

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



Deux-tiers des morts maternelles évitables et 45 % des morts néonatales surviennent dans des pays qui ont récemment été touchés par des conflits, des catastrophes naturelles ou les deux<sup>91</sup>. Les conditions de vie stressantes et l'accès limité à des agents qualifiés et aux établissements de santé accentuent la vulnérabilité des femmes touchées par une crise et augmentent le risque de la morbidité et de la mortalité causées par des complications liées à la grossesse.

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

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

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

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

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

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

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

## Objectifs et activités du DMU pour la SSR

### PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ ET LA SURMORTALITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES.

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

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

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

Dans n'importe quelle population touchée par une crise, environ 4 % de la population totale sera enceinte à un moment donné. Parmi ces femmes et ces filles enceintes, environ 15 % subiront une complication obstétrique comme le travail obstrué ou prolongé, la pré-éclampsie/l'éclampsie, les infections ou les hémorragies. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 9 à 15 % des nouveau-nés auront besoin de soins d'urgence<sup>94</sup>. La plupart des morts maternelles et néonatales surviennent au moment du travail, de l'accouchement et de la période du postpartum immédiat. Le premier jour de vie est le moment où les risques sont les plus élevés pour les nouveau-nés. Dans les situations de crise humanitaire, l'effondrement des systèmes de santé peuvent causer l'augmentation des morts maternelles et néonatales liées aux complications non traitées qui peuvent être prévenues dans des situations stables (par ex., le travail obstrué). Cet objectif traite des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales et les interventions vitales suivantes qui doivent être mises à disposition dans les crises humanitaires.

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

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

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

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

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

## Comment prendre en charge les complications périnatales ?

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

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

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

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

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

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

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

### Activité du DMU pour la SSR :

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

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

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

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

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

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

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

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

### Adolescentes

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



## Actions vitales des SONU de base et complets\*

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

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

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

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

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

### SONU de base

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

### SONU complets

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

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

### Signes de danger clés de la grossesse

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

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

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

Les médicaments et fournitures essentiels qui doivent être disponibles comprennent:

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

## Soins néonataux

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

### Signes de danger chez les nouveau-nés

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

- ▶ Problème d'alimentation
- ▶ 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.

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

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

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

## Soins du cordon ombilical à la chlorhexidine au domicile

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

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

Note importante: L'OMS a publié une alerte dans laquelle elle indique que la solution aqueuse ou le gel (10 ml) de digluconate de chlorhexidine 7,1 % (CHX) avait causé de graves lésions oculaires quand ils ont été appliqués sur les yeux par erreur. Cela a entraîné de graves lésions oculaires, y compris la cécité<sup>95</sup>.



95 *Système d'échange d'information, Alert No. 133, Digluconate de chlorhexidine 7,1 % (CHX), solution aqueuse ou gel (10ml) Rapports sur la survenue de lésions oculaires graves dues à des erreurs d'administration* (Organisation mondiale de la Santé, février 2019), [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/news\\_events/news/alert133\\_chlorhexidine-fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/news_events/news/alert133_chlorhexidine-fr.pdf?ua=1)

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

### Soins néonataux au niveau des établissements de santé

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

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

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, privilégier l'allaitement immédiat et orienter vers un hôpital dès que possible.

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

### Soins néonataux au niveau des hôpitaux

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

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

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

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 de signes d'infections bactériennes graves chez les nouveau-nés.

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

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



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

Selon les estimations du FNUAP, 1,4 million de femmes en âge de procréer ont été affectées par le séisme qui a frappé le Népal en avril 2015. Parmi ces femmes figuraient 93 000 femmes enceintes dont 1 000 à 1 500 étaient susceptibles de subir des complications<sup>96</sup>. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) a immédiatement été lancé par le gouvernement et les acteurs internationaux et locaux.

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

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

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

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

## Activité du DMU pour la SSR :

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

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

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

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

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

Pour un système d'orientation efficace, il faut :

- ▶ Définir des politiques, des procédures et des pratiques à suivre dans les centres de santé et les hôpitaux pour garantir une orientation efficace<sup>97</sup>.
- ▶ Évaluer les établissements de référence pour garantir des fournitures, des recrutements et des infrastructures adaptés pour fournir les SONUC.
- ▶ Déterminer les distances entre les communautés touchées et les centres de santé opérationnels et l'hôpital, de même que les options de transport pour orienter les patientes—y compris les chauffeurs, le carburant et les téléphones portables/radio/téléphones satellites 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- ▶ Afficher les protocoles dans chaque centre de santé avec des précisions sur le moment, le lieu et les modes d'orientation des patientes confrontées à des urgences obstétriques et néonatales vers le niveau suivant de soins.
- ▶ Dans les camps, négocier avec le personnel de sécurité pour l'accès à l'hôpital de référence afin de permettre le transfert des cas d'urgence, la nuit.
- ▶ Informer les communautés à propos des signes de danger de la grossesse et de la

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

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

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



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

À Cox's Bazar, Bangladesh, l'accès aux établissements de santé et le transport vers les établissements de santé et les hôpitaux de référence étaient compliqués en raison des terrains accidentés<sup>98</sup>. Outre la mobilisation d'ambulances, plus de 20 tomtom (motos avec siège passager) ont été utilisés pour acheminer les femmes enceintes et d'autres personnes en difficulté vers les établissements de santé. Le numéro de téléphone du/de la coordinateur/coordinatrice des tomtom a été communiqué et le service était disponible jour et nuit. Un tomtom était également garé devant chaque établissement pour les éventuels cas nécessitant un transfert d'urgence.

## **Activité du DMU pour la SSR :**

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

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

<sup>98</sup> Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

8 % des décès maternels, 97 % d'entre eux survenant dans les pays en développement<sup>99</sup>. Dans les situations de crise humanitaire, les femmes et les filles peuvent être exposées à un risque accru de grossesses non désirées et d'avortements à risques.

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

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

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

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

En général, les femmes qui se présentent pour des soins post-avortement sont en ambulatoire et souffrent de symptômes comme les saignements vaginaux, les douleurs abdominales, la fièvre ou les frissons<sup>100</sup>. Les femmes qui ont souffert de complications plus graves peuvent se présenter avec un état de choc, une hémorragie, une septicémie et les blessures intra-abdominales. Des complications graves sont plus susceptibles de survenir dans les contextes où l'accès aux soins liés à l'avortement sûr et légal est limité.

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

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

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

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

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

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



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

À Cox's Bazar, Bangladesh, un partenariat avec Ipas a permis d'appuyer le déploiement immédiat des services de soins post-avortement<sup>101</sup>. Le déploiement des agents de santé formés et la disponibilité des produits adaptés a facilité la prestation de service. Des ressources humaines et des produits ont été attribués aux établissements de référence pour qu'ils puissent dispenser systématiquement des soins post-avortement.

## **Activité du DMU pour la SSR :**

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

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

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

<sup>101</sup> Visite de site, Women's Refugee Commission, février 2018.

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

Les kits d'accouchements hygiéniques (Kit de SR 2A) et les fournitures en vue de la distribution communautaire, peuvent être commandés auprès du FNUAP par le biais du processus d'approvisionnement en kits de SR<sup>102</sup>. Étant donné que ces fournitures peuvent souvent être obtenues facilement au niveau local et n'ont pas de date de péremption, il est possible de conditionner les kits sur le site et de les pré-stocker dans les contextes où ils ne sont pas nécessaires dans l'immédiat. Si possible, envisager de recruter une ONG locale pour produire les kits, ce qui pourrait apporter un revenu aux femmes locales. Si une décision est prise pour acheter les produits localement en guise de préparation, il est essentiel de garantir la qualité des produits achetés ; le bureau pays du FNUAP ou le Service des achats peuvent appuyer cet effort.



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

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

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

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

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

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

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



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

- ▶ Le FNUAP et ses partenaires ont été en mesure de déployer des obstétriciens et des anesthésistes (un regroupement de personnels internationaux et nationaux) dans les établissements de référence pour dispenser des SONUC<sup>103</sup>.
- ▶ Les sages-femmes qui étaient les premiers intervenants à tous les niveaux du système de santé, étaient formées à la stabilisation initiale et disposaient de produits et de fournitures.
- ▶ Un nombre adapté de sages-femmes a été garanti pour fournir des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 outre la présence des tutrices de sages-femmes pour appuyer les nouvelles recrues et les inciter à dispenser des soins basés sur des données probantes.
- ▶ Des kits d'accouchement hygiénique ont été distribués très tôt pendant la situation d'urgence par le biais de centres de SSR mobiles et statiques et par le biais d'agents de santé communautaire. Un stock d'urgence a été conservé à tout moment pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fournitures pour répondre aux besoins des nouvelles arrivées de Rohingyas au fil des semaines.

### **Session 5 : Points clés**

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

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

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

## Difficultés et solutions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales

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

# SUPPORTS ET FOURNITURES

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

### Kits de SR (2019)

Les kits de SR sont classés selon 3 niveaux, ciblant les 3 niveaux de prestation de service. Les kits ont pour but d'être utilisés pendant une période de 3 mois pour une population spécifique<sup>104</sup>.

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

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

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

### Produits complémentaires

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

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

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

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

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



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

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

### Vrai ou Faux

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

### Vrai ou Faux

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