



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

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

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

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

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

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

## Objectifs et activités du DMU pour la SSR

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

### **Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU. L'agence cheffe de file en matière de SSR<sup>14</sup> :**

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

### **Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes :**

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



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

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

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

## **Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :**

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

### **Prévenir les grossesses non désirées :**

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

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

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

### **Autre priorité**

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

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

La Conférence internationale sur la population et le développement a défini la SSR ainsi : « Un état de bien-être, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement<sup>15</sup>. »

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

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

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

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

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

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



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

Le DMU pour la SSR est :

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

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

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

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

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

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

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

Le secteur/cluster santé et le Ministère de la Santé doivent assurer la mise en œuvre des activités prioritaires du DMU pour la SSR. Néanmoins, toutes les activités du DMU pour la SSR ne relèvent pas uniquement du secteur/cluster santé. Par exemple, les activités ayant pour but de prévenir et répondre à la violence sexuelle se recoupent avec celles des secteurs/clusters de la protection, de la nourriture/nutrition, de l'éducation, de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène et de l'hébergement d'urgence. Le secteur/cluster santé doit jouer un rôle essentiel dans la mise en œuvre du DMU pour la SSR, ce qui est mis en évidence dans les outils et le guide pratique du groupe de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations<sup>16</sup>.

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

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

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

<sup>16</sup> *Guide Responsabilité Sectorielle Santé : Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national* (Comité permanent interorganisations, 2009), [https://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/guide/fr/](https://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/).

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

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

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

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

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

## Définitions de LGBTQIA

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

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

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

La Women's Refugee Commission a développé des *formulaires d'information, d'éducation et de communication universels et adaptables relatifs au DMU pour la SSR* pour les populations touchées par une crise afin de souligner l'importance du recours aux soins après une agression sexuelle et de l'accès aux soins suite à des complications obstétriques, de même que des *formulaires d'information, d'éducation et de communication sur la planification familiale* ayant pour but d'appuyer les prestataires de service dans la communication d'informations aux clients<sup>17</sup>. Ces formulaires soulignent les 3 objectifs du DMU pour la SSR et ils sont censés aider les prestataires de service à informer les communautés dans diverses situations de crise sur les services disponibles et les bienfaits du recours aux soins.

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



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

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

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

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

La résilience et l'ingéniosité des adolescents peuvent les aider à s'adapter aux circonstances et à soutenir leurs communautés. Il faut leur offrir la possibilité de participer à la conception, à la coordination et à la mise en œuvre de services du DMU pour la SSR accessibles, acceptables et adaptés pour faire en sorte que leurs besoins soient pris en compte dès le début d'une situation d'urgence<sup>18</sup>.

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

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

**Urbain :** Le monde est en proie à un processus d'urbanisation rapide. Aujourd'hui, 55 % de la population mondiale vit dans des zones urbaines, et selon les estimations, 68 % de la population mondiale vivra dans des zones urbaines d'ici 2050<sup>19</sup>. Près de 60 % des réfugiés et 80 % des

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

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

personnes déplacées dans leur propre pays vivent en milieu urbain où l'emploi, est, par exemple, plus accessible<sup>20</sup>. En revanche, les systèmes de santé sont souvent surexploités dans les zones urbaines et il arrive qu'ils soient dans l'incapacité de prendre en charge un afflux de personnes touchées par une crise.

**Populations mobiles :** Ces dernières années, nous avons observé une augmentation des populations mobiles et de la migration. Parmi les obstacles entravant l'accès des migrants aux services de santé figurent le manque d'informations, la question linguistique et la crainte des arrestations ou des expulsions<sup>21</sup>.

**Programmation à distance :** Les caractéristiques changeantes des crises ont engendré des difficultés d'ordre sécuritaire et logistique qui peuvent limiter la capacité des organisations humanitaires à secourir certaines populations affectées par des conflits et des catastrophes naturelles<sup>22</sup>. La programmation à distance est plus courante dans les zones touchées par des conflits prolongés, fragiles dont l'accès est limité.

Pour les femmes et les adolescents touchés par une crise, il est souvent difficile de bénéficier de soins ou d'autres services dans ces contextes du fait d'obstacles culturels, sociaux, économiques mais aussi en raison de problèmes de sécurité. Par ailleurs, il est possible qu'ils ne disposent pas d'informations concernant les services existants et leur localisation. Des études ont montré que chez les femmes enceintes vivant dans des zones touchées par des conflits ou qui sont mobiles, les taux de complications liées à la grossesse sont plus élevés, ce qui conduit à des taux plus élevés de morts maternelles et néonatales, souvent en raison de l'accès limité et d'un niveau de soins inférieur<sup>23</sup>.

Tous les intervenants doivent collaborer pour remédier à ces difficultés et protéger la sécurité et le bien-être des personnes vivant dans ces contextes<sup>24</sup>. Étant donné que la prestation de soins varie selon les pays et la situation, une des approches à privilégier consisterait à effectuer un recensement rapide des établissements et systèmes de santé, y compris le Ministère de la Santé, les ONG et les services confessionnels. Dans le cas des populations mobiles, les services doivent être recensés par rapport à la localisation des clusters/secteurs et dans d'autres zones/pays tout au long des itinéraires de migration. Il convient de fournir des informations aux femmes, aux adolescents et à

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Health Resources Availability Monitoring System [Système de recensement des ressources sanitaires disponibles] (HeRAMS) est un autre outil qui permet d'assurer le suivi de la mise en œuvre du DMU pour la SSR et d'appuyer la coordination et la prise de décision des acteurs de la santé<sup>25</sup>. Le HeRAMS est un système d'information basé sur un logiciel dont le but est d'appuyer le suivi et l'évaluation de la situation des établissements de santé et la disponibilité des services et ressources de santé dans différentes zones touchées par les situations d'urgence, par type de service et niveau de soins. Les 4 domaines suivis par le HeRAMS sont les établissements de santé, les ressources destinées aux services de santé, les services fournis (y compris ceux qui sont spécifiques au DMU pour la SSR), et les raisons pour lesquelles ces services ne sont pas disponibles.

La boîte à outils du Système d'information sanitaire (SIS) conçue par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), contient des indicateurs de SSR pour guider la collecte de données au niveau des établissements de santé au début d'une situation d'urgence<sup>26</sup>. Ces données peuvent être utilisées pour aborder la question des lacunes et des recouvrements en termes de couverture des services au sein des mécanismes de coordination du secteur/cluster santé et afin de trouver et appliquer des solutions.

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

Étant donné que le DMU pour la SSR répond aux critères de sauvetage du FCIU<sup>27</sup>, les ONG peuvent accéder aux fonds du FCIU des Nations Unies en soumettant des propositions de projet qui s'inscrivent dans le cadre de la planification humanitaire et des processus de recours. Les fonds communs nationaux sont une autre option de financement comme les Plans d'aide humanitaire. Les propositions doivent décrire les activités prioritaires de SSR indiquées dans le DMU comme les premières composantes de la SSR à aborder, et l'élargissement de la programmation en SSR dès que la situation le permet.

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

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

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

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

Il peut être utile de citer les standards de Sphere sur la SSR et le VIH dans les propositions. Dans l'édition 2018 du *Manuel Sphere*, les activités prioritaires du DMU pour la SSR figurent dans les normes relatives à la santé sexuelle et reproductive : « Standard 2.3.1 Soins de santé reproductive de la mère et du nouveau-né », « Standard 2.3.2 Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol, » et « Standard 2.3.3 VIH<sup>29</sup>. »

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

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

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

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

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

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

i

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

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

Le DMU pour la SSR ne s'applique pas seulement aux crises graves. *Le cadre du Consensus de Grenade sur la santé sexuelle et reproductive dans les crises prolongées et le rétablissement* prévoit la mise en œuvre des composantes cliniques du DMU pour la SSR, en assurant une couverture équitable et en maintenant les services lors de leur intégration dans la programmation en SSR dans les crises prolongées et pendant le rétablissement<sup>30</sup>. Il est important de souligner que dans certaines situations de crises prolongées et post-crisis, les services cliniques prioritaires du DMU pour la SSR ne sont pas en place. Dans ce cas, la programmation en SSR ne doit pas être suspendue ou réduite, elle doit plutôt faire l'objet d'améliorations immédiates pour inclure tous les services prioritaires du DMU pour la SSR.

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

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

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

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

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

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

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

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

## Session 1 : Points clés

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