

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



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

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

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

## Objectifs et activités du DMU pour la SSR

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

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

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

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

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

## **Comment définit-on les services complets de SSR ?**

Selon un rapport de la Commission Guttmacher-Lancet, les services complets de SSR sont « des services de SSR essentiels qui doivent respecter les normes relatives à la santé publique et aux droits humains, y compris le cadre de 'disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité' du droit à la santé<sup>116</sup>. » Ces services doivent inclure les éléments suivants comme indiqué dans le rapport de ladite Commission :

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

## **Qui doit avoir accès aux services complets de SSR ?**

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

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

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

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

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

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

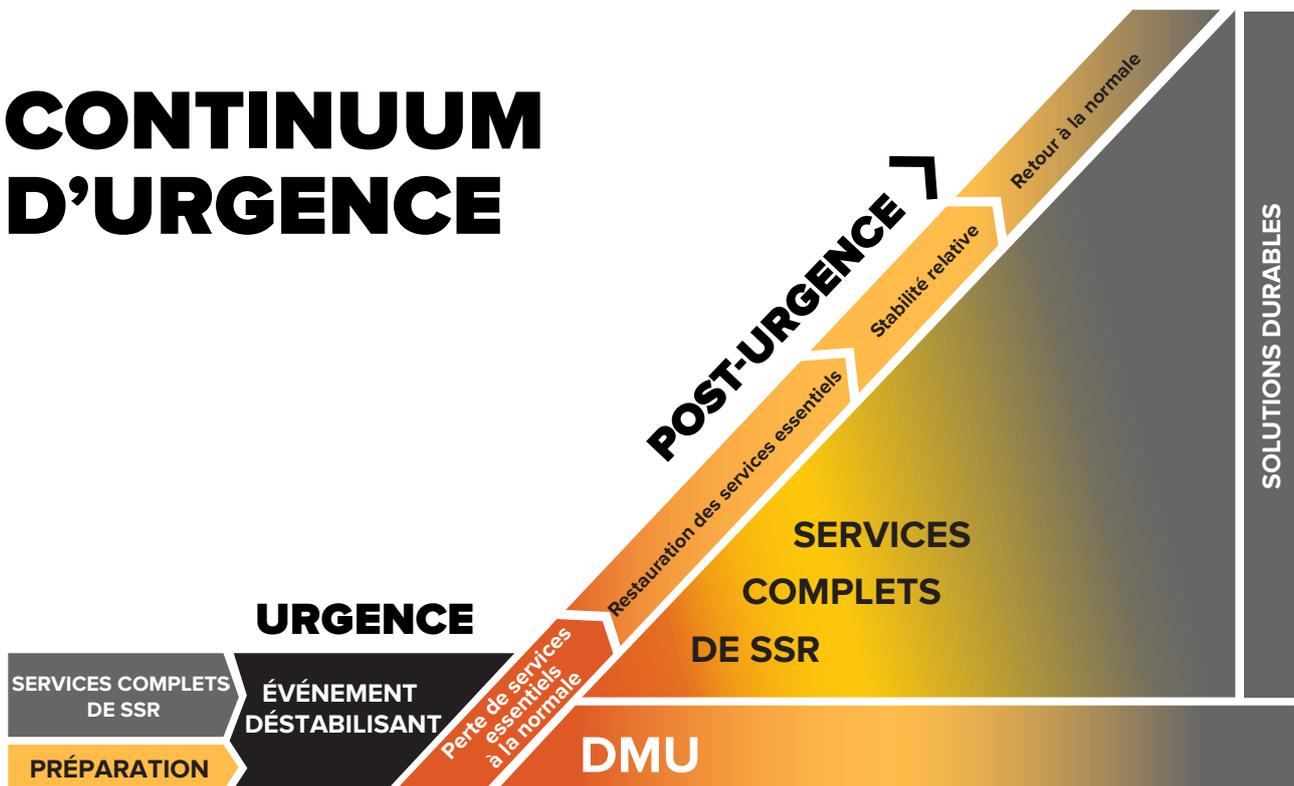
Pour offrir des services de SSR complets et de haute qualité dans les situations de crise humanitaire, il faut une approche multisectorielle intégrée. Les personnels en charge de la protection, de la santé, de la nutrition et de l'éducation de même que de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et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

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

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

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

# CONTINUUM D'URGENCE



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

La planification des services complets de SSR doit être mise en œuvre à travers un processus de planification participative avec les parties prenantes nationales, les partenaires nationaux et internationaux, les partenaires concernés aux niveaux provincial, régional ou local et la population touchée<sup>117</sup>. L'objectif du processus de planification participative est d'intégrer la programmation complète en SSR dans les efforts de reconstruction du système de santé grâce à un travail collectif en faveur de la SSR complète. Dans le cadre du processus de planification participative, les parties prenantes clés doivent :

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

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

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

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

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

### **1. Prestation de service**

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

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

### **2. Personnel de santé**

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

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

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

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

### 3. Système d'informations sanitaires

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

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

- ▶ Les politiques et protocoles du Ministère de la Santé, les protocoles de soins standardisés (par ex., la prise en charge syndromique des IST, les protocoles de planification familiale et les lois et réglementations relatives aux soins post-avortement).
- ▶ Les indicateurs de services du DMU pour la SSR qui font l'objet d'un suivi et d'une évaluation. La liste de contrôle du DMU pour la SSR présentée en Annexe B et les outils d'évaluation des processus sont essentiels pour veiller à ce que les composantes du DMU pour la SSR soient en place<sup>118</sup>. Pour recueillir des données dans le cadre des recensements de besoins, le guide intitulé « Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women » peut s'avérer utile<sup>119</sup>.
- ▶ Les données de service et de consommation des établissements de santé.
- ▶ Les informations démographiques relatives à la SSR collectées par rapport à la population touchée, le nombre de femmes en âge de procréer, le nombre d'hommes sexuellement actifs, les taux bruts de natalité, les données spécifiques à l'âge et au sexe par rapport à la mortalité, les taux de mortalité néonatale, et les taux de mortalité maternelle.
- ▶ La prévalence des IST et du VIH, des contraceptifs, et les méthodes privilégiées, la prévalence des avortements à risques et les connaissances, les attitudes et les comportements de la population affectée à l'égard de la SSR.

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

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



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

Un recensement des besoins a été mené avec un échantillonnage fiable ce qui a permis l'analyse des données à temps réel pour guider le processus de planification et de programmation<sup>120</sup>. Cependant, une des difficultés majeures de l'intégration des soins de SSR complets concernait le financement. Le financement était destiné aux cycles courts d'intervention conjointe, ce qui rendait la planification à long terme difficile et augmentait le risque de retrait des services. Cela met en évidence la nécessité de cibler des sources de financement durable dès que possible.

### **4. Produits médicaux**

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

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

- ▶ renforcer et développer un système d'information sur la gestion logistique des fournitures médicales, dès que possible, en coordination avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et d'autres partenaires fournisseurs de produits de santé ;
- ▶ établir une estimation de l'utilisation des fournitures de SSR en fonction des données de consommation, de services et des données démographiques et faire des prévisions ; évaluer les besoins changeants de la population en matière de SSR et comment cela peut impacter les besoins en fournitures ; et
- ▶ commander de nouveau des fournitures si besoin, en fonction du plan d'approvisionnement ; il peut s'agir d'une combinaison de kits de SR et de produits en gros.

Pour la commande de fournitures de services complets de SSR, il faut coordonner la gestion des fournitures de SSR avec les autorités sanitaires et le secteur/cluster santé pour assurer un accès ininterrompu aux services de SSR et éviter de créer plusieurs chaînes d'approvisionnement sanitaires.

<sup>120</sup> Visite de suivi, Women's Refugee Commission, novembre 2018.

Pour renforcer les chaînes d'approvisionnement nationales, il est suggéré de :

- ▶ Recruter du personnel de gestion des chaînes d'approvisionnement et de logistique médicale.
- ▶ Renforcer les capacités du personnel existant en matière de gestion de chaîne d'approvisionnement.
- ▶ Mettre en place un groupe de travail sur la coordination de la logistique sanitaire sous l'égide du cluster santé en partenariat étroit avec le pôle logistique.
- ▶ Établir une estimation de la consommation mensuelle de médicaments et de fournitures jetables de SSR.
- ▶ Appuyer la création ou renforcer (s'il y en a un) le système national d'informations sur la gestion logistique.
- ▶ Identifier les filières d'approvisionnement médical. Si les chaînes d'approvisionnement locales ne sont pas adaptées (par ex. impossibilité de confirmer les normes de qualité), il faut se procurer des produits de SSR par l'intermédiaire de fournisseurs mondiaux reconnus ou avec l'appui du FNUAP (par l'intermédiaire de l'Unité de services d'approvisionnement<sup>121</sup>), de l'UNICEF, ou de l'OMS qui peuvent faciliter l'achat de fournitures de SSR de haute qualité en gros, à moindre coût.
- ▶ Passer les commandes en temps voulu, via les flux logistiques identifiés.
- ▶ Stocker les fournitures au plus près de la population cible.



Toujours garder à l'esprit l'importance de l'utilisation et du renforcement des chaînes d'approvisionnement médical durables lors de la planification des services complets de SSR. Pour plus d'informations et d'indications, voir la Session 9 de ce module et Chapitre 4 du Manuel de terrain du Groupe interorganisation (IAFM).

## 5. Financement

Pour assurer un accès permanent à des soins de SSR complets, de haute qualité et abordables, des mécanismes de financement durable doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence. Un système solide de financement de la santé s'avère essentiel au maintien de soins complets de SSR<sup>122,123</sup>. Diverses options de financements comprennent mais ne se limitent pas :

- ▶ Au financement communautaire et aux assurances maladie communautaires
- ▶ Aux transferts en espèces assortis de conditions ou non
- ▶ Aux paiements directs ou aux frais d'utilisation
- ▶ Au financement axé sur les résultats
- ▶ Aux subventions accordées aux clients et remboursements pour les agents de santé
- ▶ Au marketing et à la franchise sociale

<sup>121</sup> [www.unfpaprourement.org](http://www.unfpaprourement.org).

<sup>122</sup> Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique : guide de référence. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2017. (Financement de la santé. Orientations N° 3) Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, consulté via : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275717/9789242512106-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.

<sup>123</sup> *Health financing in post-conflict settings – a literature review*, (ReBUILD Consortium, 2011), <https://rebuildconsortium.com/media/1124/health-financing-in-post-conflict-settings-a-literature-review.pdf>.



## Efforts du HCR en matière de financement

- ▶ Le HCR a commencé des interventions monétaires pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés, c'est le cas du programme offrant des paiements en espèces à des réfugiées syriennes, pour compenser les coûts des soins maternels<sup>124</sup>.
- ▶ Cette agence de l'ONU a rencontré davantage de succès dans l'intégration des populations touchées par une crise dans le système national d'assurance maladie du pays dans lequel elles résident.

## 6. Gouvernance et leadership

Le leadership et la gouvernance pour l'intégration de la SSR dans le renforcement des systèmes de la santé peuvent être assurés sur le plan international, national et communautaire.

**Niveaux national et infranational :** En identifiant les politiques, les directives et les protocoles existants qui ne soutiennent pas la santé et les droits sexuels et reproductifs ou qui ne répondent pas aux normes internationales, les intervenants internationaux peuvent plaider et appuyer le leadership national pour mettre en œuvre un plan de renforcement des systèmes de santé afin de remédier à la surmorbidity et surmortalité liées à la SSR.

**Niveau communautaire :** Les communautés doivent comprendre leurs droits et prendre part à la conception et à la mise en œuvre des services de SSR, en créant la demande et en faisant respecter le principe de responsabilité (par ex., les registres de plaintes et les recours). Elles doivent être dotées des ressources nécessaires pour appuyer ces efforts.

### Session 7 : Points clés

- ▶ Les lacunes en matière de prestations de services complets de SSR pour l'ensemble des membres d'une population touchée par une crise engendreront une morbidité et une mortalité accrues.
- ▶ Il faut entamer la planification de l'intégration des activités complètes de SSR avec les partenaires du secteur/cluster santé, de même que les femmes, les adolescents et les hommes affectés dès le début d'une intervention humanitaire.
- ▶ La mise en œuvre de la programmation complète en SSR ne doit pas nuire à la disponibilité des services du DMU pour la SSR ; elle doit au contraire, l'améliorer et l'élargir.
- ▶ Comme avec les services du DMU pour la SSR, les services complets de SSR doivent être accessibles à toutes les populations touchées par une crise, y compris les adolescents, les personnes handicapées, les femmes et les hommes mariés ou non mariés, les personnes âgées, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs clients, les personnes LGBTQIA, les ex-combattants, les personnes en uniforme et les consommateurs de drogues injectables.
- ▶ La SSR doit être intégrée dans les dispositifs de santé publique et reliée à d'autres secteurs y compris lors du renforcement de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en SSR.
- ▶ Pendant la planification des services complets de SSR, utiliser les six éléments constitutifs du système de santé comme cadre : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

<sup>124</sup> Interventions monétaires pour les programmes de santé dans les camps de réfugiés : une étude, (HCR, 2015), <https://www.unhcr.org/fr/56c320586.pdf>.

## Difficultés et solutions

Difficultés	Solutions
<p>Que faut-il faire en cas de manque d'agents de santé féminins ?</p>	<p>Des efforts doivent être déployés pour identifier et mobiliser les agents de santé féminins, en particulier dans les contextes où les normes religieuses ou culturelles empêchent l'examen des patientes par des agents de santé masculins. Si possible, il faut mobiliser et former les agents de santé féminins dans la phase de préparation aux urgences.</p> <p>Le manque de personnel féminin ne doit cependant pas empêcher les femmes et les filles d'accéder aux soins. Une autre option peut consister à veiller à ce qu'un agent féminin ou une amie accompagne la femme qui a recours aux soins médicaux.</p>
<p>Que peut faire une agence pour obtenir des données fiables sur les populations touchées par une crise (par ex., les informations générales sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile, la prévalence du VIH/des IST et l'utilisation de méthodes contraceptives) ?</p>	<p>Ces informations doivent être collectées par le biais du secteur/cluster santé et doivent être disponibles pour l'ensemble de ses membres, y compris le Ministère de la Santé. De plus, les agences qui assistent aux réunions du secteur/cluster santé et des groupes de travail sur la SSR peuvent collecter des données fiables en ligne, auprès d'organismes comme le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'OMS, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), la Banque mondiale, l'Enquête démographique et de santé, et le Ministère de la Santé.</p> <p>Si possible, il faut essayer de collecter les données issues de ressources fiables en ligne ou de demander aux sièges de vos organisations d'apporter leur aide pour faire en sorte que les données soient partagées et comparées avec celles qui sont à la disposition du secteur/cluster santé plus généralement. En cas d'incohérence des données, des discussions doivent avoir lieu au sein du secteur/cluster santé pour convenir de ce qu'il faudrait utiliser.</p>
<p>Comment puis-je lancer un processus de planification participative pour élargir les services du DMU pour la SSR aux services complets de SSR ?</p>	<p>L'expérience de terrain a montré que cet objectif du DMU pour la SSR est un défi. Pour remédier à ce problème, l'Initiative Partenariat de Formation du Groupe de travail interorganisations sur la SR dans les situations de crise travaille sur l'élaboration d'une boîte à outils déployée lors d'un atelier pour appuyer les coordinateurs/coordinatrices SSR et les parties prenantes nationales et internationales clés dans leurs efforts d'élargissement des services du DMU pour la SSR aux services complets de SSR. Cette boîte à outils sera disponible sur le site internet de l'IAWG en 2020.</p>

# LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR : PLANIFICATION DE LA TRANSITION VERS LES SERVICES COMPLETS DE SSR

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

7. Planification de la transition vers des services complets de SSR			
7.1	Prestation de service	Oui	Non
	Identification des besoins en matière de SSR au sein de la communauté		
	Identification des sites adaptés pour la prestation de services de SSR		
7.2	Personnel de santé	Oui	Non
	Évaluation des capacités du personnel		
	Identification des besoins et niveaux du personnel		
	Conception et planification des formations		
7.3	SIS	Oui	Non
	Informations sur la SSR incluses dans le SIS		
7.4	Produits médicaux	Oui	Non
	Identification des besoins en produits de SSR		
	Identification, consolidation et renforcement des filières d'approvisionnement en produits de SSR		
7.5	Financement	Oui	Non
	Identification des possibilités de financement de la SSR		
7.6	Gouvernance et leadership	Oui	Non
7.7	Étude des lois, des politiques et des protocoles relatifs à la SSR		

# SUPPORTS ET FOURNITURES

**Quelles informations sont utiles pour la planification de services complets de SSR, intégrés dans les soins de santé primaires ?**

Cet objectif n'est pas associé à un kit.

## Quiz sur la Session 7 : Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaires dès que possible

1. Parmi les éléments suivants, lequel est une composante fondamentale/un élément constitutif d'un système de santé ?
  - a. Système d'informations sanitaires
  - b. Personnel de santé
  - c. Connaissance de la communauté
  - d. Prestation de service
  - e. a, b, et d
2. Pour assurer un accès permanent à des soins complets et abordables de SSR, des mécanismes de financement durables doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence.

### Vrai ou Faux

3. Parmi les éléments suivants, lequel **ne devrait pas être pris en compte** lors de la sélection d'un site pour offrir des services complets de SSR ?
  - a. La distance à parcourir pour rejoindre les établissements de santé, les services de SSR et d'autres services de santé
  - b. L'accessibilité à l'ensemble des utilisateurs potentiels
  - c. La capacité à avoir des services de SSR autonomes
  - d. Le respect de la vie privée et de la confidentialité durant les consultations
  - e. La viabilité de la communication et des transports pour l'orientation vers des établissements compétents
4. Lors de planification de services complets de SSR, vous devez continuer de commander les kits de SR pré-conditionnés.

### Vrai ou Faux

5. Quelles informations ou données doivent être collectées pour planifier les services complets de SSR ?
  - a. Les protocoles des organisations pour les soins standardisés
  - b. Les indicateurs des services du DMU pour la SSR qui sont suivis et évalués
  - c. Les données de santé générale et les statistiques sur les maladies non transmissibles et transmissibles, les taux de malnutrition, etc.
  - d. La prévalence des maladies chroniques et les connaissances de la population touchée par une crise
  - e. Tout ce qui précède