aient recours aux soins. Cela nécessitera un travail mené au niveau communautaire pour limiter la stigmatisation des client(e) atteint(e)s d'IST. Il faut impérativement mener des formations participatives et des actions de sensibilisation auprès des membres de la communauté pour qu'ils aient une connaissance des IST et de leur fréquence, pour défier et limiter la stigmatisation et favoriser le soutien des membres de la communauté à l'égard des personnes vivant avec des IST.

12.3.5 IST et gestion des infections de l'appareil reproducteur

La gestion efficace et rapide des IST est un des fondements du contrôle des IST, car elle évite le développement de complications pour la personne, diminue la propagation des IST au sein de la communauté et offre la possibilité d'une éducation ciblée sur la prévention des IST. Plus vite une IST est soignée, moins elle a de chances d'être transmise à d'autres personnes. Le traitement adapté des IST lors du premier contact entre les patients et les prestataires de soins est donc une mesure de santé publique majeure. Dans le cas des jeunes, il est possible d'influencer leurs futurs comportements sexuels et pratiques en matière de recours aux soins.

La gestion des IST implique plus que le diagnostic et le traitement. Même lorsque les IST sont traitées correctement, l'échec du traitement et la réinfection demeurent possibles. Certains patients peuvent arrêter de prendre leurs médicaments dès qu'ils commencent à se sentir mieux, ou ne pas prendre des dispositions pour que leurs partenaires sexuels prennent un traitement, ne pas utiliser de préservatifs ou ne pas s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant le traitement. La résistance aux médicaments peut également expliquer l'échec du traitement. Par conséquent, la gestion complète du cas doit commencer pendant le premier contact et inclure:

- Le diagnostic
- Le traitement rapide et efficace selon les protocoles
- L'éducation et les conseils prodigués au/à la patient(e), y compris la mise à disposition de préservatifs
- La notification et le traitement du/de la partenaire
- Le suivi selon le cas
- La qualité des soins

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des IST est difficile car il n'existe pas d'outil simple pour obtenir un diagnostic correct en un laps de temps court et sans recourir à des tests de laboratoire onéreux. Le diagnostic des IST peut être effectué selon 3 modalités:

Le diagnostic clinique

Le prestataire de service détermine la cause sous-jacente de l'infection en fonction de l'examen clinique et de l'expérience personnelle. Cette approche n'est pas fiable car même les prestataires les plus expérimentés ne peuvent

pas poser un diagnostic spécifique en fonction de la seule évaluation clinique. De plus, les infections mixtes ne peuvent pas être détectées par ce biais.

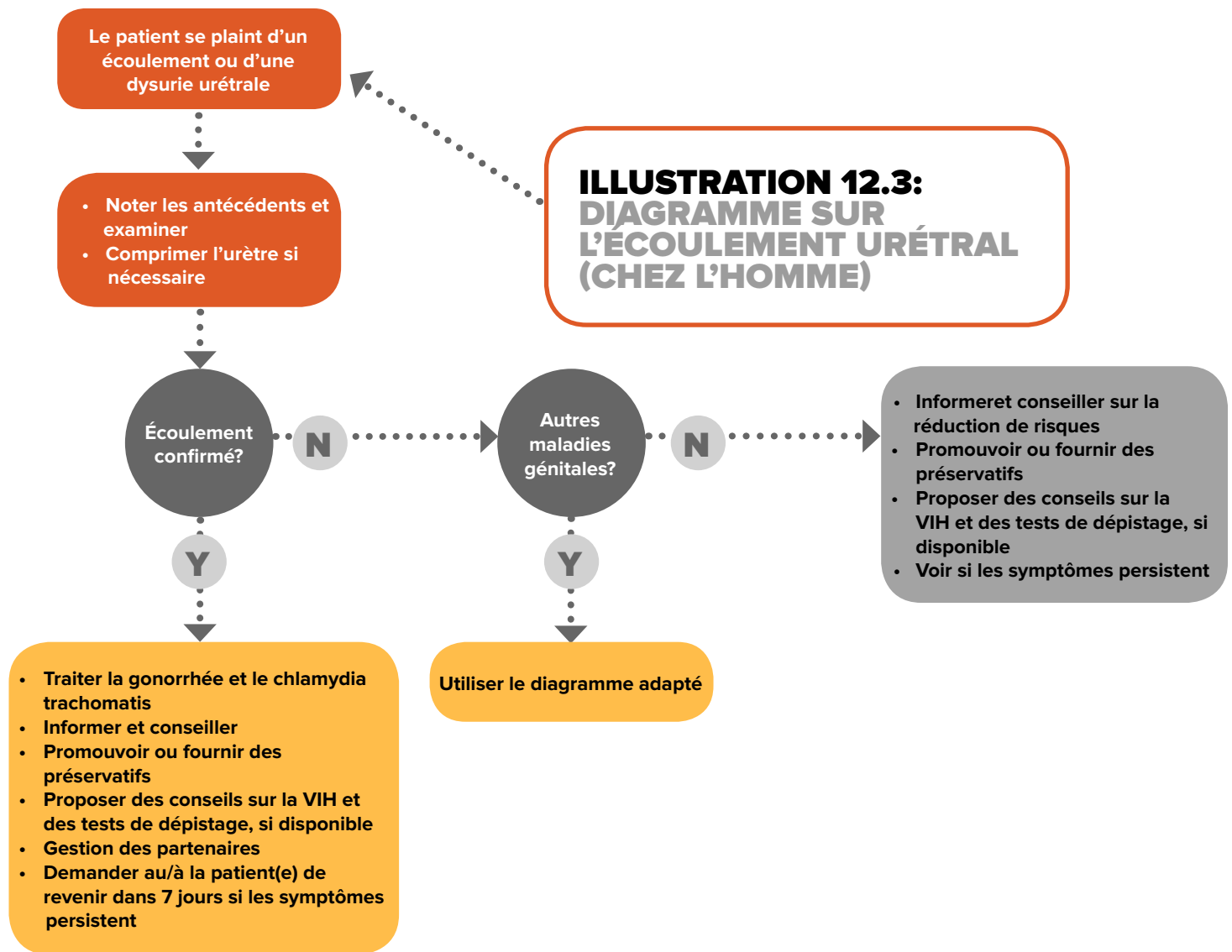
Diagnostic en laboratoire

Cette approche utilise des tests de laboratoire pour déterminer la cause des IST/IAR. Elle reste néanmoins problématique dans de nombreux contextes, car il est possible que les tests abordables, simples et fiables n'existent pas. La plupart des tests disponibles ne donnent pas de résultats immédiats, ce qui crée des retards dans le traitement ou aboutit à l'absence de traitement si les patient(e)s ne se présentent pas pour les soins. De plus, la sensibilité et la spécificité des tests disponibles sur le marché peuvent varier et les faux négatifs sont fréquents. Lorsque les laboratoires existent, ils doivent être pourvus en personnel et disposer d'agents qualifiés. Cela crée une contrainte de temps et de moyens pour les services de santé, ce qui augmente les coûts et réduit l'accès au traitement.

Les exceptions sont les tests de dépistage du VIH et de la syphilis en laboratoire (soit le test rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou le test de diagnostic rapide (RDT)). Ces tests peuvent être conduits par un personnel de soins ayant une formation minimale et donne des résultats en peu de temps. Ils peuvent être utilisés pour le dépistage.

**TABLEAU 12.1:
SYNDROMES D'IST**

SYNDROME	IST/IAG
Ulcère génital (chez l'homme et la femme)	Syphilis Herpès Chancre mou Granulome inguinal Lymphogranulome vénérien
Écoulement urétral (chez l'homme)	Gonorrhée Chlamydia
Écoulement vaginal	Vaginose bactérienne Candidose Trichomonase Gonorrhée Chlamydia
Douleurs abdominales basses (chez la femme)	Gonorrhée Chlamydia Infections à germes anaérobies
Bubon inguinal (chez l'homme et la femme)	Chancre mou Lymphogranulome vénérien (Granulome inguinal ou Donovanose si prévalent)



Approche syndromique

Beaucoup d'IST/IAR peuvent être identifiées et traitées sur la base de signes caractéristiques et de symptômes pouvant être regroupés en syndromes, comme le montre le Tableau 12.1.

Il est souvent difficile de savoir exactement quel organisme cause le syndrome et quels sont les besoins en traitement pour couvrir plusieurs agents étiologiques de la maladie. L'approche syndromique est donc fondée sur:

- L'identification de groupes de symptômes constants et de signes facilement reconnaissables
- Le traitement couvrira la majorité ou les organismes les plus graves à l'origine d'un syndrome spécifique

Un outil simplifié (diagramme) guide les agents de santé dans l'application de la prise en charge syndromique des IST (Voir III. 12.3).

Avantages de l'approche syndromique

- Les patients sont traités au premier contact avec le système de soins de santé, ce qui conduit à une baisse des complications pour l'individu et à terme à une réduction de la transmission des IST au sein de la population
- L'approche est rentable (tests de laboratoire abordables)
- Le traitement rapide améliore la satisfaction du/de la client(e)
- Il est plus facile de suivre un service qui utilise une approche syndromique en raison de la standardisation de la formation du personnel, du diagnostic, du traitement et de la gestion des fournitures

Inconvénients de l'approche syndromique

- Le surdiagnostic et le surtraitement augmentent les

EXEMPLE DE PROGRAMME 12.1: MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE DANS UN CONTEXTE HUMANITAIRE

ORGANISATION: Save the Children

LIEU: Yémen

Introduction: Un conflit persistant au Yémen a conduit à une des plus grandes crises humanitaires au monde, avec plus de 20 millions de personnes nécessitant une assistance et moins de la moitié des établissements de santé en état de fonctionnement.

DESCRIPTION DU PROGRAMME: En 2010, Save the Children a lancé un programme dans le Gouvernorat d'Amran situé à l'ouest du Yémen pour répondre aux besoins des femmes et des filles déplacées, en matière de santé sexuelle et reproductive. Save the Children, en collaboration avec le Ministère de la Santé a formé des équipes de santé mobile composées de médecins, de sages-femmes et d'infirmières pour dispenser un certain nombre de services dont la contraception, les soins prénatals et les soins postnatals. Le programme a par la suite été étendu à d'autres gouvernorats et districts. En 2017, le programme de santé de Save the Children au Yémen est opérationnel dans 8 gouvernorats et soutient près de 75 établissements de santé fixes et des équipes de santé mobile qui desservent 110 sites.

RÉSULTATS: Peu de temps après le déploiement des équipes de santé mobile, les agents de santé ont commencé à signaler un grand nombre de clients nécessitant la prise en charge de cas d'IST et il a fallu réparer cette faille du service. Pour ce faire, le personnel de Save the Children a d'abord passé en revue les directives nationales du Yémen sur la prise en charge syndromique des IST pour s'assurer qu'ils étaient à jour et qu'il n'y avait pas de disparités majeures par rapport aux directives de l'OMS. Ensuite, Save the Children s'est associée à l'OMS, au Ministère de la Santé et aux responsables du Gouvernorat pour mener une formation sur la prise en charge syndromique des IST destinée à 25

sages-femmes. Dans les établissements de santé fixes, l'équipe a imprimé et affiché les diagrammes de la prise en charge syndromique afin d'aider les agents de santé dans la gestion des cas. Les équipes de santé mobile utilisent des tableaux de présentation réduits pendant leurs activités de sensibilisation. L'équipe de santé a aussi travaillé en étroite collaboration avec les volontaires communautaires et les a formés afin qu'ils partagent des messages sur les signes et symptômes des IST et encouragent les femmes à se présenter à l'établissement ou à la clinique mobile pour des soins. Les services IST ont été intégrés au dispositif complet des services de SSR proposés dans le cadre du programme et un espace confidentiel leur a été attribué, ce qui a aidé à limiter la stigmatisation. En outre, les tests rapides de dépistage de la syphilis ont été intégrés aux soins prénatals habituels dispensés par les équipes de santé mobile. De janvier à décembre 2017, plus de 6 000 femmes et hommes ont reçu un traitement contre une IST dans les établissements appuyés par Save the Children au Yémen.

LEÇONS APPRISSES: Le soutien et l'adhésion du Ministère de la Santé et les responsables du Gouvernorat pour appliquer l'approche syndromique ont été essentielles à la réussite du programme. Pour ce faire, il fallait que les services IST fassent partie intégrante d'un dispositif complet des services de SSR. Bien qu'elles soient encouragées durant l'aide psychosociale, la notification et le traitement des partenaires restent compliqués en raison du contexte de polygamie ambiante. Le programme œuvre également pour un approvisionnement constant en produits et médicaments contre les IST mais il est souvent impacté par les retards et les obstacles en termes d'approvisionnement causés par l'insécurité permanente. En dépit de ces difficultés, le programme est parvenu à améliorer les compétences des prestataires par rapport à la prise en charge syndromique des IST et à étendre l'accès des femmes à ces services majeurs.

coûts du traitement (mais cela est compensé par la rentabilité globale de l'approche syndromique)

- L'administration d'antimicrobiens multiples augmentera potentiellement le risque d'effets secondaires
- L'approche syndromique ne peut pas être utilisée pour le dépistage car les infections asymptomatiques ne peuvent pas être détectées. En conséquence, la détection et la gestion des infections du col de l'utérus chez les femmes et les filles peuvent être limitées
- Si la patiente n'est pas conseillée correctement, elle court un risque accru de violence domestique

Traitement

Les symptômes et signes d'IST/IAR sont traités en fonction des organismes les plus communément à l'origine de chaque syndrome. La résistance antibiotique aux pathogènes transmis par voie sexuelle augmente, ce qui peut rendre certains traitements antibiotiques largement disponibles inefficaces. Par conséquent, les algorithmes de traitement doivent être adaptés en fonction de:

- L'épidémiologie locale (la prévalence d'IST/IAG et les agents pathogènes des syndromes au sein de la population)
- Les tendances observées en matière de sensibilité

ENCADRÉ 12.2: LE CAS DE L'ÉCOULEMENT VAGINAL

L'approche syndromique fonctionne bien pour l'écoulement urétral et les IST ulcératives mais elle n'est pas aussi efficace pour l'écoulement vaginal. La plupart des cas d'écoulement vaginal sont la conséquence d'une IAR, comme la candidose et la vaginose bactérienne. Ces organismes causent des infections vaginales et ne sont pas transmises par voie sexuelle. L'écoulement vaginal peut, dans quelques cas rares, être la conséquence d'une inflammation du col de l'utérus (cervicite) causée par la gonorrhée ou le chlamydia. Ces organismes sont transmis par voie sexuelle.

Les algorithmes de l'écoulement vaginal n'ont pas pour but de détecter les infections les plus graves et les plus asymptomatiques du col de l'utérus. Actuellement, la détection précise de la cervicite à gonocoque et à chlamydia requiert des tests en laboratoire onéreux (réaction en chaîne par polymérase (PCR)) qui ne sont pas possibles dans la plupart des sites. D'autres outils de dépistage incluent l'examen par speculum (qui peut

détecter beaucoup, mais pas toutes les infections du col de l'utérus) et le test par culture de la gonorrhée (qui est précis et abordable ou techniquement difficile, mais doit être mis en place dans les laboratoires établis).

En situations de crise humanitaire, les prestataires de service doivent adopter une approche qui consiste à ne perdre aucune occasion. Cela signifie qu'ils recherchent les facteurs de risques dans les antécédents de la patiente (par exemple, le partenaire présente-t-il des symptômes? La cliente est-elle une travailleuse du sexe?) et pour les signes constatés à l'examen (y a-t-il un écoulement mucopurulent? Le col de l'utérus saigne-t-il facilement?). Le dépistage peut être effectué pendant la grossesse ou à chaque fois qu'un examen par speculum est mené pour d'autres raisons. Les prestataires de service peuvent offrir des dépistages réguliers aux personnes qui sont fréquemment exposées aux IST comme les travailleuses du sexe.

TABLEAU 12.2: EXEMPLES DE DÉTECTION ET STRATÉGIES DE TRAITEMENT DES IST/IAR

MÉTHODE	EXEMPLE — PAS D'OCCASION MANQUÉE
Noter les antécédents	Interroger sur les symptômes ou problèmes d'IST/IAR à chaque visite SSR
Dépistage clinique	Examen par speculum et bimanuel pour rechercher des signes d'IST/IAR non remarqués par le/la patient(e)
Dépistage en laboratoire	Dépistage sérologique de la syphilis Frottis pour la détection précoce du cancer du col de l'utérus; conseils et test de dépistage volontaires du VIH
Traitement présomptif sur la base des critères de risques	Traitement des partenaires des patient(e) atteint(e)s d'IST, des travailleurs du sexe qui ont été exposés à des rapports sexuels non protégés, etc. Victimes de violence sexuelle Traitement pour les femmes qui subissent une intervention transcervicale
Combinaison de stratégies	Le traitement présomptif des travailleuses du sexe lors de la première visite suivi de visites régulières pour l'examen par speculum/bimanuel et coloration de Gram du frottis

antimicrobienne (par exemple, les antibiotiques efficaces contre la gonorrhée *Neisseria* et l'*Haemophilus ducreyi*)

- Pratiques culturelles et comportementales

Au début d'une intervention humanitaire, il peut être nécessaire d'utiliser les directives du traitement standard de l'OMS contre les antimicrobiens qui sont efficaces à travers le monde. Certains antimicrobiens recommandés par ces directives sont inclus dans les Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations (Kits de SR). Dans de nombreux pays, le Ministère de la Santé (MS) a mis au point des

protocoles relatifs aux IST. Il est important d'inciter l'utilisation du protocole approprié dans le contexte le plus tôt possible. De telles directives standardisées de traitement faciliteront la formation du personnel et l'approvisionnement des fournitures des programmes STI et cela aidera à faire en sorte que tous les patients reçoivent un traitement adapté. En conséquence, les coordinateurs SSR doivent appliquer les protocoles relatifs aux IST là où ils existent. Dans le cas contraire, il faut encourager les discussions entre le MS et l'OMS pour développer un protocole national ou régional adapté.

Information et conseils prodigués aux patient(e)s

L'information du/de la patient(e) et les conseils bienveillants et confidentiels sont des composantes essentielles de la gestion des IST/IAR, il s'agit entre autre:

- D'expliquer la nature de l'infection, les complications éventuelles (comme la stérilité), les médicaments à prendre et l'importance du respect du traitement
- De promouvoir un comportement sexuel plus sain. Les personnes peuvent adopter des comportements sexuels plus sains suite au traitement d'une IST. Chaque visite clinique est donc l'occasion de promouvoir la future prévention et le respect du traitement actuel
- De la promotion, la démonstration de l'utilisation et la mise à disposition de préservatifs, de même la négociation de l'utilisation du préservatif avec des partenaires
- D'évoquer le risque de l'infection par le VIH et de proposer les tests de dépistage volontaire du VIH
- D'informer et de communiquer avec le/la/les partenaire(s) sexuel(s), les options de traçage et le risque de violence ou de stigmatisation (voir l'Encadré 12.3)
- De procéder au dépistage de la violence sexuelle, s'il y a lieu et si possible, d'orienter les victimes vers les appuis et services existants

ENCADRÉ 12.3: IST/IAR ET STIGMATISATION

Noter que toutes les IAR ne sont pas transmises par voie sexuelle. Par conséquent, les prestataires de service doivent éviter de coller des étiquettes sur une personne ou de la stigmatiser par rapport à l'IST lorsque le diagnostic est une IAR ou n'est pas clair. Par exemple, l'écoulement vaginal est habituellement associé à une infection vaginale endogène et non à une IST. Il serait donc inutile d'essayer de notifier et traiter les partenaires sexuels dans ce cas de figure, car les partenaires n'ont pas besoin du traitement et le fait de les informer pourrait porter préjudice à la relation. La violence, la méfiance et le divorce peuvent être des conséquences possibles de la notification du partenaire si elle n'est pas gérée correctement.

Gestion des partenaires

Principes

Lors de la prise en charge des partenaires sexuels, les prestataires de service doivent être sensibles et respectueux, garantir la confidentialité, et proposer une approche volontaire non contraignante. Un(e) patient(e) qui

est traité(e) avec succès suite à une IST sera soulagé(e) des symptômes, mais peut revenir plus tard en raison d'une réinfection si les partenaires sexuels ne sont pas traités. Le partenaire sexuel peut ou avoir des symptômes ou non et, s'ils ne sont pas traités, il pourrait aussi transmettre l'infection à d'autres personnes au sein de la communauté. Pour contrôler les IST, il faut impérativement aider les patients à notifier leurs partenaires sexuels et organiser le traitement. Noter que les partenaires comprennent non seulement le(s) partenaire(s) mais tous les partenaires au cours de 2-3 derniers mois. La gestion du partenaire comprend la notification, l'orientation et le traitement. Il est important d'utiliser un moyen culturellement adapté et sûr pour informer le ou les partenaire(s).

Notification et orientation

Beaucoup de partenaires sexuels sont réticents à l'idée d'attendre ou de payer les services, en particulier lorsqu'ils sont asymptomatique et se sentent en bonne santé. Il faut organiser les services de manière à ce que les partenaires sexuels aient un accès facile au traitement (par exemple, éviter les longues périodes d'attente, annulation des frais).

Différentes manières peuvent permettre de notifier le (la) partenaire:

1. Orientation du/de la patient(e): Les patient(e)s sont incité(e)s à contacter leurs partenaires eux/elles-mêmes. On peut leur donner des bons d'orientation pour leurs partenaires. Ces bons d'orientation expliquent comment organiser une visite au centre de santé et ils doivent inclure un code pour indiquer le syndrome diagnostiqué chez le/la patient(e) de référence (le/la patient(e) qui présentait les symptômes). Si la confidentialité peut être garantie, il est utile d'inclure le numéro de dossier du/de la patient(e) de référence sur le bon d'orientation afin d'aider à suivre le taux d'orientation des partenaires (Voir III. 12.4)
2. Orientation par le prestataire: Les prestataires de service formés aux techniques de recherches de contact notifient les partenaires et organisent le traitement nécessaire
3. Une combinaison de l'Option 1 et l'Option 2 peut être utilisée lorsqu'on demande de contacter des partenaires eux/elles-mêmes (l'orientation de patient(e)). S'ils ne réussissent pas après une à 2 semaines, les prestataires de service formés essaient de rechercher le contact pour le traitement (orientation des prestataires)

En raison du coût de l'orientation par les prestataires et de la menace qui pèse la confidentialité, l'option la plus pratique et la plus valable est l'orientation du/de la patient(e) (Option 1).

ILLUSTRATION 12.4: EXEMPLE DE BON D'ORIENTATION DU/DE LA PARTENAIRE

**VEUILLEZ VOUS PRÉSENTER À
L'ADRESSE SUIVANTE:**
Clinique Townville, New Town
Tel: 456 834

HORAIRES D'OUVERTURE

Lundi 9h00 - 15h00
Mardi: 9h00 - 15h00
Mercredi: 9h00 - 15h00
Vendredi: 9h00 - 13h30

Date: Code: ABCD

Traitement des partenaires sexuels

Le principal objectif est que les partenaires soient vus par un prestataire de service pour le dépistage, le traitement et pour être informé(e). Cependant, il se peut que ce ne soit pas possible dans les situations de crise humanitaire et différentes stratégies visant à assurer le traitement des partenaires peuvent être appliquées:

- Le traitement immédiat lorsque le/la partenaire se présente au prestataire de service (en fonction du diagnostic chez le/la patient(e) de référence, quand les partenaires présentent des symptômes ou des signes d'infection). L'OMS recommande l'utilisation du même traitement antibiotique que chez le/la patient(e) de référence
- Traitement immédiat et prélèvements pour les tests en laboratoire
- Remettre au/à la patient(e) de référence le traitement adapté pour qu'il/elle le donne à son/sa/ses partenaire(s) (dénommé traitement accéléré du partenaire)

Suivi du traitement

En situations de crise humanitaire, les visites de suivi habituel peuvent être gênantes pour les patient(e)s et fastidieuses pour le personnel clinique. La prise en charge syndromique fournit généralement un traitement efficace pour les IST/IAR les plus courantes et la plupart des patients iront mieux plus vite. Il est judicieux de conseiller aux patients de revenir si les symptômes empiront ou si aucune amélioration n'est constatée après une semaine de traitement (2 à 3 jours pour une maladie pelvienne inflammatoire). Les patient(e)s atteint(e)s d'ulcères génitaux doivent revenir après 7 jours en cas d'absence d'amélioration. Le traitement doit être

prolongé au-delà de 7 jours si une nouvelle couche de peau ne s'est pas formée sur l'ulcère.

Lorsque l'état des patients ne s'améliore pas, les questions suivantes aideront les prestataires de service à déterminer si cela s'explique par l'échec du traitement ou la réinfection:

- Échec du traitement : Le/la patient(e) a-t-il/elle pris tous les médicaments tels que prescrits? Le/la patient(e) a-t-il/elle arrêté de prendre les médicaments après avoir ressenti une amélioration? Le traitement était-il fondé sur les directives nationales en matière de traitement? Envisager la possibilité d'une résistance aux médicaments si ce n'était pas le cas
- Réinfection: Le/la/les partenaire(s) ont-ils reçu un traitement? Le/la patient(e) a-t-il/elle utilisé des préservatifs ou s'est-il/elle abstenu(e) après avoir commencé le traitement?

La récurrence est aussi courante en cas d'infections vaginales endogènes surtout lorsque les causes sous-jacentes ne sont pas abordées lors de l'information des patientes (par exemple les douches vaginales ou les agents déshydratants). Orienter les patients vers une structure de niveau supérieur lorsque la complexité de leur cas dépasse les capacités de votre centre de santé.

Qualité des soins

Pour garantir la qualité des programmes sur les IST, les services doivent être disponibles, accessibles, abordables et adaptés. Les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé peuvent y parvenir en limitant les obstacles aux services (par exemple, avec des horaires d'ouverture convenables, des soins cliniques privés, confidentiels, respectueux et de bonne qualité) et en touchant des personnes qui n'utilisent pas habituellement les services IST, notamment les travailleurs du sexe et leurs clients, le personnel militaire, les détenus et les adolescents qui sont exposés à un risque élevé d'IST. Inciter les hommes à participer à la prévention des IST/IAR.

La qualité des services et les compétences techniques et la motivation du personnel s'amélioreront si les coordinateurs SSR et les responsables de programme de santé:

- Affichent les protocoles nationaux de gestion standard des IST dans les salles d'examen. Cela peut inclure des graphiques sur l'approche syndromique affichés au niveau des postes de travail
- Mettre en place un système de traçage confidentiel et volontaire des partenaires
- Organiser la formation des prestataires de service pour qu'ils acquièrent des compétences techniques et en matière de conseils. Les formations doivent aborder les

attitudes des prestataires et insister sur l'importance du soutien et de la neutralité dans la prestation de soins de qualité tout au long du cycle entier de prévention des IST et de gestion des soins

- Collaborer avec les coordinateurs de santé pour intégrer un stock durable de médicaments efficaces contre les IST dans la chaîne d'approvisionnement des produits médicaux
- Conduire des visites de supervision régulièrement et des formations pratiques

12.3.6 Coordonner et établir des liens

Les coordinateurs SSR doivent avoir pour but de permettre l'intégration de services IST/IAG dans les soins de santé primaires et d'autres programmes de SSR, y compris:

- L'évaluation des IST dans les services de contraception et de planification familiale, en veillant à ce que les prestataires de services
 - o Abordent les IST/IAG avec l'ensemble des clients à chaque visite (notamment en se renseignant sur les symptômes chez les partenaires)
 - o Effectuent le dépistage des IST si nécessaire
 - o Encourage la double protection (contre la grossesse

et les IST)

- Traitement présomptif des IST dans les services de soins post-viol
- Programme IST/IAR dans les services de soins pour adolescents
- Évaluation et gestion des IST/IAR durant la période prénatale, l'accouchement et la période du postpartum. Par exemple:
 - o Évaluation des risques d'IST/IAR pour tous les clients durant les soins prénatals notamment le dépistage de la syphilis et les conseils et tests de dépistage volontaires du VIH (voir Encadré 12.4).
 - o Les vésicules ou ulcères suggérant la présence d'un herpès génital et survenant au moment de l'accouchement peuvent être une indication pour une césarienne étant donné que l'accouchement vaginal comporte un risque de transmission de l'herpès au nouveau-né et un risque élevé de mort néonatale
 - o La prophylaxie contre l'ophtalmie néonatale est systématiquement administrée à tous les nouveau-nés
- Prévention du cancer du col de l'utérus dans les services complets de SSR (Voir Encadré 12.5)

ENCADRÉ 12.4: TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE POUR LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS

Dans la plupart des pays, le test rapide de la réagine plasmatique (RPR) est utilisé pour le dépistage de la syphilis. Le RPR est un test d'anticorps anti-tréponèmes, ce qui signifie qu'un test positif suggère la présence d'une infection active. Le test deviendra négatif lorsque la maladie aura été prise en charge de façon précoce et qu'elle est guérie. L'utilisation du RPR est compliquée dans de nombreuses situations de crise humanitaire car il nécessite la réfrigération et un personnel de laboratoire qualifié.

Beaucoup de tests de diagnostic rapide (RDT) pour la syphilis sont disponibles sur le marché depuis ces dernières années. Les RDT permettent une détection précise, qualitative des anticorps du tréponème pâle et une infection peut facilement être détectée très vite après l'exposition, de même que dans ses étapes ultérieures.

Les avantages du RDT sont de ne pas nécessiter la réfrigération et d'avoir une longue durée de vie, ce qui en fait une bonne option pour les situations de crise humanitaire. Il faut attendre 10 à 30 minutes pour obtenir le résultat et il ne faut pas de laboratoire ou d'autre instrument. Les prestataires de service peuvent facilement interpréter les résultats. Le petit volume de sang requis permet d'avoir un

échantillon de sang au lieu d'une prise de sang.

Compte tenu de l'importance du traitement précoce dans la prévention de la syphilis néonatale, les RDT offrent une excellente opportunité de mettre en œuvre le dépistage systématique de la syphilis lors des services de soins prénatals en situations de crise humanitaire, durant lesquels les tests RPR ne sont pas disponibles ou ne peuvent pas être menés. L'inconvénient des RDT est qu'ils ne permettent pas de faire la distinction entre les maladies actives et les maladies soignées car il s'agit de tests d'anticorps tréponèmes. Cependant dans le cadre des soins prénatals, toutes les patientes qui ont un RDT positif même si elles ont eu un test positif lors d'une grossesse précédente, doivent (de nouveau) suivre un traitement. Même si elles n'ont pas eu de traitement durant une grossesse précédente, il y a une possibilité de réinfection avec des conséquences graves pour la mère et le bébé s'ils ne sont pas traités. Les avantages d'un tel traitement présomptif l'emportent sur les risques encourus en l'absence de traitement. Les RDT ne sont pas recommandés pour le dépistage sanguin en vue de transfusion car ils entraînent beaucoup de faux positifs. Les tests rapides des anticorps anti-tréponèmes de la syphilis seront bientôt disponibles.

ENCADRÉ 12.5: VPH ET CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le papillomavirus humain est une infection très fréquente et selon les estimations, plus des trois-quarts des femmes sexuellement actives seraient infectées au moins une fois dans leur vie. Le risque de contracter le VPH est le plus élevé juste après le début de l'activité sexuelle. La plupart de ces infections sont spontanément résolutive et bénignes, mais une infection persistante peut causer un cancer du col de l'utérus chez les femmes. Le VPH cause également d'autres cancers ano-génitaux (par exemple, du vagin, de la vulve et du pénis), les cancers de la tête et du cou et les verrues génitales chez les hommes et les chez les femmes.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le dépistage et le traitement des phases précoces du cancer du col de l'utérus (dysplasie du col de l'utérus ou pré-cancer) est efficace pour réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus. Les indications pour le dépistage dépendent des ressources locales. Lorsque la cytologie est disponible et bien établie, toutes les femmes de plus de 35 ans doivent subir un dépistage tous les 5-10 ans. Quand les services de cytologie sont limités comme par exemple en situations de crise humanitaire, les prestataires de service doivent veiller à ce que toutes les femmes subissent un dépistage autour de l'âge de 40 ans. À l'heure actuelle, le frottis cervical est recommandé. Cependant, il nécessite des moyens substantiels car il faut du personnel qui peut effectuer un examen par speculum et qui est formé en prélèvement de frottis, mais aussi des services

de cytologie pour interpréter les frottis. Les techniques comme l'inspection visuelle à l'acide acétique (vinaigre) (IVA) ou l'inspection visuelle au soluté de Lugol (IVL) se sont avérées rentables dans les contextes à ressources limitées. Lorsqu'elles sont suivies de la cryothérapie pour le traitement de la dysplasie par orientation ou traitement immédiat (« approche de visite unique »), l'inspection visuelle est efficace pour réduire l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus.

VACCIN CONTRE LE VPH

L'impact majeur des vaccins actuels contre le VPH concernera les filles qui sont immunisées avant d'être exposées au VPH, c'est-à-dire avant d'être sexuellement actives. L'examen complet comprend 3 doses et produit une très forte réponse immunitaire qui dure pendant au moins 5 ans. L'impact global des vaccins VPH dépendra de leur mise à disposition auprès des populations qui en ont le plus besoin. C'est dans les pays aux ressources limitées, où les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus sont insuffisants ou absents et où l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus sont les plus élevées que les femmes ont le plus besoin de prévention primaire à travers les vaccins contre le VPH. Pourtant le coût élevé des vaccins contre le VPH est un obstacle significatif à l'accès généralisé et les coûts et avantages escomptés doivent être pris en compte dans le budget global de la santé.

12.3.7 Plaidoyer

Les coordinateurs SSR et les responsables de programmes de santé doivent plaider pour la prestation de services IST et leur intégration, dans la mesure du possible. Des efforts doivent être déployés pour faire en sorte que les protocoles IST soient à jour, adaptés, accessibles et utilisés par les agents de santé. Le contrôle efficace des IST exigera de la part des responsables de Ministères de la Santé, des bailleurs de fonds privés et d'autres agences qu'ils donnent la priorité et qu'ils investissent dans les stratégies primaires et secondaires de prévention, dans les programmes solides de notification et de traitement des partenaires, dans une promotion sanitaire active et ciblée et l'éducation sexuelle, dans les efforts de réduction de la stigmatisation des IST et de nouvelles technologies et vaccins.

12.4 CONSIDÉRATIONS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS ET DE DROIT

Le droit à une prévention, des soins et un traitement sûrs, confidentiels et adaptés des IST est préservé en tant que

droit humain dans le cadre du droit de chacun à bénéficier de la norme la plus élevée de santé physique et mentale. Ce droit inclut le droit à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies.

Le respect des droits humains doit guider tous les aspects de la planification des programmes relatifs aux IST lors d'une intervention humanitaire durant laquelle la violence sexuelle, les bouleversements par rapport aux normes et pratiques sexuelles et vis-à-vis de l'accès aux traitements et aux médicaments accentuent les obstacles existants.

Le droit aux services liés aux IST est inhérent à de nombreux droits humains:

- L'accès aux diagnostics, aux traitements et aux soins des IST est une composante du respect du droit d'une personne à la santé et à la vie
- Le droit à la santé comprend la prévention, le traitement et le contrôle des maladies épidémiques, endémiques et professionnelles et autres et il requiert la mise en place de programmes de prévention et d'éducation sur les problèmes de santé comme les IST, liés à des comportements à risques

- La gestion des IST dans les soins prénatals est primordiale pour protéger les droits de la femme enceinte et les droits de l'enfant
- Ces droits s'appliquent de la même manière aux enfants et aux adolescents. Les prestataires de service qui refusent l'accès aux services IST au motif de l'âge, du statut matrimonial ou du consentement parental ou du tuteur légal sans prendre en compte le stade de développement de l'enfant ne respectent pas les droits humains de cet enfant
- Le droit au respect de l'intimité suppose que les agents de santé agissent de telle sorte que les patients se sentent en sécurité et protégés lorsqu'ils obtiennent le diagnostic, le traitement ou se font conseiller concernant les IST
- L'accès de l'ensemble de la population aux services IST y compris les adolescents, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, indépendamment du statut légal de la prostitution et de l'homosexualité/des rapports sexuels entre personnes de même sexe dans un pays, préserve le droit à l'égalité et à la non-discrimination
- Toute personne a le droit de communiquer et de recevoir des informations sur les IST. Ce droit se rapporte aussi à l'inclusion des adolescents dans toutes les activités consacrées aux informations et à la sensibilisation aux IST. Utiliser un langage et des activités de sensibilisation qui permettent de faire en sorte que toutes les populations ciblées soient touchées
- Le droit à jouir des bénéfices des progrès scientifiques et de leur application peuvent être limités lorsque les clients se voient refuser l'accès à de nouvelles technologies de prévention et de traitement des IST, comme l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), la cryothérapie et le vaccin contre le VPH.

12.4.1 Défis et opportunités

Il peut arriver que le prestataire de service se retrouve dans une situation inconfortable lorsqu'il accorde un accès adapté et sécurisé aux soins et au traitement des IST. La stigmatisation, les politiques nationales restrictives ainsi que les normes sociales et culturelles peuvent entraver la prestation de service et le droit des patients à accéder aux soins. Par exemple:

- Les centres de santé qui ne proposent pas leurs services aux travailleurs du sexe dans les pays où des

lois sont en vigueur contre la prostitution, ou parce que les pratiques discriminatoires sont monnaie courante contre les personnes qui se livrent au commerce du sexe

- Les prestataires de service ne souhaitant pas évaluer les clients adolescents en raison de croyances selon lesquelles les personnes non mariées ne doivent pas avoir d'activité sexuelle
- Les clients réticents à l'idée de recourir aux services en raison de politiques de signalement obligatoire de certaines IST et du traçage non confidentiel des partenaires

Il est important de garder à l'esprit que de nombreuses obstacles aux soins des IST et au traitement sont contraires aux principes des droits humains reconnus à l'échelle internationale. Les responsables de programme de SSR et les prestataires de service doivent connaître la position de leur agence sur ces questions et l'inclure dans l'analyse situationnelle et les éventuelles étapes suivantes.

Les responsables de programme SSR ou prestataires de service confrontés à un tel dilemme doivent donner la priorité à la sécurité et à la santé de leurs clients, ainsi qu'à la leur et celle de leurs collègues. Ensuite ils peuvent:

- Parler à leur superviseur
- Évoquer les options avec le/la client(e)
- Évoquer les options et stratégies programmatiques sein de leur organisation ou structure clinique. Par exemple, si les clients se montrent nerveux et gênés lorsqu'ils sont abordés par rapport aux IST ou s'ils refusent d'en parler, évaluer le degré d'intimité possible dans le centre de santé et suggérer des changements qui permettraient aux clients de se sentir protégés et inciterait à la discussion
- Explorer les liens avec et les orientations vers des organisations locales qui pourraient aider le/la client(e), sachant que différents groupes d'âge ou autres catégories de population peuvent avoir besoin d'être ciblés à différents moments et endroits
- Déterminer si leur agence est impliquée dans le plaidoyer sur cette question et comment y contribuer
- Tout en respectant la confidentialité à l'égard du/de la client(e), déterminer avec les collègues comment éviter ou gérer de telles situations à l'avenir
- Soulever ces questions lors des réunions de coordination sanitaire

12.5 SUIVI ET ÉVALUATION

Parmi les indicateurs du suivi des programmes sur les IST figurent:

- La proportion de prestataires de service qui ont suivi une formation en gestion des cas d'IST/IAR conformément au protocole actuel
- La proportion de clients atteints d'IST/IAR qui ont été évalués, soignés et conseillés conformément au protocole (ventilée par âge et par sexe)
- Pourcentage de nouvelles clientes de soins prénatals qui subissent un test de dépistage de la syphilis et pourcentage dont le résultat est positif

12.6 SUGGESTIONS DE LECTURE ET RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

OMS. (2005). *Intégrer les soins IST/IAR pour la santé reproductive: Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur: Guide de pratiques essentielles*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43327/924259265X.pdf>

OMS. (2007). *TModules de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles* (2^e éd.). Extrait de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/index/fr/>

OMS. (2014). *La lutte contre le cancer du col de l'utérus: Guide des pratiques essentielles* (2^e éd.). Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf>

OMS. (Avril 2015). *A tool for strengthening STI surveillance at the country level*. Extrait de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161074/1/WHO_RHR_15.06_eng.pdf?ua=1

OMS. (2017). *Casting Light on Old Shadows: Ending Sexually Transmitted Infection Epidemics as Public Health Concerns by 2030: Advocacy Brief*. Extrait de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258741/1/WHO-RHR-17.17-eng.pdf?ua=1>

OMS. (n.d.-a). *More Information on Prevention of Congenital Syphilis*. Extrait de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis/en/>

OMS. (n.d.-b). *Sexually Transmitted and Reproductive Tract Infections: Treatment Guides*. Extrait de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/clinical/en/>

CONCLUSION

Voici à peine 20 ans, les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) étaient pratiquement inexistantes pour les réfugiés, les personnes déplacées et autres individus confrontés à des situations de crise humanitaire. À bien des égards, ce manuel actualisé - fondé sur le principe selon lequel la santé sexuelle et reproductive est un droit humain qui s'applique à tous, partout — et la pléthore d'orientations et d'expériences exposées le présent document, font office de rappel du chemin parcouru depuis que le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) a produit la première version de ce manuel en 1999. Le Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire 2018 est l'aboutissement de plusieurs années de progrès durement acquis et pas toujours linéaires, pour veiller à ce que les personnes touchées par des crises humanitaires, en particulier les femmes et les filles, aient accès à des informations et des services complets de SSR nécessaires à l'exercice de leurs droits fondamentaux.

Les auteurs qui ont participé à la rédaction de la version 2018 du Manuel de terrain du Groupe interorganisations y compris les Nations Unies et les agences d'exécution, les experts techniques et en matière de droits humains, les défenseurs, les responsables de programmes et praticiens locaux, ainsi que les chercheurs représentent une mine d'expertise et d'expériences dans les domaines de la SSR et de l'humanitaire. Malgré leurs divers points de vue, tous étaient mus par une passion commune et la volonté de s'assurer que les personnes dont les vies ont été déracinées par la guerre, la violence, la famine et/ou les catastrophes naturelles, aient accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, fondement de leurs droits et de leur dignité. La quasi-totalité des auteurs du manuel 2018 manquait de temps et de financement pour participer à ce processus, et encore moins pour le faire avec le dévouement et le sérieux dont ils ont fait preuve, ce qui atteste de leur détermination à dispenser des soins de meilleure qualité, plus efficaces, bienveillants et inclusifs aux personnes impactées par des crises. À travers un processus exhaustif visant à créer le consensus parmi un groupe d'experts divers, l'IAWG a conçu un manuel enrichi par la diversité des contributions.

Les utilisateurs de ce manuel, coordinateurs SSR et responsables de programme de santé, ont été consultés dès le départ et à mesure que l'élaboration de ce manuel avançait, ils ont été au cœur des préoccupations des auteurs. L'objectif de ce manuel est de fournir des mises à jour techniques, d'apporter clarté et soutien. Il a aussi pour but de mettre en évidence les difficultés, les considérations clés et avant tout de proposer des solutions émanant de personnes qui ont été dans votre situation. Les nuances de langage, l'inclusion, la faisabilité dans des contextes à faible revenu et même la conception graphique sont autant de questions qui ont fait l'objet de longues réflexions tout en gardant à l'esprit la clarté, la concision et l'exploitabilité sur le terrain. Même si beaucoup de thématiques ne peuvent être abordées de manière manichéenne - à l'instar des contextes dans lesquels nous travaillons - l'IAWG s'est efforcé de produire un manuel qui sera utile à votre action pour offrir des services de SSR aux populations touchées par une crise. Il s'agit également de partager les meilleures pratiques adaptables aux environnements complexes où vous intervenez.

À présent, il vous incombe de poursuivre votre travail capital qui est peu valorisé et manque tant de moyens. Nous espérons que ce manuel vous sera utile comme guide, référence mais aussi comme symbole et rappel pour que vous sachiez que les praticiens, les experts techniques, les bailleurs de fonds, les chercheurs et autres défenseurs sont à vos côtés pour vous soutenir. Merci pour votre travail au service de et avec les femmes, les filles, les garçons et les hommes touchés par des crises.

Nous vous invitons à participer à la conversation sur <https://knowledge-gateway.org/iawg> ou en consultant le site www.iawg.net. Vous pouvez nous adresser un email à info.iawg@wrcommission.org.

LIST OF ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ACP	Années-couples de protection	CRC	Convention internationale des Droits de l'enfant
AIEU	Aspiration électrique intra-utérine	CRPD	Convention relative aux droits des personnes handicapées
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	CTV	Conseils et tests de dépistage du VIH
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	CTV	Conseils et tests de dépistage volontaires
AoR	Zone de responsabilité	CU	Contraception d'urgence
AQ	Accoucheuses qualifiées	DHN	Désinfection de haut niveau
ARC	American Refugee Committee	DIU	Dispositif intrautérin
ARHZ	Zone de santé reproductive des adolescents	DMU	Dispositif minimum d'urgence
ART	Thérapie antirétrovirale	EDS	Enquête démographique et de santé
ARV	Antirétroviral	EML	Liste de médicaments essentiels
ASC	Agents de santé communautaire	ENAP	Plan d'action Chaque Nouveau-né
AT	Anatoxine tétanique	EPMM	Mettre un terme aux décès maternels évitables
BPF	Bonne Pratiques de Fabrication	ERP	Comité d'experts
CAC	Soins complets d'avortements	EVS	Exploitation et violence sexuelle
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques	FCHV	Agent de santé communautaire volontaire féminine
CCC	Communication pour le changement comportemental	FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
CDB	Distributeurs communautaires	FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	FP2020	Family Planning 2020
CEM	Critère d'Éligibilité Médicale	FPN	Faible poids à la naissance
CHX	Chlorhexidine	GBVIMS	Système de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre
CICR	Comité international de la Croix-Rouge	GCF	Gestion de la chaîne du froid
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement.	HBB	Aider les bébés à respirer
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire	HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
CNPD	Chlorhexidine Navi Care Program	HEADSSS	Home (foyer), Education (éducation)/ Employment (emploi), Activities (activités), Drugs (médicaments), Sexuality (sexualité), Suicide (suicide) and Depression (dépression), Safety (sécurité)
COA	Certificat d'analyse		
CODESA	Comité de Développement de l'aire de Santé		
CoPP	Certificat de produit pharmaceutique		
CPI	Comité permanent interorganisations		

HPP	Hémorragie postpartum	MR	Régulation menstruelle
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	MS	Ministère de la santé
IAFM	Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire	MSA	Malnutrition sévère aiguë
IAR	Infections de l'appareil reproducteur	MSF	Médecins Sans Frontières
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire	NSP	Programmes de distribution d'aiguilles et seringues
IEC	Information, éducation, et communication	OBC	Organisations communautaires
IEHK	Kit sanitaire d'urgence interorganisations	OMS	Organisation mondiale de la Santé
IMC	Indice de masse corporelle	ONU	Organisation des Nations Unies
IMPACT	Information Mobilized for Performance Analysis and Continuous Transformation	ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
IRB	Institutional review board	PCO	Pilule contraceptive orale
IST	Infection sexuellement transmissible	PCP	Pneumonie à pneumocystis
ITT	Infections transmissibles par transfusion	PCR	Réaction en chaîne par polymérase
IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique	PCU	Pilules de contraception d'urgence
IVL	Inspection visuelle au soluté de Lugol	PDIP	Personnes déplacées dans leur propre pays
Kits de SR	Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations	PEPS	Premier entré, premier sorti
LARC	contraception à longue durée d'action et réversible	PFPP	Planification familiale postpartum
LGBTQIA	Lesbienne, gay, bisexuel, personnes transgenres, queer, en questionnement, intersexes, et asexuées	PICT	Conseils et tests de dépistage du VIH initiés par le prestataire
LMP	Dernières règles	POC	Produits de conception
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	PPE	Prophylaxie post-exposition au VIH
MGF	Mutilation génitale féminine	PPF	Produits pharmaceutiques finis
MgSO4	Sulfate de magnésium	PQ	Préqualifié
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
MIRA	Multi Sector Initial Rapid Assessments	PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
MPI	Maladie pelvienne inflammatoire	PWD	Personnes handicapées
		PWID	personnes qui s'injectent des drogues
		RDT	Test de diagnostic rapide
		RMM	Ratio de mortalité maternelle
		RPM	Rupture prématurée des membranes

RPR	Test rapide de la réagine plasmatique	TPI-SP	Traitement préventif intermittent de sulfadoxine-pyriméthamine pour les femmes enceintes
SAFPAC	Supporting Access to Family Planning and Post-Abortion Care	TPTL	Menace de travail prématuré
SARP	Safe Abortion Referral Program	TSO	Traitement de substitution aux opiacés
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire	VBG	Violence basée sur le genre
SIS	Système d'informations sanitaires	VCAT	Clarification des valeurs et des attitudes
SMK	Soins mère kangourou	VHS	Virus de l'herpès simplex
SMN	Santé de la mère et du nouveau-né	VIH	Virus d'immunodéficience humaine
SMR	Soins maternels respectueux	VPH	Papillomavirus humain
SNE	Soins néonataux essentiels	VS	Violence sexuelle
SNIS	Système d'information sur la gestion logistique	WASH	Eau, assainissement et hygiène
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence		
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base		
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets		
SOP	Modes opératoires standards		
SPA	Soins post-avortement		
SPN	Soins prénatals		
SSPT	Trouble de stress post-traumatique		
SSR	Santé sexuelle et reproductive		
SSRA	Santé sexuelle et reproductive des adolescents		
TB	Tuberculose		
TB	Accoucheuse traditionnelle		
TBN	Taux brut de natalité		
TDF	Fumarate de ténofovir disoproxil		
TFG	Taux de fécondité général		
TFT	Taux de fécondité total		
TMN	Taux de mortalité néonatale		
TPC	Taux de prévalence contraceptive		

AUTEURS

Chapitre 1: Introduction

Auteur principal: Angel M. Foster, DPhil, MD, AM

Autres auteurs: 2018 IAFM Taskforce

Chapitre 2: Principes fondamentaux

Auteur principal: Therese McGinn, DrPH, MPH

Autres auteurs: Rebecca Brown, JD • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Melissa Garcia, MA, MSc

Chapitre 3: Le Dispositif minimum d'urgence

Auteur principal: Sandra Krause, RN, MPH

Autres auteurs: Ribka Amsalu, MD, MPH • Arpita Appannagari, MPH • Rebecca Brown, JD • Sanni Bundgaard, MPH • Ann Burton, MD, MPH • Nadine Cornier, RM • Sheena M. Currie, RM, MEd, PGCE • Henia Dakkak, MD, MPH • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Melissa Garcia, MA, MSc • Kate Gerber • Anushka Kalyanpur, MPH • Sarah Knaster, MPH • Eva Lathrop, MD MPH • Lara S. Martin, MA, MPH • Kate Meehan, MPH, CPH • Janet Meyers, MPH, BSN, RN • Bill Powell, PhD, RN, FNP • Sarah Rich, MPA • Lauren Sava • Jennifer Schlecht, LCSW, MPH • Julie Taft, MSc • Mihoko Tanabe, MPH • Hannah Tappis, DrPH • Amanda Van • Josep Vargas, MD, MPH • Erin Wheeler, MPH • Groupe de travail de l'IAWG pour le DMU

Chapitre 4: Logistique

Auteur principal: Sarah Rich, MPA • Lara S. Martin, MA, MPH

Autres auteurs: Wilma Doedens, MD, MPH • Danielle Jurman, MSc • Elizabeth Noznesky, MA, MPH • Melissa Sharer, PhD, MSW, MPH • Jacob Sprang

Chapitre 5: Recensement, suivi et évaluation

Auteur principal: Michelle Hynes, PhD, MPH • Heather M. B. Howard, MPH

Autres auteurs: Bosede Akinbolusere, MA • Sara E. Casey, DrPH • Sarah Chynoweth, PhD • Jennifer Leigh, MPH • Anna Meyers, MPH • Nathaly Spilotros, MIA, MPH • Hannah Tapis, DrPH

Chapitre 6: La santé sexuelle et reproductive des adolescents

Auteur principaux: Anushka Kalyanpur, MPH • Mihoko Tanabe, MPH • Sarah Rich, MPA,

Autres auteurs: Nadine Cornier, RM • Nimisha Goswami, MPH • Bouchta Mourabit, MPP • Nathaly Spilotros, MIA, MPH • Maria Tsolka, RN, MPH • Groupe de travail de l'IAWG sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents

Chapitre 7: La contraception

Auteur principaux: Kamlesh Giri, MBBS, MPH • Ashley Wolfington, MPH • Jennifer Schlecht, LCSW, MPH

Autres auteurs: Ribka Amsalu, MD, MPH • Sara E. Casey, DrPH • Henia Dakkak, MD, MPH • Allison Doody • Melissa Garcia, MA, MSc • Nancy Pendarvis Harris • Lily Jacobi, MA • Maria Tsolka, RN, MPH • Groupe de travail de l'IAWG sur la contraception

Chapitre 8: Les soins complets d'avortement

Auteur principal: Erin Wheeler, MPH • Bill Powell, PhD, RN, FNP

Autres auteurs: Dina Abbas, MPH • Gillian Burkhardt, MD • Bergen Cooper, MPH • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Rita Nehme • Beirne Roose-Snyder, JD • Meera Shah, JD, MA • IAWG Groupe de travail sur l'avortement sans risques

Chapitre 9: La santé maternelle et néonatale

Auteur principal: Hannah Tappis, DrPH • Lara S. Martin, MA, MPH • Ribka Amsalu, MD, MPH

Autres auteurs: Lauren Arrington, MSN • Sheena M. Currie, RM, MEd, PGCE • Heather M. B. Howard, MPH • Kate Meehan, MPH • Janet Meyers, MPH, BSN, RN • Julie Taft, MSc • Josep Vargas, MD, MPH

Chapitre 10: La violence basée sur le genre

Auteur principal: Sanni Bundgaard, MPH • Dabney P. Evans, PhD, MPH

Autres auteurs: Melissa Garcia, MA, MSc • Meera Shah, JD, MA • Groupe de travail de l'IAWG sur la violence basée sur le genre

Chapitre 11: Le VIH

Auteur principal: Josep Vargas, MD, MPH

Autres auteurs: Alice Fay • Fabienne Hariga • Gitau Mburu, MBChB, MPH • Ando Robelison, MD • Elizabeth Tarney • Tim Sladden • Groupe de travail de l'IAWG sur le VIH/Sida

Chapitre 12: Les infections sexuellement transmissibles

Auteur principal: Wilma Doedens, MD, MPH • Nguyen-Toan Tran, MD, MSc

Autres auteurs: Nathaly Spilotros, MIA, MPH

Conclusion

Auteur principal: Sarah Knaster, MPH

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL DE L'IAFM 2018

Groupe de travail IAFM 2018

Affiliations institutionnelles citées uniquement à des fins d'identification

Ribka Amsalu, MD, MPH
Rebecca Brown, JD (Center for Reproductive Rights)
Sara E. Casey, DrPH (Columbia University)
Nadine Cornier, RM (UNFPA)
Wilma Doedens, MD, MPH (UNFPA)
Allison Doody, PAI
Dabney P. Evans, PhD, MPH (Emory University)
Melissa Garcia, MA, MSc (International Consortium for Emergency Contraception & hosted by Management Sciences for Health)
Henia Dakkak, MD, MPH (UNFPA)
Nancy Pendarvis Harris (John Snow, Inc.)
Heather M. B. Howard, MPH (American Refugee Committee)
Michelle Hynes, PhD, MPH (US Centers for Disease Control and Prevention)
Kamlesh Giri, MBBS, MPH (CARE)
Aditi Ghosh, MSc (International Planned Parenthood Federation)
Anushka Kalyanpur, MPH (CARE)
Sarah Knaster, MPH (IAWG)
Sandra Krause, MSN, RN, MPH (Women's Refugee Commission)
Eva Lathrop, MD, MPH (Emory University)
Lara S. Martin, MA, MPH (Emory University)
Therese McGinn, DrPH, MPH
Kate Meehan, MPH (US Centers for Disease Control and Prevention)
Janet Meyers, MPH, BSN, RN
Bill Powell, PhD, RN, FNP (Ipas)
Sarah Rich, MPA (Women's Refugee Commission)
Jennifer Schlecht, LCSW, MPH (Women's Refugee Commission)
Meera Shah, JD, MA, (Center for Reproductive Rights)
Melissa Sharer, PhD, MSW, MPH (John Snow, Inc.)
Sydney A. Spangler, PhD, MSN, CNM (Emory University)
Nathaly Spilotros, MIA, MPH (International Rescue Committee)
Hannah Tappis, DrPH (Jhpiego)
Josep Vargas, MD, MPH (UNHCR)
Erin Wheeler, MPH (International Rescue Committee)
Ashley Wolfington, MPH (International Rescue Committee)

Consultant IAFM 2018

Angel M. Foster, DPhil, MD, AM (University of Ottawa & Cambridge Reproductive Health Consultants)