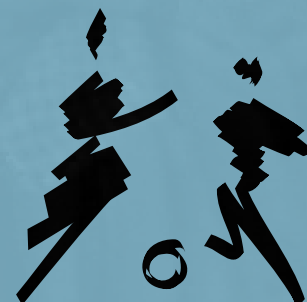


Manuel de terrain interorganisations sur **La santé reproductive** en situations de crise humanitaire



Version 2010
révisée
pour revue
sur le terrain



Manuel de terrain interorganisations sur
La santé reproductive
en situations de crise humanitaire

Version 2010
révisée
pour revue
sur le terrain

© 2010 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise

Le Groupe de travail interorganisations souhaite remercier le gouvernement australien pour son assistance lors de la préparation du présent manuel de terrain.

Photographies en page de couverture (dans le sens des aiguilles d'une montre en partant de la gauche) : Estudio 3 pour le compte de RAISE, 2008; UNHCR/B. Bannon; UNHCR/P. Taggart; Estudio 3 pour le compte de RAISE, 2008; UNHCR/H. Caux.

Avant-propos

La santé reproductive est un droit. Comme tous les autres droits de l'homme, il s'applique également aux réfugiés, aux personnes déplacées et aux personnes en situation de crise humanitaire. Pour exercer ce droit, les personnes concernées doivent avoir accès à des informations et à des services complets de santé reproductive de façon à pouvoir faire des choix libres et éclairés.

Pour fournir des services de santé reproductive complets et de qualité, il convient d'adopter une approche intégrée multisectorielle. Le personnel chargé de la protection, de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection sociale a un rôle important à jouer dans la planification et la mise en œuvre des services de santé reproductive. La meilleure manière de répondre aux besoins consiste à impliquer les communautés touchées à tous les stades, que ce soit de l'évaluation des besoins à la conception, au lancement et au suivi des programmes tout en passant par l'évaluation de leur impact.

Le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire est le fruit de la collaboration et de la consultation de plus de 100 membres des agences des Nations Unies et organisations non-gouvernementales constituant le Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situations de crise.

Reposant sur les indications techniques normatives de l'Organisation mondiale de la santé, les informations à jour du présent Manuel de terrain tiennent compte des bonnes pratiques documentées dans les situations de crise à l'échelle mondiale, depuis le lancement de la première version-test du Manuel de terrain, suivie de la version de 1999, *La santé reproductive en situations de réfugiés : Manuel de terrain interorganisations*. Cette dernière édition reflète l'application des principes et des techniques du Manuel de terrain en dehors des situations de réfugiés, en élargissant son utilisation à différentes situations de crise, y compris les zones de conflit et les situations de catastrophe naturelle.

Depuis 1999, la communauté humanitaire a développé des normes et directives touchant à différents aspects de la santé reproductive, dont la sexualité, la violence basée sur le genre et le VIH/SIDA en situations de crise humanitaire. La révision 2004 de la Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, Projet Sphère, intègre le Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé reproductive en situations de crise, Chapitre 2 du présent Manuel de terrain, comme norme minimum de soins en réponse à une catastrophe. Les nouveaux outils et directives développés dans le cadre de la procédure de réforme humanitaire et du système de responsabilité sectorielle continuent à se fier au Manuel de terrain pour les interventions de santé reproductive en situations d'urgence humanitaire.

La communauté politique mondiale a également progressé, notamment sur la prise en compte de la gravité de la violence sexuelle dans les situations de conflit armé. Les Résolutions 1325, 1820, 1888 et 1889 du Conseil de sécurité des Nations Unies sur les Femmes, la paix et la sécurité affirment les besoins, perspectives et contributions spécifiques des femmes et jeunes filles dans les situations de conflit. Pour la première fois, la santé reproductive a été reconnue au niveau du Conseil de sécurité, la Résolution 1889 indiquant explicitement la nécessité d'assurer l'accès des femmes et jeunes filles aux services de santé reproductive et à leurs droits en matière de santé reproductive afin de leur offrir une meilleure situation socioéconomique dans les situations post-conflits.

Malheureusement, des populations importantes sont encore obligées de rester des décennies durant loin de chez elles, dans des camps de réfugiés, des campements de personnes déplacées ou des environnements urbains inconnus, du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle. Les réfugiés sont déplacés, en moyenne, pendant 17 ans. Beaucoup des personnes touchées par ces urgences chroniques sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé reproductive qui mettent la vie en danger, compliquant par là-même les efforts de réalisation des jalons mondiaux, comme les objectifs du Millénaire pour le développement. Le présent Manuel de terrain révisé a pour but d'améliorer la santé et le bien-être des personnes touchées, des interventions au développement en passant par la transition, tout en favorisant la préparation et des services de qualité intégrant le plus possible la participation des communautés touchées.

Plus de 15 années se sont écoulées depuis que la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a reconnu la santé reproductive comme un droit, et 10 autres années ont permis la mise en application pratique du Manuel de terrain de 1999. En tant que membres de la communauté humanitaire, nous avons la responsabilité collective de défendre et de faire respecter le droit des hommes, femmes et adolescents à la santé reproductive dans les situations d'urgence humanitaire.

Table des Matières

| | |
|---|-----|
| Introduction | 1 |
| Chapitre 1 : Principes fondamentaux | 5 |
| Chapitre 2 : Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) | 21 |
| Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse | 55 |
| Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents | 87 |
| Chapitre 5 : Planning familial | 99 |
| Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale | 123 |
| Chapitre 7 : Soins complets d'avortement | 145 |
| Chapitre 8 : Violence basée sur le genre | 157 |
| Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles | 169 |
| Chapitre 10 : VIH | 185 |
| Annexe 1 : Glossaire | 201 |
| Annexe 2 : Acronymes et abréviations | 205 |
| Annexe 3 : Modèle de Code de conduite | 209 |

Structure des chapitres techniques (4 à 10) :

- Introduction
- Objectifs
- Programmation
- Droits de l'homme et considérations juridiques
- Contrôle
- Bibliographie

La santé reproductive comme partie intégrante de l'intervention humanitaire

La santé reproductive est un droit, y compris dans les situations de crise humanitaire. Pour exercer ce droit, les personnes touchées doivent bénéficier d'un environnement favorable et avoir accès à des informations et à des services complets de santé reproductive de façon à pouvoir faire des choix libres et éclairés.

Des services de santé reproductive de qualité doivent tenir compte des besoins des populations touchées, en particulier des femmes et des jeunes filles. Ces services doivent également respecter les diverses croyances religieuses, les convictions morales ainsi que les références culturelles propres aux communautés tout en appliquant, pour ce qui est des droits de l'homme, les normes internationalement reconnues.

Les soins de santé reproductive couvrent un vaste ensemble de services définis dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire (Égypte) en septembre 1994 comme suit :

- conseils, information, éducation, communication et services de planning familial ;
- éducation et services pour les soins prénatals, l'accouchement en toute sécurité et les soins postnatals, les soins prodigués à la mère et à l'enfant ;
- prévention et traitement approprié de la stérilité ;
- prévention de l'avortement et prise en charge de ses conséquences ;
- traitement des infections génitales, maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA ;
- prévention, détection précoce et traitement du cancer du sein et des cancers génitaux ainsi que tout autre problème de santé reproductive ;
- dissuasion active de pratiques traditionnelles dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines.

Pour fournir des services de santé reproductive complets et de qualité, il convient d'adopter une approche intégrée multisectorielle. Le personnel chargé de la protection, de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection sociale a un rôle à jouer dans la planification et la mise en œuvre des services de santé reproductive.

La meilleure façon de s'assurer que les services de santé reproductive répondent correctement aux besoins des personnes touchées consiste à associer la communauté à chaque phase de leur élaboration : de la conception à l'évaluation de leur impact en passant par la mise en place et le lancement. Ces personnes ne pourront à l'avenir s'investir activement dans ces services que lorsqu'elles bénéficieront de services adaptés à leurs besoins et à leurs demandes.

Introduction

Introduction

IAWG

Lors du colloque interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés qui eu lieu à Genève en juin 1995, plus de 50 agences des Nations Unies et organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) se sont engagées à améliorer les services de santé reproductive dédiés aux réfugiés. Ils ont constitué l'IAWG, Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés, désormais appelé Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise.

IAFM

A la suite de ce colloque, l'IAWG, sur consultation des communautés touchées, a élaboré, testé sur le terrain, imprimé et distribué en 1999 la première édition du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de réfugiés (IAFM ou "Manuel de terrain"), rebaptisé "Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire" pour tenir compte de l'application plus large des principes et techniques du manuel au-delà des situations de réfugiés. Le Manuel de terrain reconnaît la prestation des services de santé reproductive de qualité, dans les situations de crises humanitaires et a pour objectif :

- de définir un ensemble standard d'interventions minimum de santé reproductive à mettre en place prioritairement ;
- de servir d'outil facilitant la discussion et la prise de décisions permettant la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des activités de santé reproductive ;

- de conseiller le personnel de terrain sur la façon de lancer et/ou d'améliorer les activités de santé reproductive destinées à la population touchée, en fonction des besoins et des demandes de cette dernière, dans le respect total de leurs croyances et de leurs valeurs ;
- de recommander une approche multisectorielle permettant de répondre aux besoins de santé reproductive des populations affectées et favoriser la coordination entre tous les partenaires.

Nouveautés de l'IAFM, 2^{ème} édition ?

L'IAWG a revu et mis à jour chacun des chapitres. Outre les mises à jour organisationnelles, logistiques et cliniques relatives à la coordination de la santé reproductive et à la mise en œuvre des services, la présente édition propose un nouveau chapitre sur les Soins d'avortement sans risques. Il scinde également le chapitre sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles de la précédente édition en deux chapitres séparés. Le chapitre intitulé « La santé reproductive des jeunes » de la précédente édition est rebaptisé « Santé reproductive des adolescents ». (Sachant que la santé reproductive des adolescents est abordée dans les autres chapitres.) Le chapitre sur la « Maternité sans risques » porte désormais sur la « Santé maternelle et néonatale » pour souligner la continuité qui existe entre les périodes anténatales et postnatales.

Les recommandations du présent document sont les recommandations en vigueur au moment de la publication. L'IAWG diffusera les dernières informations sur les nouvelles recommandations techniques et les nouvelles technologies en matière d'interventions de santé reproductive sur le site www.iawg.net.

A qui l'IAFM est-il destiné ?

Il concerne principalement les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. Les prestataires de services de santé reproductive (docteurs, infirmières, sages-femmes, etc.) y trouveront aussi des informations utiles, tout en sachant que le manuel ne propose pas de détails cliniques. Les responsables des services communautaires et de sécurité ainsi que tous ceux qui répondent aux besoins des populations touchées, hommes, femmes, jeunes, bénéficieront également des conseils prodigués dans ce manuel.

Présentation de l'IAFM, 2^{ème} édition

Par où commencer

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en situations de crise couvre un ensemble d'actions prioritaires à mettre en œuvre dès le début d'une urgence. Des services complets de santé reproductive doivent être proposés dès que la situation le permet.

Nous conseillons au lecteur de commencer par le Chapitre 1 : Principes fondamentaux et le Chapitre 2 : Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) avant de consulter les autres chapitres techniques.

Chapitre 1 : Principes fondamentaux. Il pose la base des chapitres techniques suivants, avec des recommandations sur l'ensemble des soins de santé reproductive. Les composantes de la santé reproductive décrites dans le Manuel de terrain sont les suivantes :

Chapitre 2 : Le Dispositif minimum d'urgence (DMU)

Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse

Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents

Chapitre 5 : Planning familial

Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale

Chapitre 7 : Soins complets d'avortement **NOUVEAU***

Chapitre 8 : Violence basée sur le genre

Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles **NOUVEAU**

Chapitre 10 : VIH **NOUVEAU**

** Seuls les chapitres marqués comme "NOUVEAU" sont complètement inédits, mais TOUS les chapitres ont été largement revus.*

Chaque chapitre contient, dans la mesure du possible, des informations indépendantes. Toutefois, pour éviter des répétitions, certains chapitres renvoient à des problématiques en rapport développées dans d'autres chapitres.

Les normes techniques contenues dans le Manuel de terrain sont celles fixées par l'Organisation mondiale de la santé. Le manuel fournit des indications pratiques, renvoyant souvent à d'autres documents consultables sur le CD-ROM joint (**NOUVEAU**), à utiliser pour proposer des services complets et de qualité en matière de santé reproductive.

Aller plus loin : coordination et intégration

L'IAFM traite des besoins particuliers des adolescents. À noter, par contre, qu'il ne traite que du cancer du col de l'utérus (Chapitre 9). Les autres cancers importants en matière de santé publique, comme les cancers du sein et de la prostate, nécessitent une grande vigilance mais n'entrent pas dans le cadre du présent manuel.

Outre l'assainissement, la nourriture, l'eau, l'hébergement, la protection et les soins de santé primaires, d'autres types de programmes et services contribuent directement et indirectement au bien-être des populations touchées en matière de santé reproductive, comme :

- Les services de santé mentale et d'aide sociale.
- L'éducation et l'émancipation des femmes et des jeunes filles.
- La subsistance et la génération de revenus.
- L'accès en toute sécurité au combustible pour la cuisine et à des sources alternatives et d'autres activités multisectorielles dans des conditions susceptibles de réduire le risque de violences sexuelles.

Les responsables, directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive doivent travailler en partenariat avec d'autres services, suivant une approche intégrée multisectorielle, afin d'assurer la santé reproductive des populations touchées par des situations de crise humanitaire.



1

CHAPITRE UN

Principes fondamentaux

Sommaire

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUCTION | 5 |
| 2 OBJECTIFS | 5 |
| 3 PRINCIPES FONDAMENTAUX DES PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE EN SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE | 7 |
| 3.1 Coordination | 7 |
| 3.2 Qualité des soins | 8 |
| 3.3 Communication | 10 |
| 3.4 Participation de la communauté | 10 |
| 3.5 Développement des compétences techniques et managériales | 12 |
| 3.6 Responsabilisation | 12 |
| 3.7 Droits de l'homme | 13 |
| 3.8 Soutien | 16 |
| 4 CONTRÔLE | 17 |
| 5 BIBLIOGRAPHIE | 19 |

1 Introduction

Qu'est-ce que la santé reproductive ?

On entend par santé reproductive le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine concernant l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement (et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités). Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire.

Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planning familial et d'utiliser celle qui leur convient le mieux ou toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale, ainsi que de disposer du droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Voir Conférence internationale sur la population et le développement – Le Caire, 1997, Programme d'action, para. 7.2.

Pourquoi est-il essentiel de répondre aux besoins de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire ?

Une situation de crise humanitaire recouvre un événement ou une série d'événements menaçant gravement la santé, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un groupe important de personnes. La capacité de prise en charge de la communauté touchée est saturée, imposant de fait le recours à une assistance extérieure. Il peut s'agir des suites d'un conflit armé, d'une catastrophe naturelle, d'une épidémie ou d'une famine, impliquant souvent des déplacements de population.

Principes fondamentaux

Dans les situations de crise humanitaire, il est nécessaire de prodiguer des services de santé reproductive, parce que :

- L'accès à des soins de santé reproductive est un droit, comme indiqué ci-avant et précisé dans la partie consacrée aux Droits de l'homme ci-après.
- La morbidité et la mortalité en rapport avec l'appareil génital constituent un problème sérieux de santé publique (Cf. encadré 1).
- Les personnes touchées par un conflit ou une catastrophe ont droit à une protection et une assistance. La fourniture rapide de services de santé reproductive peut permettre de prévenir des décès, des maladies et des handicaps consécutifs à une grossesse non désirée, à des complications obstétriques, à des violences sexuelles ou autres violences basées sur le genre, à une infection par le VIH ou tout autre problème de santé reproductive.

2 Objectifs

Les objectifs du présent chapitre consistent à :

- décrire comment évaluer, contrôler et analyser les programmes de santé reproductive ;
- identifier les méthodes, outils et indicateurs appropriés d'évaluation, de contrôle et d'analyse ;
- proposer des informations sur la transition entre le Dispositif minimum d'urgence (DMU) et les programmes complets de santé reproductive.

Encadré 1 : les problèmes de santé reproductive sont des problèmes de santé publique

- ✓ 529 000 femmes meurent chaque année – une chaque minute – de causes liées à la grossesse. 99 % de ces décès surviennent dans des pays en développement.¹
- ✓ Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans courent deux fois plus de risques de décéder en couches que les femmes âgées de plus de 20 ans. Celles âgées de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques de décéder en couches.¹
- ✓ Plus de 340 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles apparaissent chaque année.¹
- ✓ Presque 34 millions de personnes sont infectés par le VIH dans le monde.¹
- ✓ 120 millions de femmes déclarent ne pas vouloir d'une grossesse mais n'utilisent aucune méthode de planning familial.²
- ✓ 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année – 55 000 chaque jour – dans de mauvaises conditions d'hygiène, entraînant quelque 80 000 décès et des centaines de milliers de complications.²
- ✓ On estime que, chaque année dans le monde, des dizaines de milliers de femmes et jeunes filles sont victimes d'agressions sexuelles dans des situations de conflit.¹

¹ "Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant." Organisation mondiale de la santé, 2005. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

² Reproductive Health: Ensuring That Every Pregnancy is Wanted. UNFPA. <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

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

Les principes suivants sous-tendent la mise en œuvre des programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire.

1. Coordination
2. Qualité des soins
3. Communication
4. Participation de la communauté
5. Développement des compétences techniques et managériales
6. Responsabilité
7. Droits de l'homme
8. Soutien

3.1 Coordination

Qu'est-ce que la coordination ?

La coordination suppose le partage des informations, le compromis et un travail en collaboration.

Des services de santé reproductive équitables et efficaces dans des situations de crise humanitaire imposent une coordination entre toutes les agences :

- entre les organisations officielles, les agences et d'autres entités comme le gouvernement du pays hôte, les organisations non-gouvernementales (ONG) et les organisations des Nations Unies ;
- entre secteurs et clusters ;
- au sein des programmes sanitaires, entre les différents niveaux de prestataires de services : docteurs, sages-femmes, infirmières, assistantes médicales et autres prestataires en matière de santé comme le personnel de santé au sein de la communauté et les accoucheuses traditionnelles ;
- entre niveaux de soins : des communautés aux établissements de santé en passant par les hôpitaux référents.

La coordination des programmes de santé reproductive doit aller de pair avec la coordination entre secteurs/clusters et couvrir :

- la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU).

- la distribution de fournitures essentielles.
- la gestion des informations sanitaires.
- l'évaluation.
- la formation des prestataires de services.
- l'intégration des services complets de santé reproductive aux services sanitaires et sociaux.

Pourquoi la coordination est-elle importante ?

La coordination de la santé reproductive au sein du secteur/cluster de santé en partenariat avec d'autres secteurs/clusters permet d'améliorer l'efficacité et la rapidité de l'intervention, de prendre des décisions stratégiques, de résoudre des problèmes et d'éviter les lacunes et doublons au niveau des services. La coordination contribuera à produire un ensemble standard de services de santé reproductive dans une région, permettant à tous d'accéder à des soins de santé reproductive de qualité. Elle peut générer un effet multiplicateur assurant une meilleure couverture et une utilisation améliorée des ressources, compensant les limitations d'expertise, en personnel, en ressources ou activités d'une agence isolée.

Comment procéder ?

- Au début d'une urgence humanitaire, en activant le système de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations (IASC), l'organisation chef de file du cluster concerné doit s'assurer de l'identification d'une organisation chargée de la santé reproductive au sein du cluster de santé. L'organisation chef de file pour la santé reproductive est choisie en fonction de sa présence sur le terrain et de sa capacité à assister les autres acteurs du secteur/cluster de santé dans la mise en œuvre des services de santé reproductive. Lorsqu'il n'y a pas d'activation du système de responsabilité sectorielle, une organisation chef de file pour la santé reproductive doit être identifiée par l'organisation chef de file du secteur de santé.
- L'organisation identifiée pour prendre en charge la santé reproductive doit, à son tour, identifier un responsable de santé reproductive, travaillant, dans le cadre du mécanisme de coordination sanitaire, à assurer une assistance technique et opérationnelle aux partenaires du cluster de santé afin de renforcer les services de santé reproductive dans les zones touchées par la crise.

Les agents humanitaires aux responsabilités associées (coordinateur santé, responsable de santé reproductive, point central sexualité/violence basée sur le genre et point central VIH) doivent travailler en étroite coopération et partager régulièrement leurs informations.

Outre la facilitation de la communication entre les agences, le responsable de santé reproductive doit également s'assurer d'une prise de contact par les directeurs de programmes de santé reproductive avec la communauté d'accueil, les autorités locales et les autres acteurs concernés afin de tenir compte des préoccupations qu'expriment ces différentes parties prenantes.

- Pour assurer l'accès des populations touchées, assistées par plusieurs organisations, à des soins de santé reproductive appropriés, le responsable de santé reproductive doit proposer des indications techniques et favoriser l'application de normes interorganisations (comme les normes du présent manuel, les directives de l'IASC et le Manuel Sphère) stipulant le respect des normes et directives nationales pertinentes.

3.2 Qualité des soins

Qu'entend-on par qualité des soins ?

Des soins de santé reproductive de qualité se doivent d'être complets, accessibles et non-discriminatoires, répondant en cela aux besoins de chacun en matière de santé reproductive. Les hommes, femmes, adolescents, personnes âgées et handicapées, de toutes les ethnies, religions et orientations sexuelles, doivent tous avoir accès à des services en conformité avec des normes reconnues.

En quoi la qualité des soins est-elle importante ?

- Des services de qualité s'inscrivent dans le respect des droits de l'homme.
- Des services de qualité se doivent d'être efficaces :
 - ▶ Les clients seront plus susceptibles de recourir aux services et de conserver de bonnes pratiques sanitaires lorsqu'ils ont reçu des soins de qualité.
 - ▶ La prestation de services de qualité est plus gratifiante et motivante pour les prestataires.

Comment améliorer la qualité des soins ?

La qualité des soins peut être améliorée lorsque les *organisations* :

- suivent des protocoles cliniques standard, tels que des directives de traitement et des précautions standard ;
- assurent une bonne couverture en installations et en personnel. Les directives Sphère et des Nations Unies suggèrent les niveaux minimum suivants :
 - ▶ Un travailleur sanitaire de la communauté pour 500 à 1 000 habitants.
 - ▶ Les travailleurs sanitaires de la communauté doivent compter des femmes, des hommes, des jeunes, des membres de différents groupes ethniques, des personnes handicapées et autres groupes de la population.
 - ▶ Un établissement de santé avec 2 à 5 prestataires de services pour 10 000 habitants :
 - ▷ Un prestataire de services de santé qualifié pour 50 consultations ambulatoires par jour.
 - ▷ Un hôpital pour 50 000 habitants avec au moins 5 prestataires de services qualifiés, dont au moins 1 docteur.
 - ▷ Un prestataire de services qualifié pour 50 consultations ambulatoires par jour.
 - ▷ Un prestataire de services qualifié d'astreinte pour 20 à 30 lits.
- emploient et soutiennent des prestataires de services hommes et femmes en assurant des mises à niveau et une formation régulières sur les bonnes pratiques.
- maintiennent et coordonnent des systèmes logistiques garantissant un stock de fournitures approprié.
- assurent que les méthodes de contrôle et d'évaluation mesurent la qualité des services et orientent l'amélioration de la qualité (Cf. Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse).

La qualité des soins peut être améliorée lorsque les *prestataires de services* :

- se tiennent au courant des bonnes pratiques pour les appliquer dans leur travail
- témoignent du respect aux usagers.

La qualité des soins peut être améliorée lorsque les *membres de la communauté* :

- sont à même de tenir les organisations responsables de la mise en œuvre responsables de la qualité des services rendus.

Encadré 2 : composantes de soins de santé reproductive de qualité
Constellation de services

Début d'une urgence : DMU

Lors de la stabilisation de la situation : services complets de santé reproductive avec :

- Des soins de santé reproductive pour les adolescents.
- Planning familial.
- Soins de santé maternelle et néonatale.
- Soins pour un avortement sans risques.
- Protection contre les violences basées sur le genre et intervention.
- Prévention et traitement contre les IST/infections de l'appareil génital/VIH/SIDA.

Liens avec d'autres services au sein d'autres secteurs et clusters

| Compétence technique | Installations et équipements | Fournitures et logistique |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Descriptions de postes. • Protocoles de traitement. • Précautions standard de prévention des infections. • Formation basée sur les compétences. • Contrôle et soutien. | <ul style="list-style-type: none"> • Liste d'équipements nécessaires. • Fourniture d'articles manquants. • Programme de maintenance préventive. • Réparation et remplacement, le cas échéant. • Élimination des déchets médicaux. | <ul style="list-style-type: none"> • Inventaire et stockage. • Système de contrôle des stocks. • Canal logistique. |
| Informations aux clients | Satisfaction des clients— Ce qui leur importe, l'obtiennent-ils ? | Systemes d'information— Données de prise de décision |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mesures minimales de prévention et de soins au domicile. • Lieu et heures de consultation. • Quand rechercher des soins. • Connaissances appropriées pour des choix éclairés. • Conseils sur les traitements (prise des médicaments, effets secondaires, référent, retour). | <ul style="list-style-type: none"> • Protection visuelle et auditive de la vie privée. • Confidentialité (s'abstenir de divulguer des informations patient sans son consentement). • Courtoisie. • Efficience. • Efficacité. • Sécurité. | <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence des informations. • Identification des données nécessaires. • Recueil des données. • Enregistrement et extraction des données. • Analyse des données. • Utilisation des informations (amélioration des programmes, partage avec les parties prenantes). |

Adapté de Bruce, J. (1990). "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* Vol. 21(No. 2): pp. 61-91.

3.3 Communication

Qu'est-ce que la communication ?

La communication suppose des agents (messagers) communiquant les informations via des canaux appropriés (posters, radio, interactions personnelles, etc.) pour fournir aux populations les informations dont elles ont besoin, au moment où elles en ont besoin, de la manière appropriée afin de leur permettre de prendre des décisions pratiques.

Pourquoi la communication est-elle importante ?

- Les hommes, femmes et adolescents doivent comprendre le fonctionnement de leur corps et comment maintenir et améliorer leur santé reproductive. Il convient de partager et de discuter des connaissances scientifiquement reconnues avec la communauté afin d'aider les populations à prendre des décisions relatives à leur santé reproductive.
- Une communication efficace peut répondre aux préoccupations des garants sociaux (officiels, parents, belles-mères, partenaires) pour améliorer l'accès aux soins de santé reproductive.

Comment procéder ?

Suivre les **bonnes pratiques de base** contenues dans les programmes de communication. Par exemple :

- Comprendre les connaissances et les croyances du public cible.
- Développer et tester les messages et matériels de communication sur les représentants du public cible.

Développer une **courte liste de messages clés de santé reproductive** diffusés par tous les intervenants de santé et de bien-être social au sein de la communauté. Exemples de "messages clés de santé reproductive" :

- Au début de l'intervention humanitaire (mise en œuvre du DMU) : "Les femmes ayant des problèmes à l'accouchement doivent consulter à l'hôpital près du point d'eau".
- Au moment de la stabilisation de la situation (soins complets de santé reproductive) : "L'espacement des grossesses d'au moins deux ans protège la santé des femmes, des enfants et des familles".

Organiser des **campagnes à l'échelle de la communauté** pour améliorer la sensibilisation de la population. Par exemple :

- Informer la population que le VIH ne se transmet pas en partageant de la nourriture, en se serrant la main ou par d'autres contacts ordinaires.

Organiser des **campagnes ciblées**, autour de discussions sur les comportements courants, afin de promouvoir des pratiques plus saines au sein des groupes vulnérables. Par exemple :

- Promouvoir l'accouchement en institution.
- Améliorer l'adoption et la banalisation de pratiques sexuelles plus sûres.
- Améliorer l'adoption du planning familial chez les femmes en phase post-partum.
- Promouvoir les consultations médicales parmi les victimes de viols et d'autres formes de violences basées sur le genre.

Utiliser un **modèle de conseils** assurant une bonne interaction usager-prestataire comme GATHER :

- G – GREET**, accueillir l'utilisateur
- A – ASK**, demander ce qu'elle/il recherche
- T – TELL**, lui dire ce que vous lui proposez
- H – HELP**, l'aider à choisir ce qui lui convient
- E – EDUCATE**, le/la sensibiliser sur son choix
- R – RETURN**, (contrôle), prévoir une visite de contrôle en lui indiquant qu'elle/il peut revenir chaque fois qu'elle/il a une question

3.4 Participation de la communauté

Qu'entend-on par participation de la communauté ?

La participation consiste à impliquer tous les acteurs clés dans tous les aspects du cycle du programme, que ce soit l'évaluation, la conception, la mise en œuvre, ou bien le contrôle et l'évaluation (Cf. Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse). Les opportunités d'implication doivent être transparentes, libres de toute contrainte et ouvertes à tous. Il est indispensable d'assurer la participation de tous les groupes, y compris les femmes, les hommes et les adolescents (garçons et filles). Il conviendra peut-être de rechercher l'implication active de groupes souvent marginalisés, comme les minorités ethniques, les jeunes, les veuves et les personnes handicapées.

En quoi la participation de la communauté est-elle importante ?

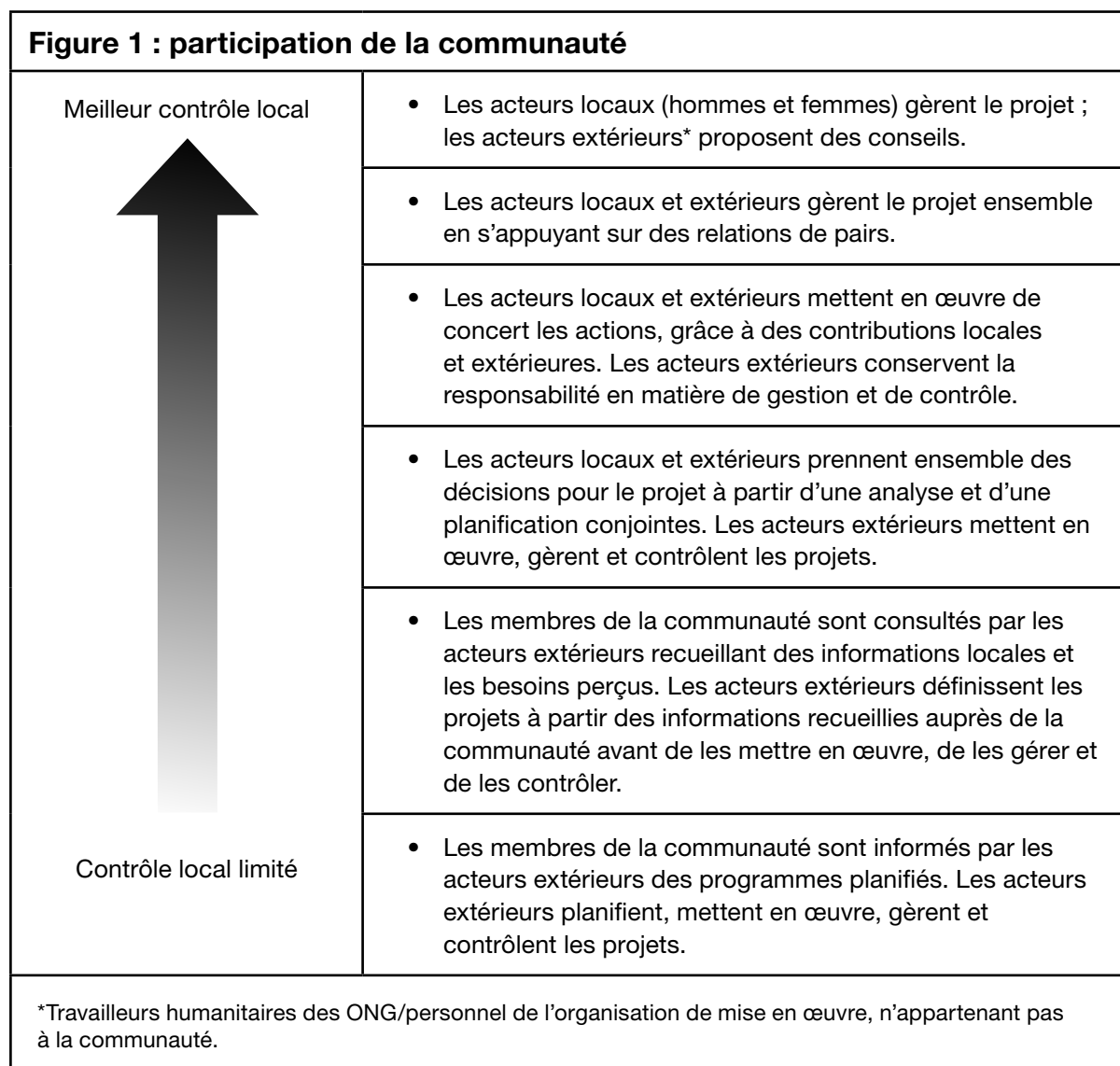
La participation de la communauté est indispensable à tous les stades pour garantir des projets de santé reproductive qui soient acceptables, appropriés et viables. Déléguer le contrôle et donner un sentiment d'indépendance aux acteurs locaux peut aider la communauté à surmonter une crise. Une bonne participation de la communauté implique autant les hommes que les femmes dans la prise de décision et la mise en œuvre.

Comment procéder ?

Les acteurs extérieurs (travailleurs de l'ONU ou des ONG/personnel de l'organisation de mise en œuvre extérieur à la communauté) doivent susciter la participation de la communauté

dès les premiers stades de l'intervention afin d'évoluer vers un transfert du contrôle du programme aux acteurs locaux (Cf. Figure 1). L'une des premières étapes consiste à identifier les chefs de la communauté, hommes et femmes, ou les prestataires de services de santé, au sein de la population touchée.

Le DMU est mis en place en priorité dans les situations de crise humanitaire compte tenu de la nécessité reconnue d'accéder immédiatement aux services essentiels. Les informations recueillies, à ce stade, grâce à la participation de la communauté, vont orienter la prestation et l'organisation des services, s'agissant des pratiques locales d'accouchement, des besoins de formation des professionnels de santé, des obstacles à l'accès liés à la langue des professionnels de santé ou à la préférence culturelle pour un prestataire du même sexe.



3.5 Développement des compétences techniques et managériales

Qu'est-ce que le développement des compétences ?

Le développement des compétences couvre les améliorations nécessaires au sein d'une organisation permettant de garantir des compétences techniques et managériales appropriées dans le but de servir les clients et de renforcer les programmes. Les organisations locales et internationales devraient coopérer par le biais de partenariats bilatéraux.

- Les prestataires de services doivent être compétents pour prodiguer des soins de qualité.
- Les organisations doivent avoir mis en place des systèmes de management pour :
 - ▶ embaucher, former, affecter, superviser et appuyer les prestataires de services.
 - ▶ maintenir les installations et équipements en état.
 - ▶ assurer les approvisionnements.
 - ▶ concevoir, contrôler et évaluer les services.
 - ▶ contacter les acteurs.
 - ▶ recueillir et gérer les fonds.

En quoi le développement des compétences est-il important ?

- Les organisations ont besoin de capacités techniques et managériales appropriées pour proposer des services de santé reproductive efficaces aux populations touchées.
- L'amélioration des capacités au sein des organisations locales, nationales, régionales et internationales va de pair avec l'amélioration de la couverture, de la qualité et de la durabilité des services de santé reproductive.
- Les prestataires de services et organisations locales doivent fréquemment gérer des programmes dans un contexte de menaces accrues.

Comment procéder ?

- Évaluer les forces et les faiblesses techniques et managériales de chaque organisation partenaire pour identifier les principaux domaines d'amélioration.
- Définir, convenir de rôles et de responsabilités clairs pour chaque partenaire dans le but de les documenter.

- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer conjointement les formations techniques, mises à niveau et systèmes d'amélioration managériale.

3.6 Responsabilisation

Qu'est-ce que la responsabilisation ?

La responsabilisation permet de tenir des individus et des organisations pour responsables des prestations conformément à des normes et principes définis, tels que la responsabilité fiscale, les principes humanitaires, les normes professionnelles, les lois locales et internationales et les principes décrits dans le présent chapitre. La responsabilisation peut intégrer des sanctions en cas de non-respect des normes, comme un licenciement au motif d'exploitation sexuelle ou l'emprisonnement pour vol.

La communauté humanitaire évolue vers la mise en place d'une responsabilisation vis-à-vis des destinataires de l'aide. Ainsi, le Humanitarian Accountability Partnership International (HAP International) promeut la responsabilisation vis-à-vis des bénéficiaires en question par le biais de normes et d'une procédure de certification, suivant sept grands principes de responsabilisation :

1. Attachement aux normes et droits humanitaires.
2. Définition de normes organisationnelles de responsabilisation et de développement des capacités du personnel.
3. Communication et consultation des acteurs, notamment des bénéficiaires et du personnel, concernant les normes organisationnelles, le projet à mettre en œuvre et le mécanisme de résolution des problèmes.
4. Participation, avec l'implication des bénéficiaires dans la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des programmes.
5. Contrôle et rapport sur la conformité aux normes par consultation des bénéficiaires.
6. Prise en compte des réclamations, permettant aux bénéficiaires et au personnel de se plaindre et de demander réparation en toute sécurité.

7. Implication des partenaires, pour garantir le respect des principes, dans le cas où ces partenaires sont impliqués.

En quoi la responsabilisation est-elle importante ?

Des systèmes et procédures de responsabilisation efficaces permettent d'appliquer les droits et obligations inhérents aux droits de l'homme universels, reconnaissant des droits de l'homme égaux pour tous, y compris pour les victimes d'une crise et pour les intervenants humanitaires.

Dans la communauté humanitaire, les efforts visant à promouvoir la responsabilisation ont été intégrés à la Charte humanitaire Sphère et au *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non-gouvernementales lors des opérations de secours en situation de catastrophe* (Code de conduite). Les signataires de la Charte humanitaire reconnaissent à la fois la vulnérabilité et les capacités des populations touchées.

La réforme humanitaire des Nations Unies soutient la responsabilisation, le leadership, la prévisibilité et le partenariat aux fins d'améliorer les interventions.

Comment les programmes peuvent-ils assurer la responsabilisation vis-à-vis des destinataires ?

En appliquant les normes humanitaires, en respectant les droits de l'homme et en adhérant à des principes simples de soins de santé reproductive comme indiqué dans le présent manuel interorganisations et d'autres documents, dont :

- La charte humanitaire Sphère et les normes minimales applicables pour les interventions lors de catastrophes.
- La circulaire du Secrétaire général des Nations Unies sur les "Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels".
- Les Guides IASC pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire.
- Les Directives IASC en vue d'interventions contre la violence basée sur le genre dans les situations de crise humanitaire.
- Les Directives IASC concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence.
- Les Directives IASC concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.
- La Matrice IASC sur les rôles et responsabilités des agences pour assurer une stratégie de combustible multisecteur coordonnée dans les contextes humanitaires et les Arbres de décisions IASC sur les facteurs affectant le choix d'une stratégie de combustible en situation de crise humanitaire.

S'assurer, par ailleurs, des mesures suivantes :

- Communiquer régulièrement avec les populations touchées sur votre organisation, ses projets et ses actions.
- Impliquer les bénéficiaires à toutes les étapes des programmes, évaluation, planification, mise en œuvre et suivi du projet.
- Prévoir des mécanismes permettant aux bénéficiaires de contacter des représentants de l'organisation, de porter plainte et de demander réparation.
- Appliquer des mécanismes au sein de votre organisation pour traiter un comportement inapproprié du personnel (Cf. encadré 3 : Exploitation et abus sexuels).

3.7 Droits de l'homme

Qu'entend-on par droits de l'homme ?

Les droits de l'homme au plan international regroupent des obligations mondiales régissant les rapports des États et de leurs citoyens en vue d'assurer la dignité, la liberté et le bien-être de tous, sans distinction. Les droits de l'homme sont universels, s'appliquant à tous du simple fait de leur appartenance à la communauté humaine.

Les principes relatifs aux droits de l'homme figurant dans les traités internationaux et régionaux font partie intégrante du droit international. Plusieurs traités instituent les contrats juridiques entre nations afin de soutenir les droits définis dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, comme le Pacte international relatif aux droits civiques et politiques (1966), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), définissant en cela précisément les formes de discriminations sexuelles et les mesures à prendre au niveau des États dans le but de les éliminer, sans oublier la Convention internationale des droits de l'enfant (1989).

Encadré 3 : exploitation et abus sexuels

Les organisations humanitaires ont un devoir de protection vis-à-vis des bénéficiaires. Ils doivent s'assurer que ceux-ci sont traités avec dignité et respect et que des normes comportementales minimales sont suivies. Pour prévenir tout risque d'exploitation et d'abus sexuels, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent :

- créer et maintenir un environnement de travail prévenant l'exploitation et les abus sexuels (EAS) ;
- s'assurer de la signature et de l'application d'un code de conduite contre les EAS par l'ensemble du personnel (national et international). Conserver les originaux des exemplaires signés dans les dossiers des employés ;
- s'assurer de la mise en place et de la communication à la communauté des mécanismes de rapport de cas d'EAS ;
- prendre des mesures appropriées en cas de soupçons de violations de l'une des normes quelconque figurant dans le code de conduite ou de comportements d'abus ou d'exploitation sexuels. Des EAS commis par un prestataire de services constituent une faute grave passible d'un licenciement. Les normes prévoient :
 - ▶ Qu'une activité sexuelle avec des mineurs (de moins de 18 ans) est interdite quel que soit l'âge auquel s'établit la majorité localement ou du consentement. Une mauvaise perception de l'âge d'un enfant ne constitue pas une excuse.
 - ▶ Que l'échange d'argent, d'un emploi, de biens ou de services contre des rapports sexuels, des faveurs sexuelles ou d'autres formes de comportement humiliant, dégradant ou d'exploitation est interdit, y compris en compensation d'une assistance due aux bénéficiaires.
 - ▶ Reposant sur des rapports déséquilibrés par nature, des rapports sexuels entre travailleurs humanitaires et bénéficiaires sont fortement déconseillés. Ils entachent fortement la crédibilité et l'intégrité du travail humanitaire.

Pour assurer la meilleure efficacité possible du code de conduite, les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive doivent en afficher un exemplaire, traduit dans la langue appropriée, dans des lieux publics, comme une salle d'attente de clinique, et ce à la vue de tous.

Pour consulter un modèle de Code de conduite, voir annexe 3.

Outre le système international des droits de l'homme, trois systèmes importants relatifs à ces droits sont dotés de leurs propres instruments et mécanismes d'application :

- Le système des droits de l'homme de l'Union Africaine.
- Le système des droits de l'homme du Conseil de l'Europe.
- Le système interaméricain des droits de l'homme.

Les autres documents dans lesquels les principes relatifs aux droits de l'homme sont institués incluent le droit humanitaire international, le droit international des réfugiés et le droit national.

Des documents de consensus politique, tels que des décisions prises dans le cadre de conférences des Nations Unies, permettent d'interpréter l'application des normes relatives aux droits de l'homme au moyen d'instruments

internationaux légalement contraignants. (Consulter les documents clés relatifs aux droits de l'homme sur le CD-ROM).

Les États ayant signé ou ratifié les instruments relatifs aux droits de l'homme ont l'obligation de respecter, de protéger et de faire appliquer les droits de l'homme. Toutes les lois locales et nationales doivent respecter les droits de l'homme. Les États ont l'obligation de protéger les individus contre les violations de leurs droits. Ainsi, lorsqu'un État amende ses lois sur le viol pour assurer qu'une victime, indépendamment de sa nationalité, de son statut marital ou de son sexe, a accès à une assistance juridique appropriée et des services de qualité, il commence à remplir ses obligations de protection et d'application des droits. En d'autres termes, il ne suffit pas d'octroyer des droits aux individus, il faut s'assurer que ceux-ci peuvent les exercer.

Qu'entend-on par droits en matière de santé reproductive ? En quoi sont-ils liés aux droits de l'homme ?

Les droits en matière de santé reproductive constituent un ensemble de droits de l'homme reconnus. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a défini un cadre pour l'application des droits en matière de santé reproductive : « Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus à décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et à disposer des informations nécessaires pour ce faire, ainsi que du droit de tous à accéder à la meilleure santé possible en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous à prendre des décisions en matière de procréation sans être pour autant en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence. »

Les droits de l'homme essentiels en matière de santé reproductive sont les suivants :

- Droit à la vie.
- Droit à la sécurité de la personne.
- Droit de décider du nombre d'enfants et du moment de leur naissance.
- Droit à la non-discrimination et à l'égalité.
- Droit au respect de la vie privée.
- Droit à la santé.
- Droit de rechercher, de recevoir et de fournir des informations.
- Droit d'être protégé(e) contre tout traitement cruel, dégradant et inhumain.

- Droit à réparation.
- Droit de bénéficier des progrès scientifiques.

En quoi les droits de l'homme sont-ils importants pour les programmes de santé reproductive ?

Les environnements juridiques et politiques dans lesquels les individus (dont les prestataires de services) évoluent, pensent et agissent, dans les situations de crise humanitaire, influencent le niveau de santé reproductive de la population, en définissant formellement les possibilités juridiques pour les acteurs locaux et extérieurs ainsi que les attitudes et réactions aux initiatives en matière de santé reproductive.

Si les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme imputent aux États la responsabilité de l'application des droits de l'homme, les acteurs extérieurs, comme les organisations internationales, jouent un rôle important pour aider les individus à exercer leurs droits. Les humanitaires ont la double responsabilité de promouvoir les droits de l'homme et de s'assurer que les interventions y sont conformes.

Comment les programmes de santé reproductive favorisent-ils les droits de l'homme ?

Les prestataires de services de santé reproductive doivent connaître :

- les traités et conventions régionaux et internationaux sur les droits de l'homme auquel le pays adhère ;
- les règles et protocoles nationaux régissant la confidentialité et le respect de la vie privée, l'obligation de divulgation, l'enregistrement et l'administration de médicaments ;
- le droit national et/ou coutumier régissant l'accès aux services, la tutelle et le consentement éclairé ;
- le droit pénal national et/ou le droit coutumier en matière de violence sexuelle et la réponse juridique à la violence sexuelle (y compris les règles relatives à la preuve et l'âge légal du consentement).

S'assurer que le programme de santé reproductive est axé sur les droits fondamentaux, qu'il est disponible, de qualité et accessible à tous. Analyser et améliorer le programme dans les domaines suivants :

- les normes internationales en matière de droits de l'homme.
- les normes juridiques nationales.
- les coutumes locales.
- la disponibilité et l'accessibilité des services.

Plaider et collaborer avec les groupes de pression aux niveaux local et national pour mettre les lois, politiques et pratiques en conformité avec les droits de l'homme universels. Les droits garantis dans les traités relatifs aux droits de l'homme s'appliquent à tous, indépendamment de la nationalité ou de la résidence légale, incluant par la même les réfugiés et les personnes déplacées. Les services fournis aux réfugiés sont déterminés par le droit national du pays hôte et ses obligations internationales. Lorsque le droit national d'un pays ne respecte pas les droits de l'homme, les prestataires de services peuvent contribuer à une évolution positive par leurs efforts de soutien.

3.8 Soutien

Qu'est-ce que le soutien ?

Le soutien vise à s'assurer que les droits, politiques, pratiques et normes sociales permettent aux individus de profiter de leur droit à la santé reproductive. Le soutien apporté à la santé reproductive peut :

- cibler les lois, politiques, pratiques et normes sociales ayant une incidence sur l'accès des individus ou des groupes à des informations et services de santé reproductive ;
- pousser les décideurs à promulguer des politiques appuyant les droits des populations en matière de santé reproductive ;
- influencer les décisions et actions des chefs de file de la communauté dont les opinions affectent les droits des individus en matière de santé reproductive.

En quoi le soutien est-il important ?

Le soutien est important dans les situations de crise humanitaire pour assurer des politiques favorables et un financement adéquat des services de santé reproductive. Mal compris, bouleversant des attitudes politiques et culturelles et rarement perçus comme une intervention standard ou prioritaire, les programmes de santé reproductive nécessitent un soutien.

Le soutien permet enfin de s'assurer de l'adhésion des humanitaires aux principes fondamentaux décrits dans le présent chapitre.

Comment procéder ?

- Le soutien nécessite une planification stratégique rigoureuse. Il ne s'agit pas d'une procédure ponctuelle ou linéaire. Une stratégie de soutien doit être évaluée en permanence et adaptée à l'évolution de la situation.
- Une stratégie de soutien passe par l'identification d'un problème, des objectifs à court et à long terme, des actions et ressources, l'anticipation de défis éventuels avec la préparation des réponses et le contrôle des actions mises en œuvre.
- Les activités efficaces de soutien intègrent l'élaboration de propositions politiques, le partage, avec les décideurs, d'exemples de bonnes politiques en matière de santé reproductive, la fourniture de preuves de programmes réussis sur le terrain, l'implication de leaders (individus informés et influents capables de favoriser les changements), le travail avec les structures existantes de coordination pour assurer la mise en avant des programmes de santé reproductive en termes de financement et de mise en œuvre, l'éducation des prestataires de services et le maintien de la communication avec les décideurs dans le but de les tenir informés.

4 Contrôle

Les mesures suivantes peuvent permettre de contrôler la mise en œuvre des principes fondamentaux des programmes de santé reproductive.

4.1 Coordination

- Les actions du DMU sont-elles en cours d'application ? Les services du DMU sont-ils disponibles pour tous les membres de la population touchée ?
- Les programmes en cours assurent-ils un accès équitable de tous les membres de la population touchée à des soins complets et de qualité de santé reproductive ? Les indicateurs de santé reproductive sont-ils conformes à des normes acceptables ?

4.2 Responsabilisation

Le contrôle de la responsabilisation est bien décrit dans l'Humanitarian Accountability Partnership. On peut citer quelques mesures simples :

- Documentation de l'implication des bénéficiaires dans la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation des programmes.
- Affichage de rapports périodiques sur l'évolution du projet dans un endroit visible.
- Documentation des mesures prises suite à des réclamations des bénéficiaires sur le programme.

4.3 Participation de la communauté

- Degré de transition d'un contrôle extérieur à un contrôle local des éléments du programme.

4.4 Qualité des soins

- Rapports présentant le recueil des commentaires de la population bénéficiaire et des mesures prises.
- Listes de contrôle régulièrement remplies au moyen d'évaluations acceptables de la qualité (Cf. Figure 2).

4.5 Développement des compétences

- Proportion du personnel clinique et des responsables travaillant au niveau de compétences requis (exemple : inclusion de la capacité à effectuer une aspiration manuelle par le vide (AMIU) dans la description de poste d'une sage-femme, enregistrement du contrôle du nombre annuel d'AMIU effectuées, contrôle et évaluation d'un échantillon de diagrammes d'AMIU des sages-femmes (par exemple, cinq diagrammes choisis de façon aléatoire) suivant le protocole standard).

4.6 Communication

- Affichage d'informations sanitaires à un endroit facilement visible par la communauté.
- Observation des interactions prestataires-clients et des rendez-vous d'enquêtes à la sortie des clients.
- Sur le long terme, preuves de l'évolution comportementale des membres de la communauté.

4.7 Soutien

- Présence ou évolution de politiques promouvant l'accès à des services de santé reproductive.
- Proportion de prestataires de services et membres de la communauté conscients des politiques de santé reproductive
- Services de santé reproductive reflétant la mise en œuvre de politiques positives de santé reproductive.

4.8 Droits de l'homme

- Taux d'utilisation des services de santé reproductive par ethnie, âge, statut marital, statut d'immigration/l'asile, religion, géographie, etc.

| Figure 2 : exemple de liste de contrôle en santé reproductive | | | | | | |
|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Date | | | | | | |
| Établissement | | | | | | |
| Responsable | | | | | | |
| Superviseur | | | | | | |
| NOTE | | | | | | |
| Indicateur 1 : Qualité des soins anténatals - 1er trimestre | | | | | | |
| Étapes | Vérifier que les cinq visites de soins anténatals au 1er trimestre ont bien été effectuées Noter 1 si l'action a été effectuée. Noter 0 si l'action n'a pas été effectuée. | | | | | |
| | Numéro de consultation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Actions essentielles | Le pt a au moins 1 AT | | | | | |
| | Contrôle de la tension artérielle | | | | | |
| | Contrôle de la protéinurie | | | | | |
| | Le pt a reçu au moins 30 comprimés de sulfate ferreux et d'acide folique | | | | | |
| | Le pt a été informé des signaux de danger | | | | | |
| | Le pt a reçu une MIILD | | | | | |
| Explication : Pt = patient ; MIILD = moustiquaire imprégnée d'insecticides de longue durée ; AT = anatoxine tétanique | | | | | | |

5 Bibliographie

Références essentielles

Projet Sphère. *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*. 2004. www.sphereproject.org/content/view/27/84 (Révision prévue en 2010).

Reproductive health during conflict and displacement - A guide for programme managers. Organisation mondiale de la santé, 2000. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_00_1_3/en

Lectures complémentaires

Circulaire du Secrétaire général sur les "Disposition spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels", ST/SGB/2003/13, 9 octobre 2003. (en anglais) http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&DocId=1_001083

IASC Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire. Femmes, filles, garçons et hommes: des besoins différents, des chances égales. IASC, 2006. <http://ochaonline.un.org/OCHAHome/AboutUs/GenderEquality/KeyDocuments/IASCGenderHandbook/tabid/5887/language/en-US/Default.aspx>

Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. IASC, 2005. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/TF_gender/gbv.asp

Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. IASC, 2004. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf

Lisa VeneKlasen, with Valerie Miller. *A New Weave of Power, People & Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation*. Practical Action Publishing, Avril 2007. http://developmentbookshop.com/product_info.php?products_id=741



Sommaire

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUCTION | 21 |
| 2 OBJECTIFS | 23 |
| 3 PROGRAMMATION | 23 |
| 3.1 Organisation chef de file en santé reproductive et responsable de santé reproductive | 23 |
| 3.2 Prévention de la violence sexuelle et services répondant aux besoins des victimes | 23 |
| 3.3 Réduction de la transmission du VIH | 35 |
| 3.4 Prévention de la surmorbidity et de la surmortalité maternelles et néonatales | 41 |
| 3.5 Fournitures pour la mise en œuvre du DMU | 44 |
| 3.6 Plan d'intégration de services complets de santé reproductive aux soins primaires | 46 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 49 |
| 5 CONTRÔLE | 50 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 53 |

1 Introduction

Le présent chapitre décrit le Dispositif minimum d'urgence (DMU) destiné à répondre aux besoins de santé reproductive des populations dès le début d'une urgence. Le DMU indique les services de santé reproductive les plus importants pour prévenir la morbidité et la mortalité dans les situations de crise humanitaire, surtout parmi les femmes et jeunes filles. Négliger la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire n'est pas sans conséquences : mortalité maternelle et néonatale, violences sexuelles et complications liées (traumatisme, infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses non désirées et avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et propagation éventuelle du VIH). Toutes les actions inhérentes au DMU doivent être mises en œuvre simultanément. Le DMU est une norme Sphère.

Développé à partir de preuves bien documentées sur les besoins de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, le DMU peut être mis en œuvre sans évaluation initiale des besoins. Quelques données sanitaires et démographiques de base sur la population touchée doivent, toutefois, être recueillies par l'intermédiaire du mécanisme de coordination sanitaire pour une prestation optimale des actions du DMU.

Rappelons que le DMU correspond à des prestations **minimales**. *Les services complets proposés dans les chapitres 4 à 10 du manuel seront mis en œuvre dès que la situation le permettra. Même lorsque d'autres composantes de santé reproductive sont proposées, veiller à la mise en œuvre parallèle des objectifs du DMU qui ont rang de priorité.*

2

CHAPITRE DEUX

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU)

Dispositif minimum d'urgence

Objectifs du DMU

- **ASSURER** l'identification d'une organisation par le secteur de la santé afin de diriger la mise en œuvre du DMU. L'organisation chef de file en matière de santé reproductive :
 - ▶ Désigne un responsable de santé reproductive pour l'appui technique et opérationnel de toutes les organisations proposant des services sanitaires.
 - ▶ Organise des réunions régulières des acteurs pour faciliter la mise en œuvre du DMU.
 - ▶ Rapporte les problèmes associés à la mise en œuvre du DMU à l'occasion des réunions du secteur de la santé.
 - ▶ Partage les informations relatives à la disponibilité des ressources et fournitures de santé reproductive.
- **PRÉVENIR** et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle :
 - ▶ En mettant en place des mesures pour protéger les populations touchées, surtout les femmes et jeunes filles, contre la violence sexuelle.
 - ▶ En proposant des soins cliniques aux victimes de viols.
 - ▶ En sensibilisant la communauté aux services cliniques disponibles.
- **RÉDUIRE** la transmission du VIH :
 - ▶ En s'assurant que les transfusions sanguines sont effectuées en toute sécurité.
 - ▶ En facilitant et en faisant appliquer les précautions standard.
 - ▶ En mettant à disposition des préservatifs gratuits.
- **PRÉVENIR** la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :
 - ▶ En assurant la prestation de soins obstétricaux d'urgence et de soins néonataux avec :
 - ▷ Dans les établissements de santé : des accoucheuses compétentes et des fournitures pour des accouchements normaux et la prise en charge de complications obstétricaux et néonatales.
 - ▷ Dans les hôpitaux référents : du personnel médical compétent et des fournitures pour la prise en charge des urgences obstétricaux et néonatales.
 - ▶ En mettant en place un système d'orientation pour faciliter le transport et les communications entre la communauté et l'établissement de santé et entre ce dernier et l'hôpital.
 - ▶ En proposant des kits d'accouchement hygiénique aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses pour permettre un accouchement à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène lorsqu'aucun accès vers l'établissement de santé n'est possible.
- **PROGRAMMER**, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins primaires. En aidant les partenaires du secteur de la santé à :
 - ▶ Coordonner les commandes d'équipements et de fournitures de santé reproductive à partir de l'utilisation estimée et constatée.
 - ▶ Recueillir les données existantes.
 - ▶ Identifier des sites appropriés pour la prestation future de l'ensemble des services de santé reproductive.
 - ▶ Évaluer la capacité du personnel à fournir des services complets de santé reproductive et prévoir une formation/mise à niveau du personnel.

Note : il convient également de prévoir des contraceptifs pour répondre à la demande, le traitement syndromique des IST pour les patients qui en présentent les symptômes et des antirétroviraux pour permettre aux patients de poursuivre leur traitement, y compris pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Par ailleurs, il convient de s'assurer de la distribution de protections hygiéniques culturellement appropriées (habituellement fournies avec d'autres produits de toilette dans les "kits d'hygiène") aux femmes et aux jeunes filles.

2 Objectifs

L'objectif du présent chapitre consiste à proposer aux responsables, aux directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive travaillant dans les situations de crise humanitaire des informations et des conseils sur :

- le rôle et les fonctions de l'organisation chef de file en matière de santé reproductive et du responsable de santé reproductive ;
- la prévention de la violence sexuelle et la prise en charge clinique des conséquences d'un viol ;
- les interventions prioritaires visant à réduire la transmission du VIH ;
- les interventions prioritaires visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales ;
- la programmation, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins primaires ;
- les fournitures nécessaires à la mise en œuvre du DMU.

3 Élaboration de programmes

3.1 Organisation chef de file en santé reproductive et responsable de santé reproductive

Dès le début d'une intervention en situation de crise humanitaire, le secteur de la santé doit identifier une organisation chef de file en matière de santé reproductive, qui peut être une ONG internationale, le ministère de la Santé ou une organisation des Nations Unies. L'organisation choisie pour sa capacité à assumer ce rôle désigne immédiatement un responsable de santé reproductive à temps complet pour au moins trois mois, afin d'assurer l'assistance technique et opérationnelle des partenaires santé, la mise en avant de la santé reproductive et la couverture des services du DMU.

La mise en œuvre du DMU impose :

- L'identification d'une organisation chef de file en matière de santé reproductive par le secteur de la santé.
- La désignation d'un responsable de santé reproductive par l'organisation chef de file en matière de santé reproductive (voir Encadré 4, p. 24, pour les Termes de référence du responsable de santé reproductive) dépendant du secteur

de la santé. Le responsable de santé reproductive, appuyé par l'organisation chef de file en matière de santé reproductive, s'assure :

- ▶ que toutes les organisations sanitaires travaillant dans chaque zone de crise prennent en charge la santé reproductive ;
- ▶ que des réunions des acteurs dans le domaine de la santé reproductive sont régulièrement organisées pour mettre en place le DMU ;
- ▶ que les informations partagées au sein de ces réunions sont communiquées et discutées à l'occasion des réunions générales de coordination du secteur de la santé.
- ▶ qu'une assistance technique et opérationnelle est proposée aux partenaires sanitaires pour mettre en œuvre le DMU dans tous les sites affectés par l'urgence. Ceci comprend :
 - ▶ des directives et une assistance technique concernant l'approvisionnement coordonné en fournitures de santé reproductive ;
 - ▶ l'identification de personnel qualifié pour proposer les services du DMU.

3.2 Prévention de la violence sexuelle et intervention

Pour prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes, mettre en place, dès le début d'une urgence :

- des mécanismes pour protéger la population touchée par la violence sexuelle ;
- des services cliniques de prise en charge des victimes de viols.
- la sensibilisation de la communauté aux services proposés aux victimes de viols.

3.2.1 Prévention de la violence sexuelle

Des cas de violence sexuelle sont rapportés dans la plupart des situations de crise humanitaire, même en cas de catastrophes naturelles. Tous les acteurs humanitaires doivent être conscients du risque de violence sexuelle et coordonner des activités multisectorielles pour la prévenir et protéger la population touchée, surtout les femmes et les jeunes filles. Le responsable de santé reproductive doit discuter du problème de la violence sexuelle à l'occasion de réunions de coordination sanitaire. En lien étroit avec le mécanisme global du

Encadré 4 : responsable de santé reproductive - Termes de référence

Le responsable de santé reproductive doit appuyer les partenaires du secteur de la santé dans la mise en œuvre du DMU et prévoir la prestation complète de services de santé reproductive. Le rôle du responsable de santé reproductive consiste à :

- coordonner, communiquer et collaborer avec le coordinateur du secteur de la santé et participer activement aux réunions de coordination sanitaire, en proposant des informations et en soulevant des problèmes techniques et stratégiques ;
- appuyer l'approvisionnement coordonné de matériaux et fournitures de référence ;
- organiser des réunions régulières entre les acteurs de la santé reproductive aux niveaux concernés (national, régional, local) pour résoudre les problèmes, définir les stratégies de mise en œuvre du DMU et fournir les ressources du DMU ;
- assurer une communication régulière entre tous les niveaux et communiquer les conclusions clés et les difficultés à résoudre les problèmes (politique ou autres obstacles limitant l'accès de la population aux services de santé reproductive) au mécanisme global de coordination sanitaire. Identifier les synergies et les lacunes et éviter les doublons et les structures parallèles ;
- proposer des conseils techniques et opérationnels sur la mise en œuvre du DMU et organiser des séances d'orientation adaptées au public si possible (par exemple pour les prestataires de services, les agents de santé des communautés, le personnel du programme et la population touchée, y compris les adolescents) ;
- contacter les autres secteurs (protection, eau et assainissement, services communautaires, coordination du camp, etc.) travaillant sur des problèmes liés à la santé reproductive ;
- appuyer les partenaires sanitaires dans la recherche de financements par le biais de procédures de planification humanitaire et d'appels à la coordination avec le cluster/ secteur de la santé.

Le responsable de santé reproductive doit identifier, comprendre et informer sur :

- les éléments des politiques, réglementations et le droit coutumier au niveau national et du pays hôte qui :
 - ▶ appuient les services de santé reproductive pour la population touchée.
 - ▶ constituent des obstacles et limitent l'accès aux services de santé reproductive.
- les protocoles du MdS définissant des soins standardisés (tels que la prise en charge clinique des victimes de viols, les mécanismes d'orientation pour les urgences obstétriques et, en cas de planification de services complets de santé reproductive, les protocoles de traitement syndromique des IST et de planning familial).

Le responsable de santé reproductive travaille dans le cadre du mécanisme global de coordination avec le secteur de la santé pour obtenir et utiliser des informations :

- Utiliser la liste de contrôle du DMU (voir page 50) pour assurer le suivi des services. Recueillir des informations sur la prestation des services, analyser les résultats et intervenir sur les lacunes et chevauchements.
- Recueillir ou évaluer les informations démographiques et de santé reproductive de base relatives à la population touchée afin d'appuyer la mise en œuvre du DMU et prévoir la prestation de services (cf. chapitre 2).

secteur de la santé, le responsable de santé reproductive et le personnel du programme de santé reproductive doivent :

- assurer l'accès des hommes, femmes, adolescents et enfants à des services sanitaires de base, y compris des services en matière de sexualité et de santé reproductive ;
- prévoir des établissements de santé améliorant la sécurité physique, avec l'avis de la population, notamment les femmes et les adolescents ;
- consulter les prestataires de services et les patients sur la sécurité dans les établissements de santé ;
- installer des toilettes et douches séparées hommes-femmes dans l'établissement de santé dans un endroit sécurisé, avec un éclairage adapté la nuit et des portes verrouillables de l'intérieur ;
- s'assurer de la représentation de toutes les langues des sous-groupes ethniques parmi les prestataires de services ou de la présence d'interprètes ;
- embaucher des prestataires de services, des agents de santé des communautés, du personnel du programme et des interprètes femmes ;
- informer les prestataires de services de l'importance de la confidentialité avant de leur faire signer et respecter un code de conduite contre l'exploitation et les abus sexuels (EAS) ;
- s'assurer de la mise en place de codes de conduite et de mécanismes de rapport des EAS par le personnel de santé ainsi que des mesures punitives.

3.2.2 Répondre aux besoins des victimes de viols

Pour prévenir et prendre en charge les conséquences sanitaires éventuelles d'un viol, les victimes doivent avoir accès à des soins cliniques, y compris des conseils de soutien, et ce dès que possible après l'incident. S'assurer que les services des établissements de santé peuvent prodiguer ces soins dès le début d'une intervention humanitaire.

Les victimes auront éventuellement besoin d'une protection et d'un appui juridique et psychosocial. Dès que possible, aider à l'identification d'une répartition claire des rôles et des responsabilités entre les partenaires sanitaires et entre tous les programmes sectoriels répondant aux besoins des victimes (services sanitaires, de protection, sécuritaires et communautaires) afin d'assurer aux victimes

Encadré 5 : principes de base pour répondre aux besoins des victimes de viols

Les principes de base indiqués plus bas doivent être suivis, à tout moment, par l'ensemble des acteurs humanitaires intervenant auprès des victimes de viols :

Sécurité
Confidentialité
Respect
Non-discrimination

un mécanisme d'orientation coordonné, adapté et confidentiel. Le document produit est parfois désigné sous le terme de Procédures standard de fonctionnement (PSF) sur les violences basées sur le genre (voir Chapitre 8 : Violence basée sur le genre).

3.2.3 Services cliniques aux victimes de viols

Au moment de mettre en place des services de prise en charge clinique destinés aux victimes de viols, les responsables de santé reproductive et le personnel du programme doivent :

- prévoir un espace de consultation isolé doté d'une armoire de rangement fermant à clé ;
- définir des protocoles clairs, des fournitures et équipements en suffisance ;
- embaucher des prestataires de services hommes et femmes, parlant couramment les dialectes locaux ou, si cela s'avère impossible, des chaperons et traducteurs hommes et femmes dûment formés ;
- impliquer les femmes, les adolescents, garçons et filles, dans la prise de décisions sur l'accessibilité aux services et sur le nom du service ;
- s'assurer de la disponibilité 24h/24 et 7j/7 des services et du mécanisme d'orientation vers un hôpital en cas de complications graves ;
- une fois les services en place, indiquer à la communauté pourquoi, où et quand rechercher ces services (dès que possible après un viol). Utiliser des stratégies de

communication adaptées à la situation (par les sages-femmes, les agents de santé des communautés, les forces vives de la communauté, des messages radio ou des brochures d'informations proposées dans les toilettes des femmes) ;

- s'assurer de la compétence des prestataires de services. Le cas échéant, organiser des séances d'informations ou des formations courtes de mise à niveau sur les soins cliniques destinés aux victimes de viols. La prise en charge clinique des victimes de viols intègre les éléments suivants :
 - ▶ une communication de soutien.
 - ▶ les antécédents et l'examen médical.
 - ▶ le recueil de preuves médico-légales le cas échéant.
 - ▶ un traitement confidentiel, mené avec compassion, incluant :
 - ▷ une contraception d'urgence.
 - ▷ le traitement des IST.
 - ▷ la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH.
 - ▷ le traitement des lésions et la prévention du tétanos.
 - ▷ la prévention de l'hépatite B.
 - ▷ l'orientation du patient vers d'autres services, sanitaires, psychologiques et sociaux.

Communication de soutien

S'assurer que les prestataires de services sont capables de proposer un appui dans la confidentialité et la sensibilité à la victime au moyen d'une communication précise, claire, sans jugement et à l'écoute de la victime.

Antécédents et examen médical

Il convient de procéder à l'étude détaillée des antécédents et à un examen médical rigoureux après s'être assuré que la victime comprend et accepte chacune des étapes. Des formulaires d'antécédents et d'examen préimprimés doivent orienter la procédure et permettre la documentation précise de toutes les observations.

Le principal objectif de cette démarche consiste à évaluer les soins cliniques nécessaires. Le recueil des antécédents et l'examen médical se font au rythme du patient. Il/elle doit rester maître/maîtresse de la situation, ne pas être

forcé(e) à parler de ce qui le/la gêne et avoir la possibilité d'interrompre la procédure à tout moment. La victime a le droit de décider si elle doit ou non être examinée.

Recueil de preuves médico-légales

- Les exigences légales, la présence ou non d'installations de stockage et de laboratoires déterminent si des preuves médico-légales peuvent être prélevées et lesquelles.
- Les preuves sont recueillies au cours de l'examen médical si la victime y consent.
- Un enregistrement écrit et soigné recense toutes les observations de l'examen clinique, à l'appui du récit de la victime, y compris l'état des vêtements. En tant que partie du dossier légal, le dossier médical peut être soumis comme preuve (avec l'accord de la victime) si l'affaire est portée devant les tribunaux. Confidentiel, il doit être conservé dans un endroit sûr.
- Si un microscope est disponible, un agent de santé qualifié ou un(e) employé(e) de laboratoire peut analyser des lames de microscope à préparation humide pour rechercher la présence de sperme, prouvant une pénétration. Les autres preuves (vêtements, matières étrangères, sperme ou sang pour la recherche d'ADN ou urine pour test toxicologique) ne sont recueillies que si elles peuvent être traitées localement (stockage, analyse de laboratoire) et utilisées au tribunal.
- Sur demande de la victime, le prestataire de services peut préparer un certificat médical ou un formulaire de police, qui pourra être utilisé suivant les lois en vigueur, à des fins légales, pour une demande de réparation ou d'asile. Le document est préparé en deux exemplaires, dont un exemplaire conservé dans l'établissement de santé ou par le responsable du programme, sous clé, et un autre remis à la victime si elle le souhaite en l'informant du risque de violence auquel elle s'expose si le document est trouvé en sa possession.
- La victime a le droit exclusif de décider de l'utilisation du certificat médical.

Traitement confidentiel à mener avec compassion

Le traitement peut être commencé sans examen, au choix de la victime. Commencer par traiter les complications graves et orienter le patient vers des établissements de santé de niveau supérieur si nécessaire.

Prescription de la pilule contraceptive d'urgence

1. **Prescription de lévonorgestrel seul :**
1,5 mg de lévonorgestrel en une seule dose (posologie recommandée, plus efficace, avec moins d'effets secondaires) ; ou
2. **Prescription d'une association œstrogène-progestérone (Yuzpe) :**
une dose de 100 microgrammes d'éthinylestradiol plus 0,5 mg de lévonorgestrel, prise dès que possible, suivie d'une nouvelle dose au bout de 12 heures.

Contraception d'urgence

Les **pilules contraceptives d'urgence** (PCU) peuvent prévenir les grossesses non désirées si elles sont utilisées *dans les 120 heures* (jusqu'à 5 jours) après le viol. Deux posologies sont possibles (voir encadré ci-avant).

- Quelle que soit la posologie retenue, le traitement doit débuter le plus rapidement possible après le viol, son efficacité déclinant avec le temps. Les deux posologies restent efficaces jusqu'à 72 heures après le viol, et modérément efficaces si elles sont prises dans les 72 à 120 heures. Leur efficacité au-delà de ces créneaux n'a pas été étudiée.
 - Des produits sont spécialement conditionnés pour la contraception d'urgence, mais ne sont pas forcément disponibles dans tous les pays. En l'absence de PCU pré-conditionnée, la contraception d'urgence doit être assurée au moyen des pilules contraceptives orales courantes (voir Tableau 1, p. 28).
 - Informer les victimes sur la prise des pilules, les effets secondaires éventuels et les conséquences du traitement sur le cycle menstruel suivant.
- Les PCU n'empêchent pas les grossesses consécutives à des rapports sexuels postérieurs à la prise. Fournir à la patiente des préservatifs à utiliser dans les jours qui suivent.
 - Préciser à la victime que les pilules peuvent ne pas fonctionner. Une menstruation doit survenir aux alentours de la date habituelle. Elle peut se produire une semaine plus tôt ou quelques jours plus tard. En l'absence de règles sous une semaine, la victime devrait re-consulter pour effectuer un test de grossesse et/ou discuter des options possibles en cas de grossesse avérée. Expliquer que des pertes ou de légers saignements sont fréquents avec la prise de lévonorgestrel, qui ne doivent pas être confondus avec une menstruation normale.
 - Effets secondaires : jusqu'à 50 % des utilisatrices font état de nausées qui peuvent être limitées si la pilule est prise en cours de repas. La posologie à base de lévonorgestrel seul provoquerait moins de nausées et de vomissements que la posologie associant œstrogène et progestérone (Yuzpe). En cas de vomissement dans les deux heures suivant la prise, reprendre le traitement. En cas de vomissements importants, la PCU peut être administrée par voie vaginale.
 - Précautions : les PCU peuvent être utilisées, sans problèmes, par toutes les femmes et jeunes filles, même celles qui ne peuvent prendre de traitement hormonal en permanence, étant donné que les hormones sont faiblement dosées et que les pilules sont prises sur une courte période. Les PCU ne serviront à rien en cas de grossesse avérée. Elles peuvent être administrées en cas de doute et en l'absence de tests de grossesse, dans la mesure où aucun effet grave n'a été rapporté pour la femme ou en cas de grossesse avérée. Aucune autre contre-indication médicale ne s'oppose à l'utilisation de PCU.

| Tableau 1 : posologie des pilules contraceptives d'urgence | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Posologie | Composition (par dose) | Noms commerciaux courants | Première dose (nombre de comprimés) | Deuxième dose au bout de 12 heures (nombre de comprimés) |
| Lévonorgestrel seul | 750 µg | Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela | 2 | 0 |
| | 30 µg | Microlut, Microval, Norgeston | 50 | 0 |
| | 37,5 µg | Ovrette | 40 | 0 |
| Oestroprogestatifs | EE 50 µg plus LNG 250 µg ou EE 50 µg plus NG 500 µg | Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrans, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4 | 2 | 2 |
| | EE 30 µg plus LNG 150 µg ou EE 30 µg plus NG 300 µg | Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon | 4 | 4 |
| <p><i>a EE = éthinylestradiol; LNG = lévonorgestrel; NG =norgestrel.</i></p> <p><i>(Adapté de : Consortium for Emergency Contraception, Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines, Deuxième édition. Washington, DC, 2004).</i></p> | | | | |

L'insertion d'un DIU au cuivre constitue une méthode de contraception d'urgence efficace si la victime se présente dans les cinq jours suivant le viol (et en l'absence de relations sexuelles non protégées antérieures au cours du cycle menstruel). Elle empêchera plus de 99 % de grossesses attendues. Lorsque la date d'ovulation peut être estimée (le risque d'ovulation est faible jusqu'au septième jour du cycle menstruel), la victime peut se faire insérer un DIU au cuivre au-delà de cinq jours après le viol, du moment que l'insertion n'est pas effectuée plus de cinq jours après l'ovulation.

Conseiller les victimes sur ce service pour lui permettre de prendre une décision éclairée. Un prestataire qualifié doit conseiller la victime et insérer le DIU.

En cas d'insertion d'un DIU, s'assurer d'un traitement complet contre les IST, comme indiqué ci-après. Le DIU peut être retiré aux prochaines règles de la victime ou laissé en place pour servir de contraceptif.

Traitement préventif contre les infections sexuellement transmissibles (IST)

- Proposer aux victimes de viols un traitement antibiotique pour traiter préventivement les gonorrhées, les infections à Chlamydia et la syphilis (voir Tableaux 2 et 3). En présence d'autres IST (comme la trichomonose ou le chancre mou), prévoir un traitement préventif contre ces infections.
- Prescrire la posologie la plus courte possible d'après le protocole local, qui doit être facile à administrer. Ainsi, si la victime se présente dans les 30 jours suivant l'incident, 400 mg de cefixime plus 1 g d'azithromycine par voie orale suffiront à traiter préventivement la gonorrhée, l'infection à chlamydia et la syphilis au stade de l'incubation.
- Ne pas oublier que les femmes enceintes ou souffrant d'allergies connues ne devraient pas prendre certains antibiotiques. Adapter le traitement en conséquence (voir tableau 2).
- Les prescriptions préventives contre les IST peuvent débuter le même jour que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition contre le VIH (PPE). Pour réduire les effets secondaires, comme la nausée, les doses peuvent être étalées (et prises en cours de repas).

- Administrer un vaccin contre l'hépatite B dans les 14 jours suivant l'agression si la victime n'est pas encore vaccinée. Trois doses seront nécessaires, en administrant la deuxième dose quatre semaines après la première et la troisième dose huit semaines après la deuxième.



| Tableau 2 : protocoles de traitement des adultes contre les IST recommandés par l'OMS | |
|--|---|
| <p><i>Note : ce tableau propose des exemples de traitement contre les infections sexuellement transmissibles. D'autres options de traitement sont possibles. Toujours suivre les protocoles locaux de traitement contre les infections sexuellement transmissibles.</i></p> | |
| IST | Traitement |
| Gonorrhée | cefixime 400 mg par voie orale, dose unique ou ceftriaxone 125 mg par voie intramusculaire, dose unique |
| Infections à Chlamydia | azithromycine 1 g par voie orale, dose unique <i>(Cet antibiotique agit également contre la syphilis au stade de l'incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition))</i> ou doxycycline 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours <i>(contre-indiqué en cas de grossesse)</i> |
| Infection à chlamydia chez les femmes enceintes | azithromycine 1 g par voie orale, dose unique <i>(Cet antibiotique agit également contre la syphilis au stade de l'incubation (dans les 30 jours suivant l'exposition))</i> ou érythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ou amoxicilline 500 mg par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours |
| Syphilis | benzathine benzylpenicilline* 2,4 millions UI, par voie intramusculaire, en une seule dose <i>(administrer en deux injections en deux points différents)</i> ou azithromycine 2 g par voie orale en une seule dose <i>(pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans)</i> <i>(Cet antibiotique agit également contre les infections à chlamydia)</i> |
| <i>Syphilis, patient allergique à la pénicilline</i> | azithromycine 2 g par voie orale en une seule dose <i>(pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans)</i> ou doxycycline 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours <i>(contre-indiqué en cas de grossesse)</i> <i>L'azithromycine et la doxycycline agissent également contre les infections à chlamydia</i> |
| Syphilis chez les femmes enceintes allergiques à la pénicilline | azithromycine 2 g par voie orale en une seule dose <i>(pour le traitement d'une syphilis primaire, secondaire et latente précoce de moins de 2 ans)</i> ou érythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours <i>L'azithromycine et l'érythromycine agissent également contre les infections à chlamydia</i> |

| IST | Traitement |
|--------------------|---|
| Trichomonas | métronidazole 2 g par voie orale en dose unique ou |
| | tinidazole 2 g par voie orale en dose unique ou |
| | métronidazole 400 or 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours <i>Éviter le métronidazole et le tinidazole pendant le premier trimestre de grossesse</i> |

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

Tableau 3 : protocoles de traitement contre les IST recommandés par l'OMS pour les enfants et adolescents

Note : ce tableau propose des exemples de traitement contre les infections sexuellement transmissibles. D'autres options de traitement sont possibles. Toujours suivre les protocoles de traitement locaux contre les infections sexuellement transmissibles et utiliser des médicaments et dosages appropriés pour les enfants.

| IST | Poids ou âge | Traitement |
|-------------------------------|-----------------------|--|
| Gonorrhée | < 45 kg | ceftriaxone 125 mg par voie intramusculaire, dose unique ou spectinomycine 40 mg/kg de poids corporel, par voie intramusculaire (jusqu'à un maximum de 2 g), dose unique ou (au-delà de 6 mois) cefixime 8 mg/kg de poids corporel par voie orale, dose unique |
| | > 45 kg | Traitement conforme au protocole pour adultes |
| Infections à Chlamydia | < 45 kg | azithromycine 20 mg/kg de poids corporel par voie orale, dose unique ou érythromycine 50 mg/kg de poids corporel par jour, par voie orale (jusqu'à un maximum de 2 g), en 4 doses, pendant 7 jours |
| | > 12 ans | Traitement conforme au protocole pour adultes |
| | > 45 kg mais < 12 ans | érythromycine 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ou azithromycine 1 g par voie orale, dose unique |
| Syphilis | | benzathine penicilline* 50 000 UI/kg par voie intramusculaire (jusqu'à un maximum de 2,4 millions d'UI), dose unique |

| IST | Poids ou âge | Traitement |
|--|--------------|--|
| <i>Syphilis, patient allergique à la pénicilline</i> | | érythromycine 50 mg/kg de poids corporel par jour, par voie orale (jusqu'à un maximum de 2 g), en 4 doses, pendant 14 jours |
| Trichomonase | < 12 ans | métronidazole 5 mg/kg de poids corporel par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours |
| | > 12 ans | Traitement conforme au protocole pour adultes |
| *Note : si la victime se présente dans les 30 jours suivant l'incident, le traitement préventif à base de benzathine benzylpenicilline contre la syphilis peut être omis si la prescription intègre de l'azithromycine , efficace contre la syphilis au stade de l'incubation et les infections à <i>chlamydia</i> . | | |

Prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir la transmission du VIH

La probabilité d'une transmission du VIH après un viol peut être réduite par l'administration rapide d'une PPE. La PPE doit être commencée dans les 72 heures suivant l'exposition et poursuivie pendant 28 jours. La PPE doit être commencée le plus tôt possible après l'exposition dans la mesure où les études indiquent qu'une PPE précoce est plus efficace. L'OMS recommande une thérapie combinée de 28 jours avec deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, de préférence avec une dose fixe. En vigueur au moment de la publication, cette recommandation peut être soumise à modification étant donné que ce domaine évolue rapidement. Consulter le site www.iawg.net pour les dernières informations.)

Pour les victimes de violence sexuelle :

- Évaluer le risque d'exposition au VIH avant de prescrire une PPE. Noter le déroulement de l'agression (en demandant s'il y avait plusieurs agresseurs), s'il y a eu pénétration vaginale ou anale et le type de lésions.
- Proposer des services de consultation et de test volontaires du VIH (voir Chapitre 10) dans les deux premières semaines suivant l'incident. Toutefois, un dépistage du VIH n'est pas obligatoire avant de prescrire une PPE.
- Proposer une PPE à toutes les victimes répondant aux conditions requises, y compris celles qui refusent le dépistage. Démarrer la première dose de PPE le plus rapidement possible. Ne pas retarder la PPE en attendant le résultat des services de consultation et de test volontaires.

Ne pas proposer de PPE à des victimes dont la séropositivité est connue ou détectée. Sans être nocive, elle n'apportera aucun bénéfice particulier. Orienter si possible les victimes séropositives vers des services de traitement, d'appui et de prise en charge du VIH.

Tableau 4 : bithérapies recommandées pour la PPE contre le VIH chez les adultes

| Poids ou âge | Traitement | Prescription | Fourniture pour 28 jours |
|--------------|---|---------------------------|--------------------------|
| Adulte | Comprimé combiné Zidovudine (300 mg) et Lamivudine (150 mg) | 1 comprimé deux fois/jour | 60 comprimés |
| | ou | ou | ou |
| | Zidovudine (ZDV/AZT) en comprimés de 300 mg | 1 comprimé deux fois/jour | 60 comprimés |
| | plus | plus | plus |
| | Lamivudine (3TC) en comprimés de 150 mg | 1 comprimé deux fois/jour | 60 comprimés |

Tableau 5 : bithérapies recommandées pour la PPE contre le VIH chez les enfants

| Poids ou âge | Traitement | Prescription | Fourniture pour 28 jours |
|----------------------------|---|--------------------------------|--|
| < 2 ans ou entre 5 et 9 kg | Zidovudine (ZDV/AZT) en sirop* 10 mg/ml | 7,5 ml deux fois/jour | = 420 ml (soit 5 flacons de 100 ml ou 3 flacons de 200 ml) |
| | plus | plus | plus |
| | Lamivudine (3 TC) en sirop 10 mg/ml | 2,5 ml deux fois/jour | = 140 ml (soit 2 flacons de 100 ml ou 1 flacon de 200 ml) |
| Entre 10 et 19 kg | Zidovudine (ZDV/AZT) en capsules de 100 mg | 1 capsule trois fois par jour | 90 capsules |
| | plus | plus | plus |
| | Lamivudine (3 TC) en comprimés de 150 mg | ½ comprimé deux fois par jour | 30 comprimés |
| Entre 20 et 39 kg | Zidovudine (ZDV/AZT) en capsules de 100 mg | 2 capsules trois fois par jour | 120 capsules |
| | plus | plus | plus |
| | Lamivudine (3 TC) en comprimés de 150 mg | 1 comprimé deux fois par jour | 60 comprimés |

* Jeter un flacon de sirop 15 jours après ouverture

Encadré 6 : PPE par trithérapie antirétrovirale

Une prescription à trois médicaments n'est recommandée que dans les cas suivants :

- Le patient est séropositif, sous traitement antirétroviral, avec des signes ou des antécédents de résistance prouvée au traitement antirétroviral.

ou

- La prévalence de la résistance au traitement antirétroviral au sein de la communauté dépasse les 15 % (lorsqu'elle est connue).

| Trithérapies recommandées | | | |
|---------------------------|--------------------|-------------|---------------------------------------|
| Zidovudine (AZT) | + Lamivudine (3TC) | + Lopinavir | avec Ritonavir comme potentialisateur |

L'observance d'une trithérapie peut s'avérer plus compliquée qu'avec une bithérapie. Compte tenu des effets secondaires éventuellement dangereux, orienter le patient vers un clinicien ou un docteur expérimenté dans le domaine des traitements contre le VIH.

Source : *prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH, Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH. OMS/OIT. 2007.*

Important :

- La grossesse ne constitue pas une contre-indication en cas de PPE. Informer les femmes enceintes de moins de 12 semaines que les effets éventuels du médicament sur le fœtus ne sont pas connus.
- Indiquer aux victimes les effets secondaires fréquents des médicaments, comme la fatigue, la nausée et des symptômes proches de ceux de la grippe. Temporaires, ces symptômes peuvent être atténués avec des analgésiques comme le paracétamol.
- Les victimes peuvent recevoir des PPE pour une semaine et le reste du traitement pour trois semaines à l'occasion des visites de suivi.
- Fournir la dose complète pour 28 jours aux victimes qui ne pourront pas revenir, pour quelque raison que ce soit, où qui se trouvent dans une situation dans laquelle des déplacements fréquents sont à prévoir.

Traitement des lésions et prévention du tétanos

Nettoyer toute ouverture, coupure et écorchure et recoudre les lésions propres sous 24 heures. Ne pas faire de points de suture sur des lésions sales. Envisager un traitement par antibiotiques et analgésiques en cas de lésions sales et importantes.

Prévoir une prophylaxie contre le tétanos en cas de lésion de la peau ou des muqueuses et si la victime n'a pas été vaccinée contre le tétanos ou lorsque la vaccination est incertaine. Conseiller aux victimes de suivre le programme de vaccination complet (deuxième dose à quatre semaines, troisième dose entre six mois et un an).

Orientation vers d'autres interventions

Avec l'accord de la victime ou sur sa demande, proposer une orientation vers :

- un **hôpital** en cas de complications à risques ou de complications impossibles à traiter au niveau de l'établissement de santé ;
- des **services sociaux ou de protection** si la victime n'a nulle part où aller en quittant l'établissement de santé ;
- des **soins pour un avortement sans risques** s'il est légal. Déterminer les indications légales des soins pour un avortement sans risque. De nombreux pays autorisent une interruption de grossesse lorsqu'elle est consécutive à un viol. L'interruption de grossesse peut également être dûment autorisée pour protéger la santé physique et mentale de la femme. Des prestataires de services formés peuvent procéder à des avortements au cours du premier trimestre :

- ▶ par aspiration manuelle par le vide (MVA) jusqu'à 12 semaines après les dernières règles, ou
- ▶ au moyen de méthodes médicamenteuses jusqu'à neuf semaines après les dernières règles. L'OMS conseille une association de **200 mg de mifépristone administré par voie orale suivie de 800 µg de misoprostol par voie vaginale de 36 à 48 heures plus tard**. En l'absence de mifépristone, il est possible d'utiliser du misoprostol seul à 800 µg par voie vaginale en répétant l'application toutes les 12 heures jusqu'à trois doses, avec une efficacité moindre qu'avec du mifépristone.
 - ▷ Proposer un analgésique, comme 800 mg d'ibuprofène trois par jour, ou suivant les besoins.
 - ▷ Conseiller aux femmes de revenir pour une ou plusieurs visites de contrôle au bout de 10 à 14 jours. Les cas de grossesse en cours doivent être orientés vers une MVA. Les cas d'avortement incomplet sont pris en charge soit avec une dose supplémentaire de misoprostol soit avec une MVA.
- ▶ La dilatation et le curetage (D & C) au moyen d'instruments métalliques ne doivent être envisagés que lorsque les méthodes d'avortement médicamenteuses ou par le vide ne sont pas disponibles. Plus rapide et générant moins de saignements que la dilatation et le curetage, la MVA doit être privilégiée le plus possible.
- Des services psychosociaux si possible. Contacter les points centraux protection et VBG pour identifier les services psychosociaux disponibles en situation de crise humanitaire. Il peut s'agir d'initiatives proposées par la population touchée, des centres pour femmes et d'autres groupes d'aide.

Considérations particulières pour les enfants

Le responsable de santé reproductive doit connaître les lois propres au pays concernant l'âge du consentement, le professionnel (représentant de la police, des services communautaires ou du tribunal) habilité à donner un consentement légal pour les soins cliniques lorsqu'un parent ou tuteur est l'agresseur présumé et les exigences et procédures de rapport obligatoire lorsque les prestataires de services soupçonnent ou sont informés d'un cas de maltraitance.

Aucun examen vaginal, anal ou par spéculum ne doit être pratiqué chez un jeune enfant.

Les protocoles indiquant les dosages appropriés de médicaments doivent être affichés ou facilement accessibles par les prestataires de services.

Considérations particulières pour les victimes hommes.

Les victimes hommes seront moins susceptibles de rapporter un incident du fait de leur embarras, de leur honte, de la pénalisation des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe ou de l'absence de reconnaissance de l'ampleur du problème par les prestataires de services et responsables de programmes. Souffrant pourtant des mêmes traumatismes physiques et psychologiques que les femmes, les victimes hommes doivent avoir accès à des services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires proposant tous les traitements appropriés.

3.2.4 Informer la communauté des services disponibles

Utiliser les moyens de communication (brochures, messages radio, séances d'informations par les accoucheuses professionnelles et les agents de santé) pour informer la population touchée de la disponibilité de services confidentiels et de l'importance de la participation des victimes le plus rapidement possible après l'incident.

3.3 Réduction de la transmission du VIH

Pour réduire la transmission du VIH dès le début d'une intervention humanitaire, le responsable de santé reproductive doit travailler avec les partenaires du secteur de la santé pour :

- mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité ;
- assurer l'application des précautions standard ;
- garantir la disponibilité de préservatifs en libre distribution.

Même si cela n'est pas prévu dans le DMU, il est important de proposer des antirétroviraux aux personnes sous antirétroviraux avant l'urgence, pour leur permettre de continuer leur traitement, y compris pour les femmes suivant un programme de prévention de la transmission mère-enfant.

3.3.1 Transfusions sanguines en toute sécurité

Le sang destiné aux transfusions doit être utilisé de façon sûre et rationnelle pour prévenir la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par transfusion (ITT) comme l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis. Avec une transfusion de sang contaminé, la transmission du VIH au patient transfusé est presque certaine à 100 %. Aucune transfusion sanguine ne doit être effectuée en l'absence d'établissement, de fournitures et de personnel qualifié.

Par transfusion sanguine *rationnelle*, on entend :

- une transfusion sanguine effectuée uniquement dans des cas graves et menaçant la vie, en l'absence de toute autre alternative ;
- l'administration de médicaments pour prévenir ou réduire les hémorragies (comme l'ocytocine) ;
- l'utilisation de substituts sanguins pour remplacer les volumes perdus comme les cristalloïdes (Ringer lactate, chlorure de sodium) ou colloïdes (haemaccel, gelofusin) dans la mesure du possible.

Par transfusion sanguine *sûre*, on entend :

- le prélèvement de sang sur des donneurs volontaires, bénévoles, peu exposés au risque d'acquérir des ITT et le développement de critères stricts de sélection des donneurs ;
- le dépistage systématique du VIH 1 et 2, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis dans le sang prélevé pour transfusion, avec les tests les plus appropriés. Un seul test de dépistage du VIH ne suffit pas à déterminer le statut VIH (voir Chapitre 10 : VIH). Ne pas révéler aux donneurs les résultats positifs d'un test s'ils ne peuvent pas être orientés vers des services de consultation et de test volontaires du VIH. Dans ce cas, tester le sang pour transfusion et le jeter s'il ne peut pas être utilisé. Relier les services de transfusion sanguine et les services de consultation et de dépistages volontaires dès que possible dans le cadre d'une intervention complète et orienter les donneurs vers les services de consultation et de dépistages volontaires avant de tester leur sang ;

- le groupage ABO et le typage RhD et, si le temps le permet, l'épreuve de compatibilité ;
- la transfusion de sang UNIQUEMENT à des femmes en âge de procréer avec un sang RhD approprié ;
- des pratiques de transfusion sûres au chevet du patient et l'élimination sûre des pochettes de sang, des aiguilles et des seringues.

Pour assurer des transfusions sanguines sûres et rationnelles, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent travailler avec les partenaires du secteur de la santé pour vérifier :

- que les hôpitaux référents disposent de fournitures suffisantes pour une transfusion sanguine sûre et rationnelle ;
- que le personnel a le savoir-faire et les fournitures permettant de limiter la nécessité de recourir à une transfusion ;
- que des donneurs sûrs sont recrutés. Des donneurs sûrs peuvent être recrutés sur questionnaire en les informant clairement des conditions requises relatives à la sécurité du sang. Recruter des donneurs volontaires sans exiger du personnel qu'il donne son sang ;
- que des procédures standard de fonctionnement (PSF) sont en place pour les transfusions sanguines, comme faisant partie intégrante du système qualité de n'importe quelle organisation et permettant d'assurer la cohérence des actions. Les membres du personnel effectuant des transfusions doivent suivre les PSF à chaque action. Conserver des copies des PSF dans un endroit central et en afficher là où les procédures sont appliquées pour une consultation facile ;
- que la responsabilité de la décision de transfusion est définie et que le personnel médical en assume la responsabilité ;
- que le personnel est informé des protocoles et suit les procédures à tout moment pour assurer une transfusion sanguine sûre au chevet du patient ;
- que les déchets, pochettes de sang, aiguilles et seringues, sont éliminés en toute sécurité ;

- que les sites de dépistage du sang et de transfusion sont correctement éclairés. Pour minimiser le risque d'erreurs, éviter, dans la mesure du possible, de pratiquer des transfusions sanguines la nuit.

3.3.2 Précautions standard

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

Les situations humanitaires peuvent occasionner un manque de fournitures ou d'infrastructures en cas d'une charge de travail accrue. Le risque est que le personnel du secteur médical prenne des raccourcis au niveau des procédures, compromettant la sécurité tant des patients que du personnel. Il est donc essentiel de respecter les précautions standard. Une supervision régulière peut permettre de réduire le risque d'exposition professionnelle sur le lieu de travail.

Souligner l'importance des précautions standard à l'occasion de la première réunion de coordination sanitaire.

Les précautions standard couvrent :

- **Un lavage fréquent des mains :** se laver les mains à l'eau et au savon avant et après chaque contact avec un(e) patient(e). Mettre à la disposition de tous les prestataires de services des installations et des fournitures pour le lavage des mains.
- **Le port de gants :** porter des gants non stériles à usage unique pour toutes les procédures impliquant un contact avec le sang ou des fluides corporels éventuellement contaminés. Se laver les mains avant de mettre les gants et après les avoir retirés. Jeter les gants immédiatement après utilisation. Imposer au personnel manipulant des matériaux et objets pointus ou tranchants de porter des gants plus épais et de recouvrir les coupures et ouvertures avec un pansement étanche. Assurer la mise à disposition de fournitures suffisantes.
- ▶ Note : assurer la disponibilité d'un stock adéquat et durable de gants pour mener toutes les actions à bien. NE JAMAIS réutiliser ou re-stériliser des gants jetables car ils deviennent poreux.
- **Le port de vêtements de protection,** du type blouses ou tabliers imperméables, en cas de risques de projections de sang ou d'autres fluides corporels. Imposer au personnel le port de masques et de lunettes de protection en cas d'exposition possible à de grandes quantités de sang.
- **Une manipulation avec précaution des objets pointus ou tranchants :**
 - ▶ Réduire au minimum la manipulation d'aiguilles et de seringues.
 - ▶ Utiliser une seringue et une aiguille stériles jetables pour chaque injection.
 - ▶ Organiser le lieu où sont pratiquées les injections de manière à réduire le risque de lésions.
 - ▶ Utiliser des fioles unidoses plutôt que des fioles multidoses. Si des fioles multidoses sont utilisées, éviter de laisser une aiguille dans le couvercle. Une fois entamées, les fioles multidoses doivent être conservées au réfrigérateur.
 - ▶ Ne pas replacer le capuchon sur les aiguilles.
 - ▶ Installer et informer correctement le patient avant une injection.
 - ▶ Jeter les aiguilles et les objets pointus ou tranchants dans des boîtes sécurisées étanches et résistantes. Prévoir des récipients ne pouvant être percés par les instruments pointus ou tranchants aisément disponibles, à proximité des interventions et hors de portée des enfants. Les instruments pointus ou tranchants ne doivent jamais être jetés dans des poubelles ou des sacs ordinaires.
- **L'élimination des déchets :** brûler tous les déchets médicaux dans un endroit à part, de préférence dans l'enceinte de l'établissement de santé. Enfouir les déchets constituant encore une menace, comme les objets pointus ou tranchants, dans une fosse couverte à au moins 10 mètres d'une source d'eau.
- **Le traitement des instruments :** traiter les instruments usagés dans l'ordre suivant :
 1. *Décontaminer* les instruments pour détruire les virus (VIH et hépatite B) et sécuriser les articles.

2. *Nettoyer* les instruments avant stérilisation ou désinfection poussée pour éliminer les débris.
 3. *Stériliser* (éliminer tous les pathogènes) les instruments pour minimiser le risque d'infections en cours de procédure. Un autoclavage à la vapeur est recommandé. La désinfection poussée (par ébullition ou trempage dans une solution de chlore) peut ne pas éliminer tous les spores.
 4. *Utiliser* ou stocker de façon appropriée les articles immédiatement après stérilisation.
- **Le nettoyage** : nettoyer rapidement et soigneusement les déversements de sang ou d'autres fluides corporels.
 - Informer l'agent exposé sur la réduction des risques en reprenant la séquence d'événements et l'utilisation de préservatifs pendant les trois mois suivants pour prévenir une transmission secondaire.
 - Proposer une consultation et un test volontaire du VIH à trois et six mois, que l'agent ait reçu ou non une PPE.
 - Remplir un rapport d'incident.

Pour l'application des précautions standard, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent travailler avec les partenaires du secteur de la santé pour :

Définir et mettre en œuvre des politiques sur le lieu de travail concernant l'exposition professionnelle

Malgré la mise en place de précautions standard et l'adhésion du personnel, une exposition professionnelle au VIH reste possible. S'assurer qu'une PPE est prévue dans le secteur de la santé dans le cadre d'un ensemble complet de précautions standard pour réduire l'exposition du personnel aux risques d'infection sur le lieu de travail. Afficher les mesures de premiers secours sur les lieux de travail appropriés (voir encadré 7) et indiquer au personnel comment accéder au traitement en cas d'exposition. Pour gérer l'exposition professionnelle :

- Préserver la **confidentialité** à tout moment.
- Évaluer le risque de transmission du VIH en cas d'exposition professionnelle, suivant le type d'exposition (lésion percutanée, projection sur une muqueuse, etc.), le type de matériel (sang, autres fluides corporels, etc.) et la probabilité de séropositivité du patient.
- Conseiller le patient sur le dépistage du VIH et, avec son accord, procéder à un test de dépistage.
- Informer l'agent exposé sur les implications de l'exposition, la nécessité d'une PPE, sa prise et ce qu'il convient de faire en cas d'effets secondaires.
- Interroger l'agent, procéder à un examen uniquement avec son accord, recommander une consultation et un test volontaire du VIH et proposer une PPE le cas échéant. Les protocoles de traitement PPE sont les mêmes que pour les victimes de violences sexuelles (voir Tableau 4). **Le dépistage du VIH n'est pas obligatoire avant de prescrire une PPE.**

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



Encadré 7 : premiers secours

Exposition professionnelle : premiers secours

Lésion avec une aiguille ou un instrument pointu ou tranchant usagé sur une peau lésée

- Ne pas pincer ou frotter.
- Rincer immédiatement avec du savon et de l'eau ou une solution de gluconate chlorhexidine.
- Ne pas utiliser de solutions fortes. De l'eau oxygénée ou de l'iode irriterait la lésion.

Projections de sang ou de fluides corporels sur une peau intacte

- Rincer immédiatement la surface. Ne pas utiliser de désinfectants puissants.

Projections de sang ou de fluides corporels dans l'œil

- Rincer immédiatement l'œil touché avec de l'eau ou un sérum physiologique.
- Pencher la tête en arrière et demander à un collègue d'appliquer de l'eau ou du sérum physiologique.
- Ne pas utiliser de savon ou de désinfectant dans l'œil.

Projections de sang ou de fluides corporels dans la bouche

- Cracher immédiatement le liquide.
- Se rincer soigneusement la bouche avec de l'eau ou du sérum physiologique. Renouveler plusieurs fois.
- Ne pas utiliser de savon ou de désinfectant dans la bouche.

Rapporter l'incident à (*insérer le nom*) et prendre une PPE si elle est indiquée.

3.3.3 Mise à disposition de préservatifs gratuits

Les préservatifs constituent une méthode clé de protection pour prévenir la propagation du VIH et des autres IST. Ils ne seront pas connus de tous mais la plupart des populations comptent des utilisateurs. S'assurer de la mise à disposition de préservatifs masculins et féminins dès les premiers jours d'une intervention humanitaire et commander immédiatement suffisamment de préservatifs masculins et féminins de bonne qualité (voir encadré 8).

Encadré 8 : commande de préservatifs

- S'assurer que le bureau d'approvisionnement chargé des achats en gros pour les urgences ajoute un certificat dans la langue voulue à tous les envois et qu'il fait état de contrôles qualité des préservatifs effectués par lot dans un laboratoire indépendant.
- Les organisations peu expérimentées en matière d'approvisionnement en préservatifs peuvent passer par l'UNFPA, qui pourra en faire expédier de grandes quantités de bonne qualité sur le terrain dans le cadre des kits de santé reproductive interorganisations (voir paragraphe 3.5).
- Les préservatifs masculins sont fournis dans le Kit 1A de santé reproductive interorganisations et les préservatifs féminins dans le Kit 1B de santé reproductive interorganisations. Ces kits contiennent un stock suffisant pour couvrir les besoins d'une population de 10 000 personnes pendant trois mois (voir calculs ci-après). Des brochures expliquant l'utilisation appropriée des préservatifs masculins et féminins sont jointes.

Calcul pour l'approvisionnement en préservatifs d'une population de 10 000 personnes pour 3 mois

| Préservatifs masculins | Préservatifs féminins |
|--|--|
| <i>Si on suppose que :</i> | <i>Si on suppose que :</i> |
| 20% de la population est constituée d'hommes sexuellement actifs | 25% de la population est constituée de femmes sexuellement actives |
| <i>alors :</i> | <i>alors :</i> |
| 20% x 10 000 personnes = 2 000 hommes | 25% x 10 000 personnes = 2,500 femmes |
| <i>Si on suppose que :</i> | <i>Si on suppose :</i> |
| 20% d'entre eux utilisent des préservatifs | qu'1 % d'entre elles utiliseront des préservatifs féminins |
| <i>alors :</i> | <i>alors :</i> |
| 20% x 2 000 = 400 utilisateurs | 1% x 2 500 = 25 utilisateurs |
| <i>Si on suppose que :</i> | <i>Si on suppose que :</i> |
| Chaque utilisateur a besoin de 12 préservatifs par mois | Chaque utilisatrice a besoin de 6 préservatifs par mois |
| <i>alors :</i> | <i>alors :</i> |
| 400 x 12 x 3 mois = 14 400 préservatifs masculins | 25 x 6 x 3 mois = 450 préservatifs féminins |
| <i>Si on suppose :</i> | <i>Si on suppose :</i> |
| qu'il y aura 20% de gaspillages (2 880 préservatifs) | qu'il y aura 20% de gaspillages (90 préservatifs féminins) |
| <i>alors :</i> | <i>alors :</i> |
| TOTAL = 14 400 + 2 880 = 17 280 (soit 120 grosses) | TOTAL = 450 + 90 = 540 (soit 3,8 grosses) |

Fournir des préservatifs sur demande et assurer leur mise à disposition dans tous les établissements de santé et dans des espaces privés accessibles au sein de la communauté comme les toilettes, dans les bars, aux points de distribution non-alimentaires et dans des centres communautaires et de jeunes. Consulter le personnel local sur la mise à disposition de préservatifs de façon culturellement appropriée, notamment pour les groupes les plus exposés, comme les prostituées et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les toxicomanes et les jeunes. Les adolescents peuvent aider à identifier les sites de rassemblement des jeunes. S'assurer que des préservatifs sont également disponibles pour la communauté voisine, le personnel des organisations, le personnel en uniforme, les chauffeurs routiers livrant les fournitures d'aide.

Le prélèvement de préservatifs fait l'objet de contrôles réguliers (et des réapprovisionnements le cas échéant) sur les points de distribution.

3.4 Prévention de la surmortalité maternelles et néonatales

Les activités prioritaires de prévention de la surmortalité et de la surmortalité maternelles et néonatales consistent à :

- Assurer la prestation de soins obstétriques d'urgence et de soins néonataux avec :
 - ▶ Dans les établissements de santé : des accoucheuses compétentes et des fournitures pour des accouchements normaux et la prise en charge de complications obstétriques et néonatales.
 - ▶ Dans les hôpitaux référents : du personnel médical compétent et des fournitures pour la prise en charge des urgences obstétriques et néonatales.
- Mettre en place un système d'orientation pour faciliter le transport et les communications entre la communauté et l'établissement de santé d'une part et entre ce dernier et l'hôpital.
- Proposer des kits d'accouchement hygiénique aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses pour favoriser les accouchements à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène lorsqu'aucun accès vers l'établissement de santé n'est possible.

Encadré 9 : soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets et de base

- Assurer des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né dans tous les établissements de santé, avec du personnel compétent et les fournitures nécessaires pour :
 - ▶ les antibiotiques par voie parentérale.
 - ▶ les utérotoniques par voie parentérale (ocytocine).
 - ▶ les anticonvulsivants par voie parentérale (sulfate de magnésium).
 - ▶ l'extraction manuelle des produits de conception retenus par une technologie appropriée.
 - ▶ l'extraction manuelle du placenta.
 - ▶ l'extraction par voie basse (aspiration par le vide ou extraction aux forceps).
 - ▶ la réanimation de la mère et du nouveau-né.
- Assurer des soins obstétriques d'urgence et néonataux complets en milieu hospitalier avec le personnel compétent et les ressources nécessaires à l'appui de toutes les interventions ci-avant, ainsi que pour :
 - ▶ procéder à une intervention chirurgicale sous anesthésie générale (césarienne, laparotomie).
 - ▶ assurer une transfusion sanguine sûre et rationnelle.

(voir Chapitre 6 pour en savoir plus.)

3.4.1 Assurer la disponibilité de soins obstétriques d'urgence et néonataux

Les indicateurs de l'ONU pour les services obstétriques d'urgence estiment à 15 % les femmes qui développeront des complications potentiellement graves en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement et à 5 % à 15 % les accouchements nécessitant une césarienne. L'OMS estime que 9 % à 15 % des nouveau-nés auront besoin de soins d'urgence de secours. Afin de prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales consécutives aux complications, les responsables de santé reproductive doivent assurer la disponibilité 24h/24 et 7j/7 de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets et de base (voir encadré 9).

Soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né de base

Bien qu'un accouchement dans un établissement de santé en présence de personnel qualifié soit idéale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles associées à la grossesse et à l'accouchement, il ne sera pas forcément possible au début d'une intervention humanitaire. S'assurer, toutefois, au minimum de la disponibilité 24h/24 et 7j/7 de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né de base dans tous les établissements de santé (comme indiqué dans l'encadré 9) et de la possibilité d'orientation vers un hôpital si nécessaire.

Parmi les 15 % de femmes touchées par des complications obstétriques graves, les problèmes les plus courants concernent l'hémorragie massive, les infections, l'éclampsie et le travail dystocique.

Environ deux-tiers des morts infantiles surgissent au cours des 28 premiers jours. La majorité de ces décès peuvent être évités en mettant en œuvre des actions essentielles qui peuvent être prises par des agents de santé, les mères ou d'autres membres des communautés. Environ 5 % à 10 % des nouveau-nés ne respirent pas spontanément à la naissance et nécessitent donc d'être stimulés. Environ la moitié des nouveau-nés présentant des difficultés à respirer nécessiteront une réanimation. Les principales causes de problèmes respiratoires sont la naissance avant-terme et les problèmes graves à l'accouchement occasionnant une asphyxie sévère.

Pour prévenir et prendre en charge ces complications :

- Fournir aux sages-femmes et aux accoucheuses compétentes des établissements de santé du matériel et des médicaments pour l'accouchement, permettant de prendre en charge les complications et de stabiliser les femmes avant leur transport vers un hôpital si nécessaire.
- S'assurer de la compétence des accoucheuses pour prodiguer des soins de routine et d'urgence aux nouveau-nés, dont :
 - ▶ le déclenchement de la respiration ;
 - ▶ la réanimation ;
 - ▶ la protection thermique (report du bain, du séchage et du contact direct) ;
 - ▶ la prévention des infections (propreté, sectionnement hygiénique et soins du cordon ombilical, soins oculaires) ;
 - ▶ l'allaitement immédiat et exclusif ;

- ▶ la prise en charge des maladies du nouveau-né et des soins pour les nouveau-nés avant terme/de faible poids.

Les kits de santé reproductive interorganisations intègrent des fournitures pour la prise en charge des soins obstétriques d'urgence et aux nouveau-nés de base (voir paragraphe 3.5). Des fournitures pour la réanimation du nouveau-né sont prévues dans le Kit 6 de santé reproductive interorganisations. Lors de la commande de fournitures auprès d'autres sources, s'assurer que le kit pour sages-femmes prévoit des fournitures pour la réanimation du nouveau-né.

Soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets

Si possible, assister les hôpitaux du pays hôte avec du personnel qualifié, des infrastructures, du matériel, médicaments et appareils chirurgicaux, si nécessaire, afin d'assurer des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets (voir encadré 9). Si cela s'avère impossible du fait de la localisation de l'hôpital du pays hôte ou de son incapacité à répondre à des besoins accrus, le responsable de santé reproductive doit travailler avec le secteur de la santé et une organisation tel que le Comité international de la Croix-Rouge ou l'IFRC pour régler le problème, en établissant, par exemple, un hôpital référent à proximité de la population touchée.

3.4.2 Mettre en place un système d'orientation pour prendre en charge les urgences obstétriques et néonatales

Rester en contact avec le secteur de la santé et les autorités du pays hôte pour assurer un système d'orientation (y compris des moyens de communication et de transport) dès que possible dans une situation de crise humanitaire. À l'appui de la prise en charge des complications obstétriques et néonatales 24h/24, 7j/7, le système d'orientation doit garantir que les femmes, jeunes filles et nouveau-nés nécessitant des soins d'urgence sont orientés de la communauté vers un établissement de santé prodiguant des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né de base. Les patientes présentant des complications obstétriques et les urgences néonatales impossibles à traiter dans l'établissement de santé doivent être stabilisées pour être transportées vers l'hôpital proposant des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets.

- Déterminer les politiques, procédures et pratiques à suivre dans les établissements de santé et les hôpitaux pour assurer une orientation efficace.
- Déterminer les distances entre la communauté touchée et les établissements de santé opérationnels et l'hôpital ainsi que les options de transport éventuelles.
- Afficher les protocoles dans tous les établissements de santé en précisant quand, où et comment orienter vers le niveau supérieur de soins les patientes présentant des urgences obstétriques.
- Indiquer dès que possible aux communautés quand et où demander des soins d'urgence pour des complications associées à la grossesse et à l'accouchement. Rencontrer et informer les forces vives de la communauté, les accoucheuses traditionnelles et autres pour la distribution de brochures illustrées ou la mise en place d'autres approches créatives d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Sans accès à des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né appropriés, des femmes et nouveau-nés risquent de mourir inutilement. Il faut donc impérativement essayer de négocier un accès à l'hôpital référent. Si des services d'orientation 24h/24 et 7j/7 ne peuvent être mis en place, il convient impérativement que du personnel qualifié soit rendu disponible à tout moment dans les établissements de santé pour prodiguer des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né de base (voir paragraphe 3.4.1). Dans ce cas-là, un système de communication, par radio ou téléphone portable, sera d'une grande utilité pour communiquer avec du personnel plus compétent afin de demander des indications et un appui d'ordre médical.

Encadré 10 : encourager les accouchements dans les établissements de santé

Il est important de souligner que lorsque des établissements de santé disposant d'accoucheuses compétentes, des équipements et des fournitures en suffisance existent, toutes les femmes doivent être informées de leur emplacement et encouragées à s'y rendre pour leur accouchement. Cette information peut être fournie au moment de la distribution de kits d'accouchement hygiénique ou par voie de communication avec la communauté.

3.4.3 Kits d'accouchement hygiénique

Dans toutes les situations de crise humanitaire, des femmes et jeunes filles se trouveront dans leurs derniers mois de grossesse et seront contraintes d'accoucher pendant l'urgence. Au début d'une intervention humanitaire, des accouchements se produiront souvent à l'extérieur d'un établissement de santé, sans l'aide d'accoucheuses compétentes. Proposer un kit d'accouchement hygiénique à toutes les femmes visiblement enceintes pour favoriser les accouchements à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène lorsqu'aucun accès à un établissement de santé n'est possible. La distribution peut être organisée aux points d'enregistrement par exemple.

Lorsque des accoucheuses traditionnelles assistent les accouchements à domicile, elles peuvent également demander des kits d'accouchement hygiénique et des fournitures de base. Mettre en contact ces accoucheuses traditionnelles avec un établissement de santé doté d'accoucheuses qualifiées pour qu'elles puissent s'enregistrer et se réapprovisionner en fournitures. Ceci constitue la première étape vers l'intégration des accoucheuses traditionnelles aux programmes complets de santé reproductive ; elles peuvent y jouer un rôle d'interface entre les familles, les communautés et les autorités locales d'une part, et les services de santé reproductive d'autre part (voir Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale).

Encadré 11 : kit d'accouchement hygiénique

Ces kits contiennent des fournitures de base notamment :

- un drap en plastique (pour l'accouchement)
- un pain de savon
- une paire de gants
- une lame de rasoir propre (neuve et dans son emballage d'origine) (permettant de couper le cordon ombilical)
- trois bouts de ficelle (pour attacher le cordon ombilical)
- deux pièces d'étoffe en coton (l'une pour sécher le bébé et l'autre pour l'envelopper)
- des brochures explicatives illustrées

Les kits d'accouchement hygiénique et les fournitures destinées aux accoucheuses traditionnelles peuvent être commandées par l'intermédiaire de l'UNFPA (Kits 2A et 2B de santé reproductive interorganisations, voir paragraphe 3.5). Ces matériaux s'obtenant souvent facilement localement, sans dates de péremption, il est possible d'assembler les kits sur site et de les pré-stocker à titre de la préparation, dans les situations où ils n'auront pas besoin d'être utilisés immédiatement. Il est possible de passer un contrat de sous-traitance avec une ONG locale pour la production des kits, ce qui pourra générer un revenu pour les femmes des populations locales.

3.5 Fournitures pour la mise en œuvre du DMU

Pour mettre en œuvre la prestation des services du DMU (soins cliniques pour les victimes de viols, réduction de la transmission du VIH, prévention de la surmortalité et de la surmortalité maternelles et néonatales), le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) a créé un ensemble de kits contenant des médicaments et des fournitures facilitant la mise en œuvre de ces services prioritaires de santé reproductive : les kits de santé reproductive interorganisations (kits de santé reproductive). Les kits de santé reproductive viennent compléter le kit sanitaire d'urgence interorganisations de 2006 (IEHK), un kit sanitaire d'urgence standardisé contenant des médicaments, fournitures et équipements essentiels pour la prestation de services de soins primaires. L'IEHK est souvent rendu rapidement disponible dans les situations de crise humanitaire. Contenant un kit pour sages-femmes, des pilules contraceptives d'urgence (PCU), un traitement de PPE permettant de prévenir la transmission du VIH après un viol et des fournitures pour l'application des précautions standard, l'IEHK n'intègre pas, toutefois, toutes les fournitures nécessaires pour mettre en œuvre le DMU.

Conçus pour être utilisés dès le début de l'intervention humanitaire, les kits de santé reproductive contiennent les fournitures nécessaires pour trois mois utilisables par différentes populations, suivant la couverture de l'établissement de santé auquel les kits sont destinés.

Les 13 kits de santé reproductive sont divisés en trois blocs, chaque bloc ciblant un niveau différent de services sanitaires :

- Bloc 1 : soins primaires et communautaires : 10 000 personnes/3 mois.
- Bloc 2 : établissement de soins primaires et hôpital référent : 30 000 personnes/3 mois.
- Bloc 2 : hôpital référent : 150 000 personnes/3 mois.

Bloc 1 :

Le bloc 1 compte six kits, contenant des articles destinés aux prestataires de services fournissant des soins de santé reproductive au niveau communautaire et des soins primaires. Ils contiennent principalement des médicaments et des articles jetables. Les kits 1, 2 et 3 sont divisés en deux parties A et B qui peuvent être commandées séparément.

Bloc 2 :

Le bloc 2 intègre cinq kits contenant du matériel jetable et réutilisable, pour utilisation par les prestataires de soins formés proposant des soins de sages-femmes et certains soins obstétricaux et néonataux au sein de l'établissement de santé ou à l'hôpital.

Bloc 3 :

Dans des situations de crise humanitaire, les patients appartenant à la population touchée sont orientés vers l'hôpital le plus proche qui aura besoin d'une aide matérielle afin d'être en mesure de fournir les services nécessaires à cette population supplémentaire. Le bloc 3 intègre deux kits de fournitures jetables et réutilisables pour prodiguer des soins obstétricaux d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets au niveau de l'hôpital référent (obstétrique chirurgicale). On estime qu'un hôpital à ce niveau couvre une population de quelque 150 000 personnes. Le kit 11 se compose de deux parties, A et B, qui sont généralement utilisées ensemble mais peuvent être commandées séparément.

3.5.1 Approvisionnement en kits de santé reproductive et logistique

L'UNFPA est chargé d'assembler et de fournir les kits de santé reproductive interorganisations. Les organisations doivent éviter de dépendre d'une seule source d'approvisionnement et intégrer les fournitures de santé reproductive à leurs approvisionnements médicaux généraux. Commander les kits de santé reproductive interorganisations par l'intermédiaire de l'UNFPA ou identifier d'autres sources

| Tableau 6 : kits de santé reproductive interorganisations | | |
|--|--|---------------------|
| Bloc 1 : | | |
| N° du kit | Nom du kit | Code couleur |
| Kit 0 | Administration | Orange |
| Kit 1 | Préservatif (Partie A : préservatifs masculins et Partie B : préservatifs féminins) | Rouge |
| Kit 2 | Accouchement hygiénique (individuel) (Partie A : kit d'accouchement hygiénique et Partie B : fournitures pour accoucheuses) | Bleu foncé |
| Kit 3 | Soins post-viol Partie A : PCU et traitement contre les IST et Partie B : PPE | Rose |
| Kit 4 | Contraceptifs oraux et injectables | Blanc |
| Kit 5 | Traitement contre les IST | Turquoise |
| Bloc 2 : | | |
| N° du kit | Nom du kit | Code couleur |
| Kit 6 | Kit d'accouchement (établissement de santé) | Marron |
| Kit 7 | DIU | Noir |
| Kit 8 | Prise en charge des complications consécutives à une fausse couche et à un avortement | Jaune |
| Kit 9 | Suture des déchirures (vagin et col de l'utérus) et examen vaginal | Violet |
| Kit 10 | Ventouse d'accouchement (manuelle) | Gris |
| Bloc 3 : | | |
| N° du kit | Nom du kit | Code couleur |
| Kit 11 | Niveau référent (Parties A et B) | Vert fluorescent |
| Kit 12 | Transfusions sanguines | Vert foncé |

d'approvisionnement de qualité pour assurer la disponibilité d'équipements et de matériel nécessaires destinés à fournir l'ensemble des services prioritaires de santé reproductive. Coordonner la commande de fournitures sanitaires avec le secteur de la santé dans le but d'éviter les gaspillages.

Afin de commander les kits de santé reproductive, préparer un plan pour la distribution des kits dans le pays, en indiquant

combien de kits sont destinés à tels partenaires dans la zone géographique concernée et tout en précisant les modes de transport et de stockage dans le pays, sans oublier les dispositions spécifiques pour les articles devant être conservés au frais (chaîne du froid).

Se préparer à réceptionner les fournitures dès leur arrivée au port du pays et s'assurer que tous les formulaires de dédouanement sont prêts pour éviter les retards entravant l'importation

| Tableau 7 : Points de contact pour les kits de santé reproductive interorganisations | | | |
|---|--|--|---|
| Adresse | UNFPA Service des interventions humanitaires 220 East 42nd Street New York, NY 10017 États-Unis | UNFPA Service des interventions humanitaires 11-13, chemin des Anémones 1219 Chatelaine, Genève, Suisse | UNFPA Service d'approvisionnement Midtermolen 3 2100 Copenhague Danemark |
| Fax : | +1 212 297 4915 | +41 22 917 80 16 | +45 35 46 70 18 |
| E-mail : | hrb@unfpa.org | hrb@unfpa.org | procurement@unfpa.dk |
| Site Internet | www.unfpa.org | | http://web.unfpa.org/procurement/form request.cfm |

des kits. Le secteur de la logistique, le cas échéant, peut aider à faciliter les procédures.

Les bureaux de terrain de l'UNFPA, les organisations partenaires, le Service d'approvisionnement ou le Service des interventions humanitaires de l'UNFPA sont à même de proposer des informations sur les kits ou d'aider à les commander.

3.6 Plan d'intégration de services complets de santé reproductive aux soins primaires

Commencer à prévoir l'intégration d'activités complètes de santé reproductive aux soins de santé primaires dès le début d'une intervention humanitaire, sous peine de retarder inutilement la prestation de ces services, d'augmenter le risque de grossesses non désirées, de transmission d'infections sexuellement transmissibles, de complications de violences basées sur le genre, de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales.

Démarrer la prestation de services complets de santé reproductive dès que les indicateurs du DMU sont atteints (voir Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse). Lorsque les procédures d'appels humanitaires et les organisations lancent la planification à plus long terme (6 à 12 mois), des services complets doivent être intégrés aux procédures de financement et de planification comme le Plan d'action humanitaire commun (CHAP), la Procédure d'Appel Global (CAP) et les demandes auprès du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF).

Pour mettre au point un programme de prestation de services complets de santé reproductive intégrés aux soins primaires, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent travailler au sein du secteur de la santé à :

- commander les équipements et fournitures de santé reproductive nécessaires ;
- recueillir les données existantes ;
- identifier des sites appropriés pour la prestation future de services complets de santé reproductive ;
- évaluer la capacité du personnel à fournir des services complets de santé reproductive et prévoir une formation/mise à niveau du personnel.

Encadré 12 : DMU et services complets de santé reproductive

| Composantes de santé reproductive (non classées par ordre de priorité/d'importance) | Services prioritaires de santé reproductive (DMU) | Services complets de santé reproductive |
|--|--|---|
| PLANING FAMILIAL | <p><i>* Fournir des contraceptifs : préservatifs, pilules, produits injectables et DIU pour répondre à la demande</i></p> | <p>S'approvisionner et se procurer des contraceptifs</p> <p>Assurer la formation du personnel</p> <p>Établir un programme complet de planning familial</p> <p>Sensibiliser la communauté</p> |
| VIOLENCE BASÉE SUR LE GENRE | <p>Coordonner les mécanismes de prévention de la violence sexuelle au sein du secteur/cluster de la santé et des autres secteurs/clusters</p> <p>Proposer des soins cliniques aux victimes de viols</p> | <p>Développer des soins médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques pour les victimes</p> <p>Prévenir et aborder d'autres formes de VBG, y compris la violence domestique, le mariage précoce/forcé, les mutilations sexuelles féminines</p> <p>Sensibiliser la communauté</p> <p>Impliquer les hommes et jeunes garçons aux programmes sur les violences basées sur le genre</p> |
| SOINS MATERNELS ET NEONATALS | <p>Assurer la disponibilité de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né</p> <p>Établir un système de référence opérationnel 24h/24, 7j/7 pour les urgences obstétriques</p> <p>Fournir des kits d'accouchement hygiénique à toute les femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses</p> | <p>Proposer des soins anténatals</p> <p>Proposer des soins postnatals</p> <p>Former les accoucheuses qualifiées (sages-femmes, infirmières, docteurs) à la réalisation de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né</p> <p>Améliorer l'accès aux soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets et de base</p> |
| PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES IST DONT LE VIH | <p>S'assurer de pratiques sûres de transfusions sanguines</p> <p>Faciliter et faire appliquer les précautions standard</p> <p>Mettre à disposition des préservatifs gratuits</p> <p><i>* Proposer aux clients qui se présentent un traitement syndromique dans le cadre des services cliniques de routine</i></p> <p><i>* Proposer, dès que possible, un traitement aux patients déjà sous antirétroviraux, y compris pour la PTME</i></p> | <p>Mettre en place des services complets de prévention et de traitement des IST, y compris des systèmes de surveillance des IST</p> <p>Collaborer le cas échéant à l'établissement de services complets de prévention et de traitement du VIH</p> <p>Fournir des soins, une aide et un traitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA</p> <p>Sensibiliser la communauté aux services de prévention, de soins et de traitement des IST dont le VIH</p> <p>Assurer l'éducation de la communauté</p> |

3.6.1 Commander les équipements et fournitures de santé reproductive

Une fois les services minimum initiaux de santé reproductive en place, travailler de concert avec les autorités sanitaires, par l'intermédiaire du secteur de la santé, à l'analyse de la situation, à l'estimation de l'utilisation des médicaments et fournitures jetables, à l'évaluation des besoins de la population et aux nouvelles commandes de fournitures si nécessaire. Éviter de continuer à passer des commandes de kits préconditionnés de santé reproductive. Des commandes suivant la demande garantiront la durabilité du programme de santé reproductive, éviteront les carences et les gaspillages.

Passer les commandes de suivi de fournitures de santé reproductive par des flux logistiques médicaux dans le pays. Envisager les réseaux d'approvisionnement utilisés par les ONG ou par l'intermédiaire du Service d'approvisionnement de l'UNFPA (voir paragraphe 3.5.1).

Pour la commande de fournitures de services complets de santé reproductive, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent coordonner la gestion des fournitures de santé reproductive avec les autorités sanitaires et le secteur de la santé pour assurer un accès ininterrompu aux fournitures et éviter les gaspillages.

- Embaucher du personnel formé à la gestion logistique.
- Estimer la consommation mensuelle de médicaments et fournitures jetables de santé reproductive.
- Identifier les filières d'approvisionnement médical. Analyser la qualité des filières locales d'approvisionnement. Si elles s'avèrent inappropriées, commander les fournitures de santé reproductive auprès de fournisseurs mondiaux reconnus ou avec l'appui de l'UNFPA, de l'UNICEF ou de l'OMS qui peuvent faciliter l'achat de grosses quantités de fournitures de santé reproductive de qualité à prix réduit.
- Passer les commandes au bon moment, via les flux logistiques identifiés, selon les estimations faites, afin d'éviter les ruptures de stock.
- Implanter les fournitures le plus près possible de la population destinataire de l'aide.

3.6.2 Recueillir les données existantes

Pour progresser au-delà du DMU et commencer à planifier la prestation de services complets de santé reproductive, les responsables et directeurs de programmes doivent recueillir, en étroite collaboration avec les partenaires du secteur de la santé, les informations existantes ou données estimées permettant de mettre au point un programme complet de santé reproductive.

- Identifier les politiques du MdS, les protocoles de soins standardisés, pour la prise en charge syndromique des IST par exemple, et les protocoles de planning familial.
- Recueillir ou estimer les données démographiques et relatives à la santé reproductive de la population touchée en indiquant :
 - ▶ le nombre de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans), estimée à 25 % de la population, le nombre d'hommes sexuellement actifs, estimé à 20 % de la population, le taux brut de natalité, estimé à 4 % de la population ;
 - ▶ les taux de mortalité par sexe et par âge, avec, par exemple, le nombre de décès chez les adolescentes, le taux de mortalité néonatale (nombre de décès au cours des 28 premiers jours de la vie pour 1 000 naissances vivantes sur une période donnée) et les données existantes sur la mortalité maternelle ;
 - ▶ la prévalence des IST et du VIH, des contraceptifs, et les méthodes privilégiées, les connaissances, attitudes et comportements de la population touchée en rapport avec la santé reproductive.

Pour plus d'informations, se reporter au Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse.

3.6.3 Identifier des sites appropriés

Collaborer avec les autorités locales et les partenaires du secteur de la santé pour identifier les sites éventuels destinés aux services complets de santé reproductive, comme les centres de planning familial, les chambres ambulatoires pour les patients touchés par des IST ou les services de santé reproductive pour adolescents. Les facteurs suivants (entre autres) doivent être pris en compte pour choisir des sites appropriés :

- praticabilité des communications et des moyens de transport vers les points référents ;
- distance par rapport aux autres services de santé ;
- proximité par rapport à la population touchée et au groupe cible.

3.6.4 Évaluer la capacité du personnel et prévoir une formation

La capacité du personnel peut être mesurée par des actions de contrôle (listes de contrôle, observation directe, entretiens à la sortie du patient) (voir Chapitre 1 : Principes fondamentaux et Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse) ou par le contrôle formel des connaissances et des compétences.

Travailler avec les autorités nationales, les instituts universitaires et de formation pour planifier la formation ou la mise à niveau du personnel et tenir compte des programmes existants. Si possible, faire appel à des formateurs nationaux. Organiser soigneusement les séances de formation de manière à ne pas priver les établissements de santé de leur personnel en interne.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

Les obligations légales internationales des États relatives au respect et à l'application des droits de l'homme de base soutiennent le DMU utilisé comme norme, pour les acteurs du secteur humanitaire, y compris les droits en matière de santé reproductive, dans les situations de crise humanitaire. En cas de conflits, les États ont l'obligation d'assurer une assistance humanitaire à la population civile lorsque les aliments, les médicaments et autres ressources font défaut. Les États ont également l'obligation de ne pas empêcher l'assistance sanitaire, les opérations de secours et les autres formes d'assistance humanitaire. L'assistance humanitaire et la protection des droits individuels doivent être assurées et garanties par les États et les autres parties sans discrimination d'aucune sorte.

Reconnaissant que certaines catégories de population sont plus exposées que d'autres au moment d'un conflit et/ou d'un déplacement, le droit international prévoit un traitement particulier et une protection spéciale pour les femmes et les enfants, notamment pour les femmes enceintes et les mères d'enfants en bas âge.

Les États et les secouristes doivent porter une attention particulière aux besoins sanitaires des femmes, en leur permettant d'accéder à des services de santé reproductive, y compris la prévention des infections à VIH, et à des prestataires de services femmes. Par ailleurs, le droit international des réfugiés impose aux États de traiter les réfugiés légalement installés sur leur territoire de la même manière que leurs ressortissants, pour ce qui est de la sécurité sociale, y compris les droits en matière de maternité et de maladie.

Dans les situations d'urgence, les États ont l'obligation individuelle et collective d'assurer le droit à la santé en coopérant à l'assistance humanitaire, y compris pour l'accès aux soins de santé reproductive. Dans leurs interventions, les États doivent, en premier lieu, respecter leurs obligations en matière « d'aide médicale internationale, de distribution et de gestion des ressources (eau salubre et potable, vivres, fournitures médicales, etc.) » en donnant la priorité « aux groupes les plus vulnérables ou les plus marginalisés de la population. » *

Encadré 13 : soutien

Vous pouvez utiliser les points suivant pour plaider auprès des Nations Unies et des décideurs nationaux, etc., lorsque le DMU est rejeté ou considéré comme non prioritaire dans les interventions humanitaires.

Le DMU :

- est une norme Sphère et à ce titre une norme minimum universelle d'intervention en cas de catastrophe internationalement reconnue ;
- constitue une intervention de secours et un critère de secours minimum CERF éligible pour un financement par le CERF ;
- est compris dans les directives mondiales pour le secteur de la santé.

* Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale No 14 para. 40 (2000).

5 Contrôle

Le responsable de santé reproductive suit la liste de contrôle du DMU pour contrôler la prestation de services dans chaque situation de crise humanitaire. Dans certains cas, le rapport peut passer par un rapport verbal du responsable de santé reproductive et/ou par des visites d'observation. Au début

de l'intervention humanitaire, le contrôle est hebdomadaire. Une fois les services en place, un contrôle mensuel suffit. Discuter des lacunes et des doublons au niveau de la couverture des services à l'occasion de réunions entre les acteurs de santé reproductive et des mécanismes de coordination du secteur de la santé afin de trouver et mettre en œuvre des solutions.

| Modèle de checklist du DMU | | | |
|--|--|--|--|
| Zone géographique : | Période de rapport : __/__/20__ to __/__/20__ | Début de l'intervention sanitaire : __/__/20__ | Rapporté par : |
| 1. Organisation chef de file en santé reproductive et responsable de santé reproductive | | | |
| | | OUI | NON |
| 1.1 | Organisation chef de file en santé reproductive identifiée et responsable de santé reproductive au sein du secteur de la santé : Organisation chef de file _____ Responsable de santé reproductive _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Réunions instituées et régulières des acteurs en matière de santé reproductive : • Au niveau national TOUS LES MOIS • Au niveau régional/du district DEUX FOIS PAR MOIS • Au niveau local TOUTES LES SEMAINES | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Données démographiques | | | |
| 2.1 | Population totale | _____ | |
| 2.2 | Nombre de femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans, estimé à 25 pour cent de la population) | _____ | |
| 2.3 | Nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 pour cent de la population) | _____ | |
| 2.4 | Taux brut de natalité (estimé à 4 pour cent de la population) | _____ | |

| 3. Prévention de la violence sexuelle et services répondant aux besoins des victimes | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | OUI | NON |
| 3.1 | Mécanismes coordonnés multisectoriels en place destinés à prévenir la violence sexuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Services sanitaires confidentiels destinés à prendre en charge les victimes de viols | | |
| | • Contraception d'urgence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • PPE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Antibiotique pour prévenir et traiter les IST | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Toxoïde tétanique/immunoglobuline tétanique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Vaccin contre l'hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Orientation vers des services sanitaires, psychologiques et sociaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Nombre d'incidents de violence sexuelle rapportés aux services sanitaires | _____ | |
| 3.3 | Diffusion auprès de la communauté des informations sur les soins post-viols et sur l'accès aux services | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Réduction de la transmission du VIH | | | |
| 4.1 | Protocoles en place pour des transfusions sanguines sûres et rationnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Unités de sang dépistées/unités totales de sang données x 100 | _____ | |
| 4.3 | Matériaux suffisants et listes de contrôle pour assurer la mise en place des précautions standard | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 | Mise à disposition gratuite de préservatifs | | |
| | • Établissements de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | • Communauté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 | Nombre approximatif de préservatifs consommés sur la période | _____ | |
| 4.6 | Nombre de préservatifs ajoutés au niveau des sites de distribution pour la période (préciser les emplacements) | | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |

| 5. Prévention de la surmorbidity et de la surmortalité maternelles et néonatales | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | OUI | NON |
| 5.1 | <p>Établissements de santé (pour assurer des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né de base 24h/24 et 7j/7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • un prestataire de soins qualifié d'astreinte pour 50 consultations ambulatoires par jour • fournitures pour sages-femmes, y compris pour le nouveau-né <p>Hôpital (pour assurer des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets 24h/24 et 7j/7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 prestataire de services qualifié d'astreinte pour 20 à 30 lits au service obstétrique • 1 équipe de docteur/infirmière/sage-femme/anesthésiste d'astreinte • médicaments et fournitures appropriées pour appuyer les soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né complets 24h/24 et 7j/7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | <p>Systèmes d'orientation pour les urgences obstétriques et néonatales, opérationnel 24h/24 et 7j/7</p> <ul style="list-style-type: none"> • moyens de communication (radio, téléphones portables) • transport entre la communauté et l'établissement de santé disponible 24h/24 et 7j/7 • transport entre l'établissement de santé et l'hôpital disponible 24h/24 et 7j/7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Chaîne du froid opérationnelle (pour l'ocytocine et les tests de dépistage du sang) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Nombre de césariennes/nombre de naissances x 100 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Nombre de kits d'accouchement hygiénique distribué/nombre estimé de femmes enceintes x 100 | _____ | |
| 6. Transition vers des services complets de santé reproductive. Actions prévues pour la période. | | | |
| 6.1 | Sites pour la prestation future des services complets de santé reproductive (planning familial, prise en charge des IST, santé reproductive des adolescents) | | |
| 6.2 | Besoins du personnel en formation (sur le planning familial, la prise en charge des IST, etc.), outils de formation, animateurs : | | |
| 6.3 | Contrôle de la consommation des fournitures de santé reproductive (médicaments et fournitures jetables) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4 | <p>Réseaux d'approvisionnement identifiés</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> | | |

| 7. Remarques | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | OUI | NON |
| 7.1 | Méthodes contraceptives de base disponibles pour répondre à la demande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2 | Antirétroviraux disponibles pour les patients sous traitement, y compris pour la PTME | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.3 | Traitement contre les IST dans les établissements de santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.4 | Kits d'hygiène distribués | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Autres commentaires | | | |
| Expliquer comment les informations ont été obtenues (observation directe, rapport d'un partenaire (nom) etc.) et indiquer les autres commentaires éventuels. | | | |
| 9. Actions (Pour les "Non" cochés, indiquer les obstacles et les actions proposées pour les surmonter). | | | |
| Nombre | Obstacle | Solution proposée | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6 Bibliographie

Lectures recommandées

DMU

Dispositif Minimum d'Urgence pour la santé reproductive en situations de crise : Module d'apprentissage à distance. Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, 2006. <http://misp.rhrc.org/content/view/26/45/lang.french/>

« Antisèche » DMU. Fédération internationale pour le planning familial, août 2007. <http://iiawg.net/>

Kits de Santé Reproductive Interorganisations à Utiliser en Situations de Crise, 4e édition. UNFPA/IAWG, 2008. http://www.rhrc.org/resources/rhrkit_FR.pdf

Prévention de la violence sexuelle et intervention

Gestion clinique des victimes de viol : Gestion clinique des victimes de viols – Guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, édition révisée. OMS/HCR, 2004 http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf

E-learning sur la prise en charge clinique des victimes de viols, OMS, HCR, UNFPA, 2009 : <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/index.html>

Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire, Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Comité permanent interorganisations, 2006. <http://ocha.unog.ch/ProCapOnline/docs/library/GBVMatrixFrancais.pdf>

Soins obstétricaux d'urgence et de prise en charge du nouveau-né

Guide pratique d'intégration des Soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire. Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, 2005. http://www.rhrc.org/resources/emoc/FR_ffg.pdf

Prévention de la transmission du VIH

Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence, IASC. 2009. <http://www.who.int/3by5/publications/en/directivesvihinalesfr.pdf>

Lectures complémentaires

Formation sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive et sexuelle en situation de crise : Cours pour les Coordinateurs en santé reproductive et sexuelle, Manuel de l'animateur. IPPF ESAOR, UNFPA, UNSW, 2008. <http://www.ippfeseaor.org/NR/rdonlyres/A81D9D1C-9D82-442A-8980-3117BAB69D1A/0/FacilitatorsManualFRENCHMay09Part1.pdf>

La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées. Principes directeurs pour la prévention et l'intervention. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2003. <http://www.unhcr.fr/4ad2f840e.html>

Pour en savoir plus sur les soins obstétricaux d'urgence : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/managing_complications/en/index.html

Pour en savoir plus sur la sécurité des transfusions sanguines : www.who.int/bloodsafety/en/

Pour en savoir plus sur les précautions standard : www.engenderhealth.org/ip/index.html

Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH, Recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH. OMS/OIT, 2007. http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines_fr.pdf



3

CHAPITRE TROIS

Évaluation, contrôle et analyse

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUCTION | 55 |
| 2 OBJECTIFS | 56 |
| 3 ÉVALUATION, CONTRÔLE ET ANALYSE | 56 |
| 3.1 Évaluation | 59 |
| 3.2 Contrôle | 61 |
| 3.3 Analyse | 65 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 66 |
| 4.1 Normes relatives aux droits de l'homme | 66 |
| 4.2 Considérations juridiques nationales | 66 |
| 4.3 Difficultés et opportunités | 67 |
| 5 BIBLIOGRAPHIE | 67 |
| Annexe 1A : indicateurs du DMU | 68 |
| Annexe 1B : indicateurs pour les programmes complets de santé reproductive | 69 |
| Annexe 2 : taux et coefficients de référence en santé reproductive | 76 |
| Annexe 3 : estimation du nombre de femmes enceintes dans une population donnée | 77 |
| Annexe 4 : formulaire d'examen et fiche conseil relatifs au décès maternel | 78 |
| Annexe 5 : formulaire type de rapport mensuel (Système d'information sanitaire - SIS) | 84 |

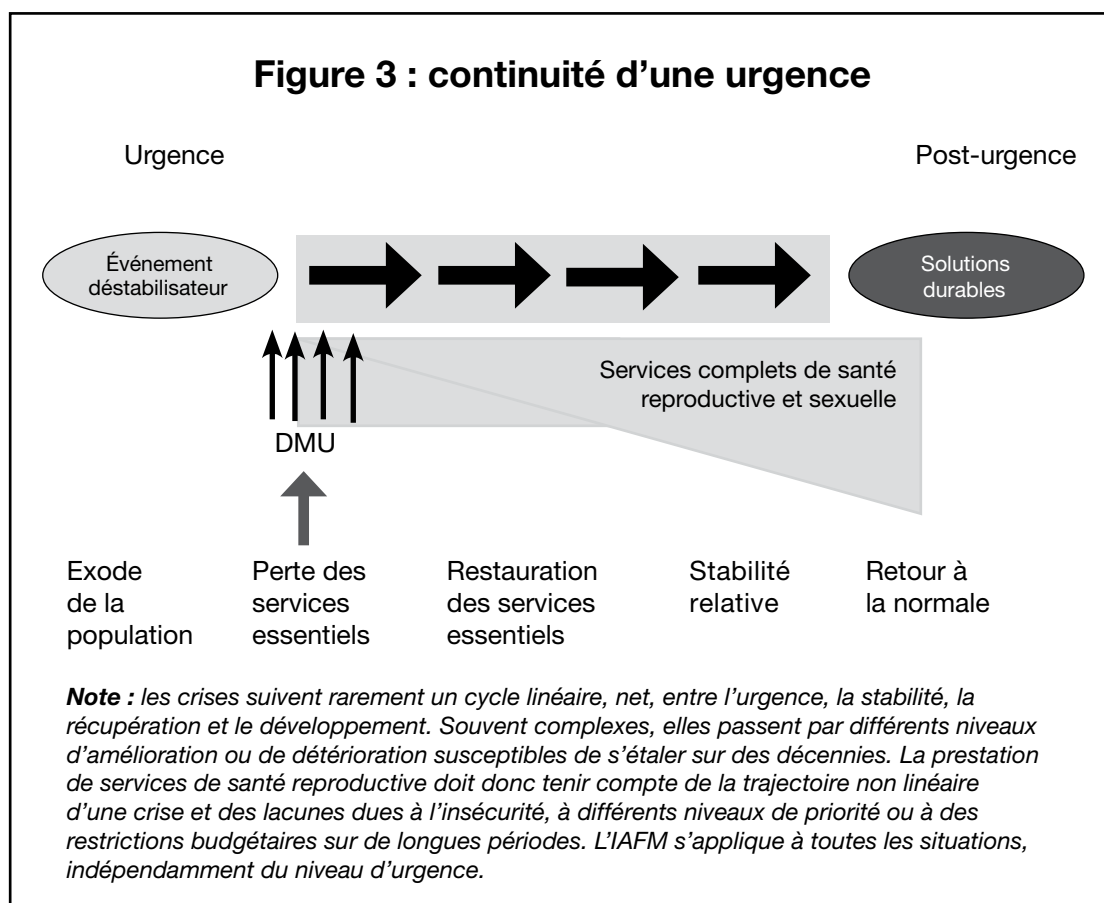
1 Introduction

Appliqués à différentes étapes d'une intervention humanitaire, l'évaluation, le contrôle et l'analyse sont étroitement liés à la prise de décision en matière de santé publique et à la mise en œuvre des actions du programme de santé reproductive. Les résultats de l'évaluation, du contrôle et de l'analyse appuient la planification des programmes complets de santé reproductive dans la mesure où ils permettent :

- de comprendre les besoins des populations touchées
- d'assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources
- de déterminer le succès ou l'échec d'un programme
- de garantir responsabilité et transparence vis-à-vis des donateurs et des bénéficiaires.

Pour les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive, les décisions relatives à la transition de la mise en œuvre des actions du DMU (voir Chapitre 2) à la mise en place des composantes des services complets de santé reproductive sont souvent difficiles. Avec la diffusion opportune des résultats précis de l'évaluation, du contrôle et de l'analyse, ils pourront prendre des décisions éclairées sur les étapes à suivre pour passer à la mise en œuvre des programmes complets de santé reproductive et à la prestation de services complets. Une bonne utilisation des résultats assurera également la mise en œuvre des actions de façon durable, adaptée au contexte et aux besoins de la population.

Évaluation, contrôle et analyse



2 Objectifs

Les objectifs du présent chapitre consistent à :

- décrire comment évaluer, contrôler et analyser les programmes de santé reproductive ;
- identifier les méthodes, outils et indicateurs appropriés d'évaluation, de contrôle et d'analyse ;
- proposer des informations sur la transition entre le Dispositif minimum d'urgence (DMU) et les programmes complets de santé reproductive.

3 Évaluation, contrôle et analyse

Le cinquième objectif du DMU impose la planification de programmes complets de santé reproductive dès le début d'une intervention humanitaire. Sitôt les objectifs de services du DMU atteints et durables (voir Chapitre 2 : Le DMU), des composantes appropriées de services complets de santé reproductive peuvent être mises en œuvre.

Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent travailler dans le cadre des mécanismes du secteur/cluster de santé pour assurer la coordination de ce processus de conception avec les autres actions de planification sanitaire et de mobilisation des ressources et la prise en compte des services complets de santé

reproductive dans le développement des programmes de soins primaires.

Pour planifier un programme complet de santé reproductive, il convient de comprendre les besoins de la population touchée et de tenir compte des ressources disponibles et des priorités identifiées au niveau du système de santé existant. Définissant un certain nombre d'éléments de base constituant les systèmes de santé, l'approche sur les systèmes de santé offre un cadre de programmation utile permettant la planification, l'évaluation, le contrôle et l'analyse des composantes de santé reproductive (voir Encadré 14).

Les termes principaux utilisés dans le présent chapitre sont les suivants :

L'évaluation permet de déterminer et de répondre aux besoins ou "carences" entre conditions réelles et conditions souhaitées.

Le contrôle couvre le recueil et l'analyse systématiques des données au fur et à mesure de l'avancement d'un projet, afin de mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs du programme.

L'analyse évalue la réalisation ou non des objectifs du programme et/ou dans quelle mesure les changements sont imputables au programme.

Encadré 14 : approche sur les systèmes de santé*

Les six éléments de base d'un système de santé sont les suivants :

- De bons **services de santé reproductive** assurent des interventions de santé reproductive efficaces, sûres et de qualité à ceux qui en ont besoin, quand et où il le faut, avec un gaspillage minimum de ressources.
- Un **personnel de santé reproductive** performant travaille de façon réactive, juste et efficace pour obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles, suivant les ressources disponibles et les circonstances (personnel suffisant en santé reproductive, bien réparti, à la fois compétent, réactif et productif).
- Un **système d'information sanitaire** performant assure la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de santé reproductive, les performances du système de santé et le niveau de santé reproductive.
- Un système de santé opérationnel assure un accès équitable aux **médicaments, vaccins et technologies essentiels pour la santé reproductive**, dont la sécurité, la qualité, l'efficacité, la disponibilité et la rentabilité sont garanties et dont l'utilisation est scientifique et rentable.
- Un **bon système de financement** assure un financement approprié de la santé reproductive, permettant à la population touchée d'accéder aux services voulus, sans risquer une catastrophe financière ou un appauvrissement en raison du coût. Il est incitatif tant pour les prestataires que pour les utilisateurs.
- **Le leadership et la gouvernance** assurent l'existence de cadres politiques stratégiques de santé reproductive associés à une surveillance efficace, à la mise en place de coalitions, à une réglementation et à un souci de la conception et de la responsabilité du système.

Les éléments de base offrent un modèle de planification utile pour passer du DMU à des programmes plus complets de santé reproductive. Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent, toutefois, reconnaître l'interdépendance entre chaque élément de base de l'approche sur les systèmes de santé et assurer la mise en œuvre de services complets de santé reproductive de façon intégrée.

* *Source* : L'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires : cadre d'action de l'OMS. OMS, Genève, 2007.

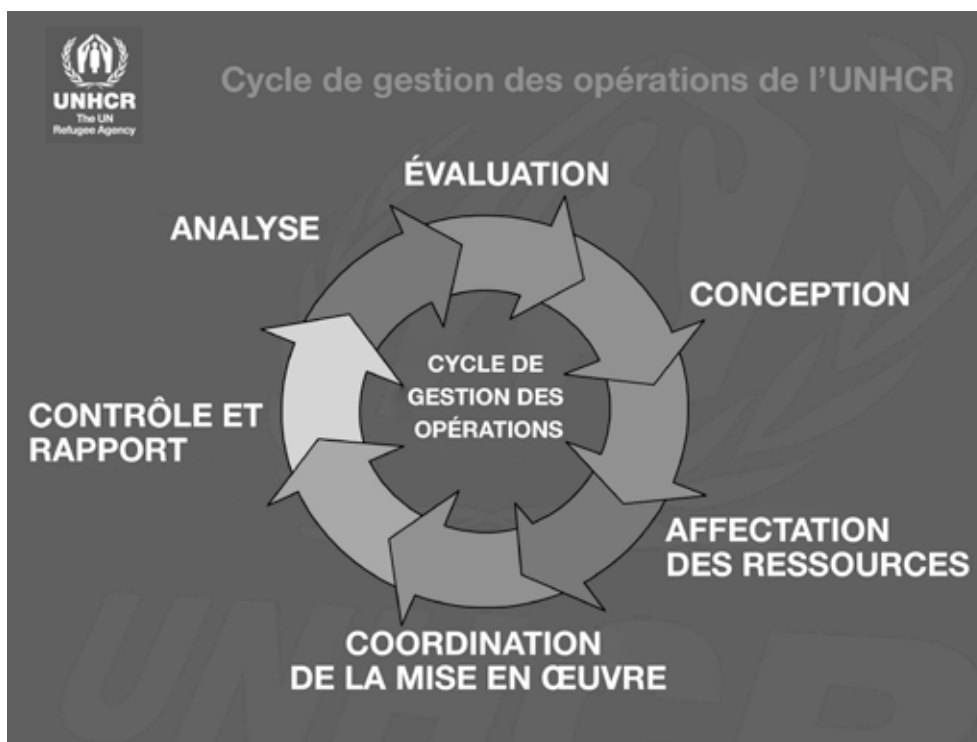
Ces trois processus s'inscrivent dans la continuité de la prestation de services ou "cycle du projet". Le cycle du projet est un outil permettant aux responsables et directeurs de programmes de

santé reproductive de savoir comment exécuter les tâches et assumer les fonctions de gestion pendant la mise en œuvre du programme de santé reproductive (voir Encadré 15).

Encadré 15 : cycle du projet

Le **cycle du projet** définit comment l'évaluation, le contrôle et l'analyse s'inscrivent dans la continuité de la prestation de services et de la gestion du programme. Il permet aux responsables et aux directeurs de programmes de santé reproductive de savoir comment utiliser ces outils pour appuyer la prise de décision tout au long du cycle de conception, de planification et de mise en œuvre du programme (consulter le schéma ci-après).

L'exécution de projets réussis et opportuns de santé reproductive dans le contexte délicat d'une intervention humanitaire est cruciale pour assurer la satisfaction des besoins en santé reproductive de la population touchée. Les programmes de santé reproductive les plus efficaces sont conçus suivant une **évaluation** appropriée des besoins de la population touchée. Les actions du programme font alors l'objet **d'un contrôle** avec des indicateurs soigneusement choisis pour suivre les progrès accomplis par rapport à des objectifs clairement définis (Se reporter au paragraphe 3.2 Contrôle pour en savoir plus sur le choix et l'utilisation des indicateurs). Tout au long de la mise en œuvre du programme, les actions doivent être **analysées** pour réfléchir à ce qui fonctionne ou non, et intégrer les résultats dans un cycle permanent de suivi et d'amélioration du programme.



Un certain nombre d'outils balisent ce cycle de planification, d'évaluation, de contrôle et d'évaluation des programmes. L'un des outils les plus reconnus est l'**Approche cadre logique** ou "logframe". (Pour en savoir plus, consulter la Bibliographie.)

3.1 Évaluation

L'objet d'une évaluation consiste à recueillir rapidement des informations, à identifier les besoins de la population en matière de santé reproductive et la capacité du système de santé existant à y répondre

3.1.1 Quand procéder à une évaluation ?

Au début de l'intervention humanitaire, les partenaires humanitaires procèdent à une évaluation initiale rapide. Les responsables de santé reproductive doivent, dans le cadre du système de coordination du secteur/cluster de santé, obtenir des informations sur :

- le nombre et la localisation des individus ayant besoin de services minimum de santé reproductive ;
- le nombre et la localisation des professionnels de santé proposant, ou capables de proposer, les services prévus dans le DMU ;
- les opportunités logistiques d'approvisionnement médical dans le domaine de la santé reproductive ;
- les possibilités de financement du DMU.

Les stratégies et plans seront définis suivant ces informations. Déjà traitées dans le DMU, les causes principales de la morbidité et de la mortalité liées à la santé reproductive n'ont pas à être évaluées au début de l'intervention humanitaire (voir Chapitre 2). Une fois les objectifs 2, 3 et 4 du DMU en place, une évaluation plus approfondie est effectuée dans le cadre de l'objectif 5 pour planifier la mise en œuvre des services complets de santé reproductive. Des évaluations périodiques sont possibles tout au long d'un programme pour évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs.

3.1.2 Quels outils utiliser pour les évaluations ?

Quatre méthodes importantes permettent de recueillir des données :

- a. Analyse des informations existantes
- b. Entretiens avec les informateurs principaux et groupes de discussion
- c. Évaluations des établissements de santé
- d. Enquêtes rapides

a. Analyse des informations existantes

Dans le cadre de l'évaluation permettant de planifier le démarrage de composantes de services complets de santé reproductive, un examen approfondi des sources de données secondaires est nécessaire pour recueillir les informations existantes relatives à la santé reproductive de la population touchée, notamment auprès des ministères de la Santé, des agences des Nations Unies et des ONG. Il peut s'agir :

- D'études démographiques et sanitaires ou d'autres données d'étude disponibles ;
- De la disponibilité des services de santé reproductive, de leur implantation géographique et de leur fonctionnalité ;
- Des données de surveillance de routine ou d'établissements de santé, telles que les données rapportées aux systèmes d'informations sanitaires locaux ou nationaux ;
- De plans stratégiques nationaux et/ou d'évaluations du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF).

b. Entretiens avec les informateurs principaux

L'objet des entretiens avec les informateurs principaux consiste à recueillir des informations auprès d'une large base d'individus, y compris les chefs de la communauté, les professionnels ou résidents, possédant des connaissances directes sur la population touchée. Les informations recueillies doivent intégrer les opinions des informateurs principaux sur les conditions et pratiques préexistantes, la situation actuelle, les changements de pratiques depuis le début de l'urgence, la pertinence des services existants de santé reproductive et les besoins prioritaires de la population en matière de santé reproductive. Les entretiens peuvent être structurés (avec un ensemble de questions posées dans un ordre défini) ou non (avec des questions essentiellement ouvertes qui peuvent être modifiées ou adaptées au cours d'un entretien).

c. Groupes de discussion

L'objet des groupes de discussion consiste à obtenir des informations sur les croyances et attitudes d'un groupe par rapport à un problème sanitaire donné. Les groupes de discussion diffèrent des entretiens avec les informateurs principaux au sens où ils permettent une interaction entre tous les membres du groupe. Si la discussion réunit un sous-groupe de la population, comme les femmes en âge de

procréer ou les adolescents, les résultats peuvent fournir des informations utiles, représentatives de ce groupe.

d. Évaluations des établissements de santé

Une évaluation des établissements de santé constitue un inventaire des sites proposant des soins et des services fournis. Une liste de contrôle structurée peut aider à décrire l'établissement de santé, avec un récapitulatif des services de santé reproductive fournis, le personnel et la couverture et un inventaire des équipements et fournitures de santé reproductive. Il peut aussi s'agir d'analyses des statistiques de routine sur les services de santé reproductive pour connaître l'application des protocoles standard afin de garantir la qualité des soins.

e. Enquêtes rapides

Les enquêtes rapides permettent de recueillir rapidement des informations sur la population à l'occasion d'une évaluation. Courtes, elles se composent uniquement de questions portant sur les informations nécessaires pour identifier les besoins de base en matière de santé reproductive (voir Encadré 16). Les enquêtes se distinguent des groupes de discussion dans la mesure où elles ne permettent pas aux participants de donner une opinion détaillée sur un sujet.

Pour en savoir plus sur les outils décrits, consulter la bibliographie.

3.1.3 Qui procède aux évaluations ?

Une équipe d'évaluation intègre une à trois personnes possédant des compétences cliniques, de recherche, de gestion et de santé publique. Le nombre d'équipes dépendra de l'étendue de la région à couvrir, de l'accès, de la situation en termes de sécurité et des méthodes d'évaluation à utiliser. La composition d'une équipe doit tenir compte du sexe, de l'âge, de l'ethnie et du statut social des membres. Dans certaines cultures, il ne sera pas opportun pour un homme d'interroger une femme mariée sur ses antécédents en matière de santé reproductive. Si possible, il est bon d'inclure des membres de la population touchée dans les équipes d'évaluation.

Les membres les plus appropriés :

- possèdent les compétences, la formation et l'expérience techniques voulues ;
- maîtrisent les langues locales et connaissent la population évaluée ;
- peuvent facilement discuter de problèmes de santé reproductive, en restant ouverts à de nouvelles connaissances en matière de santé reproductive ;
- possèdent de bonnes compétences analytiques ;
- sont capables de prendre des décisions solides avec peu de données.

Encadré 16 : utilisation d'études relatives à la santé reproductive

Les études peuvent fournir des données de population pratiques utilisables par les responsables et les prestataires de services de santé reproductive pour améliorer et mieux cibler les soins de santé reproductive. De nombreux facteurs doivent être pris en compte pour concevoir une étude. Des décisions doivent être prises concernant la taille de l'échantillon, les niveaux d'erreurs et sources d'écarts acceptables, suivant la disponibilité des ressources (temps, argent, personnel). Les études effectuées au cours de l'évaluation initiale des besoins, par exemple, sont habituellement rapides, avec de petits échantillons pratiques de population. Avec la stabilisation de la situation, des questionnaires plus détaillés et des échantillons plus représentatifs peuvent être utilisés.

La décision relative à la méthodologie d'étude est coordonnée avec le secteur/cluster de santé pour s'assurer de sa pertinence et de l'obtention de résultats comparables avec d'autres études effectuées dans le cadre de l'intervention sanitaire.

3.1.4 Quelles données faut-il utiliser dans une évaluation ?

Les chapitres 4 à 10 proposent des recommandations sur les données à recueillir au cours des évaluations pour chaque composante d'un programme de santé reproductive (voir tableau ci-après). Les éléments de base du système de santé constituent une structure utile pour hiérarchiser les questions d'évaluation de la santé reproductive (voir Encadré 14 : approche sur les systèmes de santé, p. 57).

Pour en savoir plus sur les données d'évaluation, consulter les pages suivantes :

3.2 Contrôle

Essentiel dans n'importe quel programme de santé reproductive, le contrôle concerne le recueil, le rapport et l'analyse réguliers des données tout au long de la mise en œuvre du programme. Il intègre également la diffusion opportune des résultats pour décider des mesures à prendre.

3.2.1 Quand procéder à un contrôle ?

Un système d'information simple, de routine, doit être prévu pour recueillir des données minimales de santé reproductive dès le début d'une intervention humanitaire et la mise en

| | |
|--|---------------|
| Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents | p. 87 |
| Chapitre 5 : Planning familial | p. 99 |
| Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale | p. 123 |
| Chapitre 7 : Soins complets d'avortement | p. 145 |
| Chapitre 8 : Violence basée sur le genre | p. 157 |
| Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles | p. 169 |
| Chapitre 10 : VIH | p. 185 |

3.1.5 Comment analyser, utiliser et diffuser les résultats des évaluations ?

Les résultats d'une évaluation doivent être les plus précis possible pour permettre des décisions opportunes sur les interventions, avec une hiérarchisation claire des besoins et l'identification d'opportunités pour chaque élément de base du système de santé (voir Encadré 14, p. 57). Les résultats doivent proposer des suggestions sur la pérennisation des interventions du DMU et contribuer à la planification des composantes des services complets de santé reproductive.

Partager des copies du rapport final avec toutes les organisations impliquées dans l'intervention humanitaire, y compris le ministère de la Santé, par le mécanisme de coordination du secteur/cluster de santé. Communiquer les résultats et les décisions à la communauté.

œuvre du DMU (voir Chapitre 2). Les exigences de contrôle des programmes de santé reproductive doivent s'adapter à l'évolution de la situation et au démarrage de composantes de services plus complets de santé reproductive, pour refléter l'évolution des besoins servant de base à la planification, à l'organisation et à la prestation des composantes des services de santé reproductive.

Les données sanitaires peuvent être recueillies dans le cadre d'un système d'information sanitaire national existant. En l'absence de système d'information sanitaire, ou en cas d'interruption du système du fait de la crise, le secteur/cluster de santé mettra en œuvre un système de contrôle d'urgence pour appuyer la gestion et la coordination du programme. La périodicité du contrôle (quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle) dépendra de l'évolution de l'intervention humanitaire et des exigences de chaque organisation. Des données mensuelles, au minimum, doivent être disponibles pour appuyer les décisions régulières en matière d'élaboration de programmes.

3.2.2 Quels outils utiliser ?

Des outils et méthodes de recueil communs à tous les partenaires sanitaires sont indispensables pour assurer la standardisation et la qualité des données générées. Utilisées de façon systématique et coordonnée par tous les partenaires, ces ressources permettent d'assurer le recueil des données avec le même niveau de détail pour pouvoir les comparer entre sites.

Des données de santé reproductive de routine doivent être recueillies à partir de sources de la communauté et des établissements de santé dans le cadre du système d'information sanitaire. Les sources de données de routine sont les suivantes :

- Dossiers médicaux et diagrammes des patients (partogrammes, fiches prénatales, fiches de planning familial) ;
- Registres quotidiens et feuilles de pointage (registres des naissances, feuilles de pointage prénatales) ;
- Formulaires de laboratoire (résultats des tests VIH ou du dépistage de la syphilis) ;
- Formulaires d'examen des décès maternels (voir Encadré 18) ;
- Rapports des agents de santé/sages-femmes de la communauté ;
- Formulaires de rapport hebdomadaires et/ou mensuels.

La liste ci-avant n'est pas exhaustive. D'autres sources de données et méthodes de rapport de routine (surveillance sentinelle*) pourront être nécessaires en dehors du système d'information sanitaire, suivant les besoins de chaque programme et/ou agence. Dans certains cas, des études de population pourront également être utilisées pour guider l'application du programme. Renouvelées dans le temps, elles constitueront une source utile de données de contrôle de la santé reproductive.

3.2.3 Quelles données utiliser ?

Les données nécessaires pour contrôler un programme de santé reproductive dépendent du choix des indicateurs utilisés pour suivre la progression du programme vers un ensemble d'objectifs. Voir l'Encadré 17 pour les définitions et les problèmes à prendre en

compte pour choisir et utiliser les indicateurs de santé reproductive.

Les Chapitres 4 à 10 recommandent des indicateurs clés à utiliser pour contrôler chaque composante d'un programme complet de santé reproductive (voir tableau page 61). Un résumé de chaque indicateur, avec les formules, les unités d'expression et une norme correspondante est proposé en Annexe 1B, p. 69.

Un examen des décès maternels (voir Encadré 18) ou une analyse des quasi-accidents constituent des outils particuliers de contrôle des programmes de santé reproductive. Les examens des décès maternels et des quasi-accidents font partie intégrante des programmes de santé maternelle et néonatale pour promouvoir et contrôler les changements survenus au niveau de la prestation des services et appuyer les mesures susceptibles de prévenir les complications et les décès. (Voir Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale).

3.2.4 Qui est responsable du contrôle ?

Les infirmières, les sages-femmes et les autres prestataires de services de santé reproductive des établissements de santé sont responsables du recueil et du rapport réguliers des données relatives aux services. Le personnel de santé de la communauté doit également être impliqué dans le recueil des données au niveau de la communauté. Pour assurer la comparabilité des données entre différents programmes, l'ensemble du personnel doit recevoir une formation appropriée sur l'utilisation et l'application des outils de recueil de données sur le terrain.

Le superviseur clinique est responsable de la préparation des rapports hebdomadaires ou mensuels, envoyés au responsable de santé reproductive ou directeur de programme sanitaire pour saisie et analyse informatiques.

* La surveillance sentinelle est une méthode de contrôle utilisant un indicateur de substitution pour un problème de santé publique afin d'estimer l'importance du problème au sein de la population générale. Par exemple, prévalence du VIH chez les femmes consultant les services de soins prénatals comme indicateur de substitution pour la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population.

Encadré 17 : choix et utilisation des indicateurs de santé reproductive

Les **indicateurs** sont des variables pouvant être suivies dans le temps pour contrôler les progrès accomplis par rapport à la réalisation d'objectifs. Par exemple : *“couverture des soins prénatals”*.

Un **objectif** constitue le résultat souhaité à atteindre à la fin de la mise en œuvre du programme. Par exemple : *les facteurs de risque obstétricaux sont détectés et pris en charge au début de la grossesse*.

Chaque indicateur doit être accompagné d'une **norme** établissant le niveau minimum acceptable de réalisation attendu. Par exemple : *90 % des femmes se rendent à quatre visites prénatales ou plus pendant leur grossesse*.

Si les programmes de santé reproductive mis en œuvre par différents acteurs n'utilisent pas les mêmes indicateurs, ils ne seront pas standardisés et les informations sanitaires générées seront disparates. Les données produites par des programmes sanitaires non standardisés risquent d'être incomplètes, peu appropriées pour une agrégation et le contrôle d'une situation.

Le choix des indicateurs n'est pas évident. Chaque indicateur doit être techniquement valable, simple et mesurable. Par ailleurs, le passage du DMU à des services complets de santé reproductive au sein d'un pays s'accompagnera de nouveaux domaines de contrôle et de mise en œuvre à prendre continuellement en compte. Les indicateurs doivent donc respecter les critères **SMART** et être :

Specific (précis, en indiquant quoi et qui)

Measurable (mesurables)

Appropriate (appropriés)

Realistic (réalistes)

Time bound (définis dans le temps)

L'ensemble d'indicateurs choisi pour le contrôle doit être approprié pour mesurer les objectifs du programme à différentes étapes du cycle du projet. Par exemple :

Mesurant les actions nécessaires à la mise en œuvre du programme, **les indicateurs de produits (ou procédures)** correspondent aux différentes actions nécessaires pour obtenir les résultats spécifiés. Par exemple : *nombre de sages-femmes formées aux protocoles de soins prénatals*.

Les indicateurs de résultats (ou performances) mesurent les changements consécutifs aux actions du programme, au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements, ou de la disponibilité des services. Par exemple : *nombre de femmes recevant au moins deux doses de toxoïde tétanique (TT) avant l'accouchement*.

Les indicateurs d'objectifs (ou d'impact) mesurent l'évolution de la morbidité et de la mortalité attendue suite aux actions du programme. Par exemple : *incidence du tétanos néonatal*.

Tableau 8 : données nécessaires au contrôle :

| | |
|--|---------------|
| Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents | p. 97 |
| Chapitre 5 : Planning familial | p. 121 |
| Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale | p. 137 |
| Chapitre 7 : Soins complets d'avortement | p. 154 |
| Chapitre 8 : Violence basée sur le genre | p. 167 |
| Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles | p. 184 |
| Chapitre 10 : VIH | p. 199 |

Encadré 18 : examen des décès maternels

Un examen des décès maternels permet aux professionnels de santé et aux membres de la communauté de tirer des leçons d'un événement tragique, qui peut souvent être évité. Il permet d'identifier les lacunes en termes de services, de connaissances (tant du côté des prestataires que de la communauté) et la nécessité d'améliorer les procédures d'orientation dans les cas de complications obstétriques. Il est important d'impliquer différents intervenants (membres de la famille, accoucheuses traditionnelles, sages-femmes, docteurs, coordinateurs, chefs de la communauté, etc.) dans l'analyse d'un décès maternel, que le décès survienne dans la communauté ou dans un établissement de santé.

Les points à analyser sont les suivants :

- Date du début de la maladie grave.
- Date de la reconnaissance du problème et du décès.
- Opportunité des actions.
- Accès aux soins ou logistique d'orientation.
- Qualité des soins jusqu'au décès.

L'autopsie verbale, déjà utilisée dans certaines situations de réfugiés, s'est avérée relativement pertinente en l'absence de dossier médical.

L'annexe 4 propose un modèle de formulaire d'examen et de fiche conseil relatifs au décès maternel avec des conseils d'utilisation.

3.2.5 Comment analyser, utiliser et diffuser les résultats du contrôle ?

L'analyse des données systématiques de population ou des services de santé est essentielle pour contrôler la prestation et la qualité des services de santé et identifier l'évolution de l'état sanitaire de la population touchée.

Au niveau de l'établissement, les statistiques peuvent faire l'objet d'une analyse manuelle en affichant les résultats sur des graphiques indiquant les statistiques d'usages dans l'accueil de la clinique. Au niveau de l'organisation et du secteur/cluster de santé, des moyens plus efficaces de gestion des données sont nécessaires pour assurer l'analyse, la diffusion et l'utilisation des résultats de façon opportune

et efficace. Une feuille de calcul informatisée ou un logiciel de base de données simple permettra de gérer de gros volumes de données dans le temps et sur différents sites.

Les données doivent absolument être utilisées et les résultats communiqués pour que les informations se traduisent en pratiques de santé publique et en améliorations mesurables de la santé reproductive de la population. Les responsables subalternes doivent souvent rapporter de grandes quantités de données à leurs supérieurs sans recevoir d'informations de retour. Par ailleurs, la saturation des niveaux supérieurs en informations est telle que les données sont rarement utilisées efficacement. Les directeurs de programmes de santé reproductive doivent régulièrement informer

leur personnel, discuter des conclusions et recommandations pour les programmes de santé reproductive, d'après les derniers résultats à l'occasion des réunions de coordination du secteur/cluster de santé. Le cas échéant, la population couverte par l'établissement de santé doit être informée de la santé reproductive.

3.3 Analyse

L'analyse porte sur l'efficacité et l'efficacité d'un programme. Comparant les actions et services du programme (produits) avec les bénéfiques (résultats) et l'impact en termes de santé publique (objectifs), elle permet aux responsables de santé reproductive de savoir si les objectifs définis ont été atteints.

3.3.1 Quand procéder à une analyse ?

Il convient de prévoir et de planifier des analyses dès le début de la mise en œuvre du programme. Effectuées tout au long du cycle de vie d'un projet, pas seulement à sa clôture, elles sont programmées suivant l'évolution de la mise en œuvre du projet et les besoins de l'organisation.

3.3.2 Quels outils utiliser ?

Utilisant des méthodes d'évaluation systématiques, les analyses mesurent les aspects quantitatifs et qualitatifs de la prestation de services, en suivant éventuellement la même approche que pour les évaluations (voir 3.1.1). Des entretiens avec les informateurs principaux, chefs de la communauté ou simples membres de la communauté touchée permettent de recueillir des données pour l'évaluation de la qualité et de l'acceptabilité du programme.

L'évaluation de la qualité ou de l'accessibilité des services passe par une analyse des documents opérationnels (rapports de sites, de missions, de supervision, de formation) et une liste de contrôle qualitative des services de santé. Les données recueillies par le système de contrôle s'inscrivent dans le processus d'analyse.

Des données de population peuvent être recueillies pour compléter et/ou valider les données systématiques.

3.3.3 Quelles données utiliser ?

Il convient de préciser clairement les objectifs d'une analyse et de savoir à quelles questions elle est censée répondre. Les questions habituelles à envisager pour analyser les produits d'un projet et le projet lui-même sont les suivantes :

- Qu'avons-nous fait ?
- Qu'avons-nous obtenu ?
- Avons-nous obtenu ce que nous voulions ?
- Quelles leçons avons-nous tirées ?
- Que faut-il d'autre ?

3.3.4 Qui est responsable de l'analyse ?

Les analyses doivent être les plus objectives et impartiales possible. Un évaluateur également impliqué dans la coordination ou la gestion du programme aura probablement du mal à rester neutre et à évaluer le programme de façon impartiale. C'est pourquoi les analyses devraient être effectuées par des évaluateurs extérieurs.

3.3.5 Comment analyser, utiliser et diffuser les résultats des analyses ?

Les analyses doivent refléter ce qui marche ou pas, afin d'améliorer la planification et la conception du programme. Des commentaires rapides doivent être communiqués aux directeurs de programmes et prestataires de services pour assurer l'identification et la résolution rapide des problèmes avant qu'ils ne deviennent des risques. Le rapport final d'analyse doit être communiqué à toutes les organisations impliquées dans l'intervention d'urgence, y compris au ministère de la Santé, et diffusé à l'occasion des réunions de coordination du secteur/cluster de santé. Si nécessaire, les résultats et décisions devraient également être partagés directement avec la communauté.

4.0 Droits de l'homme et considérations juridiques

4.1 Normes relatives aux droits de l'homme

Le respect de la vie privée dans le cadre de la législation internationale relative aux droits de l'homme protège la confidentialité des informations sanitaires, y compris pour ce qui concerne la santé reproductive, les fonctions reproductives, la vie sexuelle et la sexualité des individus. Le droit à la vie privée impose aux prestataires de services et aux personnes recueillant des données sanitaires de respecter la confidentialité de ces informations. Dans un établissement de santé, les informations relatives à l'état de santé d'un(e) patient(e) peuvent être partagées avec les prestataires directement impliqués dans le traitement d'un patient si nécessaire.

Le droit au respect de la vie privée n'est pas respecté, par exemple, lorsque l'état de la santé reproductive d'un individu est discuté par un prestataire de services avec un tiers sans autorisation du/de la patient(e). Non seulement cette violation de la confidentialité des informations enfreint le droit à la vie privée, mais elle peut également menacer la protection de la personne, en occasionnant un rejet éventuel par les membres de la famille ou la communauté, des violences ou menaces de violences ou des discriminations dans l'accès aux services.

Les éléments clés à prendre en compte pour assurer le respect de la vie privée sont les suivants :

- La vie privée d'un individu, qui fournit des informations sur l'état de sa santé reproductive et des incidents de violence basée sur le genre, doit être protégée à tout moment.
- Le consentement éclairé des individus qui fournissent des informations sur l'état de leur santé reproductive, y compris sur des incidents de violence basée sur le genre, est obligatoire avant de procéder à une opération de recueil des données.

La confidentialité des informations doit être préservée à tout moment, y compris lors du recueil, de l'enregistrement, de l'analyse, du partage et de l'utilisation des données. Le droit à la vie privée s'applique également aux enfants, y compris au sein de l'établissement de santé.

Les informations relatives à l'état de santé des enfants ne doivent pas être divulguées à des tiers, ni même aux parents, sans l'accord de l'enfant, sous réserve, bien sûr, de l'âge et de la maturité de l'enfant et de ses intérêts.

4.2 Considérations juridiques nationales

Le personnel ayant accès aux informations sanitaires doit en assurer la confidentialité. Des directives relatives aux droits et réglementations nationales concernant le recueil, l'enregistrement et l'utilisation des informations sanitaires doivent être mises à la disposition des agents de santé et des humanitaires, qui doivent bien les connaître.

Le recueil et l'utilisation des données à des fins de contrôle et d'analyse nécessitent le consentement éclairé du/de la patient(e) et le respect de l'anonymat des informations qui ne doivent pas être rattachées au nom ou à un quelconque identifiant de la personne. La procédure de consentement éclairé assure que le/la patient(e) comprend l'objet et le contenu de l'opération de recueil des données, les procédures suivies au cours de l'exercice, les risques et avantages d'une participation et ses droits. Les participants éventuels doivent ainsi être informés de chacun de ces éléments par le biais d'une "déclaration de consentement".

Ils doivent également être informés de leur droit à ne pas participer au recueil de données ou à refuser de répondre à certaines questions. Si, pour une raison donnée, des informations relatives à l'état de santé d'un individu doivent être divulguées à un tiers, il convient d'obtenir, au préalable, le consentement éclairé de l'individu. Lorsque les informations concernent des enfants, le consentement éclairé doit être demandé à un parent ou un tuteur sauf dispositions contraires du droit local. Les enfants en âge de comprendre la nature et les implications du recueil de données et de leur divulgation (du point de vue de leur développement) doivent également donner leur accord.

4.3 Difficultés et opportunités

Dans certains cas, le droit du pays oblige les prestataires de services à indiquer aux autorités les personnes séropositives, les femmes ayant subi un avortement ou les cas de violences sexuelles. Cette obligation peut être justifiée par un souci de santé publique ou de prévention des crimes, mais il convient de noter qu'elle n'est pas forcément conforme aux normes internationales en matière de droits de l'homme et qu'elle peut enfreindre le droit à la vie privée. Les prestataires de services doivent connaître ces lois et politiques et leurs obligations. Dans le cadre du consentement éclairé, les patients doivent être informés des limites de confidentialité applicables. En cas de règles imposant le rapport des informations, les prestataires de services doivent expliquer la procédure suivie au/à la patient(e) et ses conséquences éventuelles.

Suivi de la mise en place du MISP : liste des points importants, Women's Commission for Refugee Women and Children, janvier 2003. <http://www.rhrc.org/resources/FinalMISP%20Fact%20sheet%20INSERT%20FRENCH.pdf>

Système d'information sanitaire. UNHCR, 2007. <http://www.unhcr.fr/pages/4aae621e38e.html>

Demographic Methods in Emergency Assessment: A Guide for Practitioners. Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies (CIEDRS) et Hopkins Population Center ; Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, 2003. http://www.humanitarianinfo.org/IMToolBox/05_Assessments/Reference_Resource_Documents/2003_Demographic_Methods_In_Emergency_Assessment_CIEDRS.pdf

5 Bibliographie

Outils et indicateurs du cluster de santé

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

Monitoring and Evaluation Toolkit. Reproductive Health for Refugees Consortium (RHRC), October 2004. <http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>

Boîte à outils d'évaluation de la santé génésique des femmes touchées par un conflit. Division of Reproductive Health (division de la santé génésique), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Centre national pour la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé), Coordinating Center for Health Promotion (Centre de coordination pour la promotion de la santé), Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies), Department of Health and Human Services (Département de la santé et des services sociaux), Atlanta, Géorgie, 2007. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Refugee/ToolkitDownload.htm#French>

Assessment of "Minimum Initial Services Package" Implementation, Women's Commission for Refugee Women and Children. http://www.rhrc.org/pdf/MISP_ass.pdf

Liste des annexes

Les indicateurs suivants constituent des indicateurs clés pouvant être utilisés pour contrôler un programme complet de santé reproductive. Ils ne suffisent pas à contrôler et analyser en profondeur un programme. Pour des listes plus détaillées, se reporter aux bibliographies des chapitres correspondants.

Annexe 1A : indicateurs de santé reproductive pour le DMU

Annexe 1B : indicateurs de santé reproductive pour les programmes complets de santé reproductive

Annexe 2 : taux et coefficients de référence en santé reproductive

Annexe 3 : estimation du nombre de femmes enceintes dans une population donnée

Annexe 4 : formulaire d'examen et fiche conseil relatifs au décès maternel

Annexe 5 : formulaire type de rapport mensuel (Système d'information sanitaire - SIS)

Annexe 1A : indicateurs du DMU

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|----|--|----------|--|---|--|---|--|
| 1. | Nombre de cas de viols rapportés | Impact | Nombre de cas de viols rapportés à des établissements de santé sur une période donnée | Nombre de cas de viols rapportés à des établissements de santé / période | La période de rapport doit être définie localement | | Total décomposé par sexe et par tranche d'âges. Ces données ne permettent pas d'identifier des tendances (chronologiques, géographiques ou autres) pour les cas de viols ou une incidence. Noter le nombre d'établissements fournissant cette information sur chaque période. |
| 2. | Fournitures pour les précautions standard | Produit | Pourcentage d'établissements de santé dotés de fournitures suffisantes pour assurer le respect des précautions standard | Nombre d'établissements de santé dotés de fournitures appropriées pour appliquer les précautions standard/nombre d'établissements de santé x 100 | /100 établissements de santé | 100 % des établissements de santé ont des fournitures appropriées pour appliquer les précautions standard | Mesure l'efficacité de la distribution de fournitures pour les précautions standard. "Les fournitures suffisantes" sont estimées par le superviseur de chaque établissement suivant la charge de travail. A décomposer suivant qu'il s'agit de savon, de matériel d'injection propre, de gants, de fournitures pour l'élimination des objets pointus/tranchants, d'équipements et de fournitures de stérilisation. |
| 3. | Couverture des tests rapides de dépistage du VIH pour des transfusions sanguines en toute sécurité | Produit | Pourcentage d'hôpitaux référents dotés de suffisamment de tests rapides de dépistage du VIH pour assurer le contrôle de la totalité du sang destiné à des transfusions | Nombre d'hôpitaux dotés de suffisamment de tests rapides de dépistage du VIH pour le sang destiné à la transfusion/nombre d'établissements de santé x 100 | /100 établissements de santé | 100 % des établissements de santé ont des fournitures appropriées pour appliquer les précautions standard | Mesure l'efficacité de la distribution des tests de dépistage du VIH pour le sang destiné à la transfusion. "Les tests suffisants de dépistage du VIH" sont estimés par le superviseur du service suivant la charge de travail. |
| 4. | Taux de distribution de préservatifs | Résultat | Taux de distribution de préservatifs au sein de la population | Nombre de préservatifs masculins distribués/population totale/mois. | /personne/mois | 0,5 préservatif/personne/mois | Le chiffre standard de 0,5 préservatif/personne/mois correspond à une approximation du calcul plus complexe du nombre de préservatifs du chapitre DMU page 40. Cette approximation est utilisée pour contrôler la distribution de préservatifs dans le cadre du DMU. |
| 5. | Couverture des kits d'accouchement hygiénique | Produit | Taux de distribution des kits d'accouchement hygiénique auprès des femmes enceintes pendant leur troisième trimestre de grossesse | Nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués/ nombre estimé de femmes enceintes x 100/mois. | % | 100% | Mesure l'accès des femmes enceintes aux kits d'accouchement hygiénique en fin de grossesse. Le nombre de femmes enceintes devra peut-être faire l'objet d'une estimation. |
| 6. | Possibilité de prise en charge clinique des victimes de viols | Produit | Pourcentage d'établissements de santé assurant une prise en charge clinique des victimes de viols, avec la CU, la PPE et le traitement préventif contre les IST | Nombre d'établissements de santé proposant une prise en charge clinique des victimes de viols/ nombre total d'établissements de santé x 100 | % | | La prise en charge clinique des victimes de viols suppose la disponibilité de personnel qualifié, d'une contraception d'urgence, d'antirétroviraux pour la PPE et d'antibiotiques pour le traitement préventif des IST. |

Annexe 1B : indicateurs pour les programmes complets de santé reproductive

Les indicateurs suivants sont utilisés pour contrôler les programmes complets de santé reproductive. D'autres indicateurs sont possibles. Les responsables de santé reproductive doivent décider des indicateurs à utiliser suivant leur situation. Les références bibliographiques de chaque chapitre proposent d'autres suggestions.

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|--|--|-----------|--|--|--------------|-------|--|
| A. Santé reproductive des adolescents | | | | | | | |
| 7. | Incidence des MST chez les jeunes | Impact | | Nombre de cas rapportés de MST chez les jeunes sur la période définie/nombre total de jeunes (x 100) | / 100 jeunes | | Mesure l'impact potentiel d'un programme sur l'incidence des MST chez les jeunes. Il convient de définir la tranche d'âges suivant la situation locale. |
| 8. | Pourcentage d'IST chez les jeunes de moins de 18 ans | Procédure | Pourcentage d'IST syndromiques diagnostiqués chez les jeunes de moins de 18 ans | Nombre d'IST diagnostiqués chez les jeunes de moins de 18 ans/ nombre total d'IST diagnostiqués x 100 | % | | |
| 9. | Pourcentage de naissances chez les jeunes de moins de 18 ans | Impact | Pourcentage de naissances enregistrées chez les jeunes de moins de 18 ans | Nombre d'accouchements chez les jeunes de moins de 18 ans/nombre de naissances vivantes x 100 | % | | Mesure la fréquence des naissances chez les très jeunes femmes. |
| 10. | Utilisation des préservatifs par les jeunes | Résultat | Pourcentage de jeunes sexuellement actifs indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports | Nombre de jeunes sexuellement actifs indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports / Nombre de jeunes sexuellement actifs interrogés x 100 | % | | Mesure l'impact d'un programme d'éducation communautaire relatif à l'utilisation des préservatifs sur le comportement des jeunes. Total décomposé par sexe et par tranche d'âges. Nécessite une étude de population. |
| B. Planning familial | | | | | | | |
| 11. | Prévalence des contraceptifs | Résultat | Pourcentage de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) utilisant, elles ou leur partenaire, un moyen contraceptif | Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive / Nombre de femmes en âge de procréer x 100 | % | | Mesure le pourcentage de femmes utilisant une contraception. La connaissance de la prévalence de la contraception dans le pays d'origine permettra de définir la cible. |
| 12. | Connaissances de la communauté en matière de planning familial | Résultat | Pourcentage de personnes sexuellement actives capables de citer les principaux messages de planning familial | Nombre de personnes sexuellement actives capables de citer les principaux messages de planning familial / Nombre de personnes sexuellement actives ciblées par les messages de planning familial x 100 | % | | Mesure les connaissances de la population en matière de planning familial suivant les principaux messages délivrés à l'occasion des actions de sensibilisation. Nécessite une étude de population. |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|---|---|-----------|--|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 13. | Fourniture de contraceptifs | Résultat | | Nombre de points de consultation prévoyant des fournitures pour au moins trois mois pour les contraceptifs oraux, progestatifs et injectables / nombre de points de consultation x 100 | % | | Mesure l'efficacité du système de distribution de contraceptifs. |
| 14. | Couverture des conseils de planning familial | Résultat | Pourcentage d'usagers consultant les services de planning familial, qui reçoivent des conseils | Nombre d'usagers consultant les services de planning familial recevant des conseils de planning familial et une méthode de contraception/nombre d'usagers consultant les services de planning familial x 100 | % | | Mesure le niveau de conseil donné aux usagers par les prestataires de services de planning familial. Mesuré dans les cliniques de planning familial, cet indicateur s'obtient à partir des dossiers cliniques, des observations ou des entretiens de sortie avec les usagers. |
| C. Santé maternelle et néonatale | | | | | | | |
| 15. | Taux de mortalité néonatale | Impact | Taux de mortalité des nouveau-nés dans les 28 premiers jours de la vie | Nombre de nouveau-nés vivants qui décèdent dans les 28 premiers jours de la vie / Nombre de naissances vivantes sur la période donnée x 100 | /1 000 naissances vivantes | < 40 décès/1 000 naissances vivantes | Mesure le niveau de santé général des nouveau-nés. |
| 16. | Pourcentage de nouveau-nés de faible poids à la naissance | Impact | Pourcentage de nouveau-nés vivants pesant moins de 2 500 g | Nombre de nouveau-nés vivants pesant moins de 2 500 g/nombre total de naissances vivantes (dont le poids à la naissance est enregistré) x 100 | % | < 15% | Mesure le niveau de santé des femmes enceintes et la pertinence des soins prénatals. Le poids à la naissance permet d'identifier les nouveau-nés à risques nécessitant éventuellement des soins particuliers. |
| 17. | Pourcentage d'enfants mort-nés | Impact | Pourcentage d'enfants mort-nés par rapport au nombre de naissances | Nombre d'enfants mort-nés/ nombre total de naissances vivantes et d'enfants mort-nés x 1 000 | /1 000 naissances totales / mois | | Mesure générale de l'issue de la grossesse. Le nombre d'enfants mort-nés peut augmenter avec l'apparition de maladies comme le paludisme ou la syphilis. Vérifier la définition des enfants mort-nés suivant les politiques nationales. Dans la plupart des cas, les enfants mort-nés désignent les fœtus décédés à 22 semaines. |
| 18. | Analyse des décès maternels | Procédure | Pourcentage de décès maternels rapportés faisant l'objet d'une analyse | Nombre de décès maternels rapportés faisant l'objet d'une analyse / Nombre total de décès maternels rapportés x 100 | % | 100% | Mesure la capacité du programme à identifier l'ensemble des décès maternels et à déterminer les facteurs de risque. Suppose que a) les décès maternels directs et indirects font l'objet d'une analyse, pour limiter la sous-déclaration ; b) qu'un protocole d'analyse est en place. L'analyse doit suivre les directives établies et les résultats doivent être communiqués aux agents de santé. |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|-----|---|----------|--|---|--------------------|--|---|
| 19. | Soins prénatals complets | Résultat | Pourcentage de femmes enceintes ayant consulté au moins quatre fois pendant leur grossesse | Nombre de femmes enceintes ayant consulté au moins 4 fois à l'accouchement / nombre total de naissances vivantes x 100 | % | 100% | Indique si les femmes enceintes bénéficient de consultations prénatales minimum. Cet indicateur est mesuré au moment de la naissance. |
| 20. | Couverture du dépistage de la syphilis | Résultat | Pourcentage de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un dépistage de la syphilis au moment de l'accouchement / Nombre total de naissances vivantes. | Nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un dépistage prénatal de la syphilis au moment de l'accouchement / Nombre total de naissances vivantes. | % | 100% | Indique si les femmes enceintes subissent un dépistage de la syphilis. Cet indicateur est mesuré au moment de la naissance. |
| 21. | Couverture de la vaccination antitétanique | Résultat | Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de toxoïde tétanique (TT) pendant la grossesse | Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de TT (ou vaccinées) pendant la période prénatale, estimé au moment de l'accouchement / Nombre total de naissances vivantes x 100 | % | 100% | Mesure la vaccination toxoïde tétanique* des femmes en âge de procréer. Cet indicateur est mesuré au moment de la naissance. Le nombre de cas de tétanos néonatal doit également être rapporté. |
| 22. | Disponibilité de soins obstétricaux d'urgence | Résultat | Nombre d'établissements de santé proposant des soins obstétricaux essentiels de base et/ou complets / 500 000 habitants, par unité administrative | Nombre d'établissements prenant en charge les soins obstétricaux d'urgence par population | /500 000 habitants | Au moins 5 établissements prennent en charge les soins obstétricaux d'urgence/500 000 habitants, avec au moins 1 établissement proposant des soins obstétricaux d'urgence complets | Indicateur 1 de l'ONU |
| 23. | Utilisation des soins obstétricaux d'urgence | Résultat | Pourcentage de naissances survenues dans des établissements proposant des soins obstétricaux d'urgence | Nombre d'accouchements réalisés dans un centre de soins obstétricaux d'urgence/nombre d'accouchements x 100 | % | Les niveaux acceptables doivent être définis localement | Cette mesure intègre les naissances vivantes et enfants mort-nés. Tous les soins obstétricaux d'urgence doivent être inclus ; hôpital gouvernemental, dans un camp. |
| 24. | Satisfaction des besoins en matière de soins obstétricaux d'urgence | Résultat | Pourcentage de femmes souffrant de complications obstétriques directes graves, traitées dans des établissements proposant des soins obstétricaux d'urgence | Nombre de complications obstétriques traitées dans un centre de soins obstétricaux d'urgence/nombre d'accouchements x 100 | % | 100% | Mesure la qualité de la prise en charge des urgences obstétriques. Les urgences doivent être clairement définies et compter l'hémorragie, l'éclampsie, un travail dystocique/prolongé, une septicémie. |
| 25. | Pourcentage de naissances en présence d'un agent qualifié | Résultat | Pourcentage de naissances en présence d'un agent de santé qualifié* | Nombre d'accouchements aidés par un agent de santé dûment formé / Nombre d'accouchements x 100 | % | 100% | Les agents de santé dûment formés sont les docteurs et/ou personnes formées aux compétences de sage-femme, capables de diagnostiquer et de prendre en charge les urgences obstétriques ainsi que les accouchements normaux. Les accoucheuses traditionnelles (formées ou non) ne sont pas comptées. |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|---------------------------------------|--|-----------|---|---|--------|-----------------|--|
| 26. | Couverture des soins postnatals | Résultat | Pourcentage de femmes ayant bénéficié de 3 visites postnatals dans les six semaines suivant l'accouchement | Nombre de femmes ayant bénéficié de 3 visites postnatals dans les 6 semaines suivant l'accouchement / nombre de naissances vivantes x 100 | % | 100% | Indique si les femmes bénéficient de visites postnatals. La période postnatale est de 42 jours (6 semaines) après l'accouchement. Les facteurs déterminant le calendrier des visites sont les suivants : incidence et type de complications obstétriques, pourcentage de nouveau-nés de faible poids à la naissance, pourcentage d'accouchements à domicile et taux de mortalité néonatale, entre autres. Les dates de visite recommandées sont à 6 heures, 6 jours et 6 semaines. |
| 27. | Pourcentage d'accouchements par césarienne, par unité administrative | Résultat | Proportion de césariennes par rapport à l'ensemble des naissances | Nombre de naissances par césarienne/nombre de naissances vivantes x 100 | % | entre 5% et 15% | Le pourcentage estimé de naissances par césarienne dans la population est compris entre 5 % et 15 %. |
| 28. | Taux de mortalité consecutive à une complication obstétrique directe | Impact | Taux de mortalité des femmes des suites de complications obstétriques directes dans les établissements proposant des soins obstétriques d'urgence | Nombre de femmes qui décèdent des suites d'une complication obstétrique directe dans les établissements proposant des soins obstétriques d'urgence/ femmes vues pour une complication obstétrique directe x 100 | % | <1%> | |
| D. Soins complets d'avortement | | | | | | | |
| 29. | Services d'avortement assurés avec une technologie appropriée | Procédure | Pourcentage de services d'avortement assurés avec une technologie appropriée (aspiration par le vide ou méthodes médicamenteuses) | Nombre de services d'avortement assurés suivant des technologies appropriées / Nombre total de services d'avortement assurés sur la même période x 100 | % | 100% | Par "services d'avortement", on entend le traitement des complications d'un avortement (du fait d'un avortement spontané ou provoqué/ pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité) ainsi que l'application des procédures d'avortement provoqué. Pour connaître les technologies appropriées de services d'avortement, voir le Chapitre 7 : Soins complets d'avortement. |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|---|--|----------|---|--|--------|---------------------------------------|--|
| 30. | Couverture de la contraception post-avortement | Résultat | Pourcentage de femmes bénéficiant de services d'avortement qui reçoivent une contraception avant de quitter l'établissement | Nombre de femmes bénéficiant de services d'avortement qui obtiennent une méthode de contraception moderne avant de quitter l'établissement / Nombre total de femmes bénéficiant de services d'avortement dans le même établissement sur la même période. | % | 60% | Par "services d'avortement", on entend le traitement des complications d'un avortement (du fait d'un avortement spontané ou provoqué/pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité) ainsi que l'application des procédures d'avortement provoqué. Le taux minimum recommandé est d'au moins 60 % de femmes bénéficiant de services d'avortement qui reçoivent une méthode moderne de contraception avant de quitter l'établissement. Ce chiffre est conforme aux données relatives aux intentions des femmes ayant obtenu des services d'avortement et aux modèles testés de contraception réussie après un avortement. Le recueil de données s'appuie sur les registres des établissements. |
| 31. | Connaissance des prescriptions légales en matière d'interruption volontaire de grossesse | Résultat | Pourcentage de prestataires connaissant les prescriptions légales en matière d'interruption de grossesse dans le pays hôte et le pays d'origine | Nombre de prestataires travaillant dans les services d'avortement qui connaissent les prescriptions légales en matière d'interruption de grossesse / Nombre de prestataires travaillant dans les services d'avortement x 100 | % | 100% | Le recueil de données passe par des enquêtes périodiques. |
| 32. | Couverture des avortements provoqués | Résultat | Pourcentage de femmes bénéficiant de services d'avortement et des procédures d'avortement provoqué | Nombre de femmes avant bénéficié des procédures d'avortement provoqué dans un établissement / Nombre total de femmes ayant reçu des services d'avortement dans l'établissement sur la même période x 100 | % | 100% | Évolution vers une augmentation du taux de femmes bénéficiant de services d'avortement provoqué dans le cadre des services d'avortement d'un établissement. Source de données : registres des services sanitaires, sachant qu'il peut y avoir des problèmes de sous-déclaration (omission de cas non admis dans les établissements) et des erreurs de classification. |
| E. Violence basée sur le genre (VBG) | | | | | | | |
| 33. | Administration d'une PPE | Résultat | Pourcentage de victimes de viol concernées qui bénéficient d'une prophylaxie post-exposition (PPE) dans les 72 heures suivant un incident | Nombre de victimes de viol bénéficiant d'une PPE dans les 72 heures qui suivent un incident / Nombre total de violés rapportés x 100 | % | 100 % des victimes de viol concernées | Indique si les victimes de viol accèdent, dans les temps, aux services essentiels. Suppose que les protocoles de prise en charge clinique des victimes de viol sont diffusés et appliqués. |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|--|---|-----------|--|--|-------------------------|--|--|
| 34. | Administration d'une contraception d'urgence | Résultat | Pourcentage de victimes de viols concernées qui bénéficient d'une contraception d'urgence dans les 120 heures suivant un incident | Nombre de victimes de viols concernées bénéficiant d'une contraception d'urgence dans les 120 heures qui suivent l'incident / Nombre total de viols rapportés x 100 | % | 100 % des victimes de viols concernées | Indique si les victimes de viols accèdent, dans les temps, aux services essentiels. Suppose que les protocoles de prise en charge clinique des victimes de viols sont diffusés et appliqués. |
| 35. | Administration d'une prophylaxie contre les IST | Résultat | Pourcentage de victimes de viols qui reçoivent un traitement préventif contre les IST dans les 2 semaines qui suivent un incident | Nombre de victimes de viols qui reçoivent un traitement préventif contre les IST dans les 2 semaines qui suivent un incident / Nombre total de viols rapportés | % | 100 % des victimes de viols concernées | |
| 36. | Nombre de cas de violences sexuelles rapportés aux services sanitaires | Impact | Nombre de cas de violences sexuelles rapportés aux établissements de santé sur une période donnée | Nombre de cas de violences sexuelles rapportés aux services sanitaires/mois | /10 000 habitants | | Les cas de "violence sexuelle" doivent être définis dans chaque situation Total décomposé par sexe et par âge Ces données ne permettent pas d'identifier des tendances (chronologiques, géographiques ou autres) pour les cas de violences sexuelles Noter le nombre d'établissements fournissant cette information tous les mois |
| F. Infections sexuellement transmissibles (IST) | | | | | | | |
| 37. | Compétences des prestataires de services en matière de prise en charge des IST/infections de l'appareil génital | Procédure | % de prestataires de services formés (ou mis à niveau) à la prise en charge des cas d'IST/infections de l'appareil génital conformément au protocole | Nombre de prestataires de services formés à la prise en charge des cas d'IST/infections de l'appareil génital conformément au protocole / nombre total de prestataires de services x 100 | % | | Données consultables dans les registres des programmes IST/infections de l'appareil génital. |
| 38. | Prise en charge des cas d'IST/infections de l'appareil génital | Résultat | % de patients souffrant d'une IST/infection de l'appareil génital bénéficiant d'une évaluation, d'un traitement et de conseils conformément au protocole | Nombre de patients souffrant d'une IST/infection de l'appareil génital bénéficiant d'une évaluation, d'un traitement et de conseils conformément au protocole / nombre total de patients souffrant d'une IST/infection de l'appareil génital accédant aux services x 100 | % | | Données décomposées par âge et par sexe. Mesuré dans les cliniques d'IST et dans les autres services de santé reproductive intégrant la prise en charge des IST/infections de l'appareil génital, cet indicateur s'obtient à partir des dossiers cliniques, des observations ou des entretiens de sortie avec les usagers. |
| 39. | Incidence des ulcères génitaux | Impact | Incidence des ulcères génitaux dans la population totale | Nombre de cas d'ulcères génitaux / population totale x 1 000 | /1 000 habitants / mois | | |

| N° | Nom de l'indicateur | Type | Description | Formule | Unités | Norme | Remarques |
|--------------------|---|----------|--|--|-------------------------|-------|---|
| 40. | Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme | Impact | Incidence de l'écoulement urétral au sein de la population masculine | Nombre de cas d'écoulement urétral rapportés / population masculine totale x 1 000 | /1 000 habitants / mois | | |
| G. VIH/SIDA | | | | | | | |
| 41. | Qualité du dépistage du sang | Résultat | Pourcentage d'unités de dons de sang faisant l'objet d'un dépistage du VIH avec assurance qualité | Nombre d'unités de dons de sang faisant l'objet d'un dépistage / Nombre total d'unités de dons de sang faisant l'objet d'un dépistage x 100 | % | 100% | Mesure la sécurité de la transfusion Suppose la disponibilité et la bonne utilisation des kits de transfusion Indicateur UNGASS |
| 42. | Conseils post-tests et résultat des services de consultation et de test volontaires | Résultat | Pourcentage de personnes fréquentant les services de consultation et de test volontaires, faisant l'objet d'un test de dépistage du VIH, qui reçoivent le résultat et des conseils après le test | Nombre d'usagers des services de consultation et de test volontaires recevant le résultat et des conseils après le test / nombre d'usagers des services de consultation et de test volontaires testés x 100 | % | 100% | Mesure indirecte de la qualité des conseils et des tests dans le cadre d'un programme de consultations et de tests volontaires. |
| 43. | Couverture de la PTME | Résultat | Pourcentage de premières visites prénatales ayant donné lieu à des conseils avant le test | Nombre de premières visites prénatales faisant l'objet de conseils avant le test / Nombre de premières visites prénatales | % | 100% | |
| 44. | Conseils consécutifs aux tests de PTME et résultat | Résultat | Pourcentage de personnes qui font l'objet d'un test de dépistage du VIH à la première visite prénatale et reçoivent le résultat et des conseils après le test | Nombre de personnes qui reçoivent le résultat du test de la première visite prénatale et des conseils / Nombre de personnes faisant l'objet d'un test de dépistage du VIH à la première visite prénatale x 100 | % | 100% | Mesure indirecte de la qualité des conseils et des tests dans le cadre d'un programme de PTME. |
| 45. | Couverture en antirétroviraux dans le cadre des programmes de PTME | Résultat | Pourcentage de mères/nouveaux-nés ayant pris des antirétroviraux à temps | Nombre de mères/nouveaux-nés ayant pris des antirétroviraux conformément au protocole / nombre total d'accouchements de mères séropositives x 100 | % | 100% | |
| 46. | Utilisation des préservatifs | Résultat | Pourcentage de personnes sexuellement actives indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports | Nombre de personnes sexuellement actives indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports / Nombre de personnes sexuellement actives interrogées x 100 | % | | Mesure l'impact d'un programme d'éducation communautaire relatif à l'utilisation des préservatifs sur le comportement des individus. Total décomposé par sexe et par tranche d'âges. Nécessite une étude de population. |

Annexe 2 : taux et coefficients de référence en santé reproductive

Les chiffres indiqués proviennent de différentes sources et sont étalés dans le temps. Ils ont pour but de donner des estimations de ce que l'on peut attendre des pratiques de populations données. Ils ne doivent pas être pris comme taux de référence ni comme taux à atteindre. Ils indiquent seulement des fourchettes de valeurs possibles et peuvent aider à planifier les ressources et à orienter les programmes.

| | | |
|---|---|---|
| Avortements | 10 à 15 % | des grossesses peuvent avorter spontanément avant 20 semaines de gestation |
| | 90 % | de ces avortements surviendront lors des trois premiers mois |
| | 15 à 20 % | des avortements spontanés nécessiteront des interventions médico-chirurgicales |
| Hypertension de la grossesse ou prééclampsie | 5 à 20 % | des grossesses feront l'objet d'hypertension |
| | 5 à 25 % | des grossesses chez les primipares feront l'objet d'hypertension |
| Complications lors du travail et de l'accouchement | 15 % | des grossesses nécessiteront une intervention lors de l'accouchement |
| | 5 à 15 % | des grossesses nécessiteront une césarienne |
| | 10 à 15 % | des femmes souffriront d'une certaine disproportion céphalo-pelvienne (ce taux est plus élevé chez les personnes socio-économiquement défavorisées) |
| | 10 % | des accouchements donneront lieu à une hémorragie primaire post-partum (dans les 24 heures suivant l'accouchement) |
| | 0,1 à 1 % | des accouchements donneront lieu à une hémorragie secondaire post-partum (24 heures ou plus suivant l'accouchement) |
| | 0,1 à 0,4 % | des accouchements entraîneront une rupture de l'utérus |
| | 0,25 à 2,4 % | des accouchements entraîneront un traumatisme à la naissance chez l'enfant |
| | 1,5 % | des nouveau-nés souffriront d'une malformation congénitale (ce pourcentage ne comprend pas les malformations cardiaques diagnostiquées ultérieurement au cours de la période néonatale) |
| 31 % | de ces malformations se concluront par un décès | |

Sources : WHO Collaborating Centre in Perinatal Care and Health Services Research in Maternal and Child Health, Pregnancy and Infant Health Branches, Division of Reproductive Health, NCCDPHP, Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, GA, 30333 États-Unis Sing. S. and Wulf, P., Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries, International Family Planning Perspectives, 1994, 20 (1) : 4-13.

Annexe 3 : estimation du nombre de femmes enceintes dans une population donnée

| Estimation du nombre de femmes enceintes dans une population totale de 100 000 habitants | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Pour un taux brut de natalité étant de (pour 1 000 habitants) | 55 | 45 | 35 | 25 |
| a) Estimation du nombre de naissances vivantes dans l'année | 5 500 | 4 500 | 3 500 | 2 500 |
| b) Estimation du nombre de naissances vivantes par mois (a/12) | 458 | 375 | 292 | 208 |
| c) Estimation du nombre de grossesses se terminant par la naissance d'un mort-né ou par une fausse couche (estimé à 15 % des naissances vivantes = a x 0,15) | 825 | 675 | 525 | 375 |
| d) Estimation du nombre de grossesses dans l'année (a + c) | 6 325 | 5 175 | 4 025 | 2 875 |
| e) Estimation du nombre de femmes enceintes au cours d'un mois donné (70 % de d)* | 4 400 | 3 600 | 2 800 | 2 000 |
| f) Estimation du pourcentage de femmes enceintes dans la population concernée à un moment donné | 4,4 | 3,6 | 2,8 | 2 |
| * Estimation pondérée des grossesses à terme et des grossesses interrompues au cours des premiers mois. | | | | |

Annexe 4 : formulaire d'examen et fiche conseil relatif au décès maternel



Confidentiel

Rapport d'analyse des causes de décès chez la mère

Pour chaque cas de décès maternel, vérifier les causes et envoyer ce rapport par e-mail aux destinataires concernés de votre partenaire de mise en œuvre et de l'UNHCR (voir directives).

Décès maternel : décès d'une femme enceinte ou survenant 42 jours à l'issue de sa grossesse, indépendamment de la durée et du lieu de la grossesse, en lien avec, ou dû à des complications résultant de la grossesse ou de sa prise en charge, mais non causé par un accident ou un incident.

PERSONNES EN CHARGE DE L'ANALYSE :

Lister les personnes impliquées dans l'analyse des causes du décès (noms et fonctions/relation avec la femme décédée) :

| | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |

INFORMATIONS SOMMAIRES :

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-------|
| Pays d'accueil : | Camp, campement ou région : | |
| Nom de la femme : | Nationalité : | Âge : |

INFORMATIONS CONCERNANT LA GROSSESSE :

| | | | |
|-----------|----------|------------------------|--|
| Gravide : | Parité : | N° de visites de SPN : | Réalisé par (qualification uniquement) : |
|-----------|----------|------------------------|--|

Facteurs de risque identifiés au cours des visites prénatales :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Paludisme grave | <input type="checkbox"/> Parité haute (plus de 4 grossesses) |
| <input type="checkbox"/> Hémorragie ante-partum | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> A eu une césarienne |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Diabète sucré | <input type="checkbox"/> Grossesse multiple |
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Nombre de visites postnatales : | Fréquence (ex. premières 24 h., premier jour, première semaine...) : |
|---------------------------------|--|

INFORMATIONS RELATIVES AU DÉCÈS :

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> N'a pas accouché : Âge fœtal estimé au moment du décès maternel : | <input type="checkbox"/> Semaines | <input type="checkbox"/> Mois |
| <input type="checkbox"/> Accouchement/Avortement : Temps écoulé entre l'accouchement/avortement et le décès maternel : | <input type="checkbox"/> Heures | <input type="checkbox"/> Jours |

Lieu du décès :

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au domicile | <input type="checkbox"/> En chemin | Détailler : |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé dans le camp | } | Date et heure d'admission : |
| <input type="checkbox"/> Établissement de santé référent | | Date et heure du décès : |

RÉSUMÉ DES ÉVÈNEMENTS IMMÉDIATS :

| |
|--|
| |
|--|

FACTEURS DE RETARD PERTINENTS IDENTIFIÉS :

Facteurs liés au 1^{er} retard (retard dans la décision à se faire soigner) ?

- 1.
- 2.
- 3.

Facteurs liés au 2^{ème} retard (retard dans l'accès aux soins) ?

- 1.
- 2.
- 3.

Facteurs liés au 3^{ème} retard (retard dans la dispense des soins appropriés au sein de l'établissement de santé) ?

- 1.
- 2.
- 3.

CAUSE DU DÉCÈS :

Directe (ex. : hémorragie, obstruction, éclampsie, sepsie, etc.) :

Indirecte (ex. : anémie, VIH/SIDA, paludisme, etc.) :

| LEÇONS TIRÉES | ACTIONS À ENTREPRENDRE/SOLUTIONS PROPOSÉES |
|---|--|
| | |
| Date(s) de l'analyse des causes du décès de la mère : | Date d'émission du rapport : |

Rapport rédigé par (nom et fonction) :

Ces directives ont pour objet d'aider les programmes nationaux à cerner :

- A) le *processus d'analyse des causes* de décès chez la mère ;
- B) les *conditions requises à la rédaction de ce rapport*.

A) LE PROCESSUS D'ANALYSE DES CAUSES DE DÉCÈS CHEZ LA MÈRE

Définition du décès maternel ?

Il s'agit du décès d'une femme enceinte ou survenant 42 jours à l'issue de sa grossesse, indépendamment de la durée et du lieu de la grossesse, en lien avec, ou dû à des complications résultant de la grossesse ou de sa prise en charge, mais non causé par un accident ou un incident.

Faut-il analyser chaque décès maternel ?

Oui. Les causes de tous les décès maternels (que ce soit chez les réfugiés ou les ressortissants) ayant lieu dans un camp de réfugiés ou dans un établissement de santé réfèrent doivent être systématiquement analysées.

Pourquoi analyser les causes d'un décès maternel ?

L'analyse des causes du décès maternel fournit au personnel de santé une occasion de tirer des conclusions d'un évènement tragique, qui souvent aurait pu être évité. Les évaluations réalisées sur les décès maternels doivent être prises comme des exercices d'apprentissage et n'ont pas pour but de dénoncer ou de punir. L'intérêt qu'il y a à évaluer les décès maternels permet d'améliorer la qualité des programmes de maternité sans risques afin de limiter la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

Quel processus adopter dans l'analyse des causes d'un décès maternel ?

Il existe 2 méthodes pertinentes dans une situation de réfugiés d'analyse d'un décès maternel :

1) Analyse au niveau de la communauté/autopsie verbale

- Définitions :* Permet de définir les causes médicales du décès et de déterminer les facteurs personnels, familiaux ou communautaires ayant pu contribuer au décès d'une femme hors d'un établissement de santé.
- Conditions :* Savoir se montrer sensible et parvenir à coopérer avec la famille de la femme décédée afin de pouvoir discuter des circonstances du décès.
- Avantages :* Cette méthode fournit des moyens permettant d'établir la cause médicale du décès quand une femme meurt à son domicile, d'explorer les facteurs médicaux et non-médicaux et d'appréhender la vision de la famille sur les services de santé.
- Désavantages :* Différentes analyses peuvent mener à des conclusions diverses sur les causes du décès et les décès liés à des causes indirectes peuvent être ignorés/peu signalés.

2) Analyse au niveau de l'établissement de santé

- Définitions :* Enquête qualitative et en profondeur des causes et circonstances du décès maternel au sein d'un établissement de santé. En premier lieu, il s'agit de qualifier le décès au niveau de l'établissement, mais aussi de définir la combinaison de facteurs dans l'établissement et au sein de la communauté ayant contribué au décès, afin de savoir lesquels auraient pu être évités.
- Conditions :* Il convient de mettre en place une relation de confiance avec les personnes chargées à l'origine de s'occuper de la femme décédée afin qu'elles acceptent de communiquer précisément sur la manière dont le cas a été géré.
- Avantages :* Cette méthode est très bien comprise dans certains environnements ; elle permet de réévaluer entièrement les aspects médicaux, est source d'enseignement pour le personnel et peut accélérer l'amélioration des soins médicaux.
- Désavantages :* Ce processus exige un leadership engagé au niveau de l'établissement de santé et ne fournit pas d'informations sur les décès survenant dans la communauté.

Il existe une 3^{ème} méthode permettant d'améliorer les programmes de maternité sans risques ; celle-ci est optionnelle et limitée aux programmes nationaux disposant des capacités nécessaires :

3) Analyse d'un « quasi décès »

- Définitions :* Identification et évaluation de cas dans lesquels une femme enceinte ne décède pas des suites de complications obstétriques. Il n'existe pas de définition universelle acceptable pour de tels cas et il est important que la définition utilisée soit adaptée aux circonstances, afin de permettre des améliorations locales au niveau des soins maternels.
- Conditions :* Il est indispensable de disposer d'un bon système de gestion des dossiers médicaux, d'une culture de la prise en charge permettant de parler d'événements constituant des dangers de mort, librement et sans peur des reproches et d'obtenir le dévouement du personnel de prise en charge et de santé pour agir en fonction des déclarations.
- Avantages :* Un « quasi décès » peut se produire plus souvent qu'un décès maternel ; il est alors possible de questionner la femme concernée au cours du processus d'évaluation afin de réduire la probabilité d'un décès maternel grâce à une amélioration qualitative.
- Désavantages :* Cette méthode exige une définition claire de ce qu'est la morbidité maternelle. Des critères de sélection sont nécessaires dans un environnement où se présente un grand nombre d'événements constituant des dangers de mort.

B) PROCESSUS DE CRÉATION DE RAPPORT POUR UN DÉCÈS MATERNEL

Faut-il rédiger un rapport pour chaque décès maternel ?

Oui. À chaque analyse des causes d'un décès maternel, compléter par ordinateur le formulaire de rapport joint (ou le document de substitution au format voulu disponible sur place) et l'adresser, au minimum par e-mail au :

- Coordinateur de Santé UNHCR ;
- Responsable de santé reproductive régional UNHCR ;
- À tout le personnel concerné (ex. coordinateur de santé du partenaire de mise en œuvre, autres agences partenaires, etc.).

Comment compléter la section PERSONNES EN CHARGE DE L'ANALYSE du formulaire ?

Il est important d'inclure différentes personnes dans le processus d'analyse des causes du décès maternel, sans tenir compte du lieu du décès (communauté ou établissement de santé). Voici une liste de quelques personnes à inclure :

- Les membres de la famille (sœur, mari, concubin, parent(s), ami(e)(s), etc.) ;
- Le personnel médical (les accoucheuses, sages-femmes, docteurs, directeurs, coordinateurs, etc.) ;
- Les chefs de la communauté (religieux, anciens, associations de femmes, jeunes, etc.).

Comment compléter la section INFORMATIONS du formulaire ?

Ces trois sections (informations sommaires, informations concernant la grossesse, informations concernant le décès) vous permettent de renseigner des informations de base relatives à la femme décédée. Il peut y avoir des facteurs supplémentaires, propres au lieu où vous vous trouvez, qui n’ont pas besoin d’être renseignés dans le rapport sommaire mais qui seront évoqués durant l’analyse (ex. adresse de la femme, sa religion, etc.).

Comment compléter la section RÉSUMÉ du formulaire ?

Cette section vous permet de résumer le déroulement des événements en rapport avec le décès. Elle est volontairement ouverte afin d’y inclure les événements immédiats en rapport avec les différents types de décès maternels. Voici une liste d’éléments à inclure (à la fois dans le processus d’analyse et dans le rapport) :

- Un historique des événements importants non documentés à ce jour ;
- Un résumé des interventions/traitements effectués avant le décès ;
- Les antécédents du patient non documentés à ce jour.

Comment compléter la section FACTEURS DE RETARD du formulaire ?

Cette section encourage à relever et à évaluer les facteurs de retard pertinents à l’aide du *Modèle des Trois Retards* dans le cadre d’un décès maternel. Il peut y avoir des facteurs relevant de la communauté relatifs à un décès ayant eu lieu dans un établissement de santé, tout comme il peut exister des facteurs relevant de l’établissement de santé relatifs à un décès ayant eu lieu dans la communauté.

Comment compléter la section CAUSE DU DÉCÈS du formulaire ?

Quelques exemples de causes directes de décès maternels :

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Grossesse ectopique | Éclampsie | Sepsie |
| Arrêt dans la progression du travail | Hémorragie ante partum | Hémorragie post-partum |
| Complications d’avortement | Complications anesthésiques | Embolie |

Quelques exemples de causes indirectes de décès maternels :

| | | |
|-----------------|-------------|----------|
| Anémie | Paludisme | VIH/SIDA |
| Maladie du cœur | Toxicomanie | Diabète |

Comment compléter la section LEÇONS TIRÉES ET ACTIONS À ENTREPRENDRE du formulaire ?

Cette section sera la composante la plus importante de l’analyse du décès maternel. Après avoir analysé toutes les informations pertinentes, les personnes impliquées doivent se mettre d’accord sur les leçons tirées du processus et s’engager dans des actions d’amélioration des secteurs concernés à l’avenir. Il est important de tenir compte de ces leçons et de ces actions afin qu’elles soient en phase avec à la fois la communauté et l’établissement de santé.

Annexe 5 : formulaire type de rapport mensuel (SIS)*

Système d'information sanitaire

Organisation : _____

Formulaire de rapport

Lieu : _____

9.0 Santé reproductive

Période couverte par le rapport : _____

9.1 Soins prénatals

9.1 a

| | Réfugiés | | Ressortissants | |
|--|----------|------|----------------|------|
| | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 |
| Première visite prénatale < 1 ^{er} semestre | | | | |
| Première visite prénatale > 1 ^{er} semestre | | | | |
| Visite prénatale ultérieure | | | | |
| Nombre de dépistages de la syphilis effectués | | | | |
| Nombre de dépistages de la syphilis positifs | | | | |
| Nombre de cas positifs de la syphilis traités | | | | |
| Nombre de grossesses à haut risque détectées | | | | |
| Nombre d'avortements | | | | |

9.1b *Saisissez le nombre de femmes enceintes qui au moment de l'accouchement ont :*

| | Réfugiés | | Ressortissants | |
|--|----------|------|----------------|------|
| | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 |
| Effectué 4 visites prénatales ou plus | | | | |
| Reçu 2 doses d'anatoxine tétanique au cours de la période prénatale | | | | |
| Reçu au moins 2 doses de Fansidar au cours de la période prénatale | | | | |
| Fait l'objet d'un dépistage de la syphilis au cours de la période prénatale | | | | |
| Reçu 1 dose de mébendazole au cours de la période prénatale | | | | |
| Reçu 1 moustiquaire imprégnée d'insecticide au cours de la période prénatale | | | | |

9.2 Soins à l'accouchement

| | Réfugiés | | | | Ressortissants | |
|---|-------------|------------------------|-------------|------------------------|----------------|------|
| | < 18 | | ≥ 18 | | < 18 | ≥ 18 |
| | Au domicile | Établissement de santé | Au domicile | Établissement de santé | | |
| Naissance vivantes | | | | | | |
| Mort-nés | | | | | | |
| Poids insuffisant à la naissance (< 2 500g) | | | | | | |
| Assisté par un agent de santé qualifié** | | | | | | |
| Nombre de complications obstétriques traitées | | | | | | |
| Nombre de césariennes effectuées | | | | | | |

** autre que l'accoucheuse

XXXXX XXXXX_FR_jjmmaa

* Ce formulaire est conçu spécialement pour les situations de réfugiés. Il devra être adapté en fonction de la situation.

9.3 Soins postnatals

| | Réfugiés | | Ressortissants | |
|--|----------|------|----------------|------|
| | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 |
| 3 visites postnatales au cours des 6 semaines précédant l'accouchement | | | | |

9.4 Planning familial (voir formulaire de rapport joint) (page 86)

9.5 Violence Basée sur le Genre (VBG)

| | Réfugiés | | | | Ressortissants |
|--|----------|-------|-------|-------|----------------|
| | < 18 | | ≥ 18 | | |
| | Homme | Femme | Homme | Femme | |
| Nombre total de survivants/victimes de viols vus au cours des dernières 72 heures* | | | | | |
| Nombre total de survivants/victimes de viols vus au cours des dernières 72 -120 heures* | | | | | |
| Nombre total de survivants/victimes de viols vus au cours des dernières 120 heures - 2 semaines * | | | | | |
| Nombre total de survivants/victimes de viols vus après 2 semaines* | | | | | |
| Nombre de survivants/victimes de viols à qui vous avez administré une PPE** au cours des dernières 72 heures | | | | | |
| Nombre de survivants/victimes de viols à qui vous avez administré une PPE** au cours des dernières 120 heures | | | | | |
| Nombre de survivants/victimes de viols à qui vous avez administré un traitement préventif contre les IST au cours des dernières 2 semaines | | | | | |
| Nombre de cas rapportés de séquelles dues à des violences domestiques | | | | | |

* suivant un incident **PPE = prophylaxie post-exposition *** PCU = pilules contraceptives d'urgence

Système d'information sanitaire

Formulaire de rapport

Organisation : _____

Lieu : _____

9.4 Planning familial

Période couverte par le rapport : _____

| | Cumul en début de période (a) | | Nouveaux utilisateurs (b) | | Réfugiés | | Utilisation interrompue (c) | | Cumul en fin de période de période (a + b - c) | Quantité distribuée durant la période pour chaque méthode* | unités |
|--|-------------------------------|------|---------------------------|------|----------|------|-----------------------------|------|--|--|----------------|
| | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 | < 18 | ≥ 18 | | | |
| Contraception orale* - faible dose (<i>microgynon</i> ; <i>Nordette</i>) | | | | | | | | | | | cycles |
| Contraception orale* - dose élevée (<i>Lo-femena</i>) | | | | | | | | | | | cycles |
| Pilule progestative (<i>Microval</i> ; <i>Microlut</i>) | | | | | | | | | | | doses |
| Contraception d'urgence/pilule du lendemain*** (<i>Postinor -2</i>) | | | | | | | | | | | doses |
| Injectable (<i>Depo-Provera</i>) | | | | | | | | | | | doses (ml) |
| Par Implant (<i>Norplant</i>) | | | | | | | | | | | implants |
| Dispositif intra-utérin | | | | | | | | | | | DIU |
| Préservatif (Masculin) | | | | | | | | | | | unité |
| Préservatif (Féminin) | | | | | | | | | | | unité |
| Stérilisation (Masculine) | | | | | | | | | | | stérilisations |
| Stérilisation (Féminine) | | | | | | | | | | | stérilisations |
| Autre | | | | | | | | | | | |

* Comprend les méthodes prescrites à tous types de patients

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUCTION | 87 |
| 2 OBJECTIFS | 88 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 88 |
| 3.1 Évaluation des besoins | 88 |
| 3.2 Travailler avec des adolescents | 89 |
| 3.3 Prise en compte des adolescents dans l'élaboration de programmes | 90 |
| 3.4 Mise en place de services de santé reproductive pour les adolescents | 92 |
| 3.5 Coordination et association avec des programmes de jeunes | 95 |
| 3.6 Soutien | 96 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 96 |
| 5 CONTRÔLE | 97 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 98 |

1 Introduction

L'adolescence est l'une des étapes de la vie les plus complexes et sans doute l'une des plus fascinantes ; elle s'accompagne de besoins en santé reproductive très particuliers. Les adolescents sont très malléables, pleins de ressources et d'énergie. Ils peuvent s'entraider, s'éduquer mutuellement et s'investir au sein de leurs communautés en se portant volontaires auprès de prestataires de santé, en offrant des soins aux personnes porteuses du VIH/SIDA et en favorisant l'accès pour leurs pairs, au niveau de la communauté, à un service de santé reproductive de qualité.

Les urgences humanitaires s'accompagnent de risques intrinsèques qui augmentent la vulnérabilité des adolescents face à la violence, à la pauvreté, à la séparation d'avec leurs familles, aux abus sexuels et à l'exploitation. Ces facteurs peuvent désorganiser les structures de protection sociales et familiales, les réseaux de pairs, les institutions scolaires ou religieuses ainsi que la capacité qu'a l'adolescent à pratiquer de bons réflexes de santé reproductive. Leur nouvel environnement peut être violent, stressant et/ou malsain. Les adolescents (surtout les jeunes femmes) vivant dans une situation de marginalisation sont très vulnérables aux contraintes, exploitations et violences sexuelles et peuvent ne pas avoir d'autre choix pour survivre que d'avoir des rapports sexuels à risque ou de recourir au « sexe de survie » (rapport sexuel comme monnaie d'échange).

D'un autre côté, les communautés touchées par la crise peuvent aussi bénéficier de nouvelles opportunités, y compris un accès à de meilleurs soins de santé, à l'école ou à l'acquisition de nouvelles langues et compétences, ce qui placera les adolescents dans des situations privilégiées qu'ils n'auraient pas connues si leur environnement n'avait pas été touché par la crise. Les adolescents ont la faculté de s'adapter facilement à de nouvelles situations et apprennent rapidement à interagir avec un nouvel environnement.

4

CHAPITRE QUATRE

Santé reproductive des adolescents

Santé reproductive des adolescents

Les responsables, les directeurs de programmes et les prestataires de soins de santé reproductive travaillant en situation de crise humanitaire doivent prendre en compte et traiter les besoins spécifiques des adolescents en chemin vers l'âge adulte, confrontés à des situations très complexes et difficiles. Ces premiers doivent aussi prendre en compte les adolescents vulnérables, y compris les anciens enfants-soldats, les enfants à la tête d'un foyer, les mères adolescentes et les jeunes filles qui risquent davantage d'être exploitées sexuellement.

2 Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont les suivants :

- Fournir une assistance aux responsables, aux directeurs de programmes et aux prestataires de services de santé reproductive pour une approche efficace des problèmes de santé reproductive chez les adolescents en situation de crise humanitaire.
- Lister les ressources principales à l'attention des responsables, des directeurs de programmes, des prestataires de services de santé reproductive et des membres de la communauté quant aux moyens d'impliquer les adolescents dans des programmes de santé reproductive.
- Garantir la prestation de services de santé reproductive adaptés aux jeunes et créer un environnement au sein duquel les adolescents peuvent se développer et s'épanouir, en dépit des nombreux défis auxquels ils doivent faire face dans une situation de crise.

Ce chapitre est destiné à des adolescents (10 à 19 ans), mais les services décrits ici peuvent s'étendre à un public de jeunes plus large (10 à 24 ans) qui pourront également profiter de services qui leur sont adaptés.

3 Élaboration de programmes

En situation d'urgence, mettre en place le Dispositif minimum d'urgence (DMU) de santé reproductive (Voir Chapitre 2 : Le DMU). Le DMU ne couvre pas tous les besoins des adolescents et il se peut qu'il s'avère impossible d'y intégrer tous les principes de santé reproductive destinés aux adolescents lors de sa mise en œuvre. Cependant, elle doit être faite de manière à correspondre aux besoins et aux goûts des adolescents. Il convient d'intégrer les éléments suivants en premier lieu :

- Placer les préservatifs, féminins et masculins, dans les lieux où les adolescents se retrouvent, préférer des lieux intimes et accessibles où ils pourront se rendre secrètement.
- Faire en sorte que les adolescentes soient en sécurité lorsqu'elles effectuent des tâches ménagères, comme aller chercher du bois, de l'eau ou de la nourriture.
- Garantir aux adolescentes enceintes un accès aux services de soins obstétricaux d'urgence et aux mécanismes d'urgence lorsque nécessaire.
- Mettre en place des services de soins cliniques et référents pour les survivants/victimes de violences sexuelles répondant aux besoins des adolescents et respectant la confidentialité.

3.1 Évaluation des besoins

Au fur et à mesure que la situation se stabilise, entamer une évaluation des besoins en coordination avec des acteurs de la santé reproductive et des pédiatres pour renseigner le processus d'élaboration de programmes et développer un plan d'action afin que les services de santé existants basés sur l'évaluation soient plus en phase avec les jeunes. Intégrer à ce processus des adolescents capables d'identifier leurs points faibles et leurs

points forts. Utiliser des outils d'évaluation des besoins adaptés aux jeunes pour définir si les services de santé répondent à leurs besoins. Évaluer également les moyens de protection dont dispose la communauté. Rassembler des informations concernant :

- **la prévalence de problématiques relatives à la santé reproductive chez les adolescents**, y compris la grossesse, la mortalité maternelle et prénatale et les IST/VIH ;
- **la vulnérabilité des adolescents et les pratiques dangereuses**, y compris l'exposition à des violences et exploitations sexuelles, le trafic d'êtres humains et le « sexe de survie » ainsi que les pratiques traditionnelles comme la mutilation/excision des parties génitales féminines ;
- **les moyens de protection issus de la communauté**, tels que le soutien des parents ou des professeurs et des programmes de jeunes en lien avec des adultes qui s'intéressent à eux ;
- **les services pour adolescents**, y compris les services professionnels et traditionnels. Il conviendra d'identifier tout manque dans les prestations et l'accès aux services ;
- **la perception de la notion de santé reproductive chez les adolescents** : la perception des besoins de santé reproductive par la communauté et les adolescents eux-mêmes et la prestation de services de santé reproductive et d'information aux adolescents ;
- **les barrières dans l'accès aux services existants**, y compris l'insécurité, les normes culturelles, le manque de confidentialité/vie privée et le manque de professionnels de soins de santé du même sexe.

De plus, les responsables, les directeurs de programmes et les prestataires de services de santé reproductive se doivent de connaître la réglementation nationale et les politiques concernant la santé reproductive des adolescents des pays dans lesquels ils travaillent. À prendre en compte :

- Quelles lois ou politiques restreignent ou protègent l'accès des adolescents à l'information et aux services de santé reproductive ?
- Quel est l'âge légal de la majorité ? Quel est l'âge légal de la majorité sexuelle ? Quel est l'âge légal pour le mariage ? La loi est-elle différente pour les garçons/hommes et les filles/femmes ?
- A-t-on besoin d'un accord marital, parental ou de la part du tuteur légal pour fournir des informations et des services de santé reproductive ? Et qu'en est-il des adolescents « adultes » ?
- Les lois/politiques/protocoles prennent-ils en compte les capacités d'évolution des enfants ainsi que leur intérêt premier dans la réglementation de l'accès aux services, aux informations et à l'éducation en santé reproductive ?
- Existe-t-il des lois nationales régissant la violence sexuelle et d'autres formes d'abus causés sur les enfants au sein et hors du cadre familial ?
- Exige-t-on que les prestataires de santé déclarent les abus (y compris les abus sexuels) et/ou les violences sexuelles causés aux enfants ? Si oui, auprès de qui, et que se passe-t-il une fois la déclaration effectuée ?
- Qui est autorisé à rassembler des preuves médico-légales dans le secteur de la santé dans des affaires concernant des violences sexuelles causées à des enfants ? Qui est autorisé à témoigner au tribunal à cet égard ?
- Quels sont les organisations locales de défense des droits des femmes et des enfants qui œuvrent pour soutenir l'accès à l'information et aux services de santé reproductive pour les enfants et les adolescents ?

3.2 Travailler avec des adolescents

Principes à prendre en compte dans le cadre d'un travail avec les adolescents :

1. principes de prise en charge ;
2. principes relatifs à la prestation de services.

3.2.1 Principes de prise en charge

Les adolescents ne sont pas un groupe homogène : leurs besoins varient en fonction de leur âge, sexe, éducation et statut marital. Les messages destinés à changer leur comportement en matière de santé reproductive doivent être adaptés à l'âge (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) et au sexe.

Incitation à une participation intelligente des adolescents : le premier principe dans le travail avec des adolescents est d'encourager leur participation, d'engager un partenariat et de stimuler leurs prises de décisions. Lorsque les adolescents tentent d'accéder à des

services de santé reproductive, ils font face à des barrières, il convient alors de les impliquer dans tous les aspects de l'élaboration de programmes, y compris la conception, la mise en œuvre et le contrôle. Il peut être utile, par exemple, d'identifier les jeunes qui assureraient auparavant le statut de meneurs ou d'éducateurs de pairs dans leurs communautés. Ces jeunes peuvent aider à définir les besoins de leurs pairs au cours de la phase de conception de programmes et peuvent aider à la mise en place d'activités, comme la distribution de préservatifs, l'éducation par les pairs et le contrôle de services de santé destinés aux jeunes. Ils peuvent encore agir comme référents auprès des conseillers en violences basées sur le genre. Les services seront plus facilement acceptés s'ils sont adaptés à des besoins identifiés par les adolescents eux-mêmes. Les adolescents peuvent aussi faire en sorte que le DMU traite de leurs besoins, par exemple, en identifiant des lieux culturellement sensibles afin d'y rendre disponibles les préservatifs.

Implication de la communauté : la compréhension du cadre culturel et la mise en place d'un environnement de soutien est un élément important à considérer pour l'évolution des services de santé reproductive des adolescents. Ils peuvent en effet être influencés par des valeurs communautaires relatives à la santé reproductive et sexuelle des adolescents. En situation d'urgence, les adultes ont régulièrement tendance à protéger leurs valeurs culturelles et le processus de socialisation des jeunes. Lorsqu'est initiée une réponse humanitaire, il est important de rendre les informations et les services prioritaires de santé reproductive disponibles, y compris pour les adolescents, comme précisé dans le DMU (voir Chapitre 2). Dès que possible, se focaliser sur l'implication des communautés dans les questions touchant à la santé des adolescents. Ceci peut en effet avoir des répercussions plus durables et positives sur la santé. Les membres de la communauté, y compris les parents, les tuteurs légaux et les chefs religieux doivent être consultés et impliqués dans le développement des programmes en rapport avec et pour les adolescents.

3.2.2 Principes de prestation de services

Vie privée, confidentialité et honnêteté : les adolescents se sentent souvent honteux, embarrassés et confus lorsqu'ils s'adressent à des prestataires de santé. Il est important de créer un espace intime dans lequel l'adolescent pourra parler librement. Les informations au sein

d'un groupe d'adolescents circulent vite et si la confidentialité n'est pas respectée, ne serait-ce qu'une fois, les jeunes ne s'adresseront plus aux services disponibles.

Faire le lien entre la prévention, le traitement, les soins du VIH et la santé reproductive : le fait que les adolescents se tournent vers les services de santé pour obtenir des informations sur le VIH, le dépistage et les soins correspondants, constitue une occasion de promouvoir des services de santé reproductive plus complets sur :

- les relations sexuelles sans risques, y compris l'utilisation d'une double protection ;
- les méthodes de planning familial ;
- les conseils et traitements des IST.

De la même manière il convient d'offrir aux jeunes qui se rendent dans un service de planning familial ou tout autre service de santé reproductive la possibilité de s'informer sur leur statut VIH, en leur indiquant que des soins et traitements sont disponibles (voir Chapitre 5 : Planning familial, Encadré 24, p. 108 : À prendre en compte dans le conseil de contraceptifs destinés aux adolescents).

Sexe du prestataire de services : lorsque cela est possible, un jeune devra être dirigé vers un prestataire du même sexe que lui, à moins qu'il fasse la demande contraire. Lorsqu'une adolescente survivante/victime de violences basées sur le genre en recherche de soutien et de soins se présente dans un établissement de santé, une personne de sexe féminin doit être présente dans la salle d'examen lorsque seul un prestataire de sexe masculin est disponible. Ceci est essentiel dans le cas d'une adolescente, mais il est également important de laisser la liberté du choix aux adolescents survivants/victimes de violences basées sur le genre.

3.3 Prise en compte des adolescents dans l'élaboration de programmes

Les directeurs de programmes doivent impérativement avoir présents à l'esprit les facteurs suivants, car ceux-ci peuvent accroître la vulnérabilité des adolescents au cours d'une urgence.

- **Les adolescentes sont beaucoup plus vulnérables que les adolescents :** les rapports de force existant dans des relations hommes-femmes peuvent être accentués au cours d'une urgence. On exige souvent des adolescentes qu'elles fassent perdurer les normes culturelles ou sociales, comme la soumission aux hommes, le soin de la famille, rester à la maison et se marier très jeunes. Par ailleurs, un changement de rapport de force provoqué par le mélange de populations déplacées peut augmenter le risque encouru par les adolescentes. Les difficultés économiques engendrent davantage d'exploitations, telles que le trafic d'êtres humains ou la prostitution, avec les risques de santé reproductive que cela engendre (VIH, IST, grossesses prématurées et avortements à risque). Les adolescentes sont vulnérables à la violence basée sur le genre, y compris la violence sexuelle, la violence domestique, la mutilation/l'excision des parties génitales féminines et le mariage précoce et forcé. Les risques de grossesse pour une adolescente peuvent être exacerbés par des antécédents de santé, tels que l'anémie. Les jeunes filles mariées n'exercent souvent pas de pouvoir décisionnel au sein du foyer, le pouvoir étant injustement réparti entre elles et leurs maris.
- **Les normes et l'aide sociales sont mises à mal en situation de crise :** la détérioration de structures sociales peut justifier une protection si cela met fin à des pratiques dangereuses, mais cela peut également représenter un risque pour la santé de l'adolescent. L'utilisation du temps libre par les adolescents en situation de crise ne sera pas perçue de la même manière qu'en temps normal. Lorsque les adolescents sont séparés de leur famille, de leurs amis, enseignants, membres de leur communauté et culture traditionnelle, l'environnement social exerce moins de contrôle sur leurs comportements à risque. Sans accès à des informations et des services convenables, les adolescents sont plus susceptibles d'être exposés à des rapports sexuels à risque pouvant conduire à des grossesses non désirées, des accouchements à risque, des IST ainsi qu'au VIH.
- **Les crises humanitaires peuvent briser la relation jeune-adulte à un moment où les modèles sont essentiels :** dans une situation stable, les adolescents trouvent généralement des modèles au sein de leur famille ou communauté qui font certainement défaut en situation de crise. Les prestataires de services et les animateurs de club de jeunes peuvent devenir des modèles importants et ils doivent être conscients de l'influence qu'ils peuvent exercer.
- **Les crises humanitaires ne détruisent généralement pas seulement le quotidien, mais aussi les perspectives d'avenir des adolescents :** pour les adolescents, ceci peut se manifester par un point de vue fataliste sur la vie et conduire à des prises de risque de plus en plus fréquentes se traduisant par la violence, la toxicomanie et/ou des rapports sexuels à risque. Lors d'activités ou de programmes destinés à aider les adolescents à anticiper l'avenir, il convient de leur expliquer immédiatement les conséquences d'un rapport sexuel à risque

Encadré 19 : groupes vulnérables parmi les adolescents

Les groupes vulnérables parmi les adolescents sont :

- Les très jeunes adolescents (10 à 14 ans)
- Les filles-mères
- Les orphelins et les enfants vulnérables
- Les enfants à la tête d'un foyer
- Les jeunes filles mariées
- Les adolescents séropositifs
- Les enfants-soldats (y compris les filles) et autres enfants associés à des forces armées (dans des rôles de non-combattants).
- Les adolescents recourant au « sexe de survie » (rapport sexuel comme monnaie d'échange).
- Les adolescents survivants/victimes de violences sexuelles, de trafic d'êtres humains ou de toute autre forme de violences basée sur le genre.
- Les adolescents ayant des rapports sexuels avec des personnes du même sexe.

et le besoin d'assurer la responsabilité de ses actes. Des formations sur la prise de décision, la négociation et le savoir-être peuvent s'avérer utiles pour encourager les adolescents à réfléchir aux solutions leur permettant d'améliorer leur situation du moment.

- **En situation d'urgence, les adolescents peuvent assumer le rôle d'un adulte :** les adolescents devront peut-être endosser le rôle d'adultes et avoir recours à des capacités d'adaptation qui dépassent largement leur âge. En situation de crise humanitaire les adolescents sont parfois amenés à exercer plus de pouvoir que les adultes, provoquant ainsi une confusion sociale encore plus grande.
- **Les groupes vulnérables :** faire attention à l'âge, au sexe, au statut marital et aux vulnérabilités propres à un contexte donné (voir Encadré 19).

3.4 Services destinés aux adolescents

3.4.1 Prestation de services de santé reproductive dans les établissements de santé

Les services de santé peuvent jouer un rôle très important dans la promotion et la protection de la santé des adolescents. Cependant

de nombreuses preuves montrent que les adolescents considèrent que les services de santé ne répondent pas à leurs besoins. Les adolescents n'ont pas confiance dans ces services et les évitent ou ne s'y rendent qu'en ultime recours. Garantir des services de haute qualité et adaptés aux jeunes représente un enjeu important pour inciter les adolescents à recourir aux services de santé reproductive et à les utiliser. En même temps, les adolescents ont besoin d'être conscients que des services adaptés aux jeunes existent. Les soins de santé reproductive adaptés aux jeunes présentent des caractéristiques qui répondent davantage aux besoins particuliers en santé reproductive des adolescents (offre de contraceptifs, contraceptifs d'urgence, soins d'avortement sans risques, diagnostic et traitement des IST, conseil face au VIH, dépistage et soins, et soins prénatals et postnatals).

3.4.2 Questionnaire prestataire à destination des adolescents

Faire des dépistages sur tous les adolescents intégrant le système de santé pour des problèmes d'ordre sexuel, de santé reproductive, de toxicomanie et mental relève d'une bonne pratique. En agissant ainsi, le prestataire de soins de santé fera comprendre à l'adolescent qu'il se soucie de ses besoins et que l'établissement de santé est un lieu où il/elle peut discuter

Tableau 9 : caractéristiques des services de santé adaptés aux jeunes

| Caractéristiques de l'établissement de santé | Caractéristiques du prestataire | Caractéristiques administratives |
|--|---|--|
| Heures d'ouverture adaptées aux adolescents | Respect des adolescents | Implication des adolescents |
| Lieu adapté | Attitude impartiale | Garçons et jeunes hommes bienvenus |
| Espace suffisant et suffisamment intime | Respect de la vie privée et confidentialité honorés | Référents nécessaires disponibles |
| Environnement confortable | Conseil par les pairs disponibles | Frais abordables |
| | Prestataires de même sexe lorsque c'est possible | Patients de passage bienvenus |
| | Maintien d'une stricte confidentialité | Une publicité et une politique de recrutement informant et rassurant les adolescents |
| | Personnel formé suivant des caractéristiques de services adaptés aux jeunes | |

sereinement de problèmes en relation avec la santé reproductive. De plus, l'information peut être utilisée par les prestataires de santé pour fournir un conseil et des référents adaptés.

Avant de demander des informations aux adolescents, commencer à réfléchir aux services référents disponibles. Ne poser des questions sensibles que si une réponse adaptée à une situation potentiellement douloureuse peut être fournie, afin d'éviter de provoquer davantage de dommages. Une façon d'évaluer psychologiquement les adolescents, et qui aidera les prestataires de santé à leur poser des questions appropriées et à évaluer leurs besoins de manière adéquate, consiste à suivre le mnémonique HEADSSS : Home (Maison), Education/Employment (École/Université/ Emploi), Activities (Activités), Drugs (Drogues), Sexuality (Sexualité), Suicide/Depression (Suicide/Dépression) et Safety (Sécurité).

3.4.3 Prestation de services de santé reproductive au sein de la communauté

La prestation de services et d'informations à caractère communautaire offre aux adolescents une chance de démontrer leur capacité à prendre des décisions et à acquérir de nouvelles compétences par le biais du volontariat tout en développant des relations jeune-adulte. La communauté constitue également un cadre idéal pour recevoir des informations sur la santé reproductive dans lequel les adolescents sont à l'aise, ouverts au dialogue et à une évaluation personnelle des risques.

Éducation par les pairs

L'éducation par les pairs offre de nombreux avantages puisque les pairs sont généralement considérés comme des personnes de confiance disposant de sources d'informations fiables. Une éducation par les pairs bien conçue basée sur un programme d'enseignement et une supervision des éducateurs peut contribuer à l'amélioration des connaissances, des réflexes et des compétences des adolescents en matière de santé reproductive et de prévention du VIH. Pour garantir des programmes d'éducation par les pairs de qualité :

- Il conviendra d'offrir aux éducateurs des formations intensives de haute qualité, ainsi que des évaluations et des renforcements de capacités à intervalles réguliers, afin qu'ils puissent fournir à leurs pairs des informations à jour.

- Il convient d'utiliser des listes de contrôle standard dans le développement et la mise en place de programmes d'éducation par les pairs afin d'en améliorer la qualité.

Distribution communautaire

Les distributeurs communautaires (DC) sont des jeunes ayant reçu une formation leur permettant de fournir des conseils sur la contraception à leurs pairs au sein de la communauté. Ils se concentrent habituellement sur la diffusion d'informations concernant la santé reproductive, les contraceptifs oraux, les préservatifs et le VIH, et dirigent les patients vers les établissements d'accueil pour y recevoir d'autres méthodes de contraception et services. Ces DC peuvent assimiler efficacement des informations sur la santé reproductive et le VIH. Puisque de nombreuses barrières empêchent les adolescents d'accéder aux services de santé reproductive dans des cliniques, la formation de jeunes DC est une stratégie efficace permettant l'accès des adolescents aux services de santé reproductive et aux informations tout en permettant aux jeunes DC de prendre des décisions au sein de la communauté. Les jeunes DC deviennent souvent des alliés des services de santé au sein des établissements, grâce à un travail mené auprès des prestataires de services sur l'amélioration de la qualité des services destinés aux jeunes.

Dialogue avec la communauté

Pour impliquer la communauté, il convient d'instaurer le dialogue avec elle pour gagner son soutien et développer les compétences des membres de la communauté. Les adultes ont besoin d'une formation, de compétences et d'encouragement pour soutenir le programme de santé reproductive des adolescents mais aussi pour être plus à l'aise dans l'information qu'ils fournissent à ces derniers.

3.4.4 Services de santé reproductive dans les écoles

Rendre disponibles les services et les informations de santé reproductive pour les adolescents au sein des écoles officielles et non officielles ainsi que dans les centres de formation professionnelle. Mettre en place des liens avec les éducateurs pour défendre la création d'un environnement dans lequel les choses sont possibles afin de garantir la prestation des services de santé reproductive pour les adolescents.

Sanitaires non mixtes

Il est très probable que les adolescents soient mal à l'aise et aient honte de partager leurs sanitaires avec le sexe opposé, ainsi qu'avec d'autres enfants plus jeunes. Ceci est particulièrement vrai pour les filles en période de règles. Les toilettes mixtes sont aussi souvent citées comme étant des lieux de violence à l'école basée sur le genre. L'absence de sanitaires non mixtes et de produits d'hygiène féminine ne motivera pas les adolescentes à se rendre à l'école. Afin de limiter l'absentéisme scolaire, les harcèlements, les violences sexuelles à l'école et de promouvoir un environnement de travail plus sûr, il convient de :

- Garantir l'accès à des sanitaires sans danger et non mixtes dans les écoles.
- Fournir aux filles des linges ou toute autre protection hygiénique culturellement appropriée à utiliser durant les règles.

Enseignement de l'autonomie basé sur le programme scolaire

Les programmes d'éducation sur la sexualité et le VIH basés sur les cursus scolaires élaborés et mis en œuvre par des groupes d'adolescents eux-mêmes constituent des interventions prometteuses permettant de réduire les comportements sexuels à risque des adolescents. Les directeurs de programmes conçoivent les projets de manière à ce qu'ils soient en adéquation avec le contexte local. Le tableau 10 présente les caractéristiques du programme scolaire traitant des connaissances pratiques ayant un impact sur le comportement des adolescents.

Les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive peuvent fournir une assistance technique aux enseignants et aux éducateurs de la communauté afin de s'assurer qu'ils sont à l'aise lorsqu'ils parlent des différents sujets et choisissent des cours adaptés d'apprentissage de l'autonomie (voir encadré 20).

Tableau 10 : caractéristiques des programmes propices à l'apprentissage de l'autonomie*

| Élaboration du programme | Contenu | Mise en œuvre |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer des personnes disposant de bagages culturels différents. • Évaluer les besoins et atouts du groupe cible. • Concevoir les activités en tenant compte des valeurs de la communauté et des ressources disponibles (ex. disponibilités et compétences du personnel, espace disponible, approvisionnement). • Réaliser un test pilote du programme. | <ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur des buts précis (ex. prévention des IST et/ou grossesses). • Communiquer des messages clairs sur les comportements à tenir pour arriver à ces buts (ex. abstention, utilisation de préservatifs et/ou d'autres contraceptifs). • Définir les risques et les facteurs de protection influant sur le comportement sexuel. • Utiliser des méthodes d'enseignement audio et prévoir plusieurs activités (adaptée à la culture, à l'âge et aux expériences sexuelles) qui permettent aux participants d'être activement impliqués et de personnaliser l'information. • Être logique dans la présentation des sujets. | <ul style="list-style-type: none"> • Former des éducateurs pouvant s'identifier aux jeunes. • S'assurer que les autorités (ministères de la Santé, circonscriptions scolaires ou organisations communautaires) soutiennent le programme. • Mettre en place un environnement sûr pour favoriser la participation des jeunes. • Employer des jeunes et surmonter les barrières afin qu'ils s'investissent (ex. publicité, nourriture gratuite, accord parental préalable). • Enseigner l'intégralité du programme scolaire. |
| <p>*Adapté de Kirby, D et al. Impact des programmes d'éducation sexuelle et de VIH sur les comportements sexuels des jeunes dans les pays développés et en développement. <i>Youth Net, Youth Research Working Paper No. 2, 2005.</i></p> | | |

Encadré 20 : autonomie

L'éducation à l'autonomie comprend :

- Les changements émotionnels et physiques intervenant au cours de la puberté.
- Le planning familial.
- La santé mentale.
- Les connaissances pratiques en fonction de l'âge pour les plus jeunes comme l'identification des valeurs et la compréhension des conséquences de ses actes.
- Les connaissances pratiques en santé reproductive, comme l'efficacité du préservatif, la négociation de rapports sexuels sans risques, le refus d'un rapport sexuel non désiré.
- La sexualité et le genre (y compris les normes de genre construites pas la société).
- La capacité à décrypter les informations à caractère médical et sanitaire, et la prise de conscience de la fécondité.
- La prévention du VIH/SIDA.
- La prévention de la violence basée sur le genre.
- Les liens avec les établissements de santé, pour encourager les adolescents à recourir à ces services.
- Les autres connaissances pratiques, comme la prise de décision, la pensée critique, la créativité, la définition des valeurs, la communication, la gestion des émotions et du stress.

3.5 Coordination et association avec des programmes de jeunes

Établir des liens entre les différents programmes de jeunes permettra de disposer de services plus exhaustifs.

- **Mettre les services de santé reproductive en rapport avec les services communautaires destinés aux adolescents** : les adolescents recherchent souvent des adultes en qui ils peuvent avoir confiance et dans un environnement sûr où ils sentent que l'information peut être partagée en toute confiance. Souvent, ces personnes effectuent un travail à caractère communautaire. Mettre en place des systèmes référents pour garantir que les adolescents reçoivent le traitement approprié dans le cas de problèmes qui pourraient être révélés en dehors du cadre clinique (ex. violences sexuelles, grossesse non désirée ou avortement à risque).
- **Garantir des programmes multisectoriels** : les praticiens de santé reproductive peuvent ne pas être capables ni avoir les compétences d'inclure les moyens de subsistance dans leur programme. En coordination avec le secteur de la santé, assurer la liaison avec la gestion du camp et d'autres groupes de coordination afin

d'établir le lien entre les programmes pour jeunes, les services de santé, de protection et de soutien psychologique, les possibilités en éducation et les moyens de subsistance. Soutenir la mise en place de formations professionnelles et de développement de compétences pour les adolescents fera ressortir leur sentiment de contrôle et d'optimisme quant à leur avenir. Ceci est essentiel pour reconstruire et réhabiliter leurs réseaux sociaux et les communautés, à la fois pendant et après la crise humanitaire. Collaborer à des programmes de développement des compétences des adolescents afin de mieux orienter ces derniers et intégrer les informations relatives à la santé reproductive aux programmes traitant des moyens de subsistance.

- **Employer des hommes et des garçons comme acteurs du changement social** : les normes sociales rigides des hommes sont liées aux prises de risques sexuelles croissantes, ce qui peut conduire à des risques de transmission des IST et de VIH plus importants, de même qu'une plus grande toxicomanie et à des violences basées sur le genre. Les conditions prévalant dans une situation de crise humanitaire peuvent pousser les hommes qui se sentent sous pression à jouer leur rôle traditionnel de prestataire et de protecteur,

pour lesquels ils sont dépendants d'une assistance externe. La frustration et l'humiliation qui en découlent peuvent conduire à un comportement à risque et à des situations de violence domestique. Les adolescents ont besoin d'environnements sûrs où des normes masculines peuvent venir se substituer aux normes sociales traditionnelles. Gagner le soutien des hommes et des garçons : leur donner l'opportunité de définir leurs propres besoins et de s'engager activement au niveau de la santé reproductive, en rendant ainsi service aux adolescents et adolescentes.

- **Prise en charge et socialisation des filles** : le travail avec des groupes exclusivement féminins constituera le cadre idéal pour défier les normes sociales féminines de passivité, de service et d'infériorité envers les hommes. Encourager les filles à trouver leur voie et à consolider leurs croyances et leurs valeurs, en mettant ainsi leur potentiel en avant afin qu'elles contribuent également à la société. Les situations de crise humanitaire poussent souvent les communautés à protéger les rôles traditionnels des femmes. Concevoir des programmes dans lesquels les filles se prennent en charge en gardant tout ceci présent à l'esprit.

3.6 Soutien

Sensibiliser et orienter les personnes influençables membres de la communauté de secours/développement et de la communauté bénéficiant des services aux vulnérabilités en santé reproductive, aux besoins spécifiques et aux droits des adolescents de la communauté. Les responsables, les directeurs ainsi que les prestataires de services de santé reproductive doivent être des vecteurs de changement et :

- soutenir l'information et la mise en place de services auprès des adolescents qui leur sont adaptés ;
- être investis dans des activités de développement de prise de conscience au sein de la communauté, tels que les journées « portes ouvertes » et les dialogues avec la communauté ;
- souligner les besoins des adolescents conjointement avec les officiels et les décideurs.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

4.1 Normes relatives aux droits de l'homme

La catégorie adolescents (10 à 19 ans) comprend les enfants, tels que définis par la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CIDE) comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable ». La CIDE détaille toutes les protections spécifiques auxquelles les enfants peuvent prétendre de par leur statut d'enfant. Elle reconnaît aussi le « développement de ses capacités ». Ceci signifie que « au fur et à mesure que les enfants acquièrent des compétences, le besoin d'être dirigé se fait moins sentir et se développe une plus grande capacité à prendre la responsabilité de décisions influant sur leur vie ». Les enfants ont le droit d'exprimer leurs points de vue dans tous les domaines les concernant et on se doit d'accorder à ces points de vue le poids correspondant à l'âge et à la maturité de l'enfant.

En considérant les questions relatives au développement et à la santé des adolescents, la Commission sur les Droits de l'Enfants a interprété la CIDE comme une obligation des États à fournir aux adolescents un accès aux services et aux informations à caractère sexuel et reproductif. Ceci repose sur une panoplie de droits compris dans la CIDE, y compris le droit à la non-discrimination, à la santé, à l'information, à la vie privée, à la libre expression et à la protection face à tous les types d'abus, négligence, violence et exploitation ainsi que les pratiques dangereuses traditionnelles. Ces droits font également partie d'autres outils internationaux relatifs aux droits de l'homme. Ils s'appliquent aussi aux adolescents « adultes » et peuvent être enfreints lorsque :

- les adolescents n'ont pas accès aux services de santé reproductive en raison de leur âge ;
- les services et les informations de santé reproductive sont refusés aux femmes non mariées en raison de leur statut ;
- les adolescents vivant avec le VIH sont désavantagés dans des environnements sociaux et scolaires officiels ou non ;
- les filles sont sujettes à des pratiques traditionnelles dangereuses, tel que la mutilation/l'excision des parties génitales féminines, le mariage précoce et forcé et le test de la virginité ;

- l'accord parental (ou du tuteur légal) est requis pour les services de santé reproductive aux adolescents ;
- les agents de santé révèlent à un tiers la séropositivité de l'adolescent sans accord légal préalable pour la divulgation d'une telle information ;
- les agents de santé révèlent à un tiers qu'une adolescente a subi un avortement ou a reçu des soins post-avortement sans accord légal préalable pour la divulgation d'une telle information.

4.2 Défis et opportunités

Dans certains cas, les directeurs de programmes de santé reproductive et les prestataires de services peuvent avoir des décisions difficiles à prendre. Il se peut que leur capacité à garantir les droits des adolescents soit limitée par une loi nationale, une norme sociale ou culturelle ou des fausses idées d'ordre médical. De telles pratiques et lois peuvent être en conflit avec les principes des droits de l'homme reconnus au niveau international. Par exemple :

- La famille d'une adolescente peut demander au prestataire de services d'effectuer un test de virginité (hymen) pour savoir si elle est sexuellement active ou si elle a été violée ; ces examens n'ont aucune validité médicale et représentent une violation des droits de l'adolescente s'ils sont effectués sans son consentement éclairé.
- Les directeurs et les prestataires de services peuvent être découragés lors du lancement d'un programme dont le but est de fournir des informations et des services de santé reproductive aux adolescents, et ce en raison d'une croyance commune mais fausse stipulant que lorsqu'on informe les adolescents sur ces risques, cela les encourage à avoir des rapports sexuels. En réalité, une information juste et accessible aidera les adolescents à prendre des décisions saines, à l'inverse refuser de leur fournir ces informations serait nier leurs droits.

Un directeur ou un prestataire de services de santé reproductive, peut souvent se retrouver face à des questions très difficiles relatives à la prestation d'informations et de services de santé reproductive auprès d'enfants et d'adolescents.

Il convient d'être conscient de la position de l'agence/organisation dont on dépend sur les questions de santé reproductive et d'inclure ce paramètre dans l'analyse de la situation et les éventuelles étapes suivantes. Face à l'une des situations décrites ci-dessus, la priorité sera l'intérêt du patient, en se concentrant sur sa sécurité et sa santé. Il est également essentiel de ne pas négliger sa propre sécurité ni celle de ses collègues. En fonction, il conviendra peut-être de :

- s'entretenir avec son supérieur hiérarchique ;
- parler avec le patient des options possibles, en lui fournissant, de manière adaptée, des informations sur les organisations locales œuvrant pour les droits des enfants et des femmes et susceptibles d'apporter de l'aide ;
- rechercher des moyens de mobiliser le soutien de la communauté en matière de services de santé reproductive destinés aux jeunes ;
- envisager des façons d'encourager les efforts de soutien si l'agence est engagée dans cette voie ;
- identifier avec les collègues des façons d'éviter/gérer de telles situations dans l'avenir, tout en respectant la confidentialité du patient ;
- poser ces questions lors de réunions de coordination de santé.

5 Contrôle

Pour s'assurer que les adolescents font bon usage des services disponibles en santé reproductive et reçoivent correctement l'information, les indicateurs devraient être subdivisés par âge et par sexe. Se reporter au Chapitre 4 pour les choix d'indicateurs propres aux adolescents. Les principaux indicateurs de santé reproductive des adolescents sont présentés ci-dessous.

Principaux indicateurs de santé reproductive des adolescents :

- proportion d'IST parmi les moins de 18 ans ;
- proportion de naissances parmi les moins de 18 ans ;
- utilisation des préservatifs subdivisée par âge et par sexe.

6 Bibliographie

Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A conceptual framework and suggested outcome indicators. Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in Adolescent Sexual and Reproductive Health, December 2007. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf

Adolescent Friendly Health Services: Agenda for Change. WHO, WHO/FCH/CAH/02.14. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

Senderowitz J, Solter C and Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth.* Pathfinder International, 2002. <http://www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>

Adolescent Reproductive and Sexual Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://www.savethechildren.org/programs/health/publications.html>



5

CHAPITRE CINQ

Planning familial

Sommaire

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUCTION | 99 |
| 2 OBJECTIFS | 100 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 100 |
| 3.1 Évaluation des besoins | 100 |
| 3.2 Des services de planning familial de haute qualité | 102 |
| 3.3 Gestion logistique des contraceptifs | 102 |
| 3.4 Où et comment offrir des services de planning familial | 103 |
| 3.5 Ressources humaines | 104 |
| 3.6 Information, éducation et communication | 105 |
| 3.7 Formation des prestataires de service | 105 |
| 3.8 Prestation de services de planning familial | 106 |
| 3.9 Méthodes de planning familial | 108 |
| 3.10 Planning familial post-partum | 117 |
| 3.11 Planning familial pour les personnes vivant avec le VIH | 119 |
| 3.12 Stérilité | 119 |
| 3.13 Participation des hommes aux programmes de planning familial | 120 |
| 3.14 Soutien | 120 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 120 |
| 4.1 Normes en matière de droits de l'homme | 120 |
| 4.2 Défis et opportunités | 121 |
| 5 CONTRÔLE | 121 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 122 |

Toute personne a droit à des services de planning familial et à l'information

1 Introduction

Le planning familial permet aux individus et aux couples de décider du nombre d'enfants désiré et du moment de leur naissance, ceci grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et d'un traitement de la stérilité involontaire. Pour une femme, être en mesure d'espacer et de limiter ses grossesses dans le temps a un impact direct sur sa santé et son bien-être, tout comme sur le déroulement de chaque grossesse.

L'utilisation de méthodes de planning familial permet d'éviter 32 % des décès maternels et presque 10 % des décès infantiles tout en réduisant les taux de pauvreté et de famine¹. De plus, l'utilisation de méthodes de planning familial contribue à la prise en charge, à l'éducation et à la stabilité économique des femmes. En raison des risques de santé liés à la grossesse, les infections sexuellement transmissibles (IST), dont le virus de

¹ Cleland, John, et al "Family planning: the unfinished agenda." *The Lancet*. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series, October 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf.

Planning familial

l'immunodéficience humaine (VIH) et les avortements à risque, les rapports sexuels non protégés sont le deuxième facteur de risque le plus important d'invalidité et de décès dans les communautés les plus pauvres du monde. Les méthodes de planning familial sont sans risques, efficaces et bon marché.

2 Objectifs

Les objectifs de ce chapitre sont les suivants :

- fournir des conseils pour les directeurs de programmes et les prestataires de services de santé reproductive sur les besoins en planning familial, les méthodes, l'efficacité et l'adéquation dans des situations de crise humanitaire ;
- décrire les facteurs nécessaires à l'établissement des services de planning familial, y compris l'évaluation des besoins, la coordination, la planification, la mise en œuvre, le contrôle et l'évaluation.

3 Élaboration de programmes

La population touchée, hommes et femmes, doit être impliquée à tous les niveaux des programmes du planning familial, y compris par voie de volontariat ou par choix. Les chefs religieux et les chefs de la communauté doivent également être impliqués afin de garantir l'adaptation culturelle des services.

La situation dans les régions ou pays d'origine des populations touchées est un facteur important qui influence les attentes, la perception des besoins et la demande en matière de planning familial. Les lois, l'infrastructure, les valeurs religieuses et éthiques, le bagage culturel et les compétences des prestataires de santé du pays d'accueil ont un effet important sur l'offre de services.

En début de réponse humanitaire, certaines femmes peuvent souhaiter

continuer à utiliser la même méthode de contraception qu'elles utilisaient avant la crise. Bien que le programme de planning familial ne fasse pas partie du Dispositif minimum d'urgence (DMU), il est toutefois important de rendre les méthodes contraceptives de base disponibles afin que les femmes qui le veulent puissent poursuivre leur planning familial. Les préservatifs doivent être disponibles dès le début de la réponse afin d'éviter les grossesses non désirées ainsi que la transmission des IST dont le VIH (voir Chapitre 2 : Le DMU).

Une fois la situation stabilisée, les femmes (et leurs partenaires) souhaiteront peut-être utiliser un contraceptif, en changer ou l'arrêter. Les conseils dispensés dans le cadre du planning familial doivent précéder le choix de la méthode de planning familial et doivent réellement refléter les méthodes disponibles car une partie des services de planning familial ne pourra être disponible qu'ultérieurement.

Chaque patient du planning familial a le droit à la confidentialité et à la vie privée et au libre choix d'une méthode. Les méthodes contraceptives sont souvent utilisées par les femmes ; cependant, les hommes sont souvent les preneurs de décisions au sein de la famille. Il est donc important de communiquer aux hommes les informations correspondantes et de les encourager à prendre part activement au processus de prise de décision du planning familial. Ceci permettra de garantir une responsabilité mutuelle dans les décisions de planning familial et d'optimiser l'acceptation du programme au sein de la communauté. Une exception peut être faite si l'implication de l'homme met la femme en danger.

Les protocoles utilisés pour gérer les services de planning familial dans la région ou le pays d'origine peuvent être différents de ceux utilisés dans le pays d'accueil. Les protocoles du pays d'accueil doivent être respectés, bien qu'une négociation prenant en compte les normes internationales, puisse être nécessaire là où il existe des différences.

3.1 Évaluation des besoins

En coordination avec d'autres acteurs de la santé, grâce au mécanisme de coordination du secteur de la santé, rassembler des informations de base sur la santé reproductive au sein des communautés touchées. On pourra se procurer ces informations auprès du ministère de la Santé, de l'ONUSIDA, de l'UNFPA, de l'OMS, des chefs de communautés et des chefs spirituels ainsi que d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales de santé reproductive et de planning familial. Les sièges des organisations ou à défaut, les bureaux régionaux pourront vous aider à obtenir ces informations.

Effectuer une évaluation des agences de planning familial nationales existantes, multilatérales ou bilatérales et/ou des programmes en place avant la crise, ou dans le pays d'origine en cas de déplacement de populations, afin d'identifier des possibilités de collaboration et les éventuelles différences à résoudre entre les protocoles. Tous les services proposés doivent l'être à la fois pour la population touchée et la population d'accueil.

Afin de comprendre les besoins et les demandes en planning familial de la population touchée, il convient de :

- étudier les croyances culturelles et les attitudes de la communauté vis-à-vis de la contraception ;
- évaluer les compétences des prestataires en matière de contraception, y compris les méthodes traditionnelles ;
- collecter des informations sur la prévalence contraceptive par méthode utilisée ;
- vérifier la disponibilité des stocks et la continuité de l'approvisionnement ;
- déterminer la disponibilité et la fonctionnalité des locaux existants.

Les interdictions, les croyances religieuses ou le refus de reconnaître les droits reproductifs des femmes peuvent engendrer des réticences vis-à-vis du planning familial. Rechercher le soutien de la communauté ainsi que des chefs religieux et des chefs de la communauté dans le cadre d'une campagne d'information, d'éducation et de communication qui mette l'accent sur l'espacement des naissances, la maternité sans risques et la santé de la femme. Impliquer également les membres de la communauté (hommes, femmes et adolescents) ainsi que les chefs de la communauté dans la mise en place des services de planning familial. Sans leur soutien, le programme de services de planning

familial risquerait d'être censuré par la communauté.

Discuter avec les hommes, les femmes (y compris les chefs, les guérisseurs, les accoucheuses, les adolescents et les organisations locales) afin d'obtenir des suggestions sur les lieux d'implantation des points de services, les horaires des services dans les établissements de santé et le niveau d'intimité et confidentialité nécessaires pour garantir une utilisation et une acceptabilité maximales. Discuter avec les hommes et les femmes séparément, en fonction de la culture et des normes locales (ex. débats au sein d'un groupe local de femmes).

Les directeurs de programmes et les prestataires de services de santé reproductive doivent également connaître les lois et les politiques nationales des pays dans lesquels ils travaillent portant sur les thèmes suivants en rapport avec le planning familial :

- Que disent les lois et les politiques en matière d'accès à l'information et aux services de planning familial ?
 - ▶ Existe-t-il des lois ou des politiques sur l'accès universel aux informations et aux services de planning familial ?
 - ▶ Existe-t-il des lois ou des politiques qui restreignent l'accès de certaines personnes (adolescents, femmes non mariées, etc.) aux informations et aux services de planning familial ?
 - ▶ Existe-t-il des lois ou des politiques sur la prescription de la pilule contraceptive d'urgence (PCU) ? Comment les PCU sont-elles rendues accessibles aux femmes ?

Les PCU constituent une méthode contraceptive de secours pour les urgences contraceptives. Les femmes peuvent les utiliser dans les cinq jours suivant un rapport sexuel non protégé pour empêcher une grossesse non désirée. Les prestataires de services doivent être conscients que les PCU ne provoquent pas un avortement. Les PCU empêchent l'ovulation et ne fonctionnent plus une fois que le processus d'implantation a commencé. Les PCU ne changeront rien à une grossesse déjà existante* (voir aussi paragraphe 3.9.5 ci-dessous et Chapitre 2, paragraphe 3.2.3.)

* *Contraception d'urgence, Fiche d'information N°244, WHO, révisée Octobre 2005.*

- Exige-t-on un accord marital, parental ou du tuteur légal pour délivrer des informations et des services de planning familial à des adolescents ? La capacité d'évolution et l'intérêt premier des adolescents est-il pris en compte dans les lois et politiques régulant l'accès aux informations et aux services de planning familial ?
- Exige-t-on l'accord de l'époux ou toute autre exigence (âge, nombre d'enfants) pour que les femmes soient stérilisées ou aient accès à un autre type de service de planning familial ?

3.2 Des services de haute qualité du planning familial

Les services de haute qualité du planning familial répondent aux besoins des individus et des couples à chaque étape de leur vie reproductive en leur offrant des opportunités dans la prise de décisions éclairées, le choix de la méthode, des procédures sans risques et la continuité des services. Les prestataires de service doivent fournir aux patients des informations complètes et vérifiées, ce qui permet aux hommes et aux femmes de choisir une méthode répondant à leurs besoins.

Encadré 21 : planning familial de haute qualité

Un planning familial de haute qualité signifie que :

- les services sont pratiques, accessibles et acceptables pour les patients ;
- la confidentialité de l'information et l'intimité sont garanties ;
- les prestataires sont formés et compétents et peuvent conseiller les patients de manière appropriée en prenant le temps de le faire ;
- les prestataires ont les compétences techniques nécessaires et ont accès aux directives de prestation de services, aux protocoles et disposent d'un approvisionnement durable en fournitures de planning familial ;
- la possibilité de choisir entre différentes méthodes de planning familial existe ;
- les besoins des patients sont évalués ;
- le respect d'un libre choix est garanti : informations complètes et à jour sur les méthodes disponibles ;
- il existe un conseil propre à chaque méthode ;
- les standards recommandés par des protocoles nationaux ou internationaux sont maintenus ;
- toutes les procédures sont menées par un personnel formé conformément aux directives de prestation de services ;
- le réapprovisionnement des patients est effectué à temps avec la méthode de leur choix, la gestion des complications est assurée et lorsqu'un patient veut changer de méthodes, des options alternatives lui sont proposées ;
- un système de logistique est en place afin de garantir un approvisionnement durable des fournitures du planning familial.

3.3 Gestion logistique des contraceptifs

Lorsqu'une réponse humanitaire est initiée, les prestataires de services doivent pouvoir répondre à une demande continue de contraceptifs. Les méthodes contraceptives de base sont comprises dans les Kits de santé reproductive interorganisations (voir Chapitre 2 : Le DMU, paragraphe 3.5, p. 44). Une fois le DMU mis en œuvre, les patients doivent avoir accès aux conseils et aux services du planning familial et recevoir la méthode contraceptive de leur choix. Il convient de commander des stocks supplémentaires ainsi qu'une gamme plus large de contraceptifs pour assurer des programmes complets de planning familial. Dès que possible, cesser de commander des kits et passer à un

système logistique basé sur la demande afin de garantir la disponibilité de différentes méthodes et d'éviter le gaspillage.

Former ou employer du personnel ayant des compétences en gestion de chaîne d'approvisionnement afin de garantir que les commandes seront passées à temps et éviter les ruptures de stocks. Se renseigner sur les réseaux d'approvisionnement locaux. S'ils ne correspondent pas, les fournitures devront être obtenues grâce à des fournisseurs officiels ou au soutien de l'UNFPA, de l'UNHCR ou de l'OMS. Ces agences peuvent faciliter l'achat de contraceptifs de bonne qualité en grande quantité et à bas prix afin d'éviter les ruptures de stock. Placer les stocks le plus près possible des populations touchées.

Encadré 22 : étapes de base pour la gestion des stocks de contraceptifs

- **Sélectionner les méthodes contraceptives.** Baser la sélection sur : l'utilisation passée et à venir au sein de la communauté visée, les compétences des prestataires, les pratiques, les lois et cultures locales et un éventail de choix pour le patient.
- **Calculer les quantités d'approvisionnement.** Baser votre première estimation sur les données du ministère de la Santé local et par la suite sur les données générées au sein de la population déplacée. Réviser régulièrement les programmes et les plans d'approvisionnement afin que les quantités puissent être ajustées aux besoins de la population, sa taille et sa composition pouvant changer rapidement.
- **Mettre en place un système de conservation des données.** Créer un système qui collecte les données logistiques recueillies aux points de services et qui rapporte ces données mensuellement ou trimestriellement à l'agence en charge du réapprovisionnement. Les données à rassembler et à transmettre doivent comprendre :
 - ▶ les stocks disponibles dans les locaux ;
 - ▶ les produits perdus, abimés ou ayant expiré ;
 - ▶ la consommation (taux de consommation pour chaque produit).
- **Développer des procédures de gestion.** Développer des procédures pour gérer de manière efficace l'approvisionnement en contraceptifs et les stocks (stockage, transport, distribution). Rapports réguliers et calendriers de distribution sont une composante essentielle de ces procédures. Sans une information à temps sur les niveaux d'approvisionnement et la consommation, il est peu probable que la quantité adéquate de contraceptifs sera distribuée aux prestataires de services. Éviter des offres inférieures ou supérieures à la demande en organisant correctement la chaîne logistique. Nommer une personne qui supervisera et prendra la responsabilité de ces opérations (avec une personne secondaire à l'appui).

Des modèles de compte-rendu et de rapport sont disponibles dans la section Bibliographie.

3.4 Où et comment offrir des services de planning familial

Concevoir les services de planning familial de manière à ce qu'ils soient accessibles et pratiques. Mettre en place des services de planning familial au niveau des établissements de santé, des postes de santé de proximité et à travers les systèmes de distribution communautaire (DC). Certains groupes, comme les adolescents (voir Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents, paragraphe 3.3) et les femmes non mariées peuvent avoir besoin de conditions particulières pour se sentir à l'aise dans l'utilisation des services et éviter le risque de stigmatisation vis-à-vis de la communauté. La disponibilité des préservatifs aux points de consultation est vitale : ne pas mettre en place des systèmes obligeant le patient à se déplacer vers une pharmacie ou un autre lieu pour obtenir la méthode choisie, exception faite pour les opérations chirurgicales qui ne sont pas disponibles aux points de consultation (ex. la stérilisation volontaire). Mettre en place un système référent pour permettre aux patients de faire ces choix.

Pour garantir l'intégration du planning familial et offrir un service plus complet, les responsables de santé reproductive, les directeurs de programmes et les prestataires de services du planning familial doivent suivre les conseils suivants :

Intégrer des méthodes et des conseils de planning familial dans les services de soins d'avortement sans risques, de post-avortement, des IST, du VIH, des soins prénatals et post-partum au bénéfice des patientes qui n'y auraient pas eu accès autrement.

- Garantir la transmission des informations au moment du conseil sur les soins d'avortement sans risques ou de post-avortement en amont de toute procédure et si une femme est intéressée, lui laisser le choix de la méthode de planning familial au moment du conseil post-avortement.
- Lorsqu'une femme, un homme ou un adolescent se présente pour des soins ou le traitement d'une IST, dont le VIH, demander si il/elle utilise une méthode de planning familial et lui offrir un conseil et une prestation en rapport avec la méthode de son choix. Les hommes se limitent toujours au préservatif masculin et à la stérilisation volontaire. Toutefois, ils peuvent être impliqués dans des choix de planning familial avec leur partenaire.

- Lorsqu'une femme ou une fille fait une demande de SPN, lui demander si elle utilisait une méthode de planning familial avant de tomber enceinte et si elle désire reprendre ou entamer une méthode de planning familial après son accouchement.
- Lorsqu'une femme vient faire la demande de services de soins post-partum, la questionner sur l'utilisation éventuelle d'une méthode de planning familial et la conseiller en fonction de ses besoins.

3.5 Ressources humaines

- Organiser un contrôle des services de planning familial avec une infirmière, une sage-femme ou un docteur ayant une expérience en terme de gestion.
- Identifier et employer des membres de la communauté touchée ou du personnel local de la communauté d'accueil ayant les compétences et l'expérience nécessaires en matière de prestation de services de planning familial de qualité.
- Superviser et former les agents non spécialisés qui fournissent la DC. Inclure les éléments suivants à leur formation : comment reconnaître les problèmes médicaux devant conduire à une orientation du patient vers un autre service ; développer les compétences nécessaires au suivi des patients et comment gérer les réactions et les croyances vis à vis des contraceptifs. Informer les membres de la communauté que l'agent non spécialisé est supervisé par une infirmière ou un docteur à qui un patient pourra s'adresser en cas de soin clinique ou de conseil.

Comme tous les services de santé reproductive, ceux traitant de la prestation de services de planning familial doivent respecter la confidentialité des patients ainsi que leurs opinions et leurs choix. Afin de garantir une utilisation continue des contraceptifs et une amélioration de la perception du planning familial, les prestataires doivent être de même sexe et disposer du même bagage culturel que les patients. Ils doivent également avoir une grande capacité de communication.

Pour un soutien administratif, technique et d'orientation, la coordination et la coopération entre les mécanismes de coordination du secteur/cluster de la santé, le programme national de planning familial, les ONG et les organisations des Nations Unies impliquées dans le planning familial doivent pouvoir se faire. Une telle coopération permettra également d'accroître la pérennité des programmes de planning familial.

3.6 Information, éducation et communication

Le conseil aux patients fait partie intégrante des services de planning familial. Des supports d'information, d'éducation et de communication appropriés et culturellement acceptables aident les individus et les couples dans leurs choix de contraceptifs. Les informations doivent comprendre les avantages et les inconvénients des différentes méthodes, une explication sur une utilisation correcte et les méthodes d'urgence en cas de défaillance. De plus, les supports présentant des illustrations et des modèles de contraceptifs à montrer aux patients sont d'une grande aide, particulièrement dans les régions avec un fort taux d'analphabétisme. Au fur et à mesure que le programme s'élargit, s'assurer que les supports IEC sont adaptés afin d'améliorer la qualité des services proposés. Des exemples de supports IEC sont fournis sur le CD-ROM qui accompagne ce manuel. Préparer des versions dans les langues locales ou développer des supports et des modèles artisanaux.

3.7 Formation des prestataires de services de planning familial

Tout le personnel procurant des services de planning familial doit avoir été formé aux méthodes contraceptives et de conseil comme précisé ci-dessous. Cette formation devra se compléter de mises à niveaux régulières. Au fur et à mesure que le programme de planning familial s'élargit, les formations sur le terrain et les exercices pratiques supervisés sont des éléments essentiels permettant de garantir une prestation de haute qualité. Les outils et les ressources permettant de former les prestataires de services sont disponibles sur le CD-ROM joint.

Les éléments nécessaires à une formation en rapport avec des services de planning familial comprennent :

1. des compétences techniques (3.7.1) ;
2. des compétences en communication et en conseil (3.7.2) ;
3. des compétences administratives (3.7.3).

3.7.1 Compétences techniques

Le prestataires doivent être informés des éléments suivants :

- la description des méthodes, y compris leur utilisation correcte, leurs avantages, leurs inconvénients et leur efficacité

(voir Tableau 11 : comparatif des modes d'application oraux et locaux de contraception hormonale, p. 118) ;

- le mode opératoire, les effets secondaires et la gestion des effets secondaires, les complications, les signes de danger ;
- la posologie ou le mode d'administration ;
- l'éligibilité médicale et les interactions médicamenteuses ;
- les compétences techniques relatives à la prestation de chaque méthode, par exemple, la prévention d'infection, la pose et le retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU) ou d'un implant hormonal ;
- le contrôle et les exigences en réapprovisionnement, y compris la commande des fournitures ;
- l'archivage de la documentation et des dossiers médicaux ;
- les référents à base clinique et la prise de décision.

Pour des méthodes exigeant des compétences techniques spécifiques, tels que les contraceptifs injectables, les implants, les DIU, la stérilisation volontaire des hommes et des femmes et la pose d'un diaphragme, les prestataires ont besoin d'une formation sur le terrain ainsi que d'une supervision rapprochée. Ils doivent également bénéficier d'expériences dans les conseils et la prestation de telles méthodes.

3.7.2 Compétences en communication et conseil

Dans ce module de formation, les prestataires de services de planning familial acquièrent les compétences suivantes :

- une attitude impartiale vis-à-vis des utilisateurs et non utilisateurs, tout en respectant leurs choix, dignité, vie privée et confidentialité ;
- des réponses aux rumeurs et idées fausses basées sur les preuves, données avec tact ;
- une sensibilité aux besoins de certains groupes (ex. adolescents, handicapés, personnes vivant avec le VIH) ;
- des méthodes impartiales et respectueuses des cultures ;
- des méthodes de communication, telles que, dialoguer ouvertement avec les patients, encourager les patients à parler, écouter activement, clarifier, demander aux patients de reformuler les informations transmises, identifier les sentiments des patients, résumer la conversation ;
- documentation de la méthode choisie.

Encadré 23 : liste de contrôle pour l'établissement des services de planning familial*

- Prise en compte des évaluations de comportement des différents groupes
- Fréquence de contraception dans le pays d'origine (ou pays d'accueil)
- Contraceptifs fournis et système logistique en place
- Système de conservation des dossiers médicaux en place pour le planning familial
- Participation active des utilisateurs des services de planning familial
- Investissement des hommes, femmes et chefs des communautés locales
- Implantation des services de planning familial avec la participation des populations touchées
- Prestataires de services formés dans les services de planning familial conformément aux définitions des autorités nationales

*Certaines de ces tâches devront être effectuées simultanément.

Former les prestataires de façon à ce qu'ils acquièrent des compétences en communication efficace afin d'être en mesure de prodiguer des conseils relatifs aux méthodes en un temps limité. Les prestataires doivent être formés et recevoir une mise à niveau sur l'utilisation des supports pédagogiques et apprendre comment identifier un patient présentant des besoins particuliers, comme les adolescents, ceux sujets à des risques élevés d'IST dont le VIH, les femmes qui allaitent, etc. Les jeux de rôles permettront aux prestataires d'améliorer leur compétence dans l'approche des différents cas.

3.7.3 Compétences administratives

Les compétences administratives reposent sur la conservation des dossiers médicaux, le contrôle des stocks et la supervision des distributeurs communautaires. Mettre l'accent sur les compétences requises dans l'exercice de ces fonctions, mais expliquer également en quoi elles sont importantes ainsi que comment et à quel moment les exercer.

3.8 Prestation de services de planning familial

Consultation dans le cadre du planning familial

Premier contact entre un prestataire et un patient :

- inscription de la personne, annotation des antécédents médicaux en santé reproductive ;

- examen clinique (si indiqué par les antécédents), et, au besoin, pelvien (pour identifier l'origine de saignements vaginaux inexplicables) ;
- conseils sur les méthodes contraceptives disponibles en tenant compte des préférences du patient, du risque potentiel des IST/VIH et de ses antécédents médicaux ;
- fournir la méthode contraceptive choisie et une explication sur son utilisation :
 - ▶ Conseiller le patient sur une utilisation correcte du contraceptif, y compris son mode d'administration, ce qu'il convient de faire en cas d'oubli et où trouver un contraceptif d'urgence en cas de besoin.

Double protection

Beaucoup de personnes sexuellement actives nécessitent une double protection : protection contre une grossesse involontaire et contre les IST, dont le VIH. Les contraceptifs offrant la meilleure des préventions contre la grossesse ne protègent pas des IST. Ainsi, une utilisation simultanée de préservatifs pour prévenir les maladies est recommandée. Un préservatif utilisé seul peut également prévenir les IST et la grossesse s'il est utilisé correctement et à chaque rapport, mais il implique des taux de grossesses plus élevés qu'un préservatif associé à une autre méthode contraceptive.

De plus, expliquer les effets secondaires possibles et préciser au patient qu'il/elle peut revenir à l'établissement de santé à tout moment pour gérer ces effets secondaires ou pour changer de méthode.

- prévoir une visite de suivi ou une consultation par un agent non spécialisé :
 - ▶ Donner aux nouveaux utilisateurs une date pour la visite de suivi. Ces visites permettront au patient de poser des questions au sujet du contraceptif utilisé et de tout effet secondaire qu'il/elle a pu constater. Certaines méthodes, comme les pilules contraceptives, les préservatifs ou les contraceptifs injectables exigent que le patient ait un contact régulier avec le prestataire de services de DC ou l'infirmière pour obtenir le contraceptif en question. Au fur et à mesure que le patient s'habitue à une méthode, les visites de contrôle peuvent être effectuées à sa demande. Quelque soit la fréquence des visites de contrôle, le patient devra avoir la garantie d'un accès immédiat en cas de difficultés. Lorsque le prestataire de services prévoit une visite de contrôle, il doit être conscient du niveau d'alphabétisation du patient et se servir d'un outil de travail approprié pour garantir que l'information a été parfaitement comprise par le patient.
- consigner les informations prises au cours de la visite au format standard de collecte de données ainsi que dans les dossiers médicaux des patients.

Diagnostiquer une grossesse

Il est important de diagnostiquer si une femme est enceinte ou non car le prestataire ne devra pas prescrire de méthode de planning familial aux patientes enceintes. La capacité à diagnostiquer les grossesses précoces dépendra des ressources disponibles et de l'environnement. Les tests de grossesse fiables sont très utiles, mais peuvent ne pas être disponibles. L'examen pelvien, s'il est effectué par un prestataire compétent, est fiable 8 à 10 semaines après le premier jour des dernières règles. Si aucun de ces tests n'est réalisable, la liste de contrôle de la page suivante peut être utilisée par les prestataires de services pour déterminer de manière raisonnablement sûre si la patiente est enceinte.

Figure 4 : liste de contrôle d'exclusion d'une grossesse précoce

| | | |
|---|--|-----|
| Posez les questions 1 à 6 à la patiente. Si elle répond oui à l'une d'entre elles suivez les consignes. | | |
| NON | 1. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois ? Allaitiez-vous exclusivement ou quasi exclusivement et avez-vous une absence de règles depuis la naissance ? | OUI |
| NON | 2. Vous êtes-vous abstenue d'avoir des rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis l'accouchement ? | OUI |
| NON | 3. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ? | OUI |
| NON | 4. Vos dernières règles ont-elles débuté au cours des 7 derniers jours (ou 12 si vous prévoyez d'utiliser un DIU) ? | OUI |
| NON | 5. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours (ou 12 si vous prévoyez d'utiliser un DIU) ? | OUI |
| NON | 6. Utilisez-vous un contraceptif fiable régulièrement et correctement ? | OUI |

Il existe sans doute des protocoles nationaux, des outils de travail ou des listes de contrôles. Vérifier que vos méthodes sont en accord avec les normes internationales d'un point de vue technique.

Si la patiente a répondu non à toutes ces questions la grossesse n'est pas à écarter. Utiliser un test de grossesse pour confirmer que la patiente n'est pas enceinte, ou bien la patiente devra attendre ses prochaines règles pour choisir une méthode contraceptive.

Si la patiente a répondu oui à au moins l'une de ces questions et qu'elle ne présente aucun symptômes de grossesse, fournissez-lui la méthode qu'elle aura choisie.

Encadré 24 : à prendre en compte dans le conseil de contraceptifs destinés aux adolescents

- Bien que les jeunes femmes soient souvent moins tolérantes aux effets secondaires, le conseiller aidera à savoir à quoi s'attendre et les encouragera à ne pas arrêter l'utilisation de ces méthodes.
- Les adolescent(e)s non marié(e)s sont plus exposé(e)s aux transmissions des IST et VIH. Les informer sur des stratégies doubles afin de réduire le risque d'infections sexuellement transmissibles.
- Les adolescentes peuvent avoir moins de contrôle sur leur rapport sexuel et l'utilisation des contraceptifs que les femmes plus âgées. Ceci peut accroître leur demande en contraceptifs d'urgence. Conseiller toutes les adolescentes qui en font la demande sur les méthodes de planning familial disponibles et leur donner la possibilité d'emmenager avec elles un contraceptif d'urgence.
- Les jeunes femmes préfèrent des méthodes qu'elles peuvent utiliser sans que leur entourage ne le sache (contraceptifs injectables).
- Il existe de nombreuses barrières qui empêchent les adolescents d'avoir accès aux services de santé dans les établissements de santé. C'est pourquoi la DC doit aussi leur être destinée.

Pour plus d'informations se reporter au Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents.

3.9 Méthodes de planning familial

Les prestataires de services doivent pouvoir expliquer les caractéristiques que présente chaque méthode, le mode d'utilisation, les effets, les risques et les effets secondaires qui y sont liés. Ils doivent être conscients de la façon dont les méthodes influent sur la transmission des IST et du VIH, si elles conviennent aux patients présentant des besoins particuliers (comme les adolescents, les patients atteints du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les femmes qui allaitent) et le temps s'écoulant entre l'arrêt de la méthode contraceptive et le retour à une fertilité normale. Assurez-vous que les prestataires ont accès à ces informations pour toutes les méthodes de planning familial disponibles sur le site et qu'ils sont capables de s'en servir en fonction des besoins en santé reproductive de chaque patient.

3.9.1 Méthodes de prise de conscience de la fécondité

Une utilisation efficace des méthodes de prise de conscience de la fécondité exige d'une femme qu'elle sache quand commence et se termine sa période d'ovulation au cours de son cycle menstruel. Ces méthodes incluent celles qui s'appuient sur les symptômes de fécondité, la surveillance de la température basale ou des sécrétions vaginales (méthode des deux jours) ou bien la méthode symptothermique basée sur une surveillance des jours du cycle menstruel (méthode des jours fixes). L'utilisation de ces

méthodes exige une coopération de la part des deux partenaires.

Les méthodes de prise de conscience de la fécondité conviennent particulièrement aux personnes qui ne désirent pas utiliser d'autres méthodes pour des raisons médicales ou des croyances religieuses ou personnelles. Les prestataires de services doivent informer les couples que ces méthodes ne les protègent pas des IST, dont le VIH, et, qu'en raison de leur faible efficacité, elles ne seront pas appropriées lorsqu'une grossesse représente un danger pour la santé de la femme.

3.9.2 Contraceptifs hormonaux

Les contraceptifs hormonaux se composent uniquement de progestogènes ou d'une combinaison de progestogènes et d'œstrogènes pour empêcher l'ovulation. Ils sont généralement très efficaces et faciles à utiliser. Il existe différents moyens d'administration (voie orale, injection, implants, timbre transdermique, etc.) présentés dans les tableaux 11 à 13. Lorsqu'une femme choisit une méthode hormonale, elle devra recevoir des conseils sur son utilisation, que faire en cas d'oubli, les effets secondaires, tout comme être informée des modifications au niveau de ses règles. Au cours des visites de suivi, il conviendra de soutenir et de rassurer la patiente pour l'aider à utiliser correctement la méthode et à en supporter les effets secondaires.

Tableau 11 : comparatif des modes d'application oraux et locaux de contraception hormonale

| Caractéristiques | Pilules contraceptives orales combinées | Pilules progestatives | Patch combiné | Anneau vaginal combiné |
|---|--|--|--|--|
| Mode d'administration | Prise des pilules par voie orale | Prise des pilules par voie orale. Sans risque pour les femmes allaitantes et leurs bébés | Patch porté sur le devant du bras, le dos, l'abdomen ou les fesses, mais pas sur la poitrine | Anneau placé dans le vagin |
| Contenu | Faibles doses de 2 hormones : un progestatif et un œstrogène | Très faibles doses de progestatif | Libère en continu 2 hormones : un progestatif et un œstrogène | Libère en continu 2 hormones : un progestatif et un œstrogène |
| Fréquence d'administration | Quotidiennement, pendant 21 jours, suivies d'une pause ou de pilules sans hormones pendant 7 jours | Quotidiennement. Sans interruption entre les prises des plaquettes | Hebdomadaire : le patch est remplacé chaque semaine pendant 3 semaines. Pas de patch la 4 ^{ème} semaine | Mensuellement : anneau gardé pendant 3 semaines et retiré lors de la 4 ^{ème} semaine |
| Efficacité (taux de grossesse, en utilisation courante du contraceptif) | Dépend de la capacité de l'utilisatrice à prendre une pilule chaque jour En utilisation courante, environ 8 grossesses pour 100 femmes, au cours de la première année | Dépend de la capacité de l'utilisatrice à prendre une pilule chaque jour, à heure fixe Allaitement maternel : environ 1 grossesse pour 100 femmes, au cours de la première année Sans allaitement maternel : environ 3 à 10 grossesses pour 100 femmes au cours de la première année | Requiert la vigilance de l'utilisatrice une fois par semaine. Taux d'efficacité à l'étude. Peut s'avérer plus efficace que les pilules contraceptives orales combinées | Dépend si l'utilisatrice conserve l'anneau en place toute la journée, en ne le retirant pas plus de 3 heures d'affilée. Taux d'efficacité à l'étude. Peut s'avérer plus efficace que les pilules contraceptives orales combinées |
| Menstruations | De manière caractéristique, menstruations irrégulières au cours des quelques premiers mois, les menstruations devenant ensuite plus régulières | De manière caractéristique, chez la femme allaitante, la pilule prolonge la période d'absence de menstruations Pour les femmes non allaitantes, des menstruations fréquentes ou irrégulières sont chose courante | Similaire aux pilules contraceptives orales combinées, mais les menstruations irrégulières sont plus courantes au cours des quelques premiers mois qu'avec la prise de pilules contraceptives orales combinées | Similaire aux pilules contraceptives orales combinées, mais les menstruations irrégulières sont moins courantes qu'avec la prise de pilules contraceptives orales combinées |

| Caractéristiques | Pilules contraceptives orales combinées | Pilules progestatives | Patch combiné | Anneau vaginal combiné |
|---|---|---|--|--|
| Retard moyen de grossesse suite à l'arrêt du procédé | Aucun retard | Aucun retard | Aucun retard | Aucun retard |
| Vie privée | Aucun signe physique lié à l'utilisation mais d'autres personnes peuvent trouver les pilules | Aucun signe physique lié à l'utilisation mais d'autres personnes peuvent trouver les pilules | Le partenaire ou d'autres personnes peuvent s'apercevoir du patch | Certains partenaires peuvent sentir l'anneau |
| Autres considérations | Consentement oral, plus conseils du planning familial avec explications sur la manière de prendre les pilules | Consentement oral, plus conseils du planning familial avec explications sur la manière de prendre les pilules | Consentement oral, plus conseils du planning familial avec explications sur la manière dont le patch est utilisé et doit être changé | Consentement oral, plus conseils du planning familial avec démonstration sur la manière de placer et de retirer l'anneau et quand le faire |
| Compétences du prestataire | Formé à prodiguer des conseils de planning familial | | | |

Adapté de : Family Planing. A Global Handbook for Providers, USAID (Agence des États-Unis pour le Développement International), John's Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, 2007.

Tableau 12 : comparatif des modes d'injection contraceptive

| Caractéristiques | AMPR | NET-EN | Contraceptifs injectables combinés mensuels (CIC) |
|--|--|--|--|
| Mode d'administration | Injection intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC) tous les 3 mois | Injection intramusculaire tous les 2 mois | Injection intramusculaire tous les mois |
| Contenu | Un progestatif : acétate de médroxyprogestérone-retard | Un progestatif : énanthate de noréthistérone | Deux hormones : un progestatif et un œstrogène |
| Délai pour que l'injection répétée soit efficace si la patiente se présente trop tôt ou trop tard à son rendez-vous | Jusqu'à 2 semaines d'avance ou 4 semaines de retard sur le rendez-vous | Jusqu'à 2 semaines d'avance ou 4 semaines de retard sur le rendez-vous | Jusqu'à 7 jours d'avance ou 7 jours de retard sur le rendez-vous |

| Caractéristiques | AMPR | NET-EN | Contraceptifs injectables combinés mensuels (CIC) |
|---|---|---|---|
| Technique d'injection | <p>Injection intramusculaire (IM) profonde dans la hanche, le bras ou les fesses</p> <p>Il existe une injection sous-cutanée d'AMPR par seringue jetable à dose unique</p> <p>Les injections intramusculaires et sous-cutanées doivent être effectuées tel que prévu ; à défaut l'efficacité ne sera être totale</p> | <p>Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le bras ou les fesses</p> <p>Peut s'avérer légèrement plus douloureux que l'AMPR</p> | <p>Injection intramusculaire profonde dans la hanche, le bras, les fesses ou l'extérieur de la cuisse</p> |
| Menstruations | <p>Menstruations irrégulières et prolongées dans un premier temps, puis absence de menstruations ou menstruations peu fréquentes. Absence de menstruations après 1 année chez environ 40 % des utilisatrices</p> | <p>Menstruations irrégulières ou prolongées au cours des 6 premiers mois mais des épisodes menstruels plus courts qu'avec l'injection d'AMPR</p> <p>Après 6 mois, les menstruations sont similaires à celles constatées avec l'injection d'AMPR. Absence de menstruations après 1 année chez 30 % des utilisatrices</p> | <p>Menstruations irrégulières, fréquentes ou prolongées au cours des 3 premiers mois. Menstruations quasiment régulières au bout d'un an. Absence de menstruations après 1 année chez environ 2 % des utilisatrices</p> |
| Prise moyenne de poids | 1 à 2 kg par an | 1 à 2 kg par an | 1 à 2 kg par an |
| Efficacité (taux de grossesse, en utilisation courante du contraceptif) | Environ 3 grossesses pour 100 femmes, au cours de la première année | Similaire à l'AMPR | |
| Retard moyen de grossesse suite à l'arrêt des injections | En moyenne, 10 mois après la dernière injection | En moyenne, 6 mois après la dernière injection | En moyenne, 5 mois après la dernière injection |
| Autres considérations | Formation par le planning familial plus consentement oral plus carnet de rappel pour nouvelle injection à 12 semaines | Formation par le planning familial plus consentement oral plus carnet de rappel pour nouvelle injection à 8 semaines | Formation par le planning familial plus consentement oral plus carnet de rappel pour nouvelle injection à 4 semaines |
| Compétences du prestataire | Formé à prodiguer des conseils de planning familial et à effectuer les injections | | |
| Adapté de : Family Planning. A Global Handbook for Providers, USAID (Agence des Etats-Unis pour le Développement International), John's Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, 2007. | | | |

Tableau 13 : comparatif des implants contraceptifs

| Caractéristiques | Norplant | Norplant Jadelle/ Sino-implant (II) | Implanon |
|---|--|---|--|
| Mode d'utilisation | 6 capsules insérées sous la peau | 2 bâtonnets insérés sous la peau | 1 bâtonnet inséré sous la peau |
| Contenu | Lévonorgestrel | Lévonorgestrel | Etonogestrel |
| Durée de vie de l'implant | Jusqu'à 7 ans | Jusqu'à 4 ou 5 ans | 3 ans |
| Efficacité (taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation) | Grossesse uniquement chez 5 femmes sur 10 000 ayant recours aux implants Chez les femmes de 70 à 79 kg, le procédé devient moins efficace après 5 années d'utilisation Chez les femmes de plus de 80 kg, le procédé devient moins efficace après 4 années d'utilisation | Grossesse uniquement chez 5 femmes sur 10 000 ayant recours aux implants Chez les femmes de plus de 80 kg, le procédé devient moins efficace après 4 années d'utilisation | Grossesse uniquement chez 5 femmes sur 10 000 ayant recours aux implants Le poids n'a aucune incidence connue sur l'efficacité |
| Menstruations | Au cours des quelques premiers mois, menstruations plus faibles et moins de jours de menstruations, ou menstruations irrégulières pendant plus de 8 jours, ou menstruations peu fréquentes ou absence de menstruations Après environ 1 année, menstruations plus faibles et moins de jours de menstruations, menstruations plus faibles et peu fréquentes | | Les utilisatrices d'implants Implanon sont plus sujettes à des menstruations peu fréquentes ou à l'absence de menstruations |
| Retard moyen de grossesse après retrait des implants | Aucun retard | Aucun retard | Aucun retard |
| Disponibilité | Suppression graduelle ; arrêt de l'insertion des capsules Norplant | Devrait remplacer les capsules Norplant d'ici à 2011 | Principalement disponible en Europe et en Asie Utilisation également approuvée aux Etats-Unis |
| Autres considérations | Retraits uniquement et conseils prodigués sur d'autres modes contraceptifs Consentement oral si un autre mode est proposé et consentement écrit si un autre type d'implant est proposé | Formation au planning familial, consentement oral et écrit et carnet de rappel pour nouvelle visite sous une semaine afin de vérifier l'emplacement de l'implant et retirer le pansement Remettre une carte relative à l'efficacité et à l'expiration de l'implant Jadelle, dans 5 ans, et du Sino-implant, dans 4 ans | Formation au planning familial, consentement oral et écrit et carnet de rappel pour nouvelle visite sous une semaine afin de vérifier l'emplacement de l'implant et retirer le pansement Remettre une carte relative à l'efficacité et à l'expiration de l'implant Implanon, dans 3 ans |
| Compétences du prestataire | Formé à prodiguer des conseils de planning familial et à insérer et retirer les implants | | |

3.9.3 Méthodes barrières

Les méthodes contraceptives barrières évitent la grossesse en empêchant physiquement le sperme de pénétrer dans l'utérus. Les méthodes barrières les plus fréquemment utilisées sont les préservatifs masculins et féminins (voir Tableau 14) : les préservatifs sont les seules méthodes de planning familial offrant à la fois une prévention contre la grossesse ainsi qu'une protection contre les IST. (Pour plus d'informations sur les préservatifs, voir Chapitre 9 : Infections sexuellement

transmissibles, p. 169). D'autres méthodes barrières, telles que les spermicides et les diaphragmes, peuvent être demandées par les personnes qui y sont accoutumées. Si la demande en est faite, tout doit être mis en œuvre afin de mettre ces méthodes à disposition. Les spermicides sont l'une des méthodes contraceptives les moins efficaces lorsqu'ils sont utilisés seuls. Un recours fréquent aux spermicides peut accroître le risque de contraction du VIH, chez les patients à haut risque, tels que les prostituées.

Tableau 14 : comparatif des préservatifs masculins et féminins

| Caractéristiques | Préservatifs masculins | Préservatifs féminins |
|---|--|---|
| Positionnement | Doit être déroulé sur le pénis de l'homme, en érection Doit être parfaitement ajusté au pénis | Doit être placé dans le vagin de la femme Doit s'ajuster au vagin, sans serrer et, par conséquent, ne doit pas gêner le pénis |
| Mode d'utilisation | Immédiatement avant le rapport sexuel | Jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel |
| Matériau | Très généralement en latex (parfois dans un matériau synthétique ou membrane animale)* * Les préservatifs faits à partir de membranes animales ne protègent pas contre le VIH. | La plupart sont faits dans un film fin et synthétique (polyuréthane ou nitrile) Certains modèles sont réalisés en latex |
| Sensation lors du rapport sexuel | Le rapport sexuel peut procurer moins de plaisir et de sensibilité | Les préservatifs faits dans un film synthétique laissent passer la chaleur corporelle. De ce fait, le rapport sexuel peut procurer des sensations naturelles |
| Bruits lors du rapport sexuel | Peut produire un bruit de frottement lors du rapport sexuel | Peut produire un bruit de froissement lors du rapport sexuel |
| Lubrification | Les utilisateurs peuvent ajouter un lubrifiant : <ul style="list-style-type: none"> à base d'eau ou de silicone uniquement appliqué sur la face externe du préservatif | Les utilisatrices peuvent ajouter un lubrifiant : <ul style="list-style-type: none"> à base d'eau, de silicone ou d'huile avant insertion du préservatif, appliqué sur la face externe de celui-ci après insertion du préservatif, appliqué sur la face interne du préservatif ou sur le pénis |

| Caractéristiques | Préservatifs masculins | Préservatifs féminins |
|--|---|---|
| Rupture ou tendance au glissement | A tendance à se rompre plus souvent que les préservatifs féminins | A tendance à glisser plus souvent que les préservatifs masculins |
| Quand le retirer | Le pénis doit être retiré du vagin avant que l'érection ne cesse | Le pénis peut rester dans le vagin après que l'érection a cessé Le préservatif féminin doit être retiré avant que la femme ne se mette en position debout |
| Zones couvertes | Couvre la quasi-totalité du pénis ainsi que l'appareil génital interne de la femme | Protège à la fois l'appareil génital interne et l'appareil génital externe de la femme ainsi que la base du pénis |
| Efficacité (taux de grossesse en utilisation courante du préservatif) | Sur la première année, environ 15 grossesses pour 100 femmes dont les partenaires utilisent des préservatifs masculins (si utilisés correctement à chaque rapport sexuel, environ 2 grossesses pour 100 femmes) | Sur la première année, environ 21 grossesses pour 100 femmes utilisant des préservatifs féminins (si utilisés correctement à chaque rapport sexuel, environ 5 grossesses pour 100 femmes) |
| Protection contre le VIH | Lorsqu'ils sont utilisés sans exception et de manière correcte, les préservatifs empêchent la transmission du VIH à 80/95 %, transmission qui aurait sinon eu lieu sans l'utilisation de préservatifs | Lorsqu'ils sont utilisés sans exception et de manière correcte, les préservatifs féminins empêchent la transmission du VIH |
| Mode de conservation | A l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité | Les préservatifs en matière synthétique ne sont détériorés ni par la lumière, ni par la chaleur ou l'humidité |
| Réutilisation | Non réutilisables | Réutilisation non conseillée |
| Coût et disponibilité | Généralement d'un coût faible et largement disponibles | Généralement d'un coût plus élevé et moins largement disponibles que les préservatifs masculins |
| Autres considérations | Conseil et démonstration sur quand et comment il convient de poser et de retirer le préservatif (idéalement à l'aide d'un pénis artificiel) | Conseil et démonstration sur quand et comment il convient de poser et de retirer le préservatif (idéalement à l'aide d'un vagin artificiel) |
| Compétences du prestataire | Formé à prodiguer des conseils de planning familial, faire et répéter la démonstration des préservatifs | |

3.9.4 Dispositifs intra-utérins (DIU)

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont des dispositifs de petites dimensions, souples et réalisés en matière plastique qui contiennent soit du cuivre, soit un progestatif. Un prestataire de soins spécifiquement formé à cet effet insère le DIU à l'intérieur de l'utérus de la femme, en passant par le vagin et le col de l'utérus, en faisant appel à des procédures appropriées de prévention des infections (y compris une technique d'insertion « excluant tout contact »). Les DIU font partie des méthodes les plus efficaces pour éviter la grossesse.

DIU et IST. En lui-même, le DIU n'est cause d'aucune pelvipéritonite. L'insertion d'un DIU, lorsqu'une femme est atteinte de gonorrhée ou de chlamydia, peut occasionnellement conduire à une pelvipéritonite. Par conséquent, l'insertion doit être évitée. Si l'état d'une patiente prédispose celle-ci à des risques d'infection très élevés, l'insertion d'un DIU ne doit pas être effectuée. Lorsque les dépistages des gonorrhées et chlamydias ne peuvent être réalisés en laboratoire (voir Chapitre 9 : IST), les prestataires de services doivent demander à la patiente

de considérer le risque qu'elle encoure et de s'interroger sur le fait qu'elle puisse être atteinte ou non d'une IST. Si la patiente estime que le risque qu'elle a de contracter une IST est élevé, elle doit alors se voir conseiller d'autres méthodes de planning familial. Dans des cas spécifiques, si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas accessibles ou non-acceptables, les prestataires de services doivent envisager, par supposition, de traiter la patiente à l'aide d'une dose thérapeutique complète d'antibiotiques, efficaces contre la gonorrhée et la chlamydia, et déposer le DIU à l'issue du traitement.

Si une femme développe une nouvelle IST après insertion du DIU, celle-ci n'encourt pas de risque particulier de contracter une pelvipéritonite, du fait de la pose du DIU.

La patiente peut continuer à utiliser le DIU tout en suivant son traitement contre l'IST. Retirer le DIU ne présente aucun avantage, mais présente le risque pour la patiente d'avoir à faire face à une grossesse non désirée. La patiente doit être conseillée sur l'utilisation de préservatifs et les autres moyens stratégiques permettant d'éviter de contracter ultérieurement une IST.

Tableau 15 : comparatif des DIU

| Caractéristiques | DIU à base de cuivre | DIU à base de Lévonorgestrel |
|---|--|--|
| Efficacité (taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation) | Grossesse se produisant chez 6 à 8 femmes pour 1 000, au cours de la première année | Grossesse se produisant chez 2 femmes pour 1 000, au cours de la première année |
| Durée d'utilisation | Durée approuvée sur 10 ans | Durée approuvée sur 5 ans |
| Menstruations | Menstruations plus longues et plus importantes, menstruations irrégulières avec plus de gêne ou plus douloureuses | Menstruations plus irrégulières et pertes vaginales légères au cours des quelques premiers mois Absence courante de menstruations après un an Provoque, avec le temps, moins de saignements que les DIU à base de cuivre |
| Anémie | Peut contribuer à une anémie ferriprive si la femme présente, avant insertion du DIU, un taux de fer déjà bas dans le sang | Peut aider à prévenir toute anémie ferriprive |
| Principales raisons de cessation d'utilisation | Menstruations plus importantes et douleur | Absence de menstruation et effets secondaires hormonaux |

| Caractéristiques | DIU à base de cuivre | DIU à base de Lévonorgestrel |
|--|--|---|
| Retard moyen de grossesse suite au retrait du DIU | Aucun retard | Aucun retard |
| Avantages non contraceptifs | Peut aider à se prémunir contre tout cancer de l'endomètre | Traitement efficace en cas de menstruations longues et importantes (alternative à l'hystérectomie) Peut également aider à traiter des menstruations douloureuses Peut être utilisé en tant que progestatif, dans les thérapies de substitution hormonale |
| Utilisation post-partum | Peut être inséré dès 48 h après l'accouchement | Peut être inséré dès 4 semaines après l'accouchement |
| Utilisation en tant que contraception d'urgence | Peut être utilisé pendant 5 jours après un rapport non protégé | Non recommandé |
| Insertion | Requiert une formation spécifique mais plus facile à poser que le DIU à base de Lévonorgestrel | Requiert une formation spécifique et fait appel à une technique d'insertion unique et plus complexe. Les femmes peuvent ressentir plus de faiblesses et de sensations d'évanouissement ainsi que plus de douleur, de nausées ou de vomissements lors de l'insertion qu'avec la pose d'un DIU à base de cuivre |
| Coût | Moins onéreux | Plus onéreux |
| Autres considérations | Conseils en planning familial, consentement oral et écrit. Apporter des explications aux patientes souhaitant y avoir recours, sur la manière de contrôler les ficelles du DIU | |
| Compétences du prestataire | Formé à prodiguer des conseils de planning familial ainsi qu'à l'insertion et au retrait des DIU à base de cuivre | Formé à prodiguer des conseils de planning familial ainsi qu'à l'insertion et au retrait des DIU à base de Lévonorgestrel |

3.9.5 Contraception d'urgence

(Pour plus d'informations sur la contraception d'urgence, voir Chapitre 2 : Le DMU, p.27.)

Les deux méthodes de contraception d'urgence sont :

- les pilules contraceptives d'urgence (PCU)
- les DIU à base de cuivre

Les pilules contraceptives d'urgence peuvent permettre d'éviter toute grossesse non désirée si

elles sont prises dans les cinq jours (120 heures) suivant le rapport sexuel. Les PCU doivent être prises aussi rapidement que possible après un rapport sexuel non protégé. Plus elles sont prises rapidement, plus leur efficacité est grande. **Elles demeurent toutefois efficaces lorsqu'elles sont prises dans les cinq jours suivant un rapport non protégé.**

Deux formules sont disponibles (voir Encadré 25).

Les PCU peuvent être prises sans risque par toutes les femmes, même celles qui ne

Encadré 25 : recours aux pilules contraceptives d'urgence

Prescription de lévonorgestrel seul :
1,5 mg de Lévonorgestrel en une seule dose (posologie recommandée ; plus efficace avec moins d'effets secondaires). Ces pilules sont spécifiquement conditionnées pour les cas de contraception d'urgence.

Prescription d'une association œstrogène-progestérone (Yuzpe) :
une dose contenant 100 microgrammes d'éthinylestradiol plus 0,5 mg de Lévonorgestrel, prise dès que possible, suivie d'une nouvelle dose au bout de 12 heures. Ces pilules sont soit spécifiquement conditionnées pour les cas de contraception d'urgence, soit peuvent être prélevées sur une plaquette usuelle de pilules contraceptives orales combinées.

Dans les cas de contraception d'urgence, les pilules contenant uniquement du Lévonorgestrel (LNG) ont démontré qu'elles étaient plus efficaces que les pilules combinées et présentaient moins d'effets secondaires. Le recours aux pilules contenant uniquement du Lévonorgestrel est inclus dans la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels.

peuvent recourir de manière continue aux méthodes hormonales, la dose d'hormones délivrée étant relativement faible et le recours à ces pilules s'effectuant sur un laps de temps court. Les PCU ne doivent pas être prescrites si l'état de grossesse est avéré. Les PCU peuvent être administrées lorsque l'état de grossesse est incertain et lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un test de grossesse, en l'absence de preuve qu'elles nuisent à la femme ou à une grossesse existante. Avant la prescription de PCU, utiliser la liste de contrôle pour écarter raisonnablement toute grossesse de la patiente (voir Figure 4 : liste de contrôle visant à écarter toute grossesse prématurée).

Une utilisation périodique des PCU est possible mais n'est pas recommandée en tant que méthode de planning familial. Cependant, toute demande de contraception d'urgence permet d'aborder les questions du planning familial et de conseiller la patiente sur les méthodes contraceptives permanentes qui existent. Une occasion à ne pas manquer !

Comme contraception d'urgence, un **DIU à base de cuivre** peut être inséré jusqu'à cinq jours

après un rapport sexuel non protégé. Lorsqu'il est possible d'évaluer le moment de l'ovulation, un DIU à base de cuivre peut être inséré au-delà des cinq jours suivant le rapport sexuel non protégé, dès lors que l'insertion n'intervient pas plus de cinq jours après l'ovulation.

Ceci peut s'avérer un bon choix pour une femme souhaitant avoir recours à un DIU comme méthode contraceptive permanente. Le DIU est plus efficace dans la prévention des grossesses que les PCU.

Il convient de s'assurer que la patiente est apte à recevoir un DIU. Si un DIU est implanté comme méthode contraceptive permanente, à la suite d'un viol, s'assurer qu'un traitement présomptif complet contre les IST est administré (voir Chapitre 2 : Le DMU).

3.9.6 Stérilisation chirurgicale volontaire

Les stérilisations masculine (vasectomie) et féminine (ligature des trompes) sont des méthodes de contraception à recommander pour certains patients et patientes qui ne veulent plus avoir d'enfants.

La contraception chirurgicale ne doit être réalisée que dans des conditions sanitaires absolument sûres et avec le consentement éclairé de la personne qui y a recours, la stérilisation ne devant être pratiquée que par du personnel dûment formé et à l'aide des équipements indispensables. La stérilisation doit être accessible aux patients et patientes, en particulier s'ils (si elles) sont bien au fait de la méthode employée dans leur région ou pays d'origine, et si celle-ci est autorisée dans le pays d'accueil. Cette méthode ne protège pas contre les IST dont le VIH.

3.10 Planning familial post-partum

Une femme est protégée et ne peut tomber enceinte après l'accouchement (période post-partum) si :

- 1) elle allaite complètement au sein son enfant (le bébé ne recevant que le lait maternel ou, une fois de temps à autres, certains compléments vitaminés, de l'eau, du jus de fruits ou d'autres éléments nutritifs) ou si elle l'allaite presque totalement (plus des trois-quarts des tétées étant du lait maternel) ; **et**
- 2) ses menstruations n'ont pas repris ; **et**
- 3) elle a accouché depuis moins de six mois.

C'est ce qu'on appelle la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Son efficacité, en utilisation courante, est d'environ deux grossesses pour 100 femmes au cours des six premiers mois suivant la naissance. Conseiller aux femmes utilisant cette méthode d'opter pour une autre méthode de planning familial lorsqu'elles approchent du sixième mois de la période post-partum ou si l'un des critères ci-dessus vient à changer.

Les femmes peuvent sans danger avoir recours aux méthodes de planning familial suivantes :

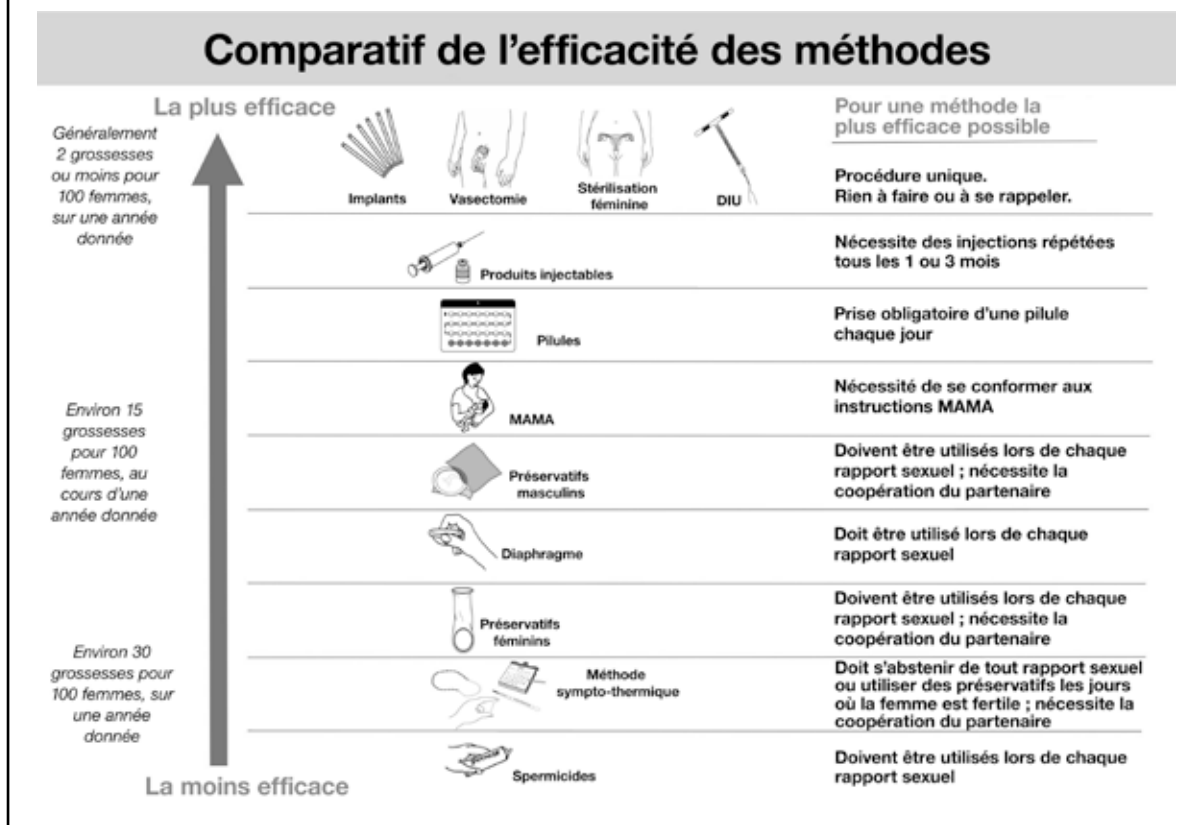
- **Méthodes barrières** : les préservatifs peuvent être utilisés immédiatement après la période post-partum.
- **Insertion de DIU** : les DIU peuvent être implantés soit dans les 48 heures suivant un accouchement naturel ou par césarienne par un prestataire spécifiquement formé

à cet effet ou bien quatre semaines suivant l'accouchement. La pose d'un DIU dans un délai situé entre 48 heures et les quatre premières semaines après l'accouchement n'est pas recommandée. Les taux d'expulsion du DIU sont réduits au minimum lorsque l'insertion est effectuée quatre semaines ou plus après l'accouchement ou à un moment non en rapport avec la grossesse.

- **Stérilisation** : peut être pratiquée au cours des sept premiers jours suivant l'accouchement ou six semaines après l'accouchement.
- **Méthodes progestatives uniquement (pilules, injections, implants)** : peuvent être appliquées six semaines après l'accouchement, pour les femmes allaitantes, et immédiatement après l'accouchement pour les femmes non allaitantes.

Tableau 16 : efficacité des moyens contraceptifs

Le schéma ci-dessous indique le degré d'efficacité des méthodes, en utilisation courante. Les quatre premières méthodes listées sont les plus efficaces ; l'utilisateur (l'utilisatrice) n'a rien à faire une fois la procédure achevée. L'efficacité des autres méthodes est fonction du comportement de l'utilisateur (de l'utilisatrice) ; celles-ci ne sont efficaces que lorsqu'elles sont appliquées correctement.



- **Méthodes combinées (pilules et injections) :** peuvent être appliquées après six mois post-partum, pour les femmes allaitantes, et au sixième mois en période post-partum pour les femmes non allaitantes.
- **Méthodes naturelles (méthode des jours standard ou MJS) :** peuvent être appliquées lorsque le cycle menstruel régulier de la femme a été rétabli.

3.11 Planning familial pour les personnes vivant avec le VIH

Encourager l'utilisation de préservatifs chez toutes les personnes séropositives afin qu'elles se protègent contre les IST et évitent de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels. Si une femme séropositive désire se protéger plus efficacement contre la grossesse, elle peut souhaiter utiliser une autre méthode contraceptive en plus des préservatifs.

Les femmes séropositives peuvent avoir recours à la plupart des méthodes de contraception, en tenant compte des considérations suivantes :

- L'insertion d'un DIU ne doit pas être pratiquée sur une femme souffrant de gonorrhée ou d'infection à chlamydia ou si la femme présente personnellement un risque majeur ou très important de contracter ces infections. Les femmes séropositives présentant un état clinique satisfaisant (qu'elles soient ou non sous traitement antirétroviral (TAR)) peuvent avoir recours à l'implantation d'un DIU.
- Si une femme prend de la rifampicine contre la tuberculose, celle-ci ne doit pas utiliser de pilules contraceptives, de patch combiné, d'anneau combiné ou d'implants, l'efficacité contraceptive de ceux-ci pouvant se voir diminuée.
- Les spermicides, soit seuls, soit associés à des méthodes barrières, ne doivent pas être utilisés par les femmes séropositives ou atteintes du SIDA.
- Il est conseillé aux femmes sous traitement antirétroviral, et ayant recours aux méthodes hormonales, d'utiliser également des préservatifs, certains médicaments antirétroviraux réduisant l'efficacité des méthodes hormonales.

Pour de plus amples informations, se reporter au Chapitre 10 : VIH.

3.12 Stérilité

La stérilité est l'échec à mener à bien une grossesse ou à donner naissance à un enfant après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. Si une femme n'a jamais été enceinte auparavant, la maladie est dite de stérilité primaire. Si un couple a préalablement donné naissance à un enfant mais se trouve à un moment confronté à la stérilité, ce phénomène est alors qualifié de stérilité secondaire.

La stérilité a différentes origines causales, pouvant être d'ordre médical - telle l'infection post-partum, l'infection suite à un avortement, la stérilité d'origine iatrogène, l'endométriose, les IST et toute autre maladie infectieuse ayant causé un endommagement des trompes de Fallope, du canal déférent ou de l'épididyme - ou d'ordre non médical. En situations de crise humanitaire, la stérilité secondaire et même la stérilité primaire peuvent résulter d'un stress ou de changements importants du mode de vie.

Quel que soit l'endroit de la planète, les couples considèrent la stérilité comme une tragédie portant en elle des conséquences sociales, économiques et psychologiques. La stérilité est un besoin auquel le planning familial n'a pas encore répondu et jusqu'à une femme mariée sur quatre, en âge de procréer, souffre, dans la plupart des pays en développement, de stérilité primaire et, de manière plus significative, de stérilité secondaire.

Conseiller les couples est donc chose essentielle. Il s'agit de mettre clairement en évidence que la stérilité n'est pas seulement un problème dû à la femme car 25 à 50 % des cas de stérilité peuvent être imputables au partenaire masculin. Il convient d'examiner les organes reproducteurs ou génitaux du partenaire féminin et masculin afin d'y déceler toute anomalie physiologique. Lorsque cela s'avère possible et pour tous les couples souffrant de stérilité, une analyse du sperme en laboratoire, comme test de base, est essentielle. La température basale peut, dans un premier temps, constituer un outil utile d'évaluation de l'ovulation. Il convient à tout le moins d'effectuer un examen des deux partenaires et, si nécessaire, de traiter les causes médicales (plus particulièrement les IST) ou tout problème d'ordre psychologique et émotionnel. Envisager et traiter les problèmes liés à un indice anormal de masse corporelle (IMC), à un régime alimentaire, à l'arrêt tabagique, à l'utilisation de certains médicaments et à certains états médicaux existants, tel le diabète, toute cardiopathie ou maladie ou troubles psychiatriques. Conseiller les couples sur les points suivants : méthode sympto-thermique,

régularité des menstruations, moments propices ainsi que techniques liées au rapport sexuel et prévention des IST.

Lorsque ces services sont accessibles, orienter le couple vers une évaluation médicale poussée (par exemple, dépistage par sonde échographique transvaginale, observation des sécrétions vaginales, tests post-coïtaux, hystérosalpingographie, dosages hormonaux) et toute procédure pertinente, telle l'insémination intra-utérine (IIU), les interventions chirurgicales et la procréation médicalement assistée (PMA).

3.13 Participation des hommes aux programmes de planning familial

Les hommes doivent participer aux programmes de planning familial afin de mieux faire accepter le programme au sein de la communauté et mieux faire connaître certains aspects complémentaires de la santé reproductive, tels que la prévention des IST et du VIH. Prendre en compte le point de vue et la motivation des hommes fait partie intégrante du programme. L'utilisation des contraceptifs permet aux hommes de partager la responsabilité du planning familial avec leur partenaire. Certains services de planning familial devront être spécialement adaptés afin de répondre aux besoins des utilisateurs masculins. Les activités destinées à encourager l'implication des hommes comprennent la consultation en couple, les séances de promotion des préservatifs, les réunions entre hommes dans les centres de santé, les réunions de groupe et d'activités sociales, avec information sur le planning familial.

3.14 Soutien

Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent sensibiliser les populations au planning familial à chaque fois qu'il est possible de le faire. Connaître le mode fondamental d'utilisation des contraceptifs, dans le pays d'accueil, ainsi que celui des populations déplacées et des réfugiés constitue des informations de base utiles permettant d'en évaluer la portée.

Rencontrer les responsables locaux du ministère de la Santé, les donateurs privés et autres

organisations afin de leur présenter des informations sur les besoins non satisfaits ainsi que sur les économies de coûts potentielles et les avantages qu'il y a, en matière de santé, à fournir des services de planning familial, constitue un outil efficace de sensibilisation.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

4.1 Normes en matière de droits de l'homme

Conformément aux termes de la législation internationale, l'accès universel au planning familial est un droit de la personne : tous les individus et les couples ont le « droit de décider du nombre d'enfants, de l'espacement et du moment de la conception ».* Lors de la Conférence internationale de 1994 sur les populations et le développement, les gouvernements ont convenu de rendre accessibles à tous les soins de santé reproductive, y compris un arsenal complet de services de planning familial. *Le droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* inclut le « droit d'être informé et d'avoir accès à des méthodes de planning familial sûres, efficaces, abordables et acceptables ».**

Le droit au planning familial est étroitement lié à d'autres droits de la personne :

- L'accès à la contraception permet de réduire le nombre de grossesses non désirées et permet de garantir le droit à la santé et à la vie des femmes.
- Toute personne jouit d'un droit à la vie privée ainsi que du droit à l'égalité et à la non-discrimination. Ces droits sont parfois niés dans le contexte du planning familial lorsque, par exemple, une personne se voit refuser l'accès à la contraception du fait qu'elle n'est pas mariée.
- Toute personne a le droit de communiquer, transmettre et recevoir des informations afférentes au planning familial. Ce droit inclut la santé reproductive et l'éducation à la sexualité pour les adolescents. Les adolescents ont le droit d'avoir accès aux services de planning familial et aux informations. Le refus, aux adolescents, des informations liées au planning familial ou à la contraception, sur le critère de l'âge, du statut marital ou du consentement des parents ou

* Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), art. 16(1).

** Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, Commentaire général n° 14, paragraphe 12.

d'un tuteur peut constituer une négation du droit des adolescents à la santé et du droit à la non-discrimination. (voir Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents, pour de plus amples informations).

- Tout individu a le droit de bénéficier des avantages des progrès scientifiques et de leurs applications. Ceci signifie que chaque personne a le droit de bénéficier des développements en matière de contraceptions, telle la contraception d'urgence.
- Contraindre les individus à avoir recours à une méthode contraceptive ne ressort en aucun cas du planning familial et constitue une violation de la législation internationale en matière de droits des individus. Par exemple, la stérilisation forcée sans consentement est une violation du droit au consentement éclairé, une violation du droit à la santé, du droit à la sécurité, du droit à la liberté de l'individu et du droit des personnes à décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement dans la conception de ceux-ci.

4.2 Défis et opportunités

Dans certains cas, les prestataires de services peuvent se voir confrontés à des décisions difficiles à prendre ou à des dilemmes. Ils peuvent estimer que leur capacité à fournir des informations sur la planning familial et à apporter des services est restreinte par la législation nationale, par les normes socioculturelles ou encore par de fausses idées d'ordre médical. Les cas suivants peuvent, par exemple, se produire :

- Les services de planning familial ne sont pas offerts à la femme sans le consentement de son mari.
- Une femme ne peut pas choisir si elle souhaite être stérilisée sans l'autorisation de son mari ; elle doit satisfaire en outre à d'autres exigences avant de pouvoir être stérilisée, par exemple avoir déjà eu un certain nombre d'enfants ou avoir un certain âge.
- L'accès à la contraception est refusé à la femme sans l'autorisation de son mari.
- L'accès à la contraception est refusé à la femme si elle n'est pas mariée.
- Les DIU sont refusés aux adolescentes sur l'allégation médicale inexacte que les DIU entraînent la stérilité à moins que la patiente ne puisse faire la preuve qu'elle a eu un enfant ou qu'elle est enceinte.
- La contraception d'urgence est refusée

aux femmes sur la base de la croyance erronée qui veut qu'elle constitue une forme d'avortement, en contradiction avec les normes locales religieuses et sociales.

De telles normes, lois et pratiques peuvent s'opposer aux principes des droits de la personne, internationalement reconnus. Un prestataire de services ou un responsable de santé reproductive est susceptible de se trouver confronté à de tels dilemmes. Il vous appartient de connaître la position de votre agence/organisation sur ces aspects de la santé reproductive et vous devez prendre en compte cette position dans votre analyse de la situation ainsi que plus tard. En face d'une situation difficile, vous devez en premier lieu et par-dessus tout donner la priorité à la sécurité et à la santé du patient et privilégier votre propre sécurité et celle de vos collègues. Vous pouvez alors décider :

- de vous entretenir avec votre supérieur ;
- de débattre des options avec votre patient :
 - ▶ par exemple, s'il vous est impossible de proposer certaines méthodes modernes de contraception à une patiente, vous pouvez lui conseiller les méthodes naturelles de planning familial, telle la méthode sympto-thermique ou la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- de vous renseigner afin de savoir si votre agence est engagée dans des opérations de soutien, relativement au problème concerné, et comment y contribuer ;
- d'examiner les liens avec les organisations locales et d'orienter votre patient vers celles susceptibles de l'aider ;
- d'identifier, aidé en cela de collègues et d'autres prestataires de santé reproductive, la manière dont il convient d'éviter/de prendre en charge à l'avenir de telles situations tout en respectant la confidentialité de votre patient ;
- de soulever ces points lors de réunions de coordination de santé.

5 Contrôle

Tenir à jour un registre des activités quotidiennes et des dossiers personnels des patients et proposer un suivi effectif. Pour les populations amenées à se déplacer, les patients peuvent souhaiter conserver un exemplaire de leurs dossiers. Les informations suivantes doivent être consignées dans le dossier du patient :

- Date de la visite
- Nom de la personne ou, si besoin, numéro de code par respect de la confidentialité

- Renseignement sur l'utilisateur (âge, adresse, nombre d'enfants)
- Statut de l'utilisateur (nouvelle, continue, etc.)
- Méthode choisie (et nom commercial)
- Effets secondaires constatés
- Date de la prochaine consultation (pour suivi)
- Date et motif de l'arrêt du suivi

Les registres et les dossiers individuels doivent être simples et adaptés aux données à recueillir ainsi qu'au niveau d'instruction du personnel. Utiliser des formulaires au format local ou national que le personnel local et la population concernée connaissent. Ces formulaires peuvent être traduits à l'attention du personnel expatrié si celui-ci est initialement amené à dispenser les services. Ce personnel doit recevoir une formation appropriée sur la manière de remplir les registres et les dossiers et être informé sur la façon dont les informations recueillies seront utilisées dans le cadre du planning familial.

Indicateurs à collecter (voir Évaluation, Contrôle et Analyse pour toute information relative aux indicateurs) :

- Indicateurs à collecter au niveau des centres de soins :
 - ▶ proportion de patients se voyant proposer des conseils en planning familial en plus d'une méthode de contraception
 - ▶ taux de prévalence contraceptive (PC) : pourcentage de femmes utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné.
- Indicateurs à collecter au niveau du programme :
 - ▶ nombre de points de prestation de services, spécialisés en planning familial, détenant en stock un minimum de 3 mois de pilules contraceptives orales, produits injectables, DIU ou implants ;
 - ▶ nombre et proportion de prestataires mettant en œuvre, comme il convient, les services de planning familial.

<http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml#contents>

The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs. John Snow Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development (USAID), Arlington, VA, 2004. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf

The INFO Project, *USAID's Maximizing Access and Quality Initiative IUD Toolkit.* <http://www.maqweb.org/iudtoolkit/index.shtml>

Training and Reference Guides for Family Planning Screening Checklists. Family Health International, 2008. <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/Guides.htm>



6 Bibliographie

Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf

INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Family Planning, a Global Handbook for Providers.* USAID, WHO, 2007.

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUCTION | 123 |
| 2 OBJECTIFS | 125 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 125 |
| 3.1 Évaluation des besoins | 126 |
| 3.2 Réduction des barrières dans l'utilisation des services SMN | 128 |
| 3.3 Soins prénatals | 130 |
| 3.4 Soins lors de l'accouchement | 132 |
| 3.5 Soins postnatals de la mère et du nouveau-né | 134 |
| 3.6 Problèmes spécifiques | 135 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDERATIONS JURIDIQUES | 136 |
| 4.1 Défis et opportunités | 136 |
| 5 CONTRÔLE | 137 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 137 |

1 Introduction

D'une manière générale, une femme sur sept sera confrontée à des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement. On assiste chaque année à plus 500 000 décès maternels, 99 % d'entre eux se produisant dans les pays en développement. Sur les 130 millions de nouveau-nés venant au monde chaque année, on estime que 4 millions d'entre eux meurent au cours des quatre premières semaines de leur existence (période néonatale). Un nombre similaire de bébés sont déclarés mort-nés, par décès in utero au cours des trois derniers mois de la grossesse.*

Ces statistiques globales de mortalité, maternelle et néonatale, sont utilisées du fait du manque de données relatives aux situations de crise humanitaire. Il est toutefois bien établi que les pays en proie à des conflits, ou connaissant d'autres formes d'instabilité, présentent le taux de mortalité maternelle et néonatale le plus élevé. Par exemple, la Sierra Leone affiche le taux de mortalité maternelle (TMM) le plus élevé du monde, avec 2 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'Afghanistan, au terme de plus de vingt années de conflits, présente un TMM de l'ordre de 1 800. Le risque de décès maternel sur la durée de vie, pour ces deux pays, est de 1 pour 8, comparé à 1 pour 8 200 au Royaume-Uni ou 1 pour 11 000 au Canada.**

La plupart des décès maternels et néonataux se produisent lors du travail, de l'accouchement et de la période post-partum immédiate. Les principales causes de décès maternel et néonatal sont décrites dans les Figures 5 et 6.

Nombre de ces causes pourraient être évitées ou gérées par des prestataires qualifiés si ces derniers disposaient des ressources adéquates dans les centres de soins.

* Lawn, Joy E, et. al. "4 million neonatal deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*. March 2005. www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf.

** *Countdown to 2015 Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. The 2008 Report.* www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2008report.

6

CHAPITRE SIX

Santé maternelle et néonatale (SMN)

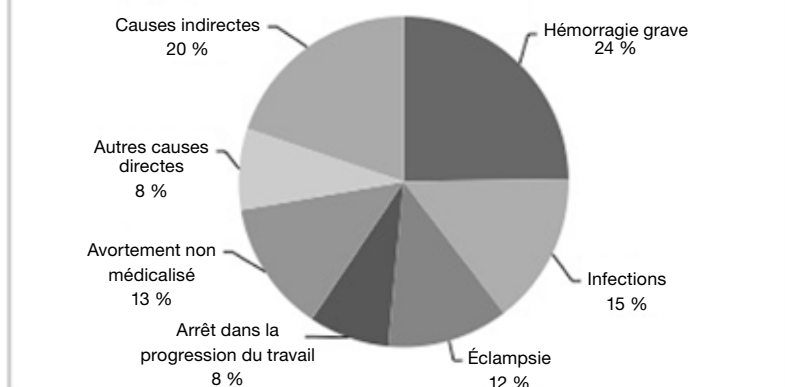
Santé maternelle et néonatale (SMN)

Soins obstétriques d'urgence, soins obstétriques et de prise en charge du nouveau-né

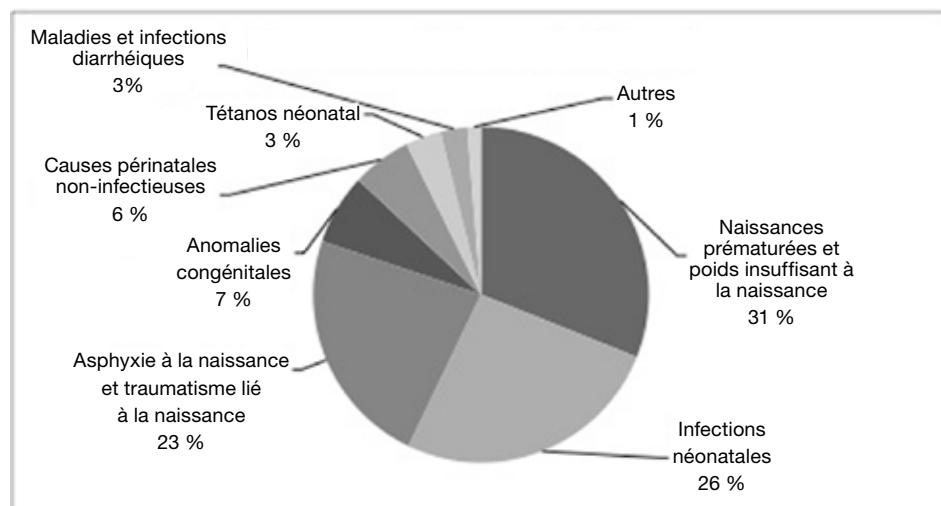
Nous utilisons dans le présent manuel l'abréviation SOU (soins obstétriques d'urgence). En effet, la liste des « actions vitales » utilisée dans le contrôle des soins obstétriques d'urgence (interventions d'urgence et de survie réalisées par des prestataires qualifiés dans la prise en charge de la plupart des complications chez la mère lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum) ne comporte qu'une action vitale liée aux soins néonataux : réanimation néonatale de base, avec ventilation par ballon et masque pour traiter l'asphyxie : l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et l'AMDD (prévention de la mortalité et de l'invalidité chez la mère) font référence à l'ensemble de ces points sous l'appellation de soins obstétriques d'urgence (SOU).

Cependant, il est important de veiller à ce que les sages-femmes soient aptes à réaliser non seulement des « soins obstétriques d'urgence » mais également tout un panel d'interventions et de soins néonataux essentiels, telle la réanimation, la protection thermique, l'incitation à l'allaitement maternel - exclusif et dès la naissance - le traitement de la sepsie néonatale ainsi que les soins apportés aux prématurés et aux nourrissons présentant un faible poids à la naissance. De ce fait, certaines agences utilisent l'abréviation SONU (soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né) lorsqu'elles préconisent et soulignent l'importance qu'il y a à relier les interventions liées à la santé de la mère à celles du nouveau-né et ce, comme faisant partie intégrante de la mise en œuvre d'un ensemble complet de soins relatifs à la santé maternelle et infantile en situations de crise humanitaire.

Figure 5 : causes de mortalité maternelle*



* Rapport Mondial de la Santé (World Health Report). OMS 2005. p 62.
<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.

Figure 6 : causes de mortalité néonatale*

2 Objectifs

Le présent chapitre a pour objectif d'aider les responsables ainsi que les directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive à :

- prévoir et mettre en œuvre des services complets de santé maternelle et néonatale (SMN) en situations de crise humanitaire ;
- comprendre quelles sont les barrières majeures ayant une incidence sur les décès maternels et néonataux ;
- tenir compte des interventions documentées, pratiquées tout au long des soins liés à la santé maternelle et néonatale.

3 Programmation de services SMN complets

Du fait que la plupart des décès maternels et néonataux surviennent lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum immédiate, les composantes du DMU (Dispositif minimum d'urgence) relatives aux services SMN (voir Chapitre 2) ont pour vocation de réduire la morbidité et la mortalité associées à ces complications en s'assurant :

- que les services de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né sont disponibles tout en veillant :
 - ▶ à ce que les infirmières et sages-femmes procédant aux accouchements dans les centres de soins disposent de toutes les fournitures nécessaires pour

une naissance dans des conditions normales et la prise en charge de toute complication d'ordre obstétrique et néonatale (soins obstétriques d'urgence de base) ;

- ▶ à ce que le personnel médical compétent et les fournitures soient disponibles au sein des hôpitaux référents, vers lesquels les patientes sont dirigées, afin de pouvoir prendre en charge toutes les complications d'ordre obstétrique et néonatal (soins obstétriques d'urgence complets) ;
- à ce qu'un système d'orientation soit en place afin de faciliter le transport et la communication entre la communauté et le centre de soins ainsi qu'entre le centre de soins et l'hôpital, pour les femmes présentant des complications d'ordre obstétrique ;
- à ce que les fournitures mises à disposition des femmes, dans l'incapacité à se rendre à un centre de soins pour y accoucher, soient propres et exemptes de toute contamination.

Le présent chapitre décrit les approches permettant aux responsables ainsi qu'aux directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive de prévoir des services SMN complets, dès que la situation le permet, en prenant pour base les interventions liées au DMU. L'élaboration de programmes de services SMN complets comprend **trois priorités stratégiques** :

- comprendre et éliminer les barrières faisant entrave aux services SMN ;
- accroître la disponibilité des services SMN documentés ;
- améliorer l'utilisation et la demande en

* http://www.who.int/child_adolescent_health/media/causes_death_u5_neonates_2004.pdf.

La plupart des décès maternels et périnataux sont dus à l'impossibilité d'obtenir à temps une aide compétente apte à prendre en charge les complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Même avec des soins prénatals et à la naissance les plus poussés qui soient, toute naissance peut être sujette à complications et nécessite des interventions d'urgence. De ce fait, des soins efficaces et compétents lors de l'accouchement, avec accès aux soins d'urgence en cas de complications pour la mère et le nouveau-né (à la fois soins obstétriques d'urgence de base et soins obstétriques d'urgence complets), s'avèrent vitaux pour pouvoir sauver la vie de la mère et du nouveau-né et empêcher toute invalidité.

services SMN.

Si le présent chapitre apporte des conseils en matière d'approches des programmes et de composantes de services MSN, celui-ci n'a pas pour but de fournir des directives détaillées et exhaustives en termes de prise en charge clinique. Sur ce point, la rubrique Bibliographie apporte de plus amples informations.

Les programmes complets en matière de santé maternelle et néonatale comportent trois composantes de services :

1. soins prénatals
2. soins lors de l'accouchement (soins lors du travail, de la délivrance et de la période post-partum immédiate)
3. soins postnatals à la mère et au nouveau-né

La **qualité des soins** vient renforcer l'ensemble des composantes des services complets de santé maternelle et néonatale (voir Chapitre 1 Principes fondamentaux). Les éléments constitutifs de ces services SMN de qualité comprennent :

- **L'accès aux centres obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né** : il doit y avoir au moins 5 centres de soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né (y compris au moins un centre de soins obstétriques d'urgence complets) pour 500 000 individus. Ces établissements doivent être ouverts 7j/7, 24h/24 dans la mesure où les naissances et complications peuvent survenir à tout moment.
- **L'accessibilité géographique** : les services sont accessibles par route et voie d'eau et des moyens de locomotion abordables peuvent être trouvés.
- **La mise en place d'interventions documentées**, visant à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né ainsi que la survie de la femme enceinte, et à améliorer les accouchements et les soins postnatals (pour de plus amples informations, voir Annexe 1).
- **L'acceptabilité** : les services doivent être :
 - ▶ **d'un coût abordable** : des efforts doivent être fournis afin de proposer des services peu onéreux ou gratuits ;
 - ▶ **culturellement appropriés** : il convient de tenir compte de la langue et de la culture des populations cibles, telle la préférence d'une prise en charge par un prestataire de soins de sexe féminin ; toutefois, le manque de prestataires de soins de sexe féminin ne doit pas être un frein aux services ;
 - ▶ **respectueux** de chaque femme et à l'écoute de ses inquiétudes.

3.1 Évaluation des besoins

Une fois le DMU mis en place, il convient d'intégrer à l'évaluation des besoins les aspects afférents aux services SMN afin d'obtenir une planification de la santé reproductive qui soit complète et de concevoir un programme SMN approprié et exhaustif. En ayant recours à toute une série d'outils, les responsables de la santé reproductive doivent, en coordination avec d'autres acteurs du secteur de la santé, collecter et procéder à une appréciation des informations suivantes :

Caractéristiques des populations

- Le nombre des populations concernées et leur répartition géographique.
- Les indicateurs démographiques relatifs à l'état de la santé maternelle et néonatale pour les populations concernées avant la crise, par exemple, le taux de mortalité maternelle (TMM), le taux brut de natalité (TBN), le taux de fécondité total ou général (TFT, TFG), le pourcentage de naissances par accoucheuse qualifiée (% AQ), etc.
- Le nombre de femmes en âge de procréer, de femmes enceintes et de nouveau-nés.
- Le nombre d'accouchements par mois.
- Les croyances, connaissances, attitudes, comportements et pratiques de la population vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement.
- La sensibilisation de la communauté à la disponibilité des services SMN et la satisfaction que la communauté en retire.

Caractéristiques des services de soins et du personnel de prestation de services

Établir une carte des points de prestation de services de santé par secteur géographique, par type et par agence en charge de ceux-ci. Chaque centre doit être évalué : sur sa capacité à fournir des services SMN de qualité, y compris les soins obstétricaux d'urgence et de prise en charge du nouveau-né, sur la disponibilité des professionnels de santé et des fournitures médicales et/ou sur la possibilité de se voir diriger vers des établissements offrant des services de plus haut niveau. Les types d'informations à collecter comprennent :

Encadré 26 : accoucheuses qualifiées et accoucheuses traditionnelles

Une « **accoucheuse qualifiée** » se définit comme : « un professionnel de santé agréé tel qu'une sage-femme, une doctoresse ou une infirmière ayant reçu un enseignement et une formation lui donnant un niveau de compétences nécessaire à la prise en charge des grossesses normales (sans complication), des accouchements et de la période postnatale immédiate, ainsi qu'un degré de compétences dans l'identification, la prise en charge et l'orientation, vers les services compétents, des femmes et nouveau-nés présentant des complications ».*

Bien que les « **accoucheuses traditionnelles (AT)** », qu'elles aient été formées ou non, ne peuvent être tenues pour des agents de santé qualifiés, celles-ci occupent souvent une place particulière au sein de la communauté. Former des AT pour qu'elles deviennent des accoucheuses qualifiées n'est aujourd'hui plus recommandé mais il est important de les associer à d'autres aspects liés à la dispense de services de santé maternelle et néonatale. Par exemple, elles peuvent jouer un rôle dans la promotion de la santé reproductive, dans le traitement des problèmes que sont les barrières aux soins, en facilitant les orientations vers les centres de soins et en apportant leur aide aux parturientes. Ceci peut encourager l'acceptation des services SMN par la communauté et contribuer à créer des liens avec les familles, les communautés, les instances locales et les services de santé reproductive.

* Source : *Rendre la grossesse plus sûre : le rôle décisif du personnel qualifié* : déclaration conjointe de l'OMS, de l'ICM (Confédération internationale des sages-femmes) et de la FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique). OMS 2004.

- Le nombre, l'emplacement géographique et le type de centres de soins et d'hôpitaux.
- Ceux, parmi ces centres, proposant des services SMN, y compris des soins obstétricaux d'urgence de base et complets.
- La disponibilité des équipements fonctionnels, des fournitures et médicaments, permettant l'offre de services SMN.
- Les dispositions en termes de précautions standard, y compris les installations permettant l'élimination et l'évacuation des déchets médicaux et des placentas.
- Le nombre, le type et les niveaux de compétence des agents de santé (voir également Encadré 26 : accoucheuses qualifiées et accoucheuses traditionnelles).
- Existence des protocoles et directives liés aux services SMN.
- Concernant les mécanismes visant à orienter les patientes :
 - ▶ Les distances de la communauté jusqu'aux centres de soins obstétricaux d'urgence de base
 - ▶ Les distances des centres de soins obstétricaux d'urgence de base aux centres de soins obstétricaux d'urgence complets
 - ▶ Les possibilités de transport envisageables
 - ▶ Les moyens de communication
 - ▶ Les protocoles de prise en charge et d'orientation, en cas de complications
- L'accès à l'eau saine et propre, à l'électricité, aux dispositifs réfrigérants et aux installations sanitaires (bains et toilettes), au niveau des points de prestation de services.
- L'accès à une alimentation appropriée, pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes.
- L'information, l'éducation et la communication (IEC), relativement à la disponibilité des services.

Législation et politiques nationales

Les responsables ainsi que les directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive doivent être au fait de la législation et des politiques nationales en matière de services SMN. Par exemple, existe-t-il des lois, réglementations ou politiques en rapport avec :

- la diminution de la mortalité maternelle ?
- l'accès aux services SMN et à la dispense de ceux-ci ? Il convient d'accorder une attention particulière aux dispositions relatives :
 - ▶ à la tenue systématique des registres et contrôles des décès, tant maternels que périnataux et néonataux ;
 - ▶ à l'agrément des accoucheuses qualifiées ;

- ▶ aux accoucheuses traditionnelles ;
- ▶ à l'utilisation, la distribution et fourniture des médicaments essentiels à la santé maternelle et néonatale.
- l'enregistrement obligatoire des naissances ?
- le dépistage du VIH chez les femmes enceintes ainsi qu'à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ?
- le traitement, les soins et le soutien des femmes enceintes séropositives ?
- l'autorisation d'un tiers (par exemple, un mari), dans la recherche et l'obtention de services de soins maternels ?
- les mutilations génitales féminines (MGF) et/ou d'autres pratiques néfastes ayant des conséquences dommageables sur la santé maternelle ?
- la suppression des mariages précoces, mariages forcés, ou encore l'âge minimum du mariage et/ou le plein consentement au mariage ?

3.2 Réduire les barrières liées à l'utilisation des services SMN

Afin de garantir que les services fournis sont appropriés, de qualité optimale et pleinement utilisés, les responsables ainsi que les directeurs de programmes de santé reproductive doivent veiller à ce que :

- Les barrières liées à l'utilisation des services soient réduites ;
- Les éléments constitutifs des services SMN soient apportés par du personnel qualifié disposant de fournitures et d'équipements en quantité suffisante, que ce personnel suive des formations de perfectionnement et qu'il soit étroitement encadré ;
- Les prestataires de services comprennent et s'enquêtent auprès de la communauté des croyances, pratiques et comportements sanitaires associés à la grossesse et à l'accouchement, tels que la nutrition, la position de la femme lors de l'accouchement, la présence de proches soutenant la parturiente et les pratiques traditionnelles, tant positives (allaitement) que néfastes (mutilations génitales féminines) ;
- Toutes les femmes et leurs familles sachent où s'adresser pour obtenir une assistance en matière de soins prénatals et d'accouchement et sachent reconnaître les signes de complications.

La plupart des décès maternels et périnataux étant dus à l'impossibilité d'obtenir à temps une aide compétente et qualifiée apte à prendre en charge les complications liées à l'accouchement

(voir Encadré 28), il est essentiel de disposer d'un système parfaitement coordonné d'identification de toute complication d'ordre obstétrique et de prise en charge immédiate et/ou d'orientation vers un hôpital équipé des installations chirurgicales nécessaires. Il est important que le personnel de soins ait conscience que, plus l'établissement vers lequel la patiente est orientée est éloigné, plus la prise de décision doit intervenir tôt lorsqu'il s'agit d'orienter une femme souffrant de complications à l'accouchement.

Les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive peuvent avoir recours aux modèles des trois retards pour identifier les interventions à mettre en œuvre afin de réduire les barrières liées à l'utilisation des services, et ce dans les situations de crise dont ils ont la charge (voir Figure 7). Ceci peut inclure, par exemple, la garantie d'un système d'orientation adéquat ainsi que la mise en place de systèmes de communication, tels que radios et téléphones mobiles. Tout système d'orientation exige qu'y soient associés des protocoles spécifiant à quel moment et vers quel établissement l'orientation doit se faire, de même qu'il exige la tenue d'un registre approprié dans lequel les orientations

Encadré 27 : amélioration de l'accès aux établissements : maisons de repos-maternité

Les maisons de repos-maternité sont des établissements « résidentiels », situés à proximité d'un centre médical agréé, où les femmes dites à « haut risque » peuvent attendre leur accouchement et être transférées vers un centre médical proche peu de temps avant l'accouchement, ou même plus tôt encore en cas de complications. Beaucoup considèrent les maisons de repos-maternité comme un élément clé d'une stratégie permettant, en matière de soins obstétriques, de « combler le fossé géographique » existant entre les zones rurales, offrant un accès médiocre aux établissements dotés des équipements nécessaires, et les zones urbaines, où ces services sont disponibles. En tant que l'une des composantes d'un ensemble de services global de soins obstétriques, les maisons de repos-maternité offrent la possibilité, à moindres frais, aux femmes d'être géographiquement plus proches des services obstétriques dont elles peuvent avoir besoin.

Source : *Maternity waiting homes: a review of experiences*, WHO, 1996. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/index.html

Encadré 28 : le modèle des trois retards : identification des barrières liées à l'utilisation des services

Si l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence est nécessaire pour réduire la mortalité maternelle, ceci n'est toutefois pas suffisant. Chaque situation de crise présente des traits caractéristiques susceptibles d'empêcher la communauté d'avoir recours aux centres de soins. Même lorsque les services fonctionnent comme il se doit, les femmes présentant des complications obstétricales sont confrontées à une multitude de barrières leur en interdisant l'accès. Certaines de ces barrières sont d'ordre économique comme le manque d'argent pour le transport ou les services, d'autres sont d'ordre culturel comme la faible importance accordée à la vie des femmes, d'autres enfin sont d'ordre géographique comme les longues distances à couvrir ou un réseau routier déficient. Toute cause de retard dans l'obtention d'un traitement médical peut coûter la vie aux femmes.

Bien qu'il existe de nombreux facteurs cause de retard, ceux-ci peuvent cependant être regroupés au moyen d'un simple modèle, dénommé « Modèle des trois retards ». Ce modèle indique les trois types de retard concourant à toute éventualité de décès maternel :

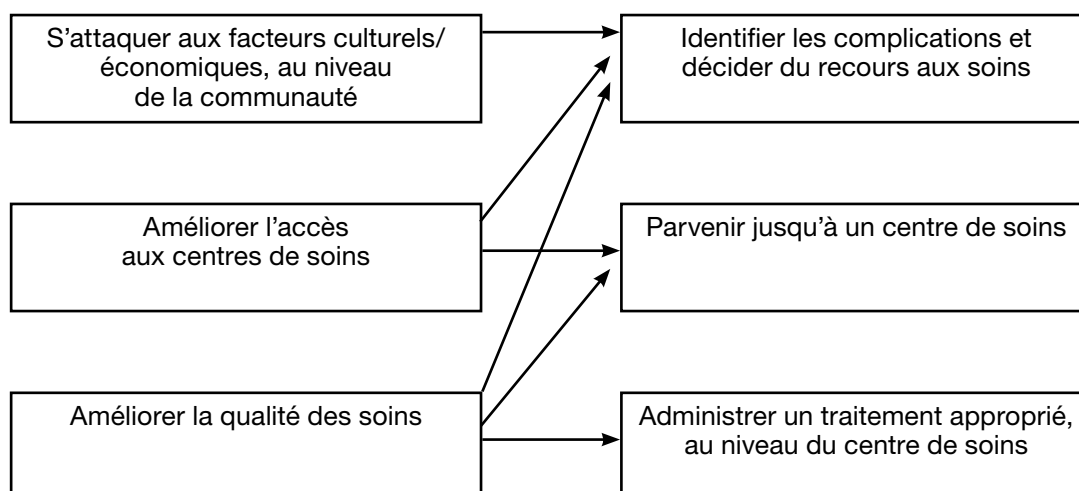
1. **Retard, au niveau de la communauté**, à identifier les complications et à décider du recours aux soins.
2. **Retard à se rendre jusqu'à un centre de soins** (incapacité à trouver un transport, mauvais état des routes, insécurité, postes de contrôle, couvre-feux, etc.).
3. **Retard dans l'administration d'un traitement approprié, au niveau du centre de soins** (absence de personnel, manque de médicaments ou autres produits, coût élevé du traitement, obligation d'effectuer un versement initial, sous forme d'acompte, avant de recevoir le traitement, etc.).

Adapté de : *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997.

Figure 7 : examen du modèle dit des « Trois retards »

Que peuvent faire les responsables de santé reproductive ?

Phases de retard



Adapté de : *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1997.

doivent être consignées. Ceci implique une coordination et une communication efficaces ainsi qu'une confiance et une saine compréhension entre la communauté, les prestataires de services, le centre de soins et l'hôpital.

3.3 Soins prénatals

Idéalement, les soins prénatals consistent en quatre visites prénatales pour les grossesses sans risque, la première visite ayant lieu dès les premiers temps de la grossesse, la seconde entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine, la troisième à 32 semaines et la quatrième aux alentours de la 36^{ème} semaine. Le nombre de visites recommandées peut varier en fonction des directives propres à chaque pays.

Les principaux objectifs relatifs aux soins prénatals sont :

- La prévention des maladies et la promotion de la santé ;
- L'identification et la prise en charge des problèmes de santé existants ainsi que des complications apparaissant durant la grossesse ;
- La prise en charge des femmes nécessitant des soins particuliers lors de l'accouchement, telles les femmes ayant déjà subi une césarienne ou des mutilations génitales (se reporter au point 3.6 Problèmes spécifiques).

Pour un aperçu général des interventions dans le cadre des soins prénatals, voir le tableau à l'Annexe 1.

Prévention et traitement du paludisme

Le paludisme est cause de 2 à 15 % des anémies chez les femmes enceintes en Afrique, avec pour résultat un risque accru de mortalité et morbidité maternelles. Le paludisme augmente également le risque d'avortement spontané, de mort-nés, d'accouchements avant terme et de poids insuffisant à la naissance. On estime que 3 à 8 % du nombre total des décès infantiles sont dus à la contraction du paludisme par la mère, transmis à l'enfant.* Afin d'éviter le paludisme, lors de la grossesse :

* Prévention et traitement du paludisme. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA). Normes en matière de santé maternelle et néonatale 1.7 OMS 2006. www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.7N.pdf.

- Inciter toutes les femmes enceintes à dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MTI), si possible dès les premiers stades de la grossesse, et à continuer d'utiliser une MTI lors de la période post-partum, en y faisant également dormir leurs bébés. Les moustiquaires doivent être utilisées pendant toutes les nuits et couvrir entièrement le lit.
- Fournir un traitement préventif intermittent (TPI) dans les zones de transmission stable de la malaria falciparum. Pour lutter contre le paludisme, donner le plus tôt possible à toutes les femmes enceintes au moins deux doses de sulfadoxine-pyriméthamine après que le fœtus a bougé pour la première fois. Donner les doses à un intervalle d'au moins un mois.
- Conseiller aux femmes de couvrir portes et fenêtres afin d'empêcher que les moustiques ne pénètrent dans les pièces de vie, éviter de sortir à la nuit tombée ou avant l'aube et utiliser des spirales anti-moustiques, soit pour les tuer, soit pour les éloigner.

Examiner toute femme enceinte atteinte d'anémie et/ou de fièvre, ayant été exposée au paludisme, et traiter celle-ci contre le paludisme conformément aux directives du pays concerné.

Dépistage de la syphilis

Un dépistage de la syphilis doit être pratiqué chez toutes les femmes enceintes, lors de la première visite prénatale. La syphilis favorise la

Encadré 29 : dépistage de la syphilis

Dans la plupart des pays, le test RPR (test rapide de la réagine plasmatique) est utilisé pour dépister la syphilis pendant la grossesse. Le test RPR est difficile à utiliser dans de nombreuses situations de crise humanitaire du fait qu'il nécessite le recours à du matériel de réfrigération, à l'électricité ainsi qu'à du personnel de laboratoire qualifié. Les tests de diagnostic rapide (TDR), pour dépistage de la syphilis, sont devenus commercialement accessibles depuis ces quelques dernières années. Au vu de l'importance de tout traitement précoce, dans la prévention et la lutte contre la syphilis néonatale, les TDR offrent une excellente opportunité de mise en place d'un dépistage systématique de la syphilis au sein des services de soins prénatals en situations de crise humanitaire lorsque le test RPR n'est pas disponible ou ne peut être réalisé. Pour plus d'informations sur les TDR, voir Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles.

morbidity maternelle et les issues fatales de la grossesse. Chaque année, la syphilis maternelle est responsable de 500 000 fausses-couches et d'enfants mort-nés et d'au moins 500 000 enfants naissant atteints de syphilis congénitale.

Auparavant, les tests usuels de dépistage de la syphilis étaient compliqués à réaliser et non adaptés aux centres de soins primaires. Des tests simples et efficaces de dépistage de la syphilis peuvent maintenant être effectués, les résultats étant immédiatement disponibles, de sorte que les femmes positives au test peuvent être traitées sans délai au point de dispense des soins primaires.

Dépistage du VIH et prévention de la transmission mère-enfant (PTME)*

On estime à 430 000 le nombre d'enfants récemment contaminés par le VIH en 2008, dont plus de 90 % par la transmission mère-enfant (TME). Sans traitement, environ la moitié de ces enfants contaminés mourront avant d'avoir atteint leur deuxième année. Sans intervention, le risque de transmission mère-enfant s'échelonne de 20 à 45 %. Grâce à des interventions spécifiques, le risque de TME peut être réduit à moins de 2 %, dans le cas des femmes non-allaitantes, et à 5 % ou moins dans le cas des femmes allaitantes.

Recommandations et principes essentiels relatifs à la prévention de la transmission mère-enfant :

1. Proposer à toutes les femmes enceintes des conseils ainsi qu'un dépistage volontaire du VIH.
2. Entamer un traitement antirétroviral (TAR), à vie, pour toutes les femmes enceintes séropositives présentant une infection clinique grave ou à un stade avancé ou bien une numération d'antigènes CD4 égale ou inférieure à 350 cellules/mm³, quels que soient les symptômes.
 - ▶ Les femmes enceintes nécessitant un TAR, pour préserver leur propre santé, devraient se voir administrer un traitement antirétroviral.
 - ▶ Le test CD4 est essentiel afin de déterminer les femmes pouvant recevoir un TAR et devrait être rendu largement disponible.
3. Pour les femmes ne remplissant pas les conditions pour recevoir un TAR, prévoir une prophylaxie antirétrovirale combinée (soit un traitement AZT, soit une thérapie triple TAR) dès le second trimestre et associée au traitement post-partum.

4. Dans les situations où l'allaitement maternel est l'option privilégiée pour nourrir l'enfant, administrer une prophylaxie soit à la mère soit au nourrisson lors de l'allaitement (voir 3.4).

Pour plus d'informations sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), voir Chapitre 10 : VIH.

Prévention des maladies et promotion de la santé

Outre les points cités ci-dessus, les mesures préventives comprennent également la vaccination contre le tétanos et le traitement présomptif d'éradication de l'ankylostome.

L'éducation socio-sanitaire et la promotion de la santé ont pour objectif :

- D'accentuer le développement d'une automédication saine, y compris en termes d'alimentation appropriée, de suppression de substances potentiellement nocives, d'hygiène visant à prévenir les contaminations, de repos ou d'activité appropriée, de prévention des IST/du VIH, du paludisme et de l'anémie ;
- D'encourager l'allaitement maternel et la préparation de la mère à l'allaitement maternel ;
- D'encourager la recherche de soins, y compris la reconnaissance des signes d'alerte et des lieux où il convient de se rendre pour y trouver aide et assistance ;
- De promouvoir le planning familial post-partum ou l'espacement des naissances ainsi que les soins aux nouveau-nés (y compris en termes de nutrition, de manipulation du cordon ombilical et de vaccination).

Besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes

Lors de la grossesse et de l'allaitement, les besoins nutritionnels des femmes en énergie, protéines et micronutriments augmentent de manière significative. Les femmes enceintes ont besoin de 285 kJ de plus par jour et les femmes allaitantes d'un apport complémentaire de 500 kJ par jour. Une prise appropriée de fer, de folate, de vitamine A et d'iode s'avère particulièrement importante pour la santé des femmes et de leurs nourrissons. Les besoins accrus en micronutriments des femmes enceintes et allaitantes ne sont généralement pas satisfaits par l'apport d'une simple ration alimentaire de base. Les femmes enceintes et allaitantes doivent par conséquent recevoir un supplément nutritionnel enrichi et adapté de 500 à 700 kJ, si pris directement sur place, et de 1 000 à 1 200 kcal

* Source : *Vision stratégique PTME 2010-2015 : prévention de la transmission mère-enfant du VIH afin de satisfaire aux objectifs de la Déclaration d'engagement des Nations Unies et du Millénaire pour le Développement*. OMS 2010. www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf.

comme ration à emporter. Les femmes enceintes doivent en outre recevoir un complément nutritionnel quotidien en fer (60 mg/jour) et en acide folique (400 µg/jour). Les femmes allaitantes, quant à elles, doivent recevoir des suppléments en vitamine A (400 000 UI en deux doses de 200 000 UI avec un intervalle d'au moins 24 heures et ce, dans les six semaines suivant l'accouchement). Il convient de promouvoir l'allaitement maternel exclusif, au cours des six premiers mois, et de poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà (voir 3.4).

Préparation à l'accouchement

Les soins prénatals donnent la possibilité à la femme et au prestataire de soins qui la suit de mettre au point un **plan d'accouchement et d'urgence** basé sur ses besoins particuliers, ses ressources et sa situation. Le plan d'accouchement et d'urgence identifie les intentions de la femme sur le lieu et la personne devant l'assister et définit les mesures à prendre en cas de complications (transport, point référent, fonds d'urgence). La plupart des complications lors du travail et de l'accouchement n'étant pas prévisibles, la mise au monde de l'enfant sous la surveillance d'une accoucheuse qualifiée, au sein d'un centre de santé bien pourvu en équipements et pouvant prendre en charge et traiter toute complication éventuelle, est recommandée et doit être encouragée.

Enregistrement des paramètres cliniques

Tous les résultats cliniques et traitements administrés lors des soins prénatals doivent être consignés, de préférence dans un dossier conservé par la femme. Une bonne tenue du dossier est essentielle afin de faciliter toute prise de décision et interventions appropriées.

3.4 Soins lors de l'accouchement

Les toutes premières minutes après la naissance sont vitales, tant pour la mère que le nouveau-né.

L'accouchement comprend le travail, la délivrance ainsi que la période post-partum. L'accouchement doit être médicalisé et se faire dans un centre de soins garantissant l'intimité de la patiente. Le centre de santé doit être sûr et fiable, doté des équipements, des médicaments et du personnel nécessaires, et doit permettre toute communication ainsi que l'accès et le transport vers des hôpitaux référents sur lesquels la patiente sera dirigée en cas d'urgences obstétricales et soins d'urgence à prodiguer au nouveau-né. Les responsables de

santé reproductive doivent veiller à ce que tous les centres de soins affichent des protocoles de soins de même que des protocoles relatifs à toute mesure de précaution standard, y compris en matière de gestion des déchets médicaux que sont le fluide amniotique, le sang et les placentas. Il doit être veillé en permanence au lavage des mains ainsi qu'au maintien des autres précautions standard d'hygiène.

Partogramme

Le partogramme doit être utilisé pour chaque naissance afin de permettre une surveillance étroite de la progression du travail ainsi que de l'état de la mère et du fœtus. Il doit également être utilisé comme outil d'aide à la décision pour toute intervention d'orientation ultérieure (voir Annexe 2).

Prévention des hémorragies post-partum

L'une des causes principales de la mortalité maternelle est l'hémorragie post-partum. Une prise en charge active du troisième stade du travail (PCATST) réduit le risque de rétention du placenta et d'hémorragie post-partum. Les accoucheuses qualifiées doivent proposer à toutes les femmes une prise en charge active du troisième stade du travail. Cette prise en charge active consiste en :

1. l'administration d'un utérotonique, de préférence de l'ocytocine, administré à la femme dans la minute précédant la naissance de l'enfant ;
2. une traction contrôlée du cordon ombilical ;
3. un massage externe de l'utérus suite à l'expulsion du placenta.

L'ocytocine est l'utérotonique recommandé dans la prévention et le traitement des hémorragies atoniques post-partum. Toutefois, dans certaines situations, il peut s'avérer impossible de proposer l'ensemble des interventions pour la prise en charge active du troisième stade du travail du fait de l'absence de personnel qualifié, des difficultés à garantir des pratiques d'injection sûres et/ou du fait de l'absence de matériel de réfrigération, tous ces facteurs empêchant ainsi l'utilisation de l'ocytocine. En de telles situations, l'utilisation de misoprostol est recommandée. Les agents de santé administrant le misoprostol doivent être formés pour éviter toute administration avant la naissance, à une utilisation correcte du

* Déclaration de l'OMS concernant l'utilisation du misoprostol dans la prévention et la prise en charge des hémorragies post-partum. OMS. 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/misoprostol/en/.

| Tableau 17 : actions vitales pour soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né | |
|--|--|
| Soins obstétriques d'urgence de base et de prise en charge du nouveau-né | Soins obstétriques d'urgence complets et de prise en charge du nouveau-né |
| 1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale | Réalisation des actions vitales 1 à 7, plus : |
| 2. Administration d'utérotoniques (soit de l'ocytocine par voie parentérale) | 8. Réalisation d'un acte chirurgical (par exemple, césarienne) |
| 3. Administration d'anticonvulsifs par voie parentérale, pour traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie (à savoir, du sulfate de magnésium) | 9. Réalisation d'une transfusion sanguine |
| 4. Retrait manuel du placenta | |
| 5. Évacuation des produits de conception intra-utérins (par exemple, retrait manuel par aspiration, dilatation et curetage) | |
| 6. Réalisation de l'accouchement vaginal assisté (par exemple, utilisation d'un extracteur (ventouse), utilisation de forceps) | |
| 7. Réalisation de la réanimation néonatale de base (par exemple, ventilation par ballon et masque) | |
| Un centre de soins obstétriques d'urgence de base est un établissement dans lequel toutes les actions 1 à 7 sont réalisées. | |
| Un centre de soins obstétriques d'urgence complet est un établissement dans lequel toutes les actions 1 à 9 sont réalisées. | |

Source : *Monitoring emergency obstetric care, a handbook*. OMS/UNFPA/UNICEF/AMDD. OMS. 2009.

produit (misoprostol, dose de 600 microgrammes, prise par voie orale immédiatement après la naissance du bébé) ainsi qu'à identifier et prendre en charge les effets secondaires. En de tels cas, aucune intervention active de délivrance du placenta ne doit être effectuée.

Soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né

En sus des soins essentiels à prodiguer lors de tout accouchement normal, des soins obstétriques d'urgence de base et de prise en charge du nouveau-né doivent être dispensés au niveau du centre de soins en vue de traiter les principales complications liées à l'accouchement, y compris les problèmes néonataux ou de stabilisation de la mère avant que celle-ci ne soit dirigée vers un hôpital. Il convient de s'assurer que les prestataires de soins sont dûment formés aux procédures des soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né, que tous les protocoles sont affichés et consultables par tous et que les médicaments, équipements et fournitures adéquats sont disponibles dans tous les centres de soins. À l'instar des urgences maternelles, les urgences néonatales ne sont

pas toujours prévisibles. Il est possible par exemple que le bébé ne respire pas. De ce fait, le personnel doit être prêt, pour chaque naissance, à pratiquer au besoin une réanimation du nouveau-né. Par ailleurs, les complications maternelles peuvent compromettre de manière significative la vie du nouveau-né. Le personnel doit donc se tenir prêt à toute éventualité et ce, avant chaque naissance.

Les « actions vitales » sont des interventions médicales clés utilisées dans le traitement des complications obstétriques directes à l'origine de la grande majorité des décès maternels à travers le monde. Le tableau 17 décrit les actions vitales relatives aux soins obstétriques d'urgence de base et complets. Certains services vitaux ne sont pas mentionnés mais sont inclus dans ces actions vitales. Par exemple, si une césarienne doit être pratiquée, ceci implique également la fourniture de l'anesthésie.

Soins initiaux de prise en charge du nouveau-né

Les décès néonataux sont sept fois plus fréquents que les décès maternels. Les trois principales causes de mortalité néonatale sont l'asphyxie à

la naissance, dite mort apparente du nouveau-né, les infections ainsi que les complications liées à la naissance avant terme et à tout poids insuffisant au moment de l'accouchement. Ces situations peuvent être évitées et prises en charge si les femmes ont accès aux services de soins obstétricaux d'urgence. Le personnel doit être formé à reconnaître les urgences néonatales et à diriger mère et enfant, le cas échéant, vers des centres de soins mieux dotés en équipements et personnel.

Les soins initiaux prodigués à des bébés ne présentant pas de complication à la naissance sont les suivants :

- Maintenir l'enfant au chaud et au sec et veiller à ce qu'il soit placé en contact direct avec sa mère, peau contre peau.
- Inciter à l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, si la mère et l'enfant sont prêts.
- Surveiller de près tout saignement du cordon ombilical, toute difficulté à respirer, toute pâleur et cyanose.
- Nettoyer les yeux afin d'éviter toute ophtalmie néonatale.
- Procéder à la vaccination (hépatite B et/ou BCG, conformément au protocole national en vigueur).

La prévention et prise en charge des principales causes de mortalité néonatale incluent :

- **L'asphyxie à la naissance** : 5 à 10 % de tous les nouveau-nés nécessitent, d'une manière ou d'une autre, une réanimation à la naissance. La réanimation du nouveau-né comprend un panel de différentes interventions possibles : allant de l'intervention simple, tel le maintien au chaud et au sec du bébé, la stimulation, le positionnement et le dégagement des voies respiratoires (aspiration), à une procédure plus complexe telle que la ventilation (réanimation par ballon et masque). Tous les nouveau-nés doivent faire l'objet d'une étroite surveillance après réanimation.
- **Infections** : principalement sepsie, pneumonie, tétanos et diarrhée. Les mesures préventives incluent la mise en œuvre de pratiques de prévention des infections lors de l'accouchement, la vaccination par anatoxine tétanique (vaccin antitétanique) lors de la grossesse, la coupure du cordon ombilical et les soins en rapport, le maintien au chaud du bébé et l'allaitement maternel - exclusif et dès la naissance.
- **Poids insuffisant à la naissance/ naissance avant terme** : les complications

associées au poids insuffisant à la naissance/à la naissance prématurée sont l'hypoglycémie, l'hypothermie, la difficulté à l'allaitement, la jaunisse et les risques accrus d'infection. Les soins prodigués au bébé né avant terme ou souffrant d'un poids insuffisant à la naissance comprennent la méthode mère-kangourou ou le contact peau contre peau, le maintien au chaud de l'enfant, l'allaitement maternel immédiat et exclusif, l'aide à l'allaitement, la prévention des infections ainsi que l'identification précoce et le traitement approprié des infections et complications.

3.5 Soins postnatals de la mère et du nouveau-né

La période postnatale est le moment où interviennent rapidement des changements d'ordre physiologique, tant pour la mère que pour l'enfant, les 24 à 48 premières heures étant les plus critiques. 60 % des décès maternels et 40 % des décès néonataux se produisent dans les 24 premières heures suivant l'accouchement. Suite à l'accouchement sans complication d'un bébé né en bonne santé, il est recommandé de garder la mère et l'enfant en observation, au sein du centre de santé. Si la sortie intervient dans les 48 heures après l'accouchement, un prestataire de soins qualifié doit examiner la mère et l'enfant dans les 24 à 48 heures suivant la sortie. Il convient de s'assurer que les agents de santé sont formés à reconnaître toute complication post-partum et à orienter tel qu'il se doit mères et nouveau-nés pour une observation complémentaire ou des soins supplémentaires. Il faut également informer les familles afin que celles-ci puissent déceler les signes d'alerte chez les mères et nouveau-nés, lors de la période post-partum, et rechercher toute aide en amont, si nécessaire.

La visite post-partum est l'occasion de pouvoir aborder et évaluer les questions d'hygiène, d'allaitement maternel ainsi que les méthodes et calendriers appropriés de planning familial (voir Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents). Les prestataires de soins doivent favoriser l'allaitement maternel précoce et exclusif et discuter avec la mère des règles de nutrition appropriées. La prise de comprimés de fer et de folate doit se poursuivre et de la vitamine A, de l'huile iodée ou du sel iodé doivent être donnés si nécessaire. La visite post-partum permet également de peser le nouveau-né et d'aborder les aspects liés à sa santé. Les nouveau-nés doivent être orientés vers le dispensaire de pédiatrie pour y être vaccinés et bénéficier d'un suivi de la croissance ainsi que des autres services de pédiatrie préventive.

L'allaitement maternel est particulièrement important en situations de crise humanitaire. Les risques associés à l'alimentation au biberon et aux substituts du lait maternel sont notablement accrus en cas de mauvaises conditions d'hygiène, de promiscuité et d'accès limité à l'eau et aux combustibles. Dans de telles situations, le lait peut s'avérer la seule source d'alimentation sûre et durable pour les nourrissons. La chaleur humaine et les liens affectifs sont essentiels à la relation mère-enfant. L'allaitement maternel étant, par ailleurs, une importante activité traditionnelle pour les femmes, celui-ci peut aider les femmes déracinées à conserver un sentiment d'estime. Il est de ce fait important de commencer l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, de promouvoir l'allaitement maternel exclusif, d'encourager à nourrir l'enfant fréquemment et à sa demande (y compris les tétées de nuit), sans restriction quant à la durée ou la fréquence des tétées. Nourrir au sein l'enfant dans les six premiers mois de son existence, et à sa demande, est également une forme de protection contraceptive, à condition que les menstruations n'aient pas recommencé et qu'aucune autre alimentation ne soit donnée au bébé (voir Chapitre 5 : Planning familial).

Il convient d'aider les femmes séropositives à prendre une décision éclairée sur l'alimentation du nourrisson, à veiller à ce que les femmes testées positives soient conseillées comme il se doit et aient accès au traitement contre le SIDA ou aux TAR (PTME) et que des soins soient prodigués à l'enfant après la naissance (voir 3.4). Dans les situations où une alimentation de substitution (substituts du lait maternel) implique des risques très significatifs de maladie, de malnutrition et de décès, les résultats cliniques du nourrisson seront meilleurs si la mère vivant avec le VIH allaite son enfant.

Les femmes connues pour être séropositives (et dont les nourrissons ne le sont pas ou dont le statut VIH n'est pas connu) devraient nourrir exclusivement au sein leurs enfants pendant les six premiers mois, en introduisant par la suite des compléments nutritionnels appropriés, puis poursuivre l'allaitement pendant les douze premiers mois de vie de l'enfant. L'allaitement maternel ne devrait ensuite cesser qu'une fois qu'un régime nutritionnel adéquat et sûr

sans lait maternel peut être apporté* (pour plus d'informations, se reporter au Chapitre 10 : VIH).

3.6 Problèmes spécifiques

Avortement sans risques et soins post-avortement

Pour toute information relative à l'avortement sans risques et aux soins post-avortement, se reporter au Chapitre 7 : Soins complets d'avortement.

Fistule obstétricale

On estime à plus de 2 millions le nombre de femmes souffrant de fistule obstétricale non-traitée et au moins 50 000 à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année.** La majeure partie des cas de fistule obstétricale est due à un travail prolongé ou à un arrêt dans la progression du travail (l'une des principales causes directes de mortalité et morbidité maternelles).

Les responsables de santé reproductive doivent veiller à ce que des programmes nationaux de traitement des fistules obstétricales puissent bénéficier aux communautés de réfugiés et populations déplacées à l'intérieur du pays. Les stratégies d'éradication de la fistule obstétricale incluent la prévention primaire, la prévention secondaire, le traitement et la réintégration du domicile. La prévention primaire et secondaire consiste à retarder les mariages précoces et les accouchements, à améliorer l'alimentation des jeunes filles et adolescentes, à éduquer celles-ci contre toute pratique traditionnelle néfaste ou préjudiciable, à améliorer l'éducation des femmes et jeunes filles ainsi que l'accès aux soins obstétriques d'urgence, en particulier dans les cas de césariennes. Tous ces composants doivent être intégrés aux campagnes et programmes de lutte contre la fistule obstétricale.

Mutilations génitales féminines (MGF)

Les complications liées aux MGF lors de la grossesse peuvent être identifiées grâce à un interrogatoire de la patiente et à un examen pelvien lors des soins prénatals. Lorsque des MGF de type III*** représentent la forme la plus courante, la zone vulvaire doit faire l'objet

* *Alimentation infantile dans le contexte du VIH. Messages clés.* OMS. 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

** *Fistule obstétricale : principes directeurs de prise en charge clinique et de développement de programme.* OMS. 2005. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241593679/en/.

*** MGF de type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). Environ 15 % des femmes et jeunes filles sur lesquelles sont pratiquées des MGF se voient infliger des MGF de type III.

d'un examen systématique lors de la première visite prénatale. L'ouverture de l'infibulation est réalisée au cours du second trimestre, après que des conseils précis ont été apportés à la femme et à son partenaire. Une fois l'infibulation ouverte, l'épisiotomie ne doit être pratiquée que si nécessaire, lors du travail d'accouchement.

Lorsqu'une femme présentant des MGF de type III et une infibulation non-ouverte accouche, la formation de tissus cicatriciels rigides autour de l'orifice vaginal est susceptible d'entraîner un retard lors de la seconde phase du travail, pouvant mettre en danger la vie de la mère et de l'enfant. Une épisiotomie antérieure, avec incision des tissus cicatriciels dus à l'infibulation, pouvant s'étendre à des épisiotomies latérales, peut s'avérer nécessaire afin de permettre un accouchement sans risques. A défaut, il peut s'avérer nécessaire de pratiquer un accouchement par césarienne. Les prestataires de soins doivent être formés à ne pas re-suturer ensemble les lèvres après l'accouchement mais à suturer les bords de celles-ci séparément pour ne pas recréer une infibulation. Les deux partenaires doivent recevoir des conseils avisés pour comprendre et accepter les changements résultant de la désinfibulation. Pour de plus amples informations sur les MGF, se reporter au Chapitre 8 : Violence basée sur le genre.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

Les droits à une grossesse sans risques et à la survie lors de la grossesse sont inclus dans les droits internationaux de l'homme et les droits relatifs à *la vie, à la santé et à la non-discrimination*, leur importance étant reconnue dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le respect des autres droits de l'homme, tel le droit à une alimentation appropriée, à un abri, à une eau saine et propre, à la vie privée, à l'information et à l'éducation, est également essentiel dès lors qu'il s'agit de garantir la survie et la santé de la mère et de l'enfant.

La protection et le respect des droits de l'homme, liés à la santé maternelle, consiste à :

- Prendre toute mesure nécessaire visant à réduire la mortalité maternelle pour toutes les mères, y compris les adolescentes ;
- Garantir l'accès aux soins prénatals, aux soins lors de l'accouchement et aux soins post-partum, y compris les soins obstétricaux d'urgence et aux soins néonataux et ce, pour toutes les mères,

adolescentes, femmes pauvres et femmes vivant en zones rurales ;

- Réduire la transmission mère-enfant du VIH par la fourniture de soins prénatals et périnatals appropriés, y compris l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR) ;
- Enregistrer les nouveau-nés immédiatement après la naissance ;
- Éliminer les pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes et nouveau-nés, telles les mutilations génitales féminines (MGF), les restrictions alimentaires des femmes enceintes, l'allaitement préférentiel des enfants de sexe masculin et/ou les soins dispensés aux enfants de sexe masculin ainsi que les mariages précoces et forcés et les grossesses forcées. Tout mariage précoce peut avoir une incidence négative sur la mortalité et la morbidité maternelles, y compris un risque accru de fistules obstétricales. Pour éviter les mariages précoces, il convient d'assurer, pour les filles, l'inscription en établissements d'enseignement primaire et de veiller à ce que les jeunes filles mariées et enceintes ne soient pas contraintes de quitter l'école ;
- Éradiquer les pratiques discriminatoires à l'embauche, face à la grossesse. Par exemple, le fait d'exiger un test de grossesse avant toute embauche constitue une violation du droit à la vie privée. En termes d'emploi, une protection spécifique devrait être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable, avant et après l'accouchement, et les mères qui travaillent devraient se voir octroyer un congé de maternité avec une rémunération appropriée et/ou des prestations de sécurité sociale.

4.1 Défis et opportunités

À certains moments, les prestataires de services, lors de la fourniture d'informations et de services SMN, peuvent se trouver confrontés à des décisions difficiles ou à des dilemmes. L'apport de soins appropriés peut être entravé par la législation nationale, les normes socio-culturelles ou toute fausse idée d'ordre médical. Par exemple :

- Les normes sociales peuvent empêcher les femmes de quitter leur domicile et se rendre dans un centre de soins pour y recevoir les services SMN adéquats, y compris pour un accouchement sans risques.
- La législation relative à l'âge du mariage peut être différente pour les garçons et les filles, ces dernières pouvant, par conséquent, ne pas être protégées contre les mariages précoces et/ou forcés.

- Certaines catégories d'individus, dans une situation de crise humanitaire donnée (par exemple, réfugiés et populations déplacées à l'intérieur du pays) peuvent ne pas avoir accès aux soins obstétriques d'urgence et de prise en charge du nouveau-né dispensés par les programmes financés par le gouvernement.

De telles normes, lois et pratiques peuvent s'opposer aux principes des droits de la personne internationalement reconnus. En tant que responsable de santé reproductive ou prestataire de services, vous pouvez vous trouver confronté à de tels dilemmes. Il vous appartient de connaître la position de votre agence/organisation sur ces aspects de la santé reproductive et vous devez prendre en compte cette position dans votre analyse de la situation ainsi que plus tard. En face d'une situation difficile, vous devez en premier lieu et par-dessus tout donner la priorité à la sécurité et à la santé du patient et privilégier votre propre sécurité et celle de vos collègues. Vous pouvez alors décider :

- de vous entretenir avec votre superviseur
- de débattre des options avec votre patient
- de vous renseigner afin de savoir si votre agence est engagée dans des opérations de sensibilisation, relativement au problème concerné, et comment y contribuer ;
- d'examiner les liens avec les organisations locales et orienter votre patiente vers celles susceptibles de l'aider ;
- d'identifier, tout en respectant la confidentialité de votre patiente, à l'aide de collègues et autres prestataires en santé reproductive la manière dont il convient d'éviter/de prendre en charge à l'avenir de telles situations ;
- de soulever ces points lors de réunions de coordination de santé.

5 Contrôle

Rechercher la cause des décès maternels et périnataux

En termes d'apprentissage réflexif, enquêter sur les décès et quasi-décès est un élément essentiel d'un programme de santé maternelle : ceci permet de promouvoir et de contrôler les changements s'opérant dans la pratique et de préconiser des mesures visant à éviter toute complication anormalement défavorable et tout décès. Plusieurs approches sont recommandées dans la manière d'examiner les causes de décès et quasi-décès maternels, telle l'autopsie verbale et les enquêtes sur la morbidité grave.

Le fait de commencer par apprécier les facteurs évitables, appréciation dite « zéro coupable, zéro sanction », associés aux décès maternels, morts fœtales et décès néonataux se produisant au sein des centres de soins permettra de fournir des informations sur la manière dont il convient d'améliorer les programmes. (Un exemple de formulaire type d'enquête sur les décès maternels est donné à l'Annexe 4 du Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse).

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour le contrôle des services SMN :

1. Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins quatre visites prénatales lors de la grossesse.
2. Disponibilité des soins obstétriques d'urgence : centres de soins obstétriques d'urgence de base et de soins obstétriques d'urgence complets.
3. Proportion de toutes les naissances au sein de centres de soins obstétriques d'urgence.
4. Satisfaction des besoins liés aux soins obstétriques d'urgence : proportion de femmes souffrant d'importantes complications obstétricales directes et prises en charge au sein de ces centres.
5. Proportion des césariennes, pour l'ensemble des naissances.
6. Taux de mortalité associé aux cas de complications obstétricales directes.

Pour plus d'informations sur le contrôle, voir Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse.

6 Bibliographie

- *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) : Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles.* OMS. 2009 (2^{ème} édition). www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/fr/index.html.
- *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* OMS. 2003. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/fr/index.html.

- *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (PCIGA) : Prise en charge des problèmes du nouveau-né : Manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin.* OMS. 2003. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241546220/fr/index.html.
- *Monitoring emergency obstetric care, a handbook WHO/UNFPA/UNICEF/AMDD.* WHO. 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html.
- *Revue Cochrane (Cochrane Reviews).* www.cochrane.org/reviews.

Annexes

Annexe 1 : interventions recommandées par l'OMS dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Annexe 2 : partogramme.

Annexe 1 : interventions recommandées par l'OMS dans l'amélioration de la santé maternelle et néonatale

| Tableau 18 : soins lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum, à l'attention de la mère et du nouveau-né | | | |
|---|---|--|--|
| | Soins systématiques (proposés à toutes les femmes et bébés) | Soins supplémentaires (destinés aux femmes et bébés atteints de maladies et complications modérément sévères) | Soins obstétriques et néonataux spécialisés (destinés aux femmes et bébés atteints de maladies et complications graves) |
| Soins lors de la grossesse, 4 visites <i>Essentiel</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation de la grossesse • Suivi de l'évolution de la grossesse et évaluation de l'état et du bien-être de la mère et du fœtus • Détection de problèmes facteurs de complications de la grossesse (par exemple, anémie, problèmes d'hypertension, saignements, malposition ou mauvaise présentation du fœtus, grossesse multiple) • Réponse à d'autres symptômes évoqués • Vaccination contre le tétanos, prévention et contrôle de l'anémie (apport en fer et acide folique) • Informations et conseils relatifs à l'automédication à domicile, à la nutrition, aux rapports sexuels protégés, à l'allaitement maternel, au planning familial, à un mode de vie sain • Planification des naissances et soins d'urgence, conseils relatifs aux signes d'alerte et à la préparation à l'urgence • Enregistrement et rapport • Dépistage de la syphilis | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des complications légères à modérées, liées à la grossesse <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anémie légère à modérée ▶ Infection urinaire ▶ Infection vaginale • Soins préalables à l'avortement et planning familial • Traitement des complications graves, avant orientation <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pré-éclampsie/éclampsie ▶ Saignements ▶ Infection ▶ Complications à l'avortement • Assistance aux femmes présentant des besoins spécifiques (par exemple, adolescentes, femmes vivant sous l'emprise de la violence) • Traitement de la syphilis (femme et son partenaire) | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des complications graves, liées à la grossesse <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anémie ▶ Pré-éclampsie/éclampsie sévère ▶ Saignements ▶ Infection ▶ Autres complications médicales • Prise en charge des complications liées à l'avortement |
| <i>En fonction des cas</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du VIH et conseils • Traitement préventif intermittent contre le paludisme (TPI) et encouragement à utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MTI) • Vermifugation • Évaluation des mutilations génitales féminines (MGF) | <ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Thérapie antirétrovirale (TAR) ▶ Conseils liés à la nutrition du nourrisson ▶ Conseils liés au mode d'accouchement • Prise en charge des infections opportunistes, légères à modérées • Traitement du paludisme, ne présentant pas de complications | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des infections à VIH graves • Traitement du paludisme, présentant des complications |

Tableau 18 : soins lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum, à l'attention de la mère et du nouveau-né

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>Soins lors de l'accouchement (travail, accouchement et période post-partum immédiate)</p> <p><i>Essentiel</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Soins lors du travail et de l'accouchement <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diagnostic du travail ▶ Suivi de l'évolution du travail, du bien-être de la mère et du fœtus, à l'aide du partogramme ▶ Administration de soins visant à aider et soulager la mère (antidouleurs) ▶ Détection des problèmes et complications (par exemple, mauvaise présentation du bébé, travail prolongé et/ou arrêt dans la progression du travail, hypertension, saignements et infection) ▶ Accouchement et soins immédiats prodigués au nouveau-né, incitation à commencer l'allaitement maternel ▶ Réanimation du nouveau-né ▶ Prise en charge active du troisième stade du travail • Soins post-partum immédiats prodigués à la mère <ul style="list-style-type: none"> ▶ Contrôle et évaluation du bien-être de la mère, prévention et détection de complications (par exemple, hypertension, infections, saignements, anémie) ▶ Prise en charge de l'anémie post-hémorragique modérée ▶ Informations et conseils relatifs à l'automédication à domicile, à la nutrition, aux rapports sexuels protégés, à l'allaitement maternel, au planning familial ▶ Conseils relatifs aux signes d'alerte, à la préparation à l'urgence et au suivi • Enregistrement et rapport | <p>Prise en charge des états anormaux et des complications (par exemple, travail prolongé, aspiration par ventouse ; présentation par le siège, épisiotomie, réparation des déchirures génitales, retrait manuel du placenta)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des complications graves, avant orientation (par exemple, arrêt dans la progression du travail, détresse fœtale, accouchement avant terme, hémorragie péri- et post-partum grave) • Prise en charge urgente des complications, si naissance imminente • Soutien à la famille en cas de décès de la mère | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des complications graves lors de l'accouchement et de la période post-partum immédiate, y compris césarienne, transfusion sanguine et hystérectomie : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Arrêt dans la progression du travail ▶ Mauvaise présentation du bébé ▶ Éclampsie ▶ Infection grave ▶ Saignements • Induction (anesthésie) et intensification du travail |
| <p><i>En fonction des cas</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Administration de vitamine A | <ul style="list-style-type: none"> • PTME en fonction du mode d'accouchement et aide au choix d'allaitement de l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des complications liées aux MGF |
| <p>Soins maternels post-partum (jusqu'à 6 semaines)</p> <p><i>Essentiel</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du bien-être de la mère • Prévention et détection de complications (par exemple, infections, saignements, anémie) | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de certains problèmes (par exemple, anémie légère à modérée, dépression légère suite à l'accouchement) | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de toutes les complications <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anémie aiguë ▶ Saignements post-partum importants |

| Tableau 18 : soins lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum, à l'attention de la mère et du nouveau-né | | | |
|---|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Prévention et contrôle de l'anémie (apport en fer et acide folique) • Informations et conseils relatifs à la nutrition, aux rapports sexuels protégés, au planning familial et à certains moyens contraceptifs • Conseils relatifs aux signes d'alerte, à la préparation à l'urgence et au suivi • Fourniture de moyens contraceptifs • Incitation à utiliser les MTI | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement de certains problèmes graves, avant orientation (par exemple, saignements post-partum importants, sepsie puerpérale) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Infections post-partum graves ▶ Dépression post-partum sévère • Stérilisation féminine |
| <i>En fonction des cas</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Incitation à utiliser les MTI | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du paludisme, ne présentant pas de complications | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du paludisme, présentant des complications |
| Soins au nouveau-né (naissance et période postnatale immédiate) <i>Essentiel</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Incitation, protection et soutien à l'allaitement maternel • Contrôle et évaluation du bien-être, détection des complications (respiration, infections, naissance avant terme, faible poids à la naissance, lésions, malformations) • Prévention et contrôle des infections, cohabitation • Surveillance visuelle • Informations et conseils sur les soins à domicile, l'allaitement, l'hygiène • Conseils relatifs aux signes d'alerte, à la préparation à l'urgence, et suivi • Vaccination conformément aux directives nationales (BCG, Hépatite B, vaccin antipoliomyélitique-0) | <ul style="list-style-type: none"> • Soins si la naissance s'est effectuée légèrement avant terme, si faible poids à la naissance ou s'il s'agit de jumeaux : soutien à l'allaitement maternel, maintien au chaud, contrôle fréquent du bien-être du nouveau-né et détection des complications, par exemple, difficultés à se nourrir, jaunisse, autres problèmes périnataux • Suivi des soins mère kangourou (SMK) • Prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ▶ des infections locales (cordon ombilical, peau, yeux, muguet) ▶ des lésions dues à l'accouchement, légères à modérées • Prise en charge, avant orientation, des nourrissons présentant des problèmes sévères : <ul style="list-style-type: none"> ▶ prématurés graves et/ou très faible poids à la naissance ▶ complications sévères ▶ malformations • Soutien à la mère en cas de décès périnatal | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des problèmes graves affectant le nouveau-né : soins d'ordre général liés aux affections du nourrisson et prise en charge des problèmes spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> ▶ naissance prématurée ▶ difficultés à respirer ▶ sepsie ▶ trauma grave lié à la naissance et à l'asphyxie ▶ jaunisse grave ▶ SMK • Prise en charge des malformations pouvant être corrigées |

| Tableau 18 : soins lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum, à l'attention de la mère et du nouveau-né | | | |
|---|---|--|--|
| <i>En fonction des cas</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Incitation à dormir sous une MTI | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement présomptif de la syphilis congénitale • Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, par TAR • Soutien à l'alimentation du nourrisson, conformément au choix de la mère | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement : <ul style="list-style-type: none"> ▶ de la syphilis congénitale ▶ du tétanos néonatal |
| Soins postnatals au nouveau-né (visite depuis le/à domicile) <i>Essentiel</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du bien-être et de l'allaitement du nourrisson • Détection des complications et réponse aux préoccupations maternelles • Informations et conseils sur les soins à domicile • Visites de suivi supplémentaires pour les bébés à haut risque (par exemple, naissance prématurée, suite à des problèmes graves, relativement à toute alimentation de substitution) | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ▶ des problèmes mineurs à modérés ▶ des difficultés du nourrisson à s'alimenter • Prise en charge, avant orientation, des nourrissons présentant des problèmes sévères : <ul style="list-style-type: none"> ▶ convulsions ▶ incapacité à s'alimenter • Soutien à la famille en cas de décès périnatal | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des problèmes graves affectant le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> ▶ sepsie ▶ autres infections ▶ jaunisse ▶ problème de développement |

Annexe 2 : partogramme

| PARTOGRAMME | |
|---|----------------------------|
| UTILISER CE FORMULAIRE LORS DU CONTRÔLE DU TRAVAIL ACTIF | |
| Dilatation du col de l'utérus | TEMPS |
| 10 cm | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| 9 cm | |
| 8 cm | |
| 7 cm | |
| 6 cm | |
| 5 cm | |
| 4 cm | |
| RESULTATS | |
| Nombre d'heures de travail actif | |
| Nombre d'heures, depuis la rupture des membranes | |
| Évaluation rapide 0-3-4-7 | |
| Saignements vaginaux (0 + + +) | |
| Liquide amniotique (teinté par émission de méconium) | |
| Nombre de contractions, par tranche de 10 minutes | |
| Rythme cardiaque du fœtus | |
| Volume uriné | |
| Température axillaire | |
| Pulsations (battements/minute) | |
| Pression artérielle (systolique/diastolique) | |
| Dilatation du col de l'utérus (cm) | |
| Expulsion du placenta (temps) | |
| Ocytocine (temps/administration) | |
| Problème au début du travail – Remarque / Décrire ci-dessous | |

Formulaire type à adapter. Révisé le 13 juin 2003

7

CHAPITRE SEPT

Soins complets d'avortement

Sommaire

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUCTION | 145 |
| 2 OBJECTIFS | 146 |
| 3 ÉVALUATION DES BESOINS | 147 |
| 3.1 Évaluation des besoins | 147 |
| 3.2 Conseil et consentement éclairé volontaire | 148 |
| 3.4 Prévention des infections | 150 |
| 3.5 Prise en charge de la douleur | 150 |
| 3.6 Évacuation utérine | 151 |
| 3.7 Prévention du tétanos | 151 |
| 3.8 Prise en charge des complications | 153 |
| 3.9 Conseil et suivi post-procédure | 153 |
| 3.10 Intégration des services | 153 |
| 4 DROITS ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 153 |
| 4.1 Défis et opportunités | 154 |
| 5 CONTRÔLE | 154 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 154 |

1 Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 42 millions de grossesses se terminent chaque année en avortement provoqué ; elle estime que 20 millions de ces avortements sont réalisés dans de mauvaises conditions de sécurité, soit par des personnes ne disposant pas des compétences nécessaires, soit dans un cadre ne répondant pas aux normes d'hygiène minimales, soit les deux. Les décès et les blessures résultant d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité continuent d'être un grave problème de santé publique qui touche les familles et l'ensemble des communautés. À l'échelle mondiale, le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité représente 13 % des décès maternels, 99 % d'entre eux survenant dans les pays en développement. Afin de rendre la grossesse plus sûre, il convient de fournir ou d'orienter les femmes en temps voulu vers des services d'avortement sans risques dans la mesure autorisée par la législation en vigueur ainsi que de prendre en charge de manière appropriée l'avortement spontané et pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité pour toutes les femmes.

Les femmes et les jeunes filles en situations de crise humanitaire peuvent être plus exposées à une grossesse non désirée et doivent accéder à des services d'avortement légaux et sans risques :

- Les femmes et les adolescentes peuvent ne plus être en mesure de poursuivre leur méthode de contraception, l'ayant perdue lors de leur déplacement.
- Les familles peuvent souhaiter retarder l'arrivée d'un nouvel enfant jusqu'à ce que leur sécurité et leurs moyens de subsistance soient assurés, mais n'ont pas accès aux contraceptifs en raison de l'interruption des services de santé.
- Il est démontré que le viol et les autres formes de violence sexuelle sont beaucoup plus fréquents en situations de conflit.

Soins complets d'avortement

Pour aider les gouvernements, les planificateurs et les prestataires de services à respecter leurs engagements vis-à-vis des droits et de la santé de la femme, l'OMS a édité en 2003 des guides techniques destinés à renforcer les systèmes de santé afin qu'ils puissent fournir des soins d'avortement sans risques et post-avortement.

La stratégie globale de réduction des décès et souffrances issus des complications survenant lors d'un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité repose sur la prestation de soins post-avortement se décomposant en cinq points :

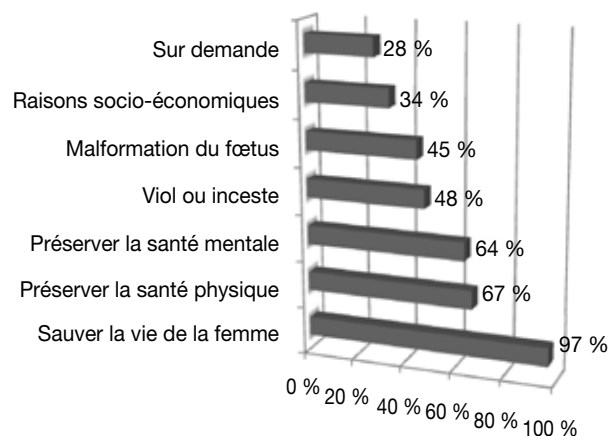
- **Le traitement** des avortements incomplets ou pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ainsi que des complications potentiellement fatales.
- **Le conseil** pour identifier et répondre aux besoins des femmes en termes de santé physique et émotionnelle ainsi qu'à leurs autres inquiétudes.
- **Des services de planning familial et de contraception** pour aider les femmes à éviter toute grossesse non désirée ou à espacer les naissances.
- **Des services de santé reproductive et autres** de préférence fournis sur site ou qui orientent les femmes vers d'autres structures accessibles au sein des réseaux de prestataires.
- **Des partenariats avec les prestataires de services et les communautés** pour prévenir les grossesses non désirées et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, mobiliser les ressources (pour aider les femmes à recevoir en temps voulu des soins appropriés suite à des complications résultant d'un avortement) et s'assurer que les services de santé

reflètent et répondent aux attentes et besoins de la communauté.

Les soins complets d'avortement (SCA) incluent toutes les composantes des soins port-avortement ainsi que l'avortement provoqué sans risques du point de vue juridique (à savoir, tel qu'autorisé par la législation nationale). Ces composantes contribuent toutes à réduire la mortalité maternelle.

Un ensemble de solutions médicales existe pour aider les femmes à éviter ou faire face à une grossesse non désirée, avec entre autres la contraception d'urgence, l'aspiration et l'avortement médicamenteux. De même, un nombre croissant de pays ont réformé leur législation en matière d'avortement afin d'étendre le champ d'application, y compris au viol et à l'inceste.

Motifs autorisant l'avortement = pourcentage de pays (n = 195)



n = 195 : 195 pays inclus à l'étude

Source : *World Abortion Policies*. New York, UNPD. 2007. www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf

2 Objectifs

Les objectifs du présent chapitre consistent à fournir aux responsables, directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive :

- des informations sur les programmes de services d'avortement légal et sans risques et à les orienter vers de tels services dans la mesure autorisée par la loi ;
- des informations cliniques de base pour les guider sur la prestation des services ;
- la structure leur permettant d'obtenir des informations précises et de comprendre les limites administratives et réglementaires liées à l'avortement dans le pays où ils travaillent ;
- une compréhension des normes sociales, culturelles et religieuses autour des services d'avortement sans risques ;
- les outils pour éduquer les communautés sur leurs droits.

3 Élaboration de programmes

Les sections suivantes décrivent les directives de base permettant de garantir la prestation de services d'avortement complets et de haute qualité.

L'ajout de services d'avortements provoqués sans risques tel qu'autorisé par la loi aux éléments du modèle SPA résulte dans une approche complète qui soutient les femmes dans l'exercice de leurs droits en matière de santé reproductive et sexuelle. Dans le meilleur des cas, ces services sont fournis sous la forme d'un dispositif complet intégré.

Les services de soins complets d'avortement n'ont pas besoin d'être subordonnés à la disponibilité des obstétriciens/ gynécologues ou chirurgiens. Grâce à un soutien et à une formation appropriés, les infirmières, les sages-femmes et les autres agents de santé de niveau intermédiaire peuvent fournir des services de soins post-avortement et d'avortement sans risques de première ligne même dans le cadre de traitements ambulatoires. (Voir Tableau 19.)

3.1 Évaluation des besoins

Lors de la planification des services d'avortement, il convient de rechercher des informations et d'étudier les besoins et perceptions des communautés, y compris les préférences des femmes quant au type et au sexe du prestataire ainsi qu'au lieu de prestation des services.

Les lois restreignant l'accès à l'avortement ont souvent une forte incidence sur les taux d'avortements pratiqués dans des conditions à risques. Néanmoins, même si l'avortement est autorisé par la loi, les femmes ont peu souvent

accès à des services d'avortement légal et sans risques. Les conditions en vertu desquelles l'avortement est autorisé par la loi varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, l'accès est fortement restreint ; dans d'autres, il est possible de mettre un terme à une grossesse sur demande ainsi que pour diverses raisons médicales et sociales. Quasiment tous les pays du monde permettent un avortement légal et sans risques dans certaines circonstances.

Les responsables, directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive doivent connaître la législation et les politiques nationales en matière d'avortement sans risques dans les pays où ils travaillent :

- Existe-t-il une loi/réglementation/ politique sur l'avortement/la disponibilité et l'accessibilité à des services d'avortement sans risques ? Attacher une attention particulière :
 - ▶ aux raisons pour lesquelles l'avortement est autorisé (par exemple, pour des raisons thérapeutiques, personnelles, en cas de malformation du fœtus, de viol, d'inceste, ou de problèmes de santé mentale) ;
 - ▶ au délai pendant lequel un avortement peut être autorisé et s'il existe des cas où le délai peut ne pas être respecté ;
 - ▶ à la disponibilité des différentes méthodes d'avortement (par exemple, des méthodes chirurgicales, telles que l'aspiration manuelle ou électrique ; des méthodes médicamenteuses, telles que la prise de mifépristone et de misoprostol) ainsi qu'à la distribution et à la fourniture de médicaments pour les soins d'avortement et de post-avortement ;
 - ▶ aux exigences en termes de conseil ;
 - ▶ au cadre dans lequel l'avortement peut être réalisé et/ou au niveau du prestataire pouvant assurer l'avortement ou fournir des méthodes d'avortement ;
 - ▶ aux dispositions relatives au coût d'un avortement ;
 - ▶ aux réglementations ou attentes qui exigent des autres (maris, parents, tuteurs) l'autorisation d'y procéder (autorisation d'un tiers) ;
 - ▶ aux exigences de déclaration obligatoire ;
 - ▶ à l'obligation pour les prestataires de santé s'opposant à la réalisation des avortements (objection de conscience) d'orienter les patientes vers un collègue qui fournit ces services.

| Tableau 19 : soins complets d'avortement | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| | Au niveau communautaire | Au niveau des soins | Au niveau des hôpitaux |
| Éducation et information sur la prévention et les conséquences | ✓ | ✓ | ✓ |
| Reconnaissance des complications de l'avortement | ✓ | ✓ | ✓ |
| Transport vers des services d'avortements sans risques et prise en charge des complications d'avortements pratiqués dans des conditions à risques | ✓ | ✓ | ✓ |
| Orientation vers des soins pour femmes enceintes, des soins d'avortement légal sans risques et des soins post-avortement | ✓ | ✓ | ✓ |
| Orientation des victimes de viol ou d'inceste vers des services sociaux et/ou de santé | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aspiration ou traitement médicamenteux en cas d'avortement incomplet et avortement sans risques jusqu'à 12 semaines de grossesse | | ✓ | ✓ |
| Méthodes contraceptives dont la contraception d'urgence et la contraception post-avortement. | | ✓ | ✓ |
| Traitements d'urgence, tels que la suppléance hydrique par voie intraveineuse, les ocytociques, les tests d'hématocrite/d'hémoglobine et les antibiotiques 24h/24 | | ✓ | ✓ |
| Orientation et transport des femmes présentant les complications d'avortement les plus graves (septicémie, péritonite, insuffisance rénale) | | ✓ | ✓ |
| Avortement au second trimestre, laparotomie, transfusion sanguine en toute sécurité, stérilisation volontaire, test de dépistage de l'hépatite, de la syphilis et du VIH | | | ✓ |
| Prise en charge des complications graves de l'avortement | | | ✓ |

- Existe-t-il une loi qui interdit/criminalise l'avortement ?
- ▶ Existe-t-il une loi et/ou une réglementation concernant la prestation de soins post-avortement, y compris les soins d'urgence après un avortement pratiqué dans des conditions à risques ? Prêter une attention particulière aux exigences en matière de déclaration et d'orientation.
- Existe-t-il une loi/réglementation/politique qui stipule que des informations sur les services d'avortement sans risques et pratiqués dans des conditions à risques ainsi que sur les soins post-avortement doivent au moins être fournies ?

Outre le contexte juridico-social, prendre en compte également :

- le contexte épidémiologique
- la formation, les qualifications et les capacités du personnel
- les fournitures et équipements
- l'état des établissements de santé
- le système de transport d'urgence
- les capacités des établissements référents.

3.2 Conseil et consentement éclairé volontaire

Les prestataires de services doivent être conscients que les femmes demandant des soins d'avortement peuvent souffrir d'un stress émotionnel grave ou d'un malaise physique. Ils doivent s'assurer de la confidentialité des informations, de la protection de leur vie privée et de leur consentement au traitement. Un conseil de haute qualité procure à la femme un soutien moral et contribue à l'efficacité de la procédure. Pour qu'un conseil soit efficace, il doit être entièrement structuré autour des besoins et inquiétudes de la femme et être réalisé avant, pendant et après la procédure.

Un consentement éclairé volontaire, obtenu par écrit ou oralement, garantit que la femme comprend et est d'accord avec le programme de traitement qui lui est proposé, y compris ses avantages, risques et alternatives. On entend par consentement éclairé le fait qu'une femme prend librement une décision sans pression ni contrainte de tout type. Les prestataires de services peuvent documenter ce choix en obtenant la signature de la femme sur un formulaire de consentement. Dans certains cas, il peut s'avérer plus approprié de confirmer cet accord verbalement.

3.3 Évaluation clinique

Les prestataires de services doivent mener une évaluation clinique complète comprenant :

- un bilan approfondi de la santé reproductive (y compris tout acte de violence sexuelle antérieur) ;
- un examen physique et pelvien minutieux (l'échographie et le test de grossesse ne sont pas les conditions requises ni les exigences minimales pour proposer des services d'avortement. Une grossesse peut être détectée pendant un examen pelvien bimanuel dès 6 à 8 semaines de grossesse) ;
- une évaluation psychosociale.

Les femmes se présentant pour obtenir un traitement en raison d'un avortement incomplet ou de complications d'avortement (soins post-avortement) doivent faire l'objet d'un examen approfondi compte tenu des complications potentiellement fatales dont elles peuvent souffrir. L'évacuation utérine constitue souvent un élément important de la prise en charge et une fois l'état de la patiente stabilisé, cette procédure ne doit pas être retardée.

Un transfert rapide vers un hôpital référent peut s'avérer nécessaire si la femme doit bénéficier d'un traitement allant au-delà des capacités du centre de soins où elle a été auscultée. Son état doit être stabilisé avant son transfert.

Grossesse ectopique

Il est important de tenir compte des autres maladies potentiellement fatales qui peuvent entraîner un choc, dont une grossesse ectopique (tubaire). Une grossesse ectopique peut mettre la vie de la femme en danger ; la traiter ou la transférer dès que possible vers un hôpital référent où le diagnostic pourra être confirmé et le traitement approprié fourni.

3.4 Prévention des infections

À l'instar de toute procédure invasive, il existe des risques d'infection pour les patientes, les prestataires de services et le personnel de soutien par le biais d'un contact avec des agents contaminants. Pour minimiser ces risques, des précautions standard doivent toujours être prises. Ces précautions reposent sur l'utilisation de protections appropriées

(telles que des gants et des masques), une gestion rigoureuse des déchets et l'application de précautions pour éviter les blessures (voir Chapitre 2 : Le DMU, paragraphe 3.3.2, p. 37). Pour empêcher toute infection iatrogène, il convient de suivre les précautions standard, d'utiliser des techniques aseptiques et d'écartier ou de traiter toute infection du col de l'utérus avant de réaliser tout acte à travers celui-ci.

Toutes les femmes subissant une évacuation utérine par aspiration doivent se voir administrer une dose prophylactique d'antibiotiques pour réduire les risques d'infection. Toutefois, le manque d'antibiotiques prophylactiques n'interdit pas la réalisation de l'aspiration. Les antibiotiques de routine ne sont pas nécessaires ni recommandés pour les femmes subissant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Dans ce cas, les antibiotiques doivent être réservés aux femmes montrant des signes et symptômes d'infection.

3.5 Prise en charge de la douleur

Une médication doit toujours être proposée pour prendre en charge la douleur. L'objectif du programme de prise en charge de la douleur consiste à offrir un maximum de confort à la femme. L'aspiration doit être menée sous anesthésie locale et/ou analgésie orale (par exemple, sous ibuprofène). L'anesthésie générale est rarement nécessaire et expose la femme à de plus grands risques.

3.6 Évacuation utérine

Avortement provoqué

Au cours du premier trimestre, les méthodes préférées d'évacuation utérine pour provoquer un avortement sont :

- l'aspiration manuelle ou électrique jusqu'à 12 semaines complètes de grossesse (12 semaines à partir des dernières règles de la femme).
 - ▶ Examiner les produits de conception à l'issue de la procédure pour exclure toute éventuelle grossesse ectopique ou molaire ainsi qu'un avortement incomplet.
- les méthodes médicamenteuses jusqu'à 9 semaines complètes de grossesse
 - ▶ La solution préférée repose sur l'administration de mifépristone associée par la suite à la prise de prostaglandine

telle que du misoprostol. En l'absence de mifépristone, l'expérience montre qu'il est préférable d'utiliser uniquement du misoprostol bien qu'il soit moins efficace que son association à de la mifépristone et moins efficace que l'aspiration. Il n'existe pas assez de preuves permettant de recommander ces méthodes d'avortement au-delà de neuf semaines complètes de grossesse.

Les femmes en milieu ou fin de second trimestre doivent être orientées vers un hôpital disposant d'équipements chirurgicaux pour le traitement.

Soins post-avortement

L'aspiration et le misoprostol sont des méthodes sûres, efficaces et acceptables d'évacuation utérine dans le cadre des soins post-avortement.

Méthodes médicamenteuses d'avortement provoqué jusqu'à 9 semaines complètes de grossesse (depuis la date des dernières règles)

Mifépristone et Misoprostol

200 mg de mifépristone par voie orale, suivis au bout de 36 à 48 heures par 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale

Misoprostol uniquement

peut provoquer un avortement en début de grossesse mais des doses répétées sont nécessaires, telles que 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale répétées toutes les 12 heures jusqu'à trois doses. La prise seule de misoprostol est toutefois moins efficace que la méthode combinant mifépristone et misoprostol et provoque généralement des effets secondaires.

Le misoprostol réduit le coût des services de soins post-avortement puisqu'il n'exige pas la mise à disposition immédiate d'un équipement stérile, d'une salle d'opération et d'un personnel qualifié. L'utilisation de misoprostol dans le cadre du traitement d'un avortement incomplet est considérée comme une solution précieuse dans les situations de crise humanitaire où il est difficile de conserver un équipement

d'aspiration manuelle ainsi que des prestataires dûment formés et où l'orientation vers une évacuation utérine chirurgicale peut être retardée.

L'administration de misoprostol pour les soins obstétricaux connaît une évolution rapide. Les prestataires de services et directeurs des programmes de santé reproductive doivent se tenir au courant de l'évolution des techniques et des soins par la lecture. (Voir la bibliographie).

Dilatation et curetage

Connue également sous le nom de "curetage" avec instruments en métal, la méthode de dilatation et curetage n'est plus recommandée, excepté si l'aspiration ou les méthodes médicamenteuses ne sont pas disponibles. Si la méthode D&C est toujours proposée, tous les efforts possibles doivent être fournis pour la remplacer par l'aspiration ou les méthodes médicamenteuses pour améliorer la sécurité et la qualité des soins.

L'administration de mifépristone et/ou de misoprostol pour les soins d'avortement sans risques et post-avortement exige le soutien des services d'aspiration, sur site ou sur orientation, en cas d'échec ou d'évacuation incomplète des produits de conception.

Misoprostol en cas d'avortement incomplet jusqu'à 12 semaines complètes de grossesse (depuis la date des dernières règles)

L'administration de 600 microgrammes de misoprostol par voie orale (dose unique) est une méthode sûre et efficace.

Aucune étude publiée à ce jour n'a fait de recherches sur l'usage de misoprostol pour traiter les femmes subissant un avortement septique.

3.7 Prévention du tétanos

Les femmes ayant subi un avortement pratiqué dans des conditions à risques avec des instruments non stériles ont pu être exposées au tétanos. Prévoir une vaccination antitétanique ou une orientation de la patiente vers ce type de service si ces risques sont connus ou suspectés, tout particulièrement au sein des communautés où la contraction du tétanos après avortement a été rapportée. Une injection de rappel d'anatoxine tétanique doit être administrée aux femmes qui ont été vaccinées par le passé. Une injection d'immunoglobuline antitétanique et d'anatoxine tétanique doit être administrée aux femmes qui n'ont pas été vaccinées par le passé ou dont la dernière vaccination remonte à plus de cinq ans. En cas de doute sur la situation vaccinale de la patiente, une injection à la fois d'immunoglobuline antitétanique et d'anatoxine tétanique doit être administrée. Si le vaccin et l'immunoglobuline sont administrés en même temps, utiliser des aiguilles et seringues séparées et injecter à des endroits différents. Les patientes doivent être informées du calendrier de vaccination à suivre (seconde dose d'anatoxine tétanique à quatre mois, troisième dose d'anatoxine tétanique entre six mois et un an).

3.8 Prise en charge des complications

Bien qu'elles soient rares, des complications peuvent survenir suite à une procédure d'évacuation utérine et doivent être prises en charge immédiatement par des prestataires qualifiés. Il est très rare de rencontrer de graves complications, mais il est important de suivre toutes les patientes puisqu'il existe un risque faible d'infection ou d'hémorragie. S'assurer que les femmes ont toujours accès aux soins d'urgence pendant leur traitement. Si la femme doit suivre un traitement qu'il est impossible de fournir dans l'établissement qu'elle fréquente, stabiliser son état avant son transfert vers un service référent de niveau supérieur.

3.9 Conseil et suivi post-avortement

Les femmes doivent recevoir des instructions afin de savoir comment prendre soin d'elles à l'issue de l'avortement. Les prestataires de services doivent expliquer les signes d'un rétablissement normal ainsi que les signes et symptômes de toute complication éventuelle exigeant une attention immédiate. Ils doivent également fournir des informations détaillées sur la contraception post-avortement et la protection contre les infections sexuellement

**Tableau 20 : options d'évacuation utérine disponibles
en fonction du nombre de semaines de gestation**

| | Nombre de semaines complètes depuis les dernières règles | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|-----------|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
| Méthodes préférées d'avortement provoqué | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspiration | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Orienter les femmes en milieu ou fin de second trimestre vers un hôpital équipé d'une salle d'opération et de services d'urgence pour le traitement. | | | | | | | | | | |
| Mifépristone et misoprostol | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | À l'étude | | | | | | | | | | | | | |
| Misoprostol uniquement | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | À l'étude | | | | | | | | | | | | | |
| Méthodes préférées de soins post-avortement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aspiration | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Orienter les femmes ayant subi un avortement incomplet en milieu ou fin de second trimestre vers un hôpital équipé d'une salle d'opération et de services d'urgence pour le traitement. | | | | | | | | | | |
| Misoprostol uniquement | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | | |
| Adapté de : <i>Accouchement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé</i> , OMS, Genève 2003. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

transmissibles. Une visite de suivi doit être programmée 10 à 14 jours plus tard.

Contraception post-avortement

Le manque d'accès à des services de planning familial adéquats contribue majoritairement au problème que présentent les avortements pratiqués dans des conditions de à risques. À l'inverse, une grossesse non désirée et, dans de nombreux cas, un avortement pratiqué dans des conditions à risques sont les principaux indicateurs de la non-satisfaction des besoins en termes de services de planning familial sûrs et efficaces. L'acceptation de la contraception et les taux de persévérance sont supérieurs lorsque la contraception est proposée sur le lieu de traitement initial. S'assurer que l'ensemble du personnel prodiguant les soins post-avortement sait comment conseiller et fournir des méthodes de planning familial.

Toutes les femmes recevant des soins post-avortement doivent au minimum

comprendre que :

- l'ovulation peut survenir dès 10 jours suivant un avortement, entraînant ainsi une grossesse même avant le retour des règles ;
- la contraception, y compris la pose d'un DIU ou les méthodes hormonales, peut être commencée immédiatement après une évacuation utérine ;
- les rapports sexuels doivent être évités pendant quelques jours après l'arrêt des saignements en raison des risques d'infection.

(Se reporter au Chapitre 5 : Planning familial pour de plus amples explications sur les services de planning familial.)

3.10 Intégration des services

Les prestataires de services doivent identifier les autres besoins en santé reproductive exprimés le cas échéant par chaque femme et l'informer ou l'orienter vers des services appropriés, tels que la prise en charge des infections de l'appareil reproducteur (voir Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles) ou les soins post-viol (voir Chapitre 2 : Le DMU et Chapitre 8 : Violence basée sur le genre).

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

Le fait que des personnes touchées par une crise manquent systématiquement d'un accès à des soins complets d'avortement constitue un refus de l'égalité de leurs droits et de leur protection tel qu'ordonné par le droit international des droits de l'homme. La déclaration suivante de la Conférence Internationale sur la population et le développement (CIPD) soutient les conseils donnés au présent chapitre :

“Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension.... Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement.”

Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, paragraphe 8.25, Le Caire, 1994.

Le respect, la protection et la réalisation des droits de l'homme liés à l'avortement incluent :

- la prise de mesures positives destinées à réduire la mortalité maternelle qui peut être causée par un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- l'assurance que l'État informe les femmes pour leur éviter des grossesses non désirées ;
- la mise à disposition de services d'avortement sans risques (dans les cas où l'avortement est légal) ;
- la suppression de mesures pénales pour les femmes qui subissent un avortement dans la mesure où la criminalisation de l'avortement peut conduire les femmes à recourir à des actes dangereux et risqués pour leur vie et leur santé.

Voici quelques exemples de cas d'abus des droits de l'homme :

- Forcer une femme à mener une grossesse non désirée ou non viable jusqu'à terme est considéré comme un acte d'humiliation et provoque une souffrance mentale (tout particulièrement, en cas de viol ou d'inceste).
- Refuser tout traitement médical à une femme souffrant de complications liées à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité à moins qu'elle ne fournisse des informations sur la personne ayant pratiqué l'avortement est un acte cruel et dégradant.
- Les lois qui exigent des prestataires de services de signaler les femmes ayant subi un avortement ou nécessitant un traitement en raison d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité violent le droit des femmes au respect de leur vie privée.
- Le manque de confidentialité au niveau du système de santé ou l'exigence de l'accord d'un tiers pour réaliser l'acte peut dissuader les femmes ou les jeunes filles de solliciter des services de santé.
- Forcer les femmes (de minorités ethniques ou handicapées) à subir un avortement est un acte discriminatoire.
- Une grossesse forcée constitue une violation des droits de l'homme et dans certains cas un crime de guerre.

4.1 Défis et opportunités

Les prestataires de services et directeurs de programmes de santé reproductive peuvent avoir à faire face à des décisions difficiles ou à des dilemmes concernant l'avortement. Ils peuvent penser que leur capacité à fournir des soins complets d'avortement est limitée par la législation nationale, par les normes socioculturelles ou par de fausses idées d'ordre médical.

Par exemple, même s'il est autorisé par la loi, l'avortement sans risques peut s'avérer difficilement accessible ; d'autres exigences en matière de consentement et de conseil peuvent exister. De plus, les pays imposent souvent une limite sur la période au cours de laquelle l'avortement peut être réalisé. Un jugement subjectif ou bien un comportement décourageant de la part des prestataires de soins, une incapacité des services à répondre à la demande ou bien encore des services de piètre qualité ou inégalement répartis sont autant d'autres défis à relever. Les femmes elles-mêmes peuvent également ne pas être informées de la disponibilité des services d'avortement ou de leur droit d'y accéder légalement.

En tant que prestataire de services ou responsable de programme de santé reproductive, vous risquez de devoir faire face à de tels défis. Vous devez connaître la position de votre agence/organisation sur ces problèmes et l'inclure à votre analyse de la situation ainsi qu'à vos éventuelles prochaines étapes.

Il convient de former et d'équiper tous les prestataires de services de santé reproductive afin qu'ils soient en mesure de fournir des informations sur les services et soins complets d'avortement ou d'orienter les patientes vers des services d'avortement légal et sans risques conformément à la loi. Il est essentiel que les responsables, les directeurs de programmes et les prestataires de services de santé reproductive comprennent clairement ce qui est autorisé par la loi du pays où ils travaillent. Les efforts menés par les responsables politiques doivent éliminer les obstacles administratifs et réglementaires aux soins d'avortement sans risques et de post-avortement.

Face à une situation difficile, l'intérêt de la patiente est prioritaire et vous devez vous focaliser sur sa santé et sa sécurité. Il est

également important de prendre en compte votre propre sécurité et la sécurité de vos collègues. Vous pouvez ensuite :

- discuter avec votre patiente des options à sa disposition (par exemple, si vous n'êtes pas en mesure de fournir certaines méthodes d'avortement, vous pouvez la conseiller sur l'endroit où elle peut obtenir ces services) ;
- explorer les liens existant avec les organisations locales en mesure de poursuivre l'aide apportée à votre patiente et l'orienter vers ces dernières ;
- tout en respectant la confidentialité de votre patiente, identifier avec vos collègues et d'autres prestataires en santé reproductive comment éviter et prendre en charge de telles situations à l'avenir ;
- soulever ces questions lors des réunions de coordination de la santé ;
- en parler à votre supérieur.

5 Contrôle

Contrôler et évaluer en continu les services d'avortement sans risques et post-avortement. Évaluer le niveau d'utilisation de ces services et passer en revue les enregistrements des patients, la disponibilité et l'usage approprié de l'équipement et des fournitures ainsi que les indicateurs spécifiques de la qualité des soins. Identifier les changements ou problèmes, et intervenir pour corriger tout problème identifié.

Pour plus d'informations sur le contrôle, se reporter au Chapitre 3 : Évaluation, contrôle et analyse

6 Bibliographie

Lectures recommandées

Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. OMS, Genève, 2003. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242590347_fre.pdf

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS, Genève, 2003. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf

Tableau 21 : indicateurs de contrôle de la disponibilité et de l'efficacité des soins d'avortement sans risques et post-avortement

| Nom | Définition | Formule | Type | Source des données | Remarques |
|--|---|--|--------------------------------------|--|--|
| | | Numérateur et dénominateur | Processus, résultat ou impact | | |
| Services d'avortement* réalisés avec des techniques appropriées | Proportion de services d'avortement* réalisés avec des techniques appropriées (aspiration ou méthodes médicamenteuses) | Nombre de services d'avortement réalisés avec des techniques appropriées/ nombre total d'avortements x 100 | Résultat | Données de l'établissement | Les « services d'avortement »* incluent le traitement des complications d'avortement (résultant à la fois d'un avortement spontané ou provoqué /réalisé dans de mauvaises conditions de sécurité) ainsi que la réalisation des procédures d'avortement provoqué. |
| Femmes accédant aux services d'avortement* qui reçoivent une contraception avant leur sortie de l'établissement | Proportion de femmes accédant à des services d'avortement* qui reçoivent une contraception avant leur sortie de l'établissement | Nombre de femmes ayant reçu une contraception avant leur sortie de l'établissement/ nombre de femmes recevant des services d'avortement x 100 | Résultat | Données de l'établissement | Recommandation : au moins 60 % des femmes recevant des services d'avortement* recevront une contraception de leur choix avant leur sortie de l'établissement |
| Mesure dans laquelle les avortements provoqués sont pratiqués | Proportion de femmes recevant des services d'avortement* qui bénéficient de procédures d'avortement provoqué | Nombre de femmes bénéficiant de procédures d'avortement provoqué au sein d'un établissement sur une période donnée/nombre total de femmes recevant des services d'avortement* dans cet établissement au cours de la même période x 100 | Résultat | Données du service de santé - mais problèmes potentiels liés aux oublis d'enregistrement (par exemple, omission des cas non admis dans les établissements) et mauvais classement | Au fil du temps, on observe une évolution vers une plus forte proportion de femmes bénéficiant d'un avortement provoqué par rapport à tous les services d'avortement* fournis dans l'établissement Recommandation : s'approcher de 100 % |

Pour aller plus loin

Chapel Hill, NC, 2004. http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_postabortion_care_Trainers_manual.aspx

Hyman A et al. *Woman-centered abortion care (trainer's manual)*. Ipas, Chapel Hill, NC, 2005. http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx

Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. www.misoprostol.org

L'avortement médicamenteux : Questions cliniques les plus fréquentes, Organisation mondiale de la santé, 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241594845/fr/index.html



| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUCTION | 157 |
| 2 OBJECTIFS | 159 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 159 |
| 3.1 Coordination | 159 |
| 3.2 Évaluation des besoins | 160 |
| 3.3 Soins de santé reproductive pour les victimes de VBG | 160 |
| 3.4 Aide psychosociale | 165 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 166 |
| 4.1 Défis et opportunités | 167 |
| 5 CONTRÔLE | 167 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 169 |

8

CHAPITRE HUIT

La violence basée sur le genre

1 Introduction

La violence basée sur le genre est un terme regroupant tous les actes infligés à une personne contre son gré et orientés sur des différences sociales (genre) entre des hommes et des femmes.

Les actes de VBG violent un certain nombre de droits de l'homme fondamentaux protégés par des textes et des conventions internationales. Un grand nombre de VBG sont illégales et considérées comme des actes criminels au regard des législations et politiques nationales. Les VBG touchent plus souvent les femmes et les jeunes filles que les hommes et les garçons à travers le monde.

Le terme « violence basée sur le genre » est souvent interchangeable avec les termes « violence à l'encontre des femmes » et « violence sexuelle et basée sur le genre ». Le terme « violence basée sur le genre » met en avant la notion de genre dans ce type d'actes. En d'autres termes, il s'agit de la relation existant entre le statut inférieur de la femme au sein de la société et sa vulnérabilité accrue face à la violence. Il est toutefois important de noter que les hommes et les garçons peuvent également être les victimes de violences basées sur le genre, y compris de violences sexuelles, lorsqu'ils font l'objet de torture et/ou de détention.

La VBG comprend :

- la violence sexuelle, y compris le viol, l'exploitation/les abus sexuels et la prostitution forcée
- la violence domestique
- le mariage précoce et forcé
- les pratiques traditionnelles à déplorer comme l'excision, les crimes d'honneur, les pratiques de veuvage
- le trafic de personnes.

Violence basée sur le genre

Encadré 30 : la violence basée sur le genre en situations de crise humanitaire*

- Environ 50 000 à 64 000 femmes déplacées à l'intérieur de leur pays en Sierra Leone ont déclaré avoir subi des violences sexuelles aux mains des combattants armés. Et la moitié des femmes déplacées à l'intérieur de leur pays en contact direct avec les combattants ont déclaré avoir subi des violences sexuelles.
- Vingt-cinq pour cent des femmes azerbaïdjanaises interrogées en 2000 par les Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis ont reconnu avoir été victimes de viol ; les femmes les plus exposées faisaient partie des populations azerbaïdjanaises déplacées à l'intérieur de leur pays.
- Selon une enquête menée en 1999 par le gouvernement, 37 % des prostituées de la Sierra Leone avaient moins de 15 ans ; parmi ces dernières, plus de 80 % n'étaient pas accompagnées ou étaient des enfants déplacés par la guerre.
- Lors du génocide au Rwanda en 1994, la majorité des femmes Tutsi était exposée à certaines formes de violence basée sur le genre ; parmi ces femmes, le nombre de victimes de viol a été estimé entre 250 000 et 500 000.
- Lors de la guerre en Bosnie-Herzégovine au début des années 1990, on a estimé le nombre de femmes victimes de viol entre 20 000 et 50 000.
- Parmi les conséquences des catastrophes naturelles, les rapports de terrain sur l'impact social citent les abus comme dans ce récit sur des inondations en Australie : « Les relations humaines ont été mises à nu et les forces et faiblesses des relations ont été accentuées. Par conséquent, les femmes socialement isolées sont devenues encore plus isolées, la violence domestique s'est accrue et le noyau des relations avec la famille, les amis et les époux était exposé ». Cette montée de la violence à l'encontre des femmes a également été citée dans des rapports concernant les Philippines suite à l'éruption du Mont Pinatubo ; en Amérique du Nord et Centrale suite à l'ouragan Mitch et dans plusieurs pays suite au tsunami de 2004.

* *Source* : Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. *Comité permanent interorganisations (IASC), 2005.*

La nature et la portée de types précis de VBG varient selon les cultures, les pays et les régions. Bien que tous les cas de VBG en situations de crise humanitaire ne soient pas signalés, les VBG ont été prouvées en situations de crise (voir Encadré 30).

Les conséquences des VBG peuvent provenir directement d'actes violents ou être le résultat d'effets à long terme :

- Les **conséquences physiques** vont de blessures relativement mineures à des blessures graves entraînant le décès ou un handicap permanent, des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et des complications d'avortement, une issue négative de la grossesse dont un avortement spontané, un poids insuffisant à la naissance et une mort fœtale, des infections sexuellement

transmissibles dont le VIH, une maladie inflammatoire pelvienne, une stérilité, des syndromes de douleur chronique et des infections urinaires.

- **Les conséquences psychologiques** sont : l'anxiété dont un état de stress post-traumatique (PTSD), la dépression, un sentiment d'infériorité, la méfiance, la peur, l'augmentation de la toxicomanie, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, les troubles sexuels et le suicide.
- La VBG touche également dans une large mesure la **santé sociale** de l'individu et de la communauté par le biais d'une stigmatisation, d'un isolement et d'un rejet (y compris par les maris et les familles), par la perte de revenus potentiels pour les femmes, l'interruption de l'éducation des adolescents et l'homicide (par exemple, les crimes d'honneur ou l'infanticide des filles).

2 Objectifs

Ce chapitre met l'accent sur la responsabilité des agents, des prestataires de services et du personnel chargé des programmes de santé reproductive dans la prévention et la réponse aux conséquences de la VBG sur la santé. Ce chapitre a pour objectif de les aider à

- connaître les différents types de VBG ;
- comprendre l'approche multisectorielle de la prévention et de la réponse à la VBG ;
- soutenir l'intégration de la prévention et de la réponse à la VBG au secteur/cluster de santé.

3 Élaboration de programmes

La prévention de la violence sexuelle et la fourniture de soins cliniques confidentiels aux victimes de viol font partie du Dispositif minimum d'urgence de la santé reproductive en situations de crise (voir Chapitre 2 : Le DMU). Dès que le DMU est mis en place, les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive, en collaboration avec d'autres secteurs/clusters, doivent travailler à l'extension des soins cliniques et psychologiques ainsi que de l'aide sociale aux victimes de viol et autres formes de VBG, et soutenir les initiatives de prévention des VBG.

3.1 Coordination

À ce jour, le modèle de programme multisectoriel représente les "**meilleures pratiques**" de prévention et de réponse aux VBG en situations de crise humanitaire. Les caractéristiques clés du modèle multisectoriel reposent sur un engagement total de la communauté touchée, une coopération et une collaboration interdisciplinaires et interorganisationnelles ainsi que sur une coordination entre les services de santé, de sécurité, d'aide psychologique et juridique lors de la réponse aux besoins des victimes de VBG.

Le principe sous-jacent de ce modèle reconnaît les droits et besoins des victimes de VBG comme prioritaires dans le cadre de l'accès à des services de soutien respectueux de la personne, de la garantie de la confidentialité et de la sécurité et de la capacité à déterminer une ligne de conduite à suivre pour répondre à un incident de VBG.

En raison de l'importance de la collaboration multisectorielle dans les programmes de VBG, les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive doivent participer activement à un processus qui clarifie les rôles et responsabilités de chacun et favorise la collaboration entre et au sein des secteurs pour prévenir et répondre à la VBG. Le résultat de ce processus est parfois appelé Procédure standard de fonctionnement (PSF) sur la VBG. L'élaboration de **Procédures standard de fonctionnement (PSF) reconnues doit être un processus collaboratif** faisant l'objet d'une série de consultations avec les intervenants et les acteurs-clés sur le terrain (voir la Bibliographie).

Alors que tous les secteurs/clusters ont un rôle à jouer dans la prévention et la réponse à la VBG, ce processus doit inclure au minimum des représentants des secteurs de la santé, de la sécurité, de l'aide psychosociale, de la protection/justice/droit (agences des Nations Unies, ONG nationales et internationales, organisations issues des communautés et autorités gouvernementales concernées si approprié).

Des représentants des autres secteurs/clusters (dont l'éducation, l'alimentation et la nutrition, l'organisation/la protection/l'implantation des camps, l'approvisionnement en eau et l'assainissement) devraient également participer à l'élaboration des PSF.

Au sein du modèle multisectoriel, les responsabilités du secteur/cluster de santé portent sur : la prestation de soins de santé et les besoins psychologiques des victimes de viol, de mutilations génitales féminines (MGF) ou d'autres formes de VBG ; la collecte de preuves médico-légales si approprié ; l'orientation des victimes vers une aide sanitaire ou psychosociale ; le témoignage si une victime choisit d'engager une procédure légale ; et la sensibilisation à la VBG.

3.2 Évaluation des besoins

Intégrer les réflexions sur la VBG aux évaluations des besoins afin de planifier des services complets de santé reproductive. Au sein du modèle multisectoriel, les responsables et directeurs des programmes de santé reproductive font partie du secteur/cluster de santé et doivent collaborer avec les acteurs des autres secteurs/clusters impliqués dans les programmes de VBG pour collecter les informations suivantes :

Au niveau communautaire :

- le niveau de sensibilisation aux conséquences pour la santé de la VBG ainsi que le lieu et les horaires d'accès aux services de santé concernés.

Au niveau du programme :

- les acteurs locaux et internationaux travaillant sur la VBG ;
- l'existence de procédures de fonctionnement, protocoles, pratiques et formulaires de rapport inter-agences, multisectoriels et nationaux ;
- le lieu et le type de services délivrant des soins aux victimes de VBG (santé, soutien de la communauté, aide sociale, psychologique, juridique) ;
- l'étendue du respect des normes éthiques et de sécurité au sein des services de santé (sécurité, vie privée, confidentialité, respect) ;
- les besoins en formation du personnel chargé des programmes de santé reproductive et des prestataires de soins de santé ;
- les types et le nombre de cas de VBG rapportés au sein des services de santé.

Il est généralement accepté que la VBG et plus particulièrement la violence sexuelle est sous-déclarée pratiquement dans tous les pays du monde. Les victimes craignent des retombées potentiellement préjudiciables sur le plan social,

physique et psychologique si elles divulguent ces actes. Dans les contextes marqués par l'instabilité, l'insécurité, la perte d'autonomie, le non-respect de la loi et de l'ordre et la désorganisation généralisée des systèmes de soutien aux communautés et familles, la divulgation est encore moins probable. Toute donnée disponible, en toute situation, sur les rapports de VBG provenant de la police, des services juridiques, de santé ou autres ne représente qu'une très faible proportion du nombre réel de cas de VBG.

Toute enquête sur la violence sexuelle et les autres formes de violence basée sur le genre doit être élaborée et menée en appréhendant la situation et doit prendre en compte le mode d'utilisation des informations, les personnes qui les consulteront, la façon dont elles seront communiquées, leurs destinataires, leurs objectifs et leurs bénéficiaires. Il convient de tenir compte à tout moment des problèmes éthiques et de sécurité lors de la collecte, de l'analyse et du rapport d'informations sur la VBG (voir Encadré 31).

Au niveau national :

- les protocoles nationaux liés aux soins médicaux et au système de référence en matière de VBG ;
- les lois nationales relatives à la VBG ; les types de VBG mentionnés (par exemple, les mutilations génitales féminines/l'excision, le mariage forcé, les crimes d'honneur, les abus sexuels sur les enfants, la prostitution forcée) ;
- la définition juridique du viol. L'âge légal du consentement pour des rapports sexuels. Est-il différent pour les filles et les garçons ?
- les lois nationales sur l'avortement suite à des violences sexuelles ;
- les lois sur le signalement obligatoire des actes de violence et d'abus sexuels ;
- les groupes de prestataires de services de santé autorisés à collecter des preuves médico-légales et l'étendue des preuves médico-légales autorisées devant les tribunaux ;
- les politiques/plans nationaux visant à éliminer la VBG. Quels types de VBG sont la cible du plan ?

3.3 Soins de santé reproductive pour les victimes de VBG

Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent s'assurer que les

Encadré 31 : recommandations méthodologiques, éthiques et de sécurité relatives à la documentation et au partage des informations sur les cas de VBG rapportés aux services de santé reproductive

Lors de la documentation des informations :

- Les soins de base et le soutien prodigués aux victimes doivent être disponibles avant de commencer toute activité pouvant impliquer les personnes divulguant des informations sur leurs expériences en matière de VBG.
- La sécurité des prestataires de services impliqués dans la collecte d'informations sur la VBG est de première importance et doit être surveillée en permanence, tout particulièrement en situations de crise humanitaire.
- La confidentialité des personnes fournissant des informations sur la VBG doit être protégée à tout moment et ces personnes doivent donner leur consentement avant que leurs informations ne soient documentées.
- Les prestataires de services de santé reproductive prodiguant des soins aux victimes de VBG doivent être sélectionnés avec attention et recevoir une formation spécialisée et un soutien permanent qui soient suffisants et adéquats.
- D'autres mesures de protection doivent être mises en place si des enfants (à savoir, des enfants/adolescents de moins de 18 ans) sont impliqués.

Lors du partage des données :

- Garder à l'esprit le public visé et l'utilisation possible des données et fournir des conseils sur l'interprétation des données.
- Fournir le contexte de toutes les données rapportées. Fournir des informations sur les camps/cliniques/districts où les cas sont rapportés si leur nom est connu et si cette procédure s'avère sûre. Être précis, par exemple "cas rapportés sur x établissements de santé".
- Partager uniquement une description complète du cas si celui-ci ne peut être rapproché de la victime (la date et le lieu précis, les informations sur la victime, l'appartenance ethnique, l'âge, le sexe et les résultats médicaux ne doivent être inclus que si cette procédure s'avère sûre).
- Fournir des informations supplémentaires pouvant avoir contribué à des changements dans le nombre de cas rapportés depuis la dernière période d'enregistrement. Par exemple, plus de services disponibles, des campagnes d'information du public, une recrudescence d'attaques violentes. Si possible, les informations sur la date des incidents doivent être collectées et rapportées en parallèle du nombre total de cas.
- Identifier tous les tableaux et rapports de manière appropriée afin d'éviter qu'une information soit prise hors contexte.

Adapté de : Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Non au viol. Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les pays en conflit. Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits. "Ce qu'il faut faire et ne pas faire".

Encadré 32 : violence basée sur le genre : définitions

Violence sexuelle (VS)

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail.

La violence sexuelle (VS) inclut les actes suivants :

Viol/tentative de viol

Le viol est un acte sexuel non consenti. Ceci peut inclure la pénétration de toute partie du corps par un organe sexuel et/ou la pénétration de l'organe génital ou de l'anus par un objet ou une partie du corps. Le viol et la tentative de viol impliquent l'usage de la force, la menace de recourir à la force et/ou la coercition. Toute action visant à violer une personne et n'entraînant aucune pénétration est considérée comme une tentative de viol.

Abus sexuels

Intrusion physique réelle, ou menace d'intrusion physique, de nature sexuelle, que ce soit par la force ou en vertu de conditions d'inégalité ou coercitives. (Voir également "exploitation sexuelle".)

Exploitation sexuelle

Abus réels ou tentatives d'abus de position de vulnérabilité, de pouvoir différentiel ou de confiance, à des fins sexuelles, y compris, entre autres, pour tirer profit pécuniairement, socialement ou politiquement de l'exploitation sexuelle d'une autre personne. (Voir également "abus sexuels".)

Violence domestique (également appelée violence conjugale)

La violence domestique fait référence à la violence entre conjoints (époux, petit ami/petite amie) ainsi qu'entre membres de la famille (par exemple, belles-mères et belles-filles). La violence domestique peut inclure des abus sexuels, physiques et psychologiques. D'autres termes sont utilisés pour faire référence à la violence perpétrée par un conjoint, à savoir "violence conjugale" et "femmes battues/maltraitance des femmes".

Mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines désignent tous les actes qui impliquent une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins et/ou une blessure de ces derniers pour des raisons non thérapeutiques. Ces pratiques sont parfois également appelées "circoncision féminine" ou "excision".

Mariage précoce forcé

On parle de mariage précoce forcé lorsque les parents arrangent le mariage d'un(e) mineur(e) et l'obligent à se marier avec une autre personne. La force peut se traduire par une pression exercée sur le/la mineur(e) pour qu'il/elle se marie ou un ordre qui lui est imposé, et peut être motivée par une dote ou une autre raison. Le mariage forcé est une forme de VBG dans la mesure où le/la mineur(e) n'est pas autorisé(e) ou n'est pas assez âgé(e) pour faire un choix éclairé.

Source : Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaires : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence, Comité permanent interorganisations (IASC), 2005 et Violences sexo-spécifiques : Manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation de programmes en situations de conflit(s), Consortium RHRC, 2004

prestataires de services sont formés pour fournir des soins cliniques adéquats, confidentiels et empreints de compréhension aux victimes de VBG et qu'ils disposent des fournitures nécessaires.

Pour consulter les définitions des différents types de VBG, se reporter à l'Encadré 32.

Viol

Souvent, les cas de viol sont peu signalés, voire ne le sont jamais, y compris en situations de crise humanitaire. Cependant, les prestataires de services de santé reproductive doivent en toute situation être préparés à prodiguer des soins aux victimes de viol dès le début de la réponse humanitaire. La prévention et la réponse à la violence sexuelle font partie du DMU. Pour plus d'informations sur la prise en charge clinique des victimes de viol, se reporter au Chapitre 2 : Le DMU, paragraphe 3.2.3, p. 25.

Violence domestique/conjugale

Dans une étude menée par l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à leur égard, il a été constaté qu'entre 15 % et 71 % des femmes déclarent être victimes de violence physique ou sexuelle perpétrée par leur mari ou conjoint ; entre 4 % et 12 % des femmes déclarent être victimes d'abus physiques au cours de la grossesse ; le trafic des femmes et jeunes filles pour la prostitution ou le travail forcé est très répandu et touche souvent les plus vulnérables ; jusqu'à une femme sur cinq et un homme sur dix déclarent avoir été victimes d'abus sexuels dans leur enfance.

Les prestataires de santé reproductive peuvent jouer un rôle crucial dans la détection, l'orientation et la prise en charge des femmes victimes de violence. Les femmes victimes d'abus cherchent souvent à obtenir des soins même si elles ne divulguent pas la violence qu'elles subissent. Ainsi, les interventions des prestataires de santé reproductive peuvent atténuer à la fois les effets à court et à long terme de la VBG sur la santé des femmes et de leurs familles. En collaboration avec les coordinateurs de santé, s'assurer que :

- tout le personnel clinique et d'accueil connaît les problèmes de VBG ;
- tout le personnel comprend et applique

les quatre principes directeurs, à savoir, la sécurité, le respect, **la confidentialité et la non-discrimination** ;

- les affiches et brochures condamnant la violence et les informations sur les groupes de soutien sont affichées.

Former tous les prestataires de santé reproductive à reconnaître les signes de violence domestique et à répondre à toute déclaration/suspicion d'abus, y compris :

- si des abus sont suspectés (si le prestataire constate des bleus ou d'autres blessures inexplicables), les prestataires peuvent sonder la personne pour obtenir plus d'informations sans porter de jugement, de manière confidentielle et compréhensive, par exemple, en posant les questions suivantes : "Votre conjoint ou une autre personne qui vous est proche vous-a-t-il/elle fait du mal ou blessée physiquement de quelque manière que ce soit (en vous tapant, donnant des coups de pied ou en vous brûlant) ?" ou bien "Avez-vous peur de votre conjoint ?"
- garder ces informations confidentielles dans la mesure où la victime et/ou d'autres parents pourraient faire l'objet de violence ultérieure. S'assurer que la victime dispose d'un endroit sûr où aller. Si elle doit retourner chez l'auteur des faits, elle peut subir des représailles, tout particulièrement si l'auteur apprend que les faits ont été rapportés. Aider la victime à évaluer sa situation : "Êtes-vous vous-même ou vos enfants en danger immédiat ?" "Vous sentirez-vous en sécurité si vous rentrez chez vous ?" "Auriez-vous besoin d'une aide chez vous pour résoudre la situation ?"
- informer et orienter vers des services juridiques, sociaux, de conseil ou autres. Aider la victime à identifier les personnes et les lieux pouvant lui fournir de l'aide tels que la famille et les amis, les groupes de femmes au niveau local, les refuges et les services juridiques. Expliquer clairement à la victime qu'elle n'est pas seule.
- l'orienter vers des services post-viol ou d'autres services médicaux si nécessaire.

Mutilations génitales féminines/excision

On estime qu'entre 100 et 140 millions de femmes et jeunes filles sont victimes de mutilations génitales et que 2 millions de jeunes filles risquent de subir de telles pratiques chaque année.

La majorité de ces femmes et jeunes filles vit en Afrique sub-saharienne, bien que certaines vivent aussi au Moyen-Orient, en Asie et dans d'autres

* Fiche d'information N°239, Violence against women. OMS, Novembre 2008. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html.

régions du monde. Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent savoir que les mutilations génitales féminines et leurs conséquences pour la santé peuvent être courantes au sein de la population dans le contexte où ils travaillent.

Les mutilations génitales sont classées comme suit :

Type I : excision du prépuce clitoridien avec ou sans excision de tout ou partie du clitoris.

Type II : excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres.

Type III : excision de tout ou partie des organes génitaux externes et suture/ rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation). Environ 15 % des femmes et des jeunes filles soumises à des mutilations génitales subissent ce type de mutilation.

Type IV : non classées. Ce type inclut tout piquage, percement ou incision du clitoris et/ou des lèvres, brûlure du clitoris, grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin, et toute autre acte réalisé sur les organes génitaux d'une femme pour des raisons non thérapeutiques.

Conséquences pour la santé

Les femmes et les jeunes filles subissant les formes les plus graves de mutilations génitales risquent tout particulièrement de souffrir de graves complications qui sévront longtemps. Certains des effets sont immédiats, d'autres surviennent seulement quelques années plus tard. Des ouvrages et des études sont disponibles sur la nature des complications d'ordre physique ; toutefois, peu d'études ont été menées sur les effets sur le plan sexuel et psychologique des mutilations génitales ou sur la fréquence d'apparition de complications. Le taux de mortalité des femmes et des jeunes filles subissant des mutilations génitales n'est pas connu.

Parmi les complications immédiates, on retrouve les hémorragies (l'une des complications les plus courantes), l'état de choc, les infections dont le tétanos et le VIH, la rétention d'urine, la blessure des organes voisins tels que l'urètre, le vagin ou le rectum, les fistules.

Parmi les complications à long terme, on retrouve les saignements après désinfibulation (ouverture du vagin pour permettre les rapports sexuels ou l'accouchement) ; les problèmes de menstruation ; les difficultés à uriner ; les infections urinaires récurrentes ; l'incontinence ; les maladies inflammatoires pelviennes entraînant

des avortements ou une stérilité ; les abcès et les kystes dermoïdes ; les risques accrus de transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles ; la baisse de la sensibilité sexuelle ; et des rapports sexuels douloureux. Les problèmes rencontrés pendant la grossesse et l'accouchement sont courants chez les femmes ayant subi des mutilations génitales de Type III compte tenu de la rigidité et de l'obstruction des tissus cicatriciels. Il peut en résulter un travail prolongé ou un arrêt dans sa progression, une asphyxie néonatale, des déchirures, une hémorragie, des fistules et une infection.

Les traumatismes psychologiques liés à l'acte peuvent marquer à vie la personne et entraîner une méfiance vis-à-vis des prestataires de soins. L'impact physique et psychologique des mutilations génitales féminines peut également contribuer chez certaines au développement de problèmes lors de relations sexuelles.

Il est important de se rappeler que les femmes ayant subi des mutilations génitales ne connaîtront pas toutes des problèmes de santé liés à ces mutilations. En revanche, les femmes peuvent ne pas savoir que les problèmes de santé dont elles souffrent résultent des mutilations génitales qu'elles ont subies.

Soins cliniques

Les prestataires de services de santé reproductive doivent être en mesure d'interroger et d'ausculter les femmes ayant subi des mutilations génitales, de reconnaître et de fournir des informations appropriées, des conseils, un soutien, un traitement et/ou de les orienter vers une prise en charge des complications liées à ces mutilations de manière confidentielle, privée et sans porter de jugement.

Dans des situations où le Type III de mutilations génitales féminines est courant, les directeurs des programmes de santé reproductive doivent s'assurer que les prestataires des services de santé reproductive sont formés à l'ouverture d'une infibulation lorsqu'elle est préconisée ou savent quand et vers où orienter les femmes qui doivent subir cet acte.

La médicalisation des mutilations génitales féminines, occasionnées volontairement par des professionnels de santé à des organes sains pour des raisons non thérapeutiques, est une action contraire à l'éthique et une dérive qui aggrave l'injustice fondamentale que constituent les mutilations génitales féminines.

Le **planning familial** convient aussi bien aux jeunes filles et femmes ayant subi des mutilations génitales qu'à toute autre patiente (voir Chapitre 5 : Planning familial). Les femmes ayant subi une infibulation peuvent rencontrer des difficultés à utiliser une méthode impliquant une insertion par le vagin, telle qu'un dispositif intra-utérin (DIU), l'utilisation de préservatifs féminins ou d'un anneau vaginal. Puisque les femmes ayant subi des mutilations génitales de tout type sont souvent sujettes à des infections génitales, un DIU ne peut être inséré qu'après étude.

S'assurer que les prestataires de services de santé reproductive faisant office également de sages-femmes sont formés à l'examen et à la prise en charge des femmes souffrant de complications liées aux mutilations génitales pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période **post-partum**. (Pour plus d'informations, se reporter au Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale.)

Prévention

Là où les mutilations génitales féminines sont largement répandues, elles sont admises à la fois par les femmes et les hommes et peuvent être perçues comme une convention sociale régie par des récompenses et des sanctions. La pratique est souvent soutenue par des croyances liées à la religion, à la maturité de la femme et à sa moralité sexuelle et est considérée comme nécessaire pour pouvoir prétendre au mariage. Par conséquent, les directeurs des programmes de santé reproductive doivent travailler en collaboration étroite avec les intervenants locaux, tout particulièrement, les ONG s'adressant aux femmes, ainsi que les organisations professionnelles, afin de parvenir à une décision conjointe avec la communauté d'abandonner une telle pratique. Organiser des discussions et un partage des informations au sein de la communauté afin d'autonomiser, de respecter les jeunes filles et les femmes et de résoudre les problèmes en informant sur les fonctions organiques des femmes, les conséquences négatives de telles pratiques et les avantages liés à l'abandon de celles-ci. Les soins prodigués aux femmes victimes de mutilations génitales doivent être inclus au programme.

Mariage précoce forcé

Dans les pays où le mariage précoce est courant, s'assurer que les prestataires de santé reproductive connaissent les risques en matière de santé reproductive pour les adolescents, y compris les complications liées à la grossesse

telles qu'un arrêt dans la progression du travail et les infections sexuellement transmissibles dont le VIH. Les prestataires de santé reproductive doivent savoir conseiller de manière appropriée les adolescentes et comprendre dans quelle mesure un mariage précoce peut affecter la mobilité des jeunes filles ainsi que leur scolarisation. Les informations fournies lors d'un premier contact avec des jeunes filles mariées sont essentielles dans la mesure où ces dernières n'ont peut-être pas souvent la possibilité d'accéder à des services de santé reproductive. Pour plus d'informations, se reporter au Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents.

3.4 Aide psychosociale

Note : cette section est tirée des *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*, Fiche d'action 8.3. Comité permanent interorganisations (IASC), 2005.

La violence sexuelle provoque des traumatismes physiques et psychologiques. Les survivantes/victimes peuvent ressentir un éventail de conséquences psychologiques, telles que la tristesse et la dépression ; la culpabilité ; un désespoir somatique ; des problèmes sexuels ; des changements d'humeur, de la colère et des problèmes liés à l'angoisse (insomnie, peur stress, et crainte de "sombrier dans la folie"). Pour la plupart des survivantes, ces expériences sont des réponses émotionnelles/affectives normales au traumatisme. Beaucoup de survivantes apprennent à faire face et le désespoir s'estompe avec le temps, grâce à un soutien social et affectif spécifique/ spécialisé.

La VBG a également des conséquences d'ordre social. La majorité des sociétés tendent à blâmer les victimes de violence sexuelle. Le stigmatisation sociale, l'isolement et le rejet — y compris par les époux et les familles — constituent des conséquences graves, rendant souvent le rétablissement affectif plus difficile en raison du retrait des activités quotidiennes et du soutien social.

S'assurer d'une coordination étroite entre les services cliniques et l'aide psychosociale. L'aide psychosociale doit être apportée dès la première rencontre avec la victime. Les prestataires de tous les services communautaires et de santé doivent être formés à écouter et fournir une aide morale à chaque fois qu'une victime déclare ou sous-entend avoir fait l'objet de VBG, à informer et à orienter la victime tel que nécessaire et en accord avec celle-ci.

Dans la plupart des milieux culturels, le soutien des familles et amis jouera probablement un rôle clé dans la guérison du traumatisme causé par la violence. Les prestataires doivent faciliter la participation et l'intégration des victimes à la communauté. Voici quelques exemples d'actions pouvant s'avérer appropriées :

- Identifier et former les ressources appropriées au sein de la communauté, telles que les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes, les groupes de femmes, les chefs religieux et les programmes de services communautaires en leur apprenant comment soutenir les victimes.
- Mettre en place des groupes de soutien pour les femmes. (Dans certains cas, il peut s'avérer judicieux de mettre en place des groupes de soutien tout particulièrement destinés aux victimes de violence sexuelle et à leurs familles ; cependant, il convient d'être prudent afin de ne pas renforcer les stigmates sociaux en choisissant un seul groupe de personnes).
- Créer des centres de consultation spéciaux pour les victimes où elles peuvent recevoir des soins empreints de compréhension en toute confidentialité.
- Fournir une aide matérielle selon les besoins via les services de santé ou d'autres services de la communauté.
- Encourager le recours aux ressources traditionnelles appropriées. Si possible, collaborer avec les guérisseurs traditionnels ou les religieux qui peuvent respectivement mener d'importantes cérémonies de purification ou réaliser des prières pour les victimes de violence sexuelle. Un grand nombre de ces pratiques peuvent être extrêmement bénéfiques ; toutefois, s'assurer qu'elles ne contribuent pas à blâmer et à blesser encore plus la victime.

Ces actions doivent être adaptées à la culture et être mises en place après consultation des membres de la communauté (et si possible en coopération avec eux). Elles auront besoin d'un soutien financier et logistique permanent et demanderont la mise en place d'une formation et d'un contrôle.

Une aide psychosociale est également nécessaire pour les victimes de mutilations génitales féminines et les femmes contraintes à un mariage précoce. L'organisation et l'identification de chaque type d'aide doivent être adaptées dans la mesure où les mutilations génitales et le mariage précoce sont autorisés

socialement et les personnes peuvent ne pas se considérer comme des victimes.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

La VBG va à l'encontre de nombreux droits de l'homme fondamentaux et peut être un sérieux obstacle à la réalisation des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Un certain nombre de principes des droits de l'homme contenus dans les divers instruments internationaux qui les régissent servent de base à la protection contre la VBG. Parmi ces principes, on retrouve :

- **la vie, la liberté et la sécurité de la personne** : ce droit est menacé lorsqu'une personne est victime de viol ou soumise à des mutilations génitales féminines (MGF) ;
- **la possession du meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre** : ce droit peut être restreint si une personne se voit refuser l'accès à des soins médicaux appropriés suite à un viol ;
- **la protection contre la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants** : les MGF, le viol, les formes graves de violence sexuelle, la stérilisation et l'avortement forcés ainsi que le refus aux femmes enceintes d'accéder aux services d'avortement sans risques suite à un viol et le trafic d'êtres humains peuvent constituer des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
- **être libre de toute forme de discrimination** : ce droit peut être restreint si les lois ne protègent pas les femmes et les jeunes filles de la violence basée sur le genre et/ou si elles doivent être accompagnées par leur mari ou père pour obtenir un traitement médical à la suite d'un viol. Toutes les formes de violence à l'égard des femmes sont une manifestation de la discrimination à leur encontre ;
- **le droit de se marier librement sans nulle contrainte et le respect des droits d'égalité au mariage, pendant le mariage et à sa dissolution** : le mariage forcé constitue une violation de ce droit ;
- **la liberté de mouvement, d'opinion, d'expression et d'association** : ces droits sont restreints si une personne fait l'objet d'un trafic, est soumise à

un isolement forcé ou se voit refuser l'accès aux services de santé ou autres par son mari ou un parent.

Les jeunes filles sont tout particulièrement exposées aux risques de VBG en raison de leur sexe ainsi que de leur jeune âge. La Convention des Droits de l'Enfant stipule de protéger **l'enfant contre toutes formes de violence physique ou mentale, y compris les abus sexuels**, pendant qu'il est sous la garde de sa famille ou d'une institution ainsi que contre les abus sexuels organisés. Les enfants ont également le droit d'être protégés contre des pratiques préjudiciables, telles que les MGF.

La victime de VBG a le **droit d'obtenir un traitement médical** sans avoir recours à une procédure fastidieuse. Par conséquent, empêcher toute victime d'accéder et d'obtenir un traitement médical en lui exigeant la présentation d'un certificat de mariage, l'autorisation du mari ou l'enregistrement d'une déclaration à la police, constitue une violation de ce droit. Si des adolescents sont impliqués, les États doivent s'assurer que des dispositions juridiques prévoient la possibilité d'un traitement médical sans l'accord des parents pour les adolescents.

Toutes les agences doivent soutenir la promulgation et/ou l'application des lois nationales contre la VBG conformément aux obligations juridiques internationales, y compris la poursuite des auteurs de ces actes et la mise en application de mesures juridiques pour protéger et soutenir la victime.

4.1 Défis et opportunités

Parfois, les prestataires de services et directeurs de programmes de santé reproductive peuvent avoir à faire face à des décisions difficiles lors de la prise en charge des victimes de VBG. Ils peuvent penser que leur capacité à fournir des soins est limitée par la législation nationale ou par les normes socioculturelles. Par exemple :

- Dans certaines sociétés, il est courant que la famille et/ou les autorités forcent la femme ou la jeune fille à se marier à l'auteur des actes en cas de violence sexuelle.
- Dans certaines communautés où la virginité de la femme au moment du mariage est très importante, la famille d'une victime peut demander aux prestataires de services de réaliser un "test de virginité".

- Si la confidentialité de la patiente est compromise, les services fournis à la victime peuvent l'exposer à des risques de représailles et de poursuite de la violence.
- Un prestataire de services peut suspecter ou savoir que l'auteur de la violence est une personne de la même famille que la victime ou proche d'elle et peut penser que la sécurité de la victime n'est pas assurée.

Principes directeurs

Les directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive faisant face à un dilemme similaire doivent donner priorité à la sécurité de la patiente ainsi qu'à la leur et à celle de leurs collègues. Les autres principes à suivre consistent à respecter les souhaits de la patiente, garantir la non-discrimination et la confidentialité. Ces principes directeurs doivent également être pris en compte lors de l'assistance des mineurs.

Ils peuvent ensuite :

- parler à leur supérieur ;
- discuter des différents choix possibles avec leur patiente ;
- discuter des options et stratégies de soutien au sein de leur organisation ou de leur structure clinique ;
- explorer les liens avec les organisations locales et orienter les victimes vers celles qui peuvent être en mesure de les aider ;
- tout en respectant la confidentialité de leur patiente, discuter avec leurs collègues comment éviter/gérer de telles situations à l'avenir ;
- soulever ces questions/défis lors des réunions de coordination de la santé.

5 Contrôle

Le contrôle et l'enregistrement des cas de VBG, le partage des informations, la documentation sur les incidents et l'analyse des données doivent être convenus dans le cadre des Procédures standard de fonctionnement. La collecte et l'analyse des informations sur la VBG peuvent fournir des informations capitales si elles sont menées et partagées de manière appropriée (voir également Encadré 31, p. 161).

Indicateurs à rassembler au niveau de l'établissement de santé :

- Nombre de cas rapportés de violence

sexuelle signalés aux services de santé (par mois).

- Délai d'administration de la contraception d'urgence (CE) (pourcentage des victimes de viol éligibles se présentant aux services de santé dans les 120 heures qui suivent le viol et qui ont reçu une contraception d'urgence).
- Délai d'administration de la PPE (pourcentage des victimes de viol éligibles se présentant aux services de santé dans les 72 heures et qui ont reçu une PPE).

Indicateurs à mesurer chaque année :

- Nombre d'agents de santé formés à la prise en charge clinique des victimes de viol.

6 Bibliographie

Lectures recommandées

Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire : Centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Comité permanent interorganisations (IASC), 2005. http://www.womenwarpeace.org/webfm_send/348

GBV Resource Tool: Establishing GBV Standard Operating Procedures (SOP Guide). IASC Sub-Working Group on Gender & Humanitarian Action, May 2008. http://clinicalcare.rhrc.org/docs/gbv_sop_guide_final_may_2008.pdf

Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Edition révisée. HCR/OMS, 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf

Mutilations sexuelles féminines : Intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux. Guide du formateur. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001. *WHO/RHR/01.16.* <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO>

[RHR_01.16_fre.pdf](#)

Pour aller plus loin

Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. http://www.who.int/gender/EthicsSafety_Fr_web.pdf

Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence IASC, 2007. http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_checklist_fr.pdf

Violences sexo-spécifiques : Manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation de programmes en situations de conflit(s). Consortium RHRC, 2004. http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/gbv-tools-manual_fr.pdf

Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242593516_fre.pdf

Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits. "Ce qu'il faut faire et ne pas faire" (Note d'orientation sur l'initiative des Nations Unies). <http://www.stoprapenow.org/pdf/NOAUUVIOLCequifautfaire.pdf>



9

CHAPITRE NEUF

Infections sexuellement transmissibles

Sommaire

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUCTION | 169 |
| 2 OBJECTIF | 170 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 171 |
| 3.1 La politique de santé reproductive et les IST | 171 |
| 3.2 Évaluation des besoins | 171 |
| 3.3 Interventions de la communauté | 172 |
| 3.4 Prise en charge des cas d'IST/IAR | 174 |
| 3.5 Intégration des services | 180 |
| 4 DROITS ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 182 |
| 4.1 Défis et opportunités | 183 |
| 5 CONTRÔLE | 184 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 184 |

1 Introduction

Encadré 33 : terminologie : IST versus IAR

Toutes les infections sexuellement transmissibles (IST) ne sont pas des infections de l'appareil reproducteur (IAR) ; et toutes les infections de l'appareil reproducteur ne sont pas sexuellement transmissibles :

- **Une IST renvoie au mode de transmission**

alors

- **Qu'une IAR renvoie au site où l'infection se développe**

L'infection de l'appareil reproducteur est une expression générale incluant des infections sexuellement transmissibles ainsi que d'autres infections de l'appareil reproducteur qui ne sont pas transmises lors d'un rapport sexuel. Étant donné que les IST ont dans la plupart des cas de plus graves conséquences sur la santé que d'autres IAR, le terme IST/IAR est utilisé dans ce manuel pour mettre l'accent sur l'importance des IST au sein des IAR. Lorsque des informations fournies dans ce document concernent uniquement les infections sexuellement transmissibles, le terme IST est alors utilisé seul.

Infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles sont à l'origine d'une grande partie du fardeau mondial des maladies. L'OMS estime que plus de 340 millions de nouveaux cas atteints des quatre IST curables (à savoir, gonorrhée, chlamydia, syphilis et trichomonase) sont apparus en 1999. Si l'on y ajoute les IST virales (incurables) telles que les infections par le papillomavirus humain (VPH), le virus de l'herpès (HSV), l'hépatite B et le VIH, le nombre de nouveaux cas pourrait être trois fois plus élevé. Chez les femmes, les infections de l'appareil reproducteur (IAR) non sexuellement transmissibles, telles que l'infection à levures ou la vaginose bactérienne, sont encore plus courantes.

Les IST/IAR sont présentes dans le monde entier mais leur transmission et leur prévalence sont influencées par des facteurs socio-économiques ainsi que par le patrimoine génétique et le comportement. Par conséquent, le fardeau que représentent les IST/IAR varie fortement d'une région à une autre et d'une communauté à une autre. Par exemple :

- Les IST telles que la syphilis, la gonorrhée et le chancre mou, peuvent se répandre plus rapidement dans des situations où les communautés sont désunies, où le travail migrant est courant et où les réseaux de prostitution sont actifs.
- Les infections iatrogènes (causées par un examen ou des actes médicaux) sont plus courantes là où les IST sont répandues et où les prestataires de services ne disposent d'aucune formation ou fourniture pour réaliser les actes en toute sécurité. Les infections post-partum et post-avortement sont plus courantes si les femmes n'ont pas accès à des services sans risques et à un suivi des soins.

- Les infections endogènes, telles que l'infection à levures et la vaginose bactérienne, sont courantes dans le monde entier et sont influencées par des facteurs environnementaux, hygiéniques, hormonaux et autres.

L'émergence du VIH a attiré une plus grande attention sur le contrôle des IST. Il existe une forte corrélation entre les IST et la transmission du VIH. Il s'avère que la présence d'autres IST augmente les risques de transmission sexuelle du VIH.

En situations de crise humanitaire, les risques de transmission des IST (dont le VIH) peuvent être grandement liés à une augmentation de la violence sexuelle, à la présence de travailleurs occupant des postes très mobiles (conducteurs de camion, soldats de maintien de la paix), au « sexe transactionnel », à l'alcoolisme et à la toxicomanie, au manque d'information et d'accès aux préservatifs ainsi qu'à une forte densité de population dans les camps.

2 Objectif

Ce chapitre a pour but d'aider les responsables, le personnel des programmes et les prestataires de services de santé reproductive (SR) en situations de crise humanitaire à :

- répondre aux besoins des personnes touchées par les IAR/IST ou pouvant être exposées aux IAR/IST ;
- soutenir la mise en place d'approches de santé reproductive efficaces afin de réduire la transmission des IST.

3 Élaboration de programmes

3.1 La politique de santé reproductive et les IST

Les infections sexuellement transmissibles sont un problème de santé publique d'une importance majeure dans la plupart des pays du monde. Si elles ne sont pas diagnostiquées ni traitées dès leur apparition, les IST peuvent avoir de lourdes conséquences potentiellement mortelles, dont la stérilité, l'avortement spontané, l'accouchement avant terme, l'accouchement d'un enfant mort-né, la grossesse ectopique, le cancer ano-génital, le décès prématuré ainsi que les infections du nouveau-né et du nourrisson. Il existe un certain nombre de défis à relever pour fournir des services efficaces en matière d'IST/IAR aux personnes qui en ont besoin. La Figure 8 nous montre ces défis : de nombreuses personnes ne présentent aucun symptôme ou ne savent pas qu'elles sont atteintes d'une IST (les IST sont, par exemple, plus souvent asymptomatiques chez les femmes) et par conséquent ne cherchent pas à être soignées. D'autres présentant des symptômes choisissent l'auto-traitement ou demandent un traitement auprès d'une pharmacie ou d'un guérisseur traditionnel. Celles qui se rendent en clinique peuvent ne pas bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement appropriés. Au final, seule une faible proportion des personnes atteintes d'une IST est soignée et évite la réinfection.

L'objectif des programmes IST consiste à réduire la prévalence des IST en stoppant

leur transmission, en réduisant la durée de l'infection et en empêchant le développement de complications chez les personnes infectées.

Le contrôle de la propagation des IST représente un défi. Les programmes de santé publique doivent non seulement garantir des services de santé accessibles et de bonne qualité assurant une prise en charge complète des cas d'IST mais également étudier les facteurs biologiques, comportementaux et sociaux qui influencent la propagation des IST.

La politique globale de santé reproductive inclut :

Au niveau communautaire

- Des campagnes de promotion de la sexualité sans risques (voir 3.3.1).
- Des programmes de distribution de préservatifs (voir 3.3.2).
- La sensibilisation du public aux IST et la promotion de l'accès aux services cliniques dès l'apparition de l'infection (voir 3.3.3).

Au niveau des services de santé

- Une prise en charge complète des cas d'IST dès le premier contact (voir 3.4).
- Des services spécifiques destinés aux populations à risque, y compris aux professionnels du sexe, aux adolescents, aux militaires et prisonniers (voir 3.4.6).

Intégration de la prise en charge des IST

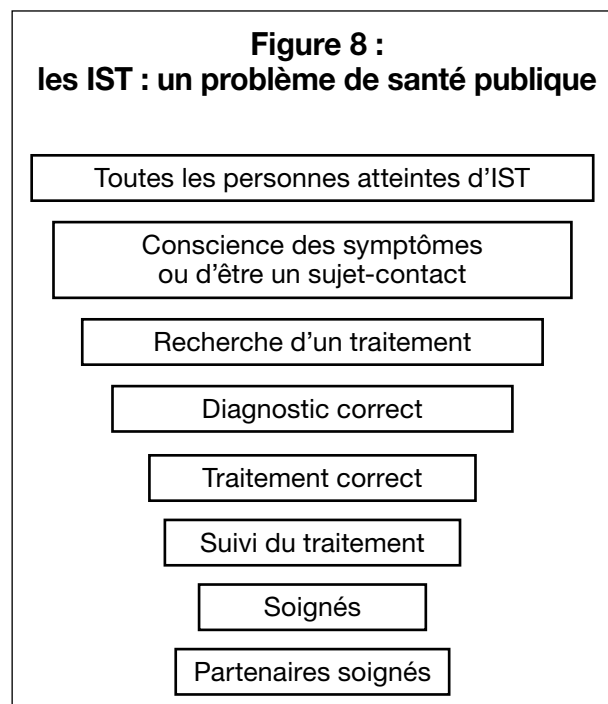
- Intégrer la prévention, le dépistage et le traitement des IST aux autres services (voir 3.5).

3.2 Évaluation des besoins

Bien que les programmes IST ne fassent pas partie du Dispositif minimum d'urgence (DMU), il est important de permettre le traitement des patients se présentant avec des symptômes d'IST/IAR dans le cadre des services cliniques de routine dès le début de la réponse humanitaire.

Une fois le DMU en place, il convient d'intégrer la question des IST à l'évaluation des besoins pour planifier des services de santé reproductive complets afin de concevoir des programmes de prévention, traitement et contrôle des IST qui soient complets et appropriés. Les responsables de santé reproductive doivent collecter les informations suivantes en coordination avec d'autres acteurs du secteur/cluster de santé :

Figure 8 :
les IST : un problème de santé publique



- Prévalence et types d'IST dans le pays, la zone ou la région d'accueil ainsi que dans le pays, la zone ou la région d'origine. Ces informations peuvent être disponibles auprès des programmes IST nationaux et de l'OMS.
- La présence de groupes à risque et les lieux de la communauté touchée où les interventions doivent être lancées en priorité (par exemple, les lieux où sont implantés les bars et la prostitution). Ces informations peuvent être obtenues par le biais d'entrevues avec les informateurs principaux issus de la communauté.
- Les croyances, les pratiques et les comportements religieux et culturels en matière de sexualité, de santé reproductive et d'IST/IAR. Ces informations peuvent être obtenues par une étude qualitative constituée de groupes de discussion, d'entrevues et si possible d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.
- L'existence d'une chaîne d'approvisionnement fiable et durable en produits médicaux qui peut favoriser la mise en place des services IST/IAR.

Les responsables de santé reproductive doivent connaître la législation et les politiques nationales liées aux IST :

- Existe-t-il des directives ou protocoles nationaux sur la prise en charge des IST ? Si oui, existe-t-il des écarts entre les politiques nationales et les directives de l'OMS ?
- Tous les médicaments appropriés servant au traitement des IST sont-ils inclus dans les directives de traitement médical nationales ? Les directives nationales incluent-elles des médicaments qui ne sont plus efficaces contre certaines infections ?
- Existe-t-il des politiques restrictives qui limitent la prestation des services dédiés aux IST ?
- Existe-t-il des lois ou politiques nationales concernant l'information du partenaire ?
- Existe-t-il des politiques nationales relatives aux programmes de contrôle des IST ?

Il est également nécessaire de :

- garder contact avec les autorités nationales de santé afin d'identifier ou de développer un protocole de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles ;
- identifier une chaîne d'approvisionnement fiable en produits médicaux afin de s'assurer de la fourniture durable de médicaments efficaces contre les IST ;
- identifier les personnes au sein de la

communauté touchée qui ont été formées à la prévention et au contrôle des IST ainsi que les besoins en formation du personnel ;

- identifier les sites adéquats où mettre en place les services de prise en charge des IST ainsi que les autres services de santé reproductive qui doivent les intégrer.

3.3 Interventions de la communauté

L'approche au niveau communautaire de la prévention et du contrôle des IST/IAR repose sur :

- des campagnes en faveur d'une sexualité sans risques - incluant l'utilisation régulière de préservatifs, la réduction du nombre de partenaires et une activité sexuelle plus tardive ;
- des programmes de distribution de préservatifs ;
- la sensibilisation du public aux IST et la promotion de l'accès aux services cliniques dès l'apparition de l'infection.

3.3.1 Promotion d'une sexualité à moindre risques

La meilleure approche de prévention des IST consiste à éviter toute exposition en :

- utilisant correctement et régulièrement des préservatifs ;
- en réduisant le nombre de partenaires sexuels ;
- aidant les jeunes à retarder leur activité sexuelle.

L'utilisation de préservatifs représente la méthode disponible la plus fiable de protection contre les risques d'infection sexuellement transmissible. S'ils sont utilisés correctement et régulièrement à chaque rapport sexuel, les préservatifs peuvent réduire largement les risques de grossesse et d'infection sexuellement transmissible (dont l'infection à VIH). Des IST peuvent quand même être transmises malgré l'usage de préservatifs. Les ulcères ou condylomes génitaux peuvent être transmis par contact avec des parties du corps non recouvertes par le préservatif. Les personnes contractent généralement une IST en raison d'une mauvaise utilisation ou d'une utilisation irrégulière des préservatifs. S'ils sont manipulés ou stockés de manière incorrecte, par exemple, dans des portefeuilles ou à la chaleur, ou s'ils sont utilisés avec des lubrifiants à base d'huile, les préservatifs masculins peuvent se déchirer. La rupture d'un préservatif est généralement liée à un usage incorrect et non à un défaut du dispositif.

Les préservatifs masculins sont fabriqués généralement en latex et sont largement disponibles, peu chers et hautement efficaces. Comme ils sont faciles à transporter, il est possible de se protéger à tout moment.

Les préservatifs féminins sont fabriqués en polyuréthane ou en caoutchouc nitrile, une matière plus solide que le latex et deviennent de plus en plus disponibles tout en étant moins chers qu'au début de leur distribution. Ils présentent l'avantage de permettre aux femmes de contrôler leur usage.

Limiter le nombre de partenaires sexuels peut contribuer à réduire l'exposition aux IST. Les personnes engagées dans des relations monogames des deux côtés (chacun des deux partenaires ne disposant d'aucun autre partenaire sexuel) n'ont aucun risque de contracter des IST si les deux ne présentent aucune infection. L'abstinence sexuelle est un autre moyen d'éviter les risques d'infection sexuellement transmissible (bien que la contraction d'autres IAR soit toujours possible).

De nombreuses personnes ont besoin d'une stratégie de prévention autre que la monogamie ou l'abstinence. Les relations monogames n'assurent aucune protection contre les IST si plusieurs relations monogames se suivent à de courts intervalles (monogamie sérielle). Les couples qui sont séparés pendant quelque temps peuvent également avoir besoin d'une autre stratégie. Les hommes et les femmes dont le travail implique des déplacements (par exemple, les travailleurs migrants, les vendeurs, les conducteurs de camion, les soldats) sont plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires et de rentrer chez eux avec une IST. Quelles que soient les circonstances, les hommes et les femmes ayant plusieurs partenaires (ou dont le partenaire a plusieurs partenaires) doivent avoir recours à une protection fiable contre les IST.

Une activité sexuelle plus tardive. Les jeunes et plus particulièrement les adolescents peuvent éviter les IST et la grossesse à un moment où ils sont tout particulièrement vulnérables en attendant d'être plus âgés pour débiter leur activité sexuelle. Les jeunes doivent savoir qu'ils peuvent être aidés et informés en toute confidentialité sur les méthodes de prévention des IST et de la grossesse, dont l'usage de préservatifs, lorsqu'ils décident d'être sexuellement actifs.

Un soutien en faveur d'une activité sexuelle plus tardive est extrêmement important pour les jeunes filles en raison des graves conséquences sociales et sur la santé dont elles pourront souffrir si elles tombent enceintes ou développent une IST. Les adolescentes sont tout particulièrement vulnérables aux infections du col de l'utérus qui peuvent conduire à des maladies inflammatoires pelviennes, à une stérilité, à une grossesse ectopique et, à long terme, à un cancer de l'utérus.

3.3.2 Programmes de distribution de préservatifs

Des préservatifs de bonne qualité sont essentiels tant pour la protection de l'utilisateur que pour la crédibilité du programme de santé reproductive. Il existe de nombreuses marques de préservatifs sur le marché. Plusieurs organisations peuvent faciliter l'achat en grandes quantités et à moindre coût de préservatifs de qualité.

Pour garantir la disponibilité des préservatifs, un système d'approvisionnement et de distribution doit être mis en place. Des préservatifs avec les instructions d'utilisation doivent être disponibles sur demande dans les établissements de santé, les centres de distribution (tels que les centres de distribution de denrées alimentaires ou autres), les centres communautaires, les magasins, les bars, les groupes de femmes et de jeunes filles etc. Discuter avec les autorités et partenaires pour savoir s'il convient de poursuivre ou non la distribution gratuite de préservatifs à l'issue de la réponse humanitaire initiale (voir Chapitre 2 : Le DMU). L'introduction d'une certaine forme de recouvrement partiel des coûts (marketing social) peut être envisagée dans certaines situations où cette action s'avère réalisable et appropriée. Des stratégies de marketing social peuvent être explorées avec des partenaires appropriés (tels que Population Services International - PSI).

Les agents de santé communautaires et les pairs éducateurs doivent être formés à la promotion, à la distribution et à l'utilisation des préservatifs. Les campagnes promotionnelles peuvent être lancées à l'occasion de manifestations publiques telles que des rencontres de football, des rassemblements de masse, des soirées dansantes, des manifestations théâtrales et des groupes de discussions. Travailler conjointement avec les groupes impliqués dans la prévention du VIH et les actions de planning familial au sein de la région.

3.3.3 Sensibilisation du public aux IST

L'éducation et la formation de la communauté sont nécessaires à la promotion d'un recours précoce aux services de soins afin de guérir les IST/IAR et d'empêcher toute complication. Il convient de développer des messages pour former les personnes à reconnaître les symptômes et leur indiquer où et quand se présenter pour obtenir des soins. Les messages peuvent être diffusés par le biais des publicités, de la radio, des journaux, des sessions de formation organisées au sein des cliniques etc.

3.4 Prise en charge des cas d'IST/IAR

Une prise en charge rapide et efficace des IST représente la pierre angulaire du programme de contrôle des IST puisqu'elle empêche le développement des complications, réduit la propagation des IST au sein de la communauté et offre une opportunité unique de cibler l'éducation sur la prévention des IST. Plus une IST est soignée tôt, plus les risques de transmission à d'autres personnes sont réduits. Un traitement approprié des IST dès le premier rendez-vous entre patient et prestataire de soins représente donc une mesure de santé publique essentielle. Dans le cas des jeunes (voir Chapitre 4 : Santé reproductive des adolescents), cette mesure peut influencer le comportement sexuel futur ainsi que les pratiques de recours aux soins.

La prise en charge des IST implique plus qu'un diagnostic et un traitement. Même si les IST sont correctement traitées, l'échec du traitement ou la réinfection peut survenir. Certains patients arrêtent leur traitement dès qu'ils se sentent mieux, ne font pas en sorte que leurs partenaires sexuels soient traités ou bien encore n'utilisent pas de préservatifs ou continuent à avoir des rapports sexuels pendant le traitement. La résistance aux médicaments peut également être un motif d'échec du traitement. Par conséquent, une prise en charge complète des cas doit être assurée dès le premier contact et inclut les éléments suivants :

- un diagnostic ;
- un traitement rapide et efficace respectant les protocoles ;
- l'éducation et le conseil, y compris la distribution de préservatifs ;
- l'information du partenaire et son traitement ;
- le suivi tel qu'approprié ;
- la qualité des soins.

3.4.1 Diagnostic

Diagnostiquer des IST est un défi dans la mesure où il n'existe aucun outil facile d'utilisation permettant de fournir un diagnostic correct dans un court délai sans avoir recours à des tests en laboratoire onéreux. Il est possible de diagnostiquer les IST de trois manières différentes :

Diagnostic clinique

Le prestataire de services détermine la cause sous-jacente de l'infection en fonction d'un examen clinique et de son expérience personnelle. Cette approche est loin d'être fiable dans la mesure où même les prestataires les plus expérimentés ne peuvent établir de diagnostic précis à partir d'un seul et unique examen clinique. De plus, les infections mixtes ne peuvent être détectées.

Diagnostic en laboratoire

Cette approche utilise des tests de laboratoire pour déterminer la cause de l'IST/IAR. Toutefois, cette approche pose problème dans de nombreuses situations en raison de l'inexistence de tests simples, fiables et peu onéreux. La plupart des tests disponibles ne donne pas de résultats immédiats, entraînant ainsi un retard dans le traitement, voire une absence de traitement si les patients ne reviennent pas pour les soins. En outre, la sensibilité et la spécificité des tests disponibles dans le commerce varient et des résultats faux négatifs sont courants. Si des laboratoires sont disponibles, du personnel dûment qualifié doit y travailler. Ceci implique que les services de santé ont du temps et des moyens et augmente les coûts et réduit l'accès au traitement.

Ne sont pas concernés par ce point les tests de dépistage en laboratoire du VIH (voir Chapitre 10 : VIH) et de la syphilis (test RPR (test rapide de la réagine plasmatique) ou test TDR (test de diagnostic rapide (TDR))). Ces tests peuvent être menés par le personnel de soin disposant d'une formation et procurent rapidement des résultats. Ils peuvent être utilisés pour le dépistage (voir 3.5, intégration des services).

Approche syndromique

De nombreuses IST/IAR peuvent être identifiées et traitées sur la base de signes et symptômes caractéristiques qui peuvent être regroupés en syndromes (voir Tableau 22 : syndromes d'IST).

Tableau 22 : syndromes d'IST

| Syndrome | IST/IAR |
|---|---|
| Ulcère génital (chez l'homme et la femme) | <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis • Herpès • Chancre mou • Granulome inguinal • Lymphogranulome vénérien |
| Écoulement urétral (chez l'homme) | <ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhée • Chlamydia |
| Écoulement vaginal | <ul style="list-style-type: none"> • Vaginose bactérienne • Infection à levures • Trichomonase • Gonorrhée • Chlamydia |
| Douleurs abdominales basses (chez la femme) | <ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhée • Chlamydia • Infections à germes anaérobies |
| Bubon inguinal (chez l'homme et la femme) | <ul style="list-style-type: none"> • Chancre mou • Lymphogranulome vénérien • (Granulome inguinal ou Donovanose si prévalent) |
| <p>Parmi les autres IST/IAR courantes, on trouve les verrues anogénitales et les infestations, telles que les morpions et la gale. Le gonflement du scrotum chez les hommes de moins de 35 ans est généralement une complication résultant d'une IST et peut être traité de la même manière qu'un écoulement urétral. Cependant, un gonflement du scrotum peut être lié à d'autres causes et peut s'avérer un cas d'urgence. Si le patient signale un récent traumatisme, si le testicule semble surélevé ou pivoté ou si vous suspectez une torsion testiculaire, orientez immédiatement le patient vers un service de chirurgie.</p> | |

Il est souvent difficile de connaître exactement l'organisme à l'origine du syndrome et le traitement doit couvrir plusieurs agents potentiellement responsables. Par conséquent, l'approche syndromique repose sur :

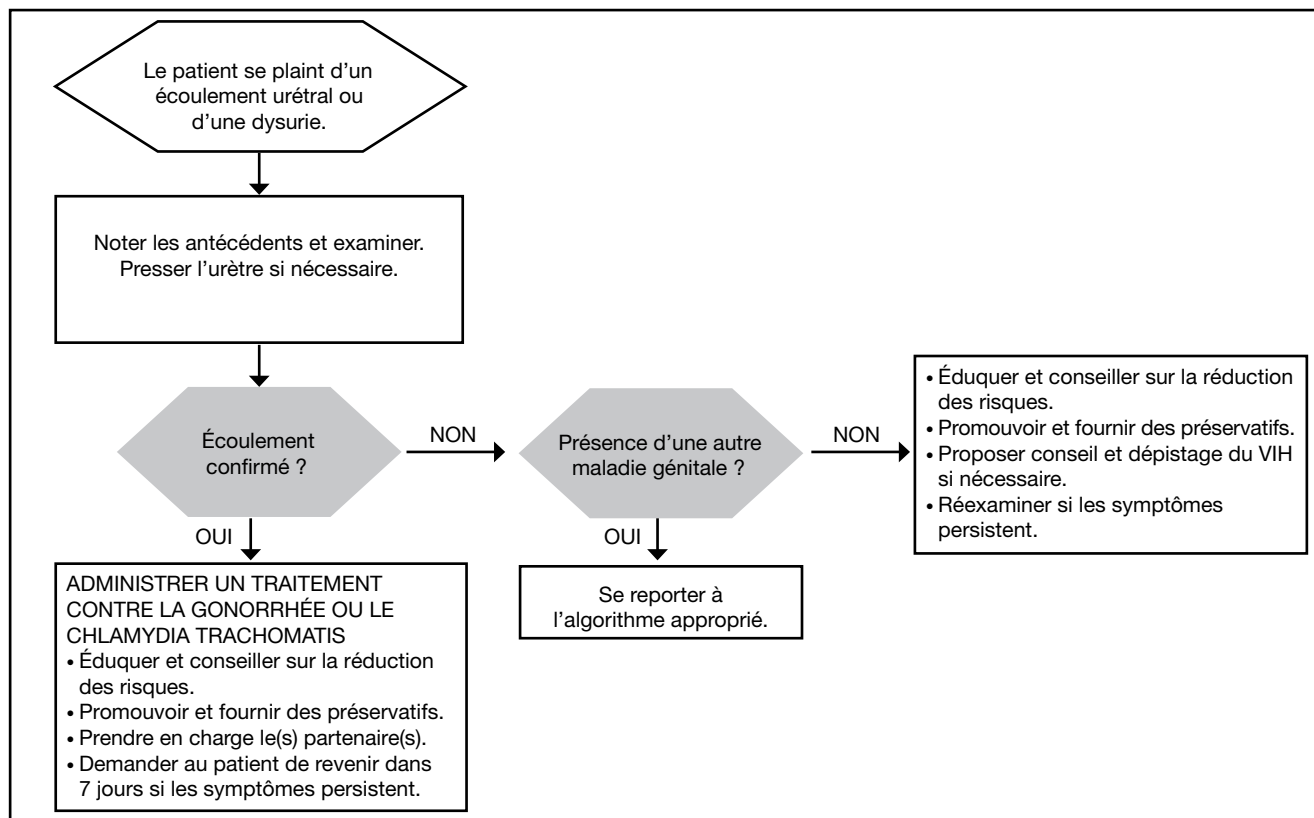
- l'identification de groupes concordants de symptômes et de signes reconnaissables facilement ;
- l'administration d'un traitement qui éliminera la majorité des organismes voire les organismes les plus graves responsables de la production d'un syndrome particulier.

Un outil simplifié (algorithme) permet de guider les agents de santé dans la mise en place d'une prise en charge syndromique des IST (voir exemple à la Figure 9).

Les avantages de l'approche syndromique :

- Les patients sont traités au premier rendez-vous avec les services de soin, entraînant ainsi une réduction des complications, voire une baisse de la transmission des IST au sein de la population.
- L'approche engendre une économie de coûts (aucun test de laboratoire onéreux).
- Un traitement rapide améliore la satisfaction du patient.
- Il est plus facile de surveiller un service ayant recours à une approche syndromique compte tenu de la standardisation de la formation du personnel, du diagnostic, du traitement et de la gestion des fournitures.

Figure 9 : algorithme de l'écoulement urétral chez l'homme



Les inconvénients de l'approche syndromique : **3.4.2 Traitement**

- Un surdiagnostic et un surtraitement augmentent les coûts de traitement (mais ceci est compensé par la rentabilité générale de l'approche syndromique).
- L'administration de plusieurs antimicrobiens peut augmenter les risques d'effets secondaires.
- L'approche syndromique ne peut pas être utilisée pour le dépistage dans la mesure où les infections asymptomatiques ne peuvent être détectées.
- Si le patient n'est pas bien conseillé, on peut assister à une augmentation des risques de violence domestique (voir Encadré 35 : Les IAR/IST et la stigmatisation).

Les symptômes et signes des IST/IAR sont traités en fonction des organismes les plus courants responsables de chaque syndrome. La résistance aux antibiotiques de plusieurs agents pathogènes transmis sexuellement connaît une augmentation qui peut rendre inefficace certains traitements à base d'antibiotiques largement diffusés et à moindre coût. Par conséquent, les algorithmes de traitement doivent être adaptés en fonction de :

- l'épidémiologie locale (prévalence des IST/IAR et de l'agent pathogène à l'origine des syndromes au sein de la population) ;
- des formes de sensibilité antimicrobienne (par exemple, quels antibiotiques sont efficaces contre les bactéries *Neisseria gonorrhoeae* et *Haemophilus ducreyi*) ;
- des pratiques culturelles et comportementales.

Encadré 34 : écoulement vaginal

L'approche syndromique fonctionne bien pour l'écoulement urétral et les IST ulcéreuses mais n'est pas aussi efficace pour l'écoulement vaginal. La plupart du temps, l'écoulement vaginal résulte d'une IAR, telle qu'une infection à levures ou une vaginose bactérienne. Ces organismes sont à l'origine d'infections vaginales mais ne sont pas sexuellement transmissibles. Plus rarement, l'écoulement vaginal peut résulter d'une inflammation du col de l'utérus (cervicite) provoquée par une gonorrhée ou une infection à chlamydia. Ces organismes sont sexuellement transmissibles. Les algorithmes associés à l'écoulement vaginal ne sont pas conçus pour détecter les infections plus graves et souvent asymptomatiques du col de l'utérus. Actuellement, la détection précise de la cervicite gonococcique et à chlamydia exige des tests de laboratoire onéreux (réaction en chaîne par polymérase - PCR), qui ne sont pas disponibles dans la plupart des situations. Parmi les autres outils de dépistage, on trouve l'examen au spéculum (qui peut détecter de nombreuses infections du col de l'utérus mais pas toutes) et la culture pour la gonorrhée (technique précise, peu coûteuse et facile à appliquer mais qui doit être mise en place dans des laboratoires déjà bien établis).

En situations de crise humanitaire, les prestataires de service doivent adopter une approche ne laissant place à aucune erreur. Ceci signifie qu'ils doivent rechercher des facteurs de risque parmi les antécédents du patient (par exemple, le partenaire présente-t-il des symptômes ? La patiente est-elle une professionnelle du sexe ?) ainsi que des signes à l'auscultation (présence ou non d'un écoulement mucopurulent, saignement ou non du col de l'utérus au toucher). Le dépistage peut être mené pendant la grossesse ou à chaque fois qu'un examen au spéculum est réalisé pour d'autres raisons. Les prestataires de services doivent régulièrement proposer un dépistage aux personnes fréquemment exposées aux IST telles que les professionnels du sexe (voir Tableau 23).

Tableau 23 : exemples de stratégies de détection et de traitement des IST/IAR

| Méthode | Exemple d'application - Approche "zéro erreur" |
|---|--|
| Anamnèse | Demander à la patiente si elle craint de contracter une IST/IAR ou présente des symptômes d'IST/IAR à chaque visite dans le service de santé reproductive |
| Dépistage clinique | Examen au spéculum ou bimanuel pour rechercher des signes d'IST/IAR non remarqués par la patiente |
| Dépistage en laboratoire | Dépistage sérologique de la syphilis Frottis pour une détection précoce du cancer du col de l'utérus Conseil et dépistage volontaires du VIH |
| Traitement présomptif à partir des critères de risque | Traitement des partenaires des patientes atteintes d'IST, des professionnelles du sexe ayant eu des rapports non protégés, etc. Victimes de violence sexuelle Traitement des femmes ayant subi un acte transcervical |
| Stratégies combinées | Traitement présomptif des professionnelles du sexe lors de la première visite suivi par des visites régulières pour un examen au spéculum/bimanuel et un frottis avec coloration Gram |

Au cours des premiers jours de la réponse humanitaire, il peut s'avérer nécessaire d'appliquer les directives de traitement standard de l'OMS en utilisant des antimicrobiens réputés pour être efficaces dans le monde entier (voir 6 : Bibliographie). Certains antimicrobiens recommandés par ces directives sont inclus dans le Kit n°5 de santé reproductive inteorganisations (voir Chapitre 2 : Le DMU). Dans de nombreux pays, le ministère de la Santé (Mds) a mis au point des protocoles IST standard au niveau national. Il est important d'encourager au plus vite l'usage du protocole adapté au contexte dans lequel vous travaillez. De telles directives de traitement standard faciliteront la formation du personnel et l'approvisionnement en fournitures des programmes IST et permettront de garantir que tous les patients reçoivent un traitement adéquat.

Par conséquent, les responsables de santé reproductive doivent appliquer les protocoles IST nationaux dans les pays où ils existent. En l'absence de protocoles nationaux, il convient de favoriser les discussions entre le Mds et l'OMS pour développer un protocole régional ou national adapté.

3.4.3 Éducation et conseil auprès des patients

Éduquer et conseiller les patients tout en garantissant compréhension et confidentialité constituent des composantes essentielles de la prise en charge des IST/IAR et incluent les actions suivantes :

- expliquer la nature de l'infection, les éventuelles complications (telles que la stérilité), les médicaments à prendre et l'importance du suivi du traitement ;
- encourager un comportement sexuel sans risques. Les patients peuvent adopter un comportement sexuel sans risques suite au traitement d'une IST. Par conséquent, chaque consultation est l'occasion de promouvoir la prévention future ;
- promouvoir, présenter et distribuer des préservatifs ainsi que négocier l'usage de ceux-ci avec les partenaires ;
- discuter des risques d'infection par le VIH et proposer un dépistage volontaire du VIH ;
- informer et communiquer avec le(s) partenaire(s) sexuel(s) de la possibilité de mener des recherches sur les partenaires antérieurs et des risques de violence ou de stigmatisation (voir Encadré 35).

3.4.4 Prise en charge des partenaires

Principes

Lors de la prise en charge des partenaires sexuels, les prestataires de services se doivent d'être respectueux et sensibles, de garantir la confidentialité des informations et de proposer une approche volontaire sans coercition. Un patient traité avec succès d'une IST n'en présentera plus les symptômes mais risquera une seconde infection si les partenaires sexuels ne sont pas traités. Le partenaire sexuel peut ou non présenter les symptômes de l'infection et, s'il n'est pas traité, peut également transmettre celle-ci à d'autres personnes au sein de la communauté. Il est essentiel de contrôler les IST en aidant les patients à informer leurs partenaires sexuels et à convenir d'un traitement. Il est à noter qu'on entend par partenaires non seulement le(s) partenaire(s) actuel(s) mais également tous les partenaires des deux à trois derniers mois. La prise en charge des partenaires passe par une information, une orientation et un traitement.

Encadré 35 : les IAR/IST et la stigmatisation.

Il convient de noter que toutes les IAR ne sont pas transmises sexuellement. Par conséquent, les prestataires de services doivent veiller à ne pas classer à tort ni à stigmatiser une personne comme si elle était atteinte d'une IST lorsque le diagnostic démontre une IAR ou manque de précision. Par exemple, un écoulement vaginal est généralement associé à une infection vaginale endogène et non à une IST. Dans ce cas, toute tentative d'information et de traitement des partenaires sexuels s'avèrerait inutile puisque ceux-ci n'en auraient pas besoin et les informer pourrait altérer leurs relations. La violence, la méfiance et le divorce sont les conséquences d'une telle information des partenaires si elle n'est pas gérée correctement.

Information et orientation

De nombreux partenaires sexuels sont réticents au fait d'attendre ou de payer pour obtenir des services, tout particulièrement lorsqu'ils ne présentent aucun symptôme et se sentent en bonne santé. Il convient d'organiser des services de telle sorte que les partenaires

sexuels puissent facilement accéder au traitement (en évitant de longs temps d'attente, en renonçant à leur faire payer les frais cliniques habituels, etc.).

Il est possible d'informer les partenaires de plusieurs manières :

1) Notification par le patient :

Les patients sont encouragés à contacter eux-mêmes leurs partenaires sexuels. Des fiches de convocation à l'attention de leurs partenaires peuvent leur être remises. Ces fiches de convocation expliquent comment prendre rendez-vous à la clinique et doivent inclure un code indiquant le syndrome diagnostiqué chez le patient initial (le patient souffrant à l'origine des symptômes). Si la confidentialité peut être assurée, il convient d'inclure le numéro d'enregistrement du patient initial sur la fiche de convocation pour permettre de suivre le pourcentage de partenaires répondant à la convocation (voir Figure 10).

2) Notification par le prestataire. Les prestataires de services formés aux techniques de traçage des contacts informent les partenaires et mettent en place le traitement nécessaire.

3) Une combinaison des options 1) et 2) peut être utilisée. Il est demandé tout d'abord aux patients de contacter eux-mêmes leurs partenaires (notification par le patient).

Si le partenaire ne se présente pas au bout d'une à deux semaines, les prestataires de services formés tentent d'effectuer un traçage des contacts pour leur fournir un traitement (notification par le prestataire).

Compte tenu du coût de la notification par le prestataire et la crainte de la perte de l'anonymat du patient, l'option la plus pratique et la plus réaliste est la notification par le patient (option 1).

Traitement des partenaires sexuels

L'objectif principal réside dans la consultation d'un prestataire de services par les partenaires afin de dépister, traiter et éduquer. Toutefois, cet objectif peut ne pas être atteint en situations de crise humanitaire et trois stratégies possibles peuvent être appliquées pour garantir le traitement des partenaires :

Figure 10 : exemple de fiche de convocation du partenaire

Merci de vous présenter à l'adresse suivante :

Townville Clinic, New Town

Tél : 456 834

Heures d'ouverture

Lundi 9:00 - 15:00

Mardi 9:00 - 15:00

Mercredi 9:00 - 15:00

Vendredi 9:00 - 13:30

Date : jj/mm/aaaa

Code : ABCD

1. Un traitement immédiat lorsque le partenaire consulte le prestataire de services (en fonction du diagnostic du patient initial, que les partenaires présentent ou non des symptômes ou signes d'une infection).
2. Un traitement immédiat et prélèvement d'échantillons pour un test en laboratoire.

L'OMS recommande un traitement immédiat avec les mêmes antibiotiques que ceux prescrits au patient initial.

3.4.5 Suivi du traitement

En situations de crise humanitaire, les visites de suivi de routine peuvent devenir ennuyeuses pour les patients et être une charge pour le personnel clinique. La prise en charge syndromique fournit généralement un traitement efficace dans la plupart des cas courants d'IST/IAR et la majorité des patients vont mieux rapidement. Il est de bonne pratique de conseiller aux patients de revenir si les symptômes s'aggravent ou s'ils ne voient aucune amélioration au bout d'une semaine de traitement (deux ou trois jours pour les maladies inflammatoires pelviennes). Les patients présentant des ulcères génitaux doivent consulter à nouveau sept jours plus tard si aucune amélioration n'est constatée. Le traitement doit être prolongé au delà de sept jours si une nouvelle peau ne s'est pas formée sur l'ulcère.

Si l'état des patients ne s'améliore pas, les questions suivantes aideront les prestataires de services à déterminer si un échec du traitement ou une réinfection en est la cause :

Échec du traitement : le patient a-t-il pris tous les médicaments qui lui ont été prescrits ? Le patient a-t-il arrêté son traitement après avoir constaté des signes d'amélioration ? Le traitement reposait-il sur les directives de traitement nationales ? (Envisager une éventuelle résistance aux médicaments si ce n'était pas le cas.)

Réinfection : le(s) partenaire(s) ont-ils reçu un traitement ? Le patient a-t-il utilisé des préservatifs ou stoppé tout rapport après le début du traitement ?

La récurrence est également courante dans le cas des infections vaginales endogènes, tout particulièrement si les causes sous-jacentes ne sont pas abordées lors de l'éducation de la patiente (par exemple, les douches vaginales ou les agents dessiccateurs). Orienter les patientes vers un établissement de niveau supérieur si la complexité du cas dépasse les capacités du centre de santé.

3.4.6 Qualité des soins

Afin de garantir la qualité des programmes IST, les services doivent être disponibles, accessibles, abordables et appropriés. Les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive peuvent y parvenir en réduisant les obstacles aux services (par exemple, par des horaires d'ouverture appropriés, des soins confidentiels, respectueux de la personne et de qualité sur le plan technique, etc.) et en atteignant les personnes qui, en général, n'utilisent peut-être pas les services IST : les professionnels du sexe et leurs clients, les militaires, les prisonniers et les adolescents qui sont plus exposés aux IST. Il convient d'encourager les hommes à participer à la prévention des IST/IAR.

La qualité des services ainsi que les compétences techniques et la motivation du personnel s'amélioreront si les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive :

- affichent les protocoles nationaux standard de prise en charge des IST dans les salles de consultation ;
- mettent en place un système de traçage des partenaires qui soit confidentiel et volontaire ;
- organisent la formation des prestataires de services afin que ces derniers acquièrent des compétences à la fois en matière de conseil et sur le plan technique ;
- collaborent avec les coordinateurs de santé pour intégrer la fourniture durable de médicaments efficaces contre les IST au sein de la chaîne d'approvisionnement en produits médicaux ;

- mènent régulièrement des visites de contrôle ainsi qu'une formation en interne.

3.5 Intégration des services

Les responsables de santé doivent viser l'intégration des services IST/IAR aux programmes de soins de santé primaires et aux autres programmes de santé reproductive y compris :

- l'évaluation des IST dans les services de planning familial, en s'assurant que les prestataires de services :
 - ▶ discutent des IST/IAR avec tous leurs patients à chaque visite (y compris en les interrogeant sur les éventuels symptômes de leurs partenaires) ;
 - ▶ procèdent à un dépistage des IST si nécessaire ;
 - ▶ encouragent la protection double (contre la grossesse et les IST).
- le traitement/traitement présomptif des IST dans les services de soins post-viol (voir Chapitre 2 : Le DMU)
- les programmes IST/IAR dans les services de soins des adolescents
- l'évaluation et la prise en charge des IST/IAR avant, pendant et après l'accouchement (voir Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale). Par exemple :
 - ▶ l'évaluation des risques d'IST/IAR pour toutes les patientes en soins prénatals, y compris le dépistage de la syphilis ainsi que le conseil et dépistage volontaire du VIH (voir Encadré 36 : tests de diagnostic rapide pour le dépistage de la syphilis).
 - ▶ les vésicules ou ulcères suggérant un herpès génital et survenant proche de la date d'accouchement peuvent être un motif d'orientation de la patiente vers un service de césarienne puisque l'accouchement par voie vaginale présente un risque de transmission de l'herpès au nouveau-né et un risque élevé de mortalité néonatale ;
 - ▶ une prophylaxie contre l'ophtalmie néonatale est administrée systématiquement à tous les nouveau-nés.
- la prévention du cancer du col de l'utérus dans les services complets de santé reproductive (voir Encadré 37).

4 Droits de l'homme et questions juridiques

Le droit à la prévention, aux soins et au traitement des IST en toute sécurité, confidentialité et adéquation est protégé par les droits de l'homme, plus précisément par "le droit de tout être humain à la possession du meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre." Ce droit inclut le droit à la prévention, au traitement et contrôle des maladies.

Le respect des droits de l'homme doit concerner tous les aspects de la planification des programmes IST au cours d'une réponse

humanitaire étant donné que la violence sexuelle, le bouleversement des normes et pratiques sexuelles ainsi que de l'accès au traitement et médicaments aggravent les obstacles existants.

Le droit aux services IST est inhérent à de nombreux droits de l'homme :

- L'accès au diagnostic, traitement et soins des IST contribue au respect du droit à la santé et du droit à la vie d'une personne.
- ▶ Le droit à la santé inclut la prévention, le traitement et le contrôle des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres et

Encadré 36 : tests de diagnostic rapide pour le dépistage de la syphilis

Dans la plupart des pays, le test RPR (test rapide de la réagine plasmatique) est utilisé pour dépister la syphilis. Le test RPR est un test aux anticorps non-tréponémiques, ce qui signifie qu'un résultat positif indique une infection active. Le test devient négatif une fois la maladie traitée dès le début et guérie. Le test RPR est difficile à utiliser dans de nombreuses situations de crise humanitaire dans la mesure où il exige une réfrigération et un personnel de laboratoire qualifié.

De nombreux tests de diagnostic rapide pour le dépistage de la syphilis sont apparus dans le commerce depuis quelques années. Les TDR fournissent une détection précise et qualitative des anticorps au *Treponema pallidum* et une infection peut être facilement dépistée très peu de temps après l'exposition ainsi qu'à un stade avancé.

Les avantages des TDR reposent sur l'absence de réfrigération et sur leur longue durée de conservation, une option à considérer dans les situations de crise humanitaire. Le délai d'attente du résultat est de 10 à 30 minutes et il n'est pas nécessaire de se rendre en laboratoire ou d'avoir recours à des instruments particuliers. Les prestataires de services peuvent facilement interpréter visuellement les résultats. La faible quantité de sang nécessaire pour le test permet de réaliser un prélèvement au bout du doigt plutôt que dans une veine.

Au vu de l'importance d'un traitement précoce dans la prévention de la syphilis néonatale, les TDR présentent l'avantage exceptionnel de pouvoir mettre en place un dépistage systématique de la syphilis dans les services de soins prénatals en situations de crise humanitaire où le test RPR n'est pas disponible ou ne peut être réalisé. L'inconvénient des TDR réside dans le fait qu'il s'agit de tests aux anticorps tréponémiques et qu'ils ne peuvent donc pas faire le distinguo entre un malade actif et un malade guéri. Cependant, en soins prénatals, toutes les patientes affichant un résultat positif au TDR doivent être traitées (à nouveau) même si elles affichaient un résultat positif au cours d'une grossesse antérieure. En effet, même si elles ont été traitées au cours d'une grossesse antérieure, elles peuvent souffrir d'une réinfection pouvant avoir de graves conséquences pour la mère et le nouveau-né si la maladie n'est pas traitée. Les avantages d'un tel traitement présomptif l'emportent sur les risques associés à l'absence de traitement (voir Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale).

Les TDR ne sont pas recommandés pour les dépistages sanguins en vue d'une transfusion, puisqu'ils seront à l'origine de résultats faux positifs trop nombreux. Des tests rapides aux anticorps non-tréponémiques (à l'instar des tests RPR) pour le dépistage de la syphilis seront disponibles dans un avenir proche. Veuillez consulter les mises à jour sur le site www.iawg.net.

Encadré 37 : VPH et cancer du col de l'utérus

Le papillomavirus humain (VPH) est une infection très courante et on estime que plus de trois quarts des femmes sexuellement actives sont infectées au moins une fois dans leur vie. Les risques de contracter l'infection par le VPH sont extrêmement élevés juste après le début de l'activité sexuelle. La plupart de ces infections sont autolimitées et sans danger mais une infection persistante peut entraîner un cancer du col de l'utérus chez la femme. Le VPH est également à l'origine d'autres cancers anogénitaux (par exemple, du vagin, de la vulve et du pénis), de cancers de la tête et du cou et de verrues génitales à la fois chez l'homme et la femme.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Un dépistage et un traitement du premier stade d'un cancer (dysplasie du col de l'utérus ou précancer) sont efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus. Les prescriptions en matière de dépistage dépendent des ressources locales. Si la cytologie est disponible et bien établie, toutes les femmes de plus de 35 ans doivent subir un test tous les cinq à dix ans. Si les services de cytologie sont limités, tels qu'en situations de crise humanitaire, les prestataires de services doivent s'assurer que toutes les femmes sont dépistées une fois autour de 40 ans. La cytologie par frottis (test de Papanicolaou (Pap)) est actuellement recommandée. Cependant, cette méthode demande beaucoup de ressources puisqu'elle exige la présence d'un personnel en mesure de pouvoir réaliser un examen au spéculum et formé aux techniques de prélèvement ainsi que la disponibilité des services de cytologie pour la lecture des frottis. Des techniques plus récentes comme l'inspection visuelle après application d'acide acétique (vinaigre) (IVA) ou l'inspection visuelle au soluté de Lugol iodine (IVL) ont démontré qu'elles étaient rentables dans des contextes où les ressources se faisaient rares. Si elle est suivie par une cryothérapie pour traiter la dysplasie, que ce soit un traitement immédiat ("approche à visite unique") ou un traitement dans un autre service, l'inspection visuelle s'avère être sûre, acceptable, réalisable et efficace dans la réduction de l'incidence et de la mortalité liée au cancer de l'utérus.

Vaccination contre le VPH

La vaccination actuelle contre le VPH aura un impact maximum sur les jeunes filles immunisées avant d'être exposées au VPH, à savoir, avant le début de leur activité sexuelle. La vaccination complète se compose de trois doses et produit une très forte réponse immunitaire qui dure au moins cinq ans. L'impact global des vaccins contre le VPH dépendra de leur fourniture aux populations les plus dans le besoin. C'est dans les pays aux ressources limitées où les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus sont pauvres voire absents et où l'incidence et la mortalité sont les plus élevées que les femmes ont le plus besoin d'une prévention primaire à l'aide d'un vaccin contre le VPH. Toutefois, le coût très élevé des vaccins contre le VPH est un obstacle important à leur disponibilité ; les coûts ainsi que les avantages prévus doivent être pris en considération dans le budget global de la santé.

"exige l'établissement de programmes de prévention et d'éducation pour les problèmes de santé liés aux comportements tels que les maladies transmissibles sexuellement".

- ▶ La prise en charge des IST dans les soins prénatals est essentielle à la protection des droits de la mère et de l'enfant.
- Ces droits s'appliquent de la même manière aux enfants et adolescents. Les prestataires de services refusant l'accès aux services

IST en raison de l'âge, du statut marital ou de l'accord d'un parent ou tuteur sans envisager le développement de l'enfant ne respectent pas les droits de l'enfant.

- Le droit à la vie privée exige que les agents de santé adoptent un comportement rassurant et protecteur vis-à-vis des patients à la réception du diagnostic ainsi que lors du traitement et du conseil sur les IST.

- L'accès aux services IST de toute la population, y compris des adolescents, professionnels du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, quel que soit le statut légal de la prostitution et de l'homosexualité dans le pays, protège le *droit à l'égalité et à la non-discrimination*.
- Tout être humain a le *droit de transmettre et de recevoir des informations sur les IST*. Ce droit consiste également à inclure les adolescents dans toutes les activités d'aide, d'éducation et de prise de conscience sur les IST.
- Le *droit de profiter du progrès scientifique et de ses applications* peut se trouver limité si les patients se voient refuser l'accès à de nouvelles technologies de prévention et de traitement des IST (telles l'IVA, la cryothérapie et le vaccin contre le VPH).

4.1 Défis et opportunités

Parfois, le fait de donner à un patient l'accès à des soins et à un traitement contre les IST peut mettre un prestataire de services dans une situation embarrassante. Les stigmates, les politiques nationales restrictives et les normes socioculturelles peuvent perturber la prestation des services et le droit d'accès aux soins. Par exemple,

- les centres de santé qui n'offrent aucun service aux professionnels du sexe dans des pays où les lois interdisent la prostitution ou bien dans des pays marqués par des pratiques discriminatoires à l'encontre des professionnels du sexe.
- les prestataires de services ne souhaitant pas examiner les patients adolescentes en raison de croyances selon lesquelles les personnes non mariées ne doivent pas avoir de rapports sexuels.
- les patients réticents à se présenter en raison de politiques sur le signalement obligatoire de certaines IST et sur le traçage non confidentiel des partenaires.

Il est important de se rappeler que de nombreux obstacles à l'accès aux soins et au traitement contre les IST sont contraires aux principes des droits de l'homme acceptés dans le monde entier. Il convient de connaître la position de son organisation sur ces questions et de l'inclure à l'analyse de la situation et aux éventuelles prochaines étapes.

Les directeurs de programmes et prestataires de santé reproductive faisant face à un dilemme similaire doivent donner priorité à la santé et à la sécurité du patient ainsi qu'à la leur et à celles de leurs collègues. Ils peuvent ensuite :

- parler à leur supérieur ;
- discuter des différents choix possibles avec le patient ;
- discuter des options et stratégies de programmes au sein de leur organisation ou de leur structure clinique :
 - ▶ Par exemple, si les patients deviennent nerveux et ne sont pas à l'aise lorsque le thème des IST est abordé ou s'ils refusent d'en parler, évaluer le niveau de confidentialité accordé par la clinique et suggérer des modifications d'ordre physique qui pourraient rassurer les patients et les encourager à en discuter.
- explorer les liens avec les organisations locales et orienter les patients vers celles qui peuvent être en mesure de les aider ;
- identifier si l'organisation est ou non engagée dans une approche de soutien sur le sujet et comment y contribuer ;
- tout en respectant la confidentialité du patient, identifier avec les collègues comment éviter et prendre en charge de telles situations à l'avenir ;
- soulever ces questions lors des réunions de coordination de la santé.

5 Contrôle

Les indicateurs de contrôle des programmes IST incluent

- la proportion des prestataires de services qui ont reçu une formation à la prise en charge des cas d'IST/IAR conformément au protocole actuel.
- la proportion des patients souffrant d'IST/IAR qui ont été évalués, traités et conseillés conformément au protocole (répartis par âge et par sexe).

Pour plus d'informations sur le contrôle et l'évaluation, se reporter au Chapitre 3.

6 Bibliographie

Lectures recommandées

Prise en charge intégrée de la santé reproductive, Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur, Guide de pratiques essentielles. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924259265X.pdf>

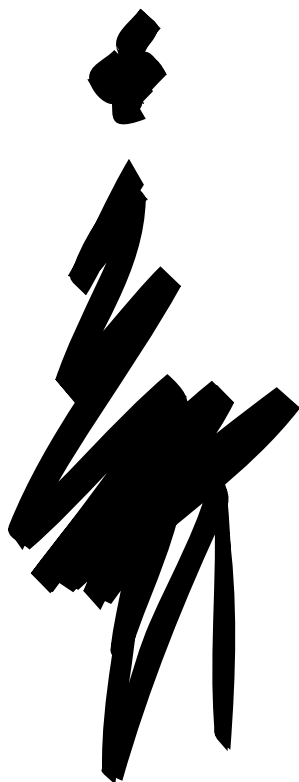
Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242546267.pdf>

Modules de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (2nde édition). OMS, 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>

Pour aller plus loin

La lutte contre le cancer du col de l'utérus, Guide des pratiques essentielles. OMS, 2006 http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789242547009_fre.pdf

Pour plus d'informations sur la prévention de la syphilis congénitale : www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/



10

CHAPITRE DIX

VIH

Contents

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUCTION | 185 |
| 2 OBJECTIFS | 186 |
| 3 ÉLABORATION DE PROGRAMMES | 186 |
| 3.1 Évaluation des besoins | 186 |
| 3.2 Sensibilisation au VIH | 187 |
| 3.3 Prévention du VIH | 189 |
| 3.4 Conseil et dépistage volontaire du VIH | 191 |
| 3.5 Interventions en matière de TAR et d'ARV | 192 |
| 3.6 Soins complets aux personnes vivant avec le VIH | 196 |
| 3.7 Soins aux enfants vivant avec le VIH | 198 |
| 4 DROITS DE L'HOMME ET CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES | 198 |
| 4.1 Défis et opportunités | 199 |
| 5 CONTRÔLE | 199 |
| 6 BIBLIOGRAPHIE | 199 |

1 Introduction

Depuis les années 80, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est à l'origine de l'une des pandémies les plus alarmantes et les plus dévastatrices de l'histoire. Outre le fait qu'il représente un problème de santé incommensurable, ce virus menace le tissu socio-économique de nombreuses communautés.

Par le passé, les programmes humanitaires ont porté relativement peu d'attention à la prévention, aux soins et au traitement du VIH dans la mesure où ce dernier n'était pas perçu comme une menace immédiate pour la vie et ne faisait donc pas partie des problèmes urgents. Néanmoins, les caractéristiques définissant une urgence complexe, telle qu'un conflit, une instabilité sociale, une pauvreté, une destruction de l'environnement et une impuissance, peuvent accroître la vulnérabilité des populations et les risques d'exposition au VIH :

- en réduisant l'accès aux services de prévention du VIH ; en détruisant les infrastructures de santé ;
- en désorganisant les réseaux d'aide sociale ; en augmentant l'exposition à la violence sexuelle (viol) et aux abus sexuels (se prostituer pour subvenir à ses besoins en matière de nourriture ou d'abri) ;
- par un déplacement de la population vers une zone à plus forte prévalence du VIH.⁷

Des études ont montré que les facteurs affectant la transmission du VIH en situations de crise humanitaire sont complexes et dépendent de nombreux facteurs dynamiques interagissant entre eux, dont la prévalence du VIH dans la région d'origine et la région de la population hôte, le niveau d'interaction entre les populations déplacées et avoisinantes, la durée du déplacement ainsi que la localisation et le niveau d'isolement de la population déplacée (par exemple, entre les populations urbaines et les réfugiés basés dans des camps).

⁷ ONUSIDA et HCR. *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*. Genève, IASC, 2005. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

VIH

Lors de la planification des programmes VIH en situations de crise humanitaire, les responsables et directeurs de programme de santé reproductive doivent envisager :

- l'impact combiné des urgences humanitaires et du VIH, y compris les facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité au VIH ;
- les politiques et pratiques existantes en matière de réponse humanitaire visant à prévenir la propagation du VIH et à atténuer son impact ;
- la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention, de prise en charge et de traitement pour les personnes vivant avec le VIH, y compris l'interruption, la reprise ou la poursuite d'un traitement antirétroviral ;
- les stigmates et la discrimination à l'encontre des personnes atteintes et touchées par le VIH.

2 Objectif

Ce chapitre a pour objectif d'assister les responsables, directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive lors de la planification et de la mise en place de services complets de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH dans le cadre de la réponse humanitaire.

3 Élaboration de programmes

Les actions de lutte contre le VIH à mettre en place en priorité dans le cadre d'une réponse humanitaire concernent la prévention de la transmission du VIH et sont incluses dans le DMU (voir Chapitre 2 : Le DMU). Ces actions sont les suivantes :

- faciliter et appliquer le respect des précautions standard.
- mettre à disposition la prophylaxie post-exposition pour prévenir la transmission du VIH (PPE) (dans le cadre des soins cliniques aux victimes de viol et de l'exposition professionnelle).
- s'assurer que les transfusions sanguines se font en toute sécurité.
- mettre à disposition des préservatifs.

Il convient également de s'assurer que des antirétroviraux (ARV) sont disponibles pour poursuivre le traitement des personnes qui en prenaient déjà avant la crise, y compris pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME) (voir page 192, TAR).

Lors de la planification des services complets de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH, il convient d'aborder les points suivants :

- Évaluation des besoins
- Sensibilisation au VIH
- Prévention du VIH
- Conseil et dépistage du VIH
- Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- Utilisation d'antirétroviraux (ARV) pour la prévention et le traitement
- Soins aux personnes vivant avec le VIH
- Soins aux enfants vivant avec le VIH
- Prise en charge des infections opportunistes, des IST et de la tuberculose.

3.1 Évaluation des besoins

Les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive doivent collecter et évaluer les informations suivantes dans le contexte où ils travaillent en coordination avec d'autres acteurs du secteur/cluster de santé :

Caractéristiques de la population

- Prévalence du VIH (dans les populations déplacées et d'accueil). Ces informations figurent sur le site de l'ONUSIDA ou peuvent être obtenues auprès de l'équipe commune locale des Nations Unis sur le sida ainsi qu'auprès du programme national de contrôle du sida.
- Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la population touchée dont le traitement a été interrompu (ex. : programme de PTME et de thérapie antirétrovirale) et qui doivent reprendre les traitements ARV.
- Les facteurs comportementaux et environnementaux qui pourraient exposer les sous-groupes vulnérables à un risque accru d'infection à VIH.

Caractéristiques des services de santé

- Personnel des établissements de santé doté d'une expérience en prévention, prise en charge et traitement du VIH et besoins en formation du personnel.
- Protocoles ARV nationaux de prévention (PPE, PTME) et de traitement (TAR), et ARV disponibles.
- Disponibilité des services de laboratoires.
- Présence d'une chaîne d'approvisionnement fiable pouvant favoriser un accès durable aux fournitures de prévention et de traitement du VIH.

Législation et politiques nationales

Les directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive doivent également connaître les lois et politiques nationales relatives au VIH, évaluer comment les réfugiés et les personnes déplacées y sont inclus et s'il existe des restrictions en fonction du genre, de l'âge ou d'un autre statut. En voici des exemples :

- Lois et/ou politiques sur le dépistage du VIH, y compris le conseil avant et après dépistage. Existe-t-il des lois sur le dépistage obligatoire ?
- Les lois et/ou politiques relatives à la distribution de préservatifs, aux utilisateurs de drogues injectables et à la réduction des préjudices dans le cadre de l'utilisation de drogues injectables.
- Lois et/ou politiques relatives à la transmission du VIH.
- Lois et/ou politiques relatives à la divulgation du statut VIH par le prestataire des soins.
- Lois et/ou politiques régissant la fourniture d'antirétroviraux et l'accès à ces derniers.

Caractéristiques épidémiques du VIH

Afin d'avoir un impact sur la prévalence du VIH, les efforts des programmes doivent viser la bonne cible. Pour servir de guide dans l'élaboration des programmes, l'OMS et l'ONUSIDA ont classé les épidémies de VIH dans différents pays en 3 catégories générales : épidémie de faible niveau, épidémie concentrée et épidémie généralisée (voir Tableau 24).

3.2 Sensibilisation au VIH

Il convient d'intégrer la prévention du VIH en situations de crise humanitaire à des campagnes de communication adaptées à la population et à la situation. Les actions de communication réalisées au tout début de la réponse humanitaires consistent principalement à informer les personnes des lieux où elles peuvent avoir accès à des services de base. Dès que possible, prendre en compte les caractéristiques de la population afin de cibler les actions de communication sur le VIH. Par exemple :

- Que savent les personnes sur le VIH et quelles sont les idées fausses qui circulent ?
- Quelles pratiques courantes exposent les personnes aux risques de transmission du VIH ?
- Quels facteurs de la nouvelle situation engendrent des risques de transmission du VIH ?
- Quelles sont les attitudes et croyances courantes sur les personnes atteintes du VIH ?

Adapter les campagnes de communication pour permettre une sensibilisation générale au VIH et au syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Par ailleurs, il convient de concevoir des campagnes de communication spécifiques pour :

- cibler les personnes qui peuvent être vulnérables aux pratiques augmentant les risques de transmission du VIH. Les personnes déplacées sont exposées à ces risques dans la mesure où les systèmes communautaires sont désorganisés, les cadres présidant aux rapports sexuels sont modifiés et les jeunes ont une activité sexuelle plus précoce ;
- réduire les comportements discriminatoires, garantir les soins et l'aide aux personnes vivant avec le VIH.

Les groupes communautaires, tels que les "clubs de santé" organisés à l'école, les "groupes post-dépistage" (regroupant toutes les personnes dépistées quel que soit leur statut) et les associations "Stop au SIDA" au sein de la police et des organisations militaires, peuvent être efficaces pour motiver leurs membres à adopter des comportements sexuels plus sûrs. Les associations de personnes vivant avec le VIH peuvent être de puissants catalyseurs dans le changement des attitudes à l'échelle personnelle et communautaire.

| Tableau 24 : scénarios d'épidémie du VIH | | |
|---|--|---|
| | Scénarios d'épidémie | Comment connaître l'épidémie qui vous concerne |
| Faible niveau | (Prévalence du VIH < 1 % : la prévalence du VIH n'a pas atteint un niveau important au sein des sous-populations (cette information indique que les réseaux de risques sont diffus ou que le virus s'est introduit récemment). | Afin de planifier la prévention, il est essentiel de connaître les comportements à risques, les réseaux et autres facteurs de risque indiquant le potentiel de propagation du VIH, tels que les taux des autres infections sexuellement transmissibles. |
| Concentrée | La prévalence du VIH est assez importante (5 % voire plus) au sein d'une, voire de plusieurs sous-populations, telles que chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes ou les professionnels du sexe et leurs clients, pour maintenir un niveau épidémique au sein de cette sous-population. Cependant, le virus ne circule pas parmi la population au sens général du terme, la prévalence y étant inférieure à < 1 %. | L'évolution future de ce type d'épidémie sera déterminée par <ul style="list-style-type: none"> • la taille de la/des population(s) vulnérable(s) et • la fréquence et la nature des interactions entre ces populations et la population générale. |
| Généralisée | La prévalence du VIH se situe entre 1 % et 15 % chez les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales, ce qui indique que la prévalence du VIH est présente parmi la population générale à des niveaux suffisants pour permettre aux "échanges sexuels" de servir de vecteur à l'épidémie. Dans une population marquée par une prévalence de plus de 5 %, toute personne sexuellement active présente un risque élevé d'infection et aucune sous-population n'est considérée à faible risque. | Les normes sociales conduisant à des relations avec plusieurs partenaires sexuels et/ou les normes et politiques empêchant les personnes de se protéger (par exemple, les normes réduisant l'accès des jeunes filles à l'éducation et à l'information) sont directement impliquées dans la dynamique de l'épidémie et doivent être examinées. |
| <p>Dans la région du sud de l'Afrique, on assiste à une situation atypique où un grand nombre de personnes, dont plus de la moitié de femmes et de jeunes filles, vivent avec le VIH. Dans ce scénario hyperendémique, la prévalence du VIH dépasse 15 % chez les adultes. Ces situations exigent des efforts et ressources exceptionnels afin de mobiliser l'intégralité de la communauté pour modifier les comportements sexuels.</p> | | |

Les messages essentiels à faire circuler sont les suivants :

- Le VIH, le virus à l'origine du sida, se propage par : des rapports sexuels non protégés (rapports sans préservatif) avec une personne atteinte du VIH ; des transfusions de sang contaminé par le VIH ; la réutilisation
- d'aiguilles et seringues contaminées par le VIH ; ainsi qu'entre une femme atteinte du VIH et son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.
- Tout le monde doit être informé sur le VIH et le sida et savoir comment prévenir sa transmission dans la mesure où le sida est

une maladie incurable qui peut seulement être évitée.

- Il existe un traitement efficace contre le VIH et le sida qui, bien qu'il n'assure aucune guérison, peut prolonger la durée de vie de la personne s'il est pris à vie.
- Le fait d'être atteint d'une infection sexuellement transmissible (IST) (par exemple, la gonorrhée ou la syphilis) augmente les risques de transmission ou de contraction du VIH de cette personne.
- Les risques d'infection lors de rapports sexuels peuvent être réduits en utilisant correctement et à tout moment des préservatifs, en maintenant une relation monogame mutuelle avec un partenaire non touché ou en pratiquant l'abstinence.
- Toute personne pouvant avoir été exposée au VIH doit consulter un agent de santé qualifié afin d'obtenir un dépistage volontaire, des informations et des conseils pour protéger sa santé.
- Les femmes enceintes doivent accéder à un service de conseil et de dépistage volontaire du VIH. En cas de séropositivité, elles se verront proposer des médicaments appropriés afin de réduire les risques de transmission de l'infection aux nouveau-nés à l'accouchement ou par l'allaitement.
- Les stigmates, la discrimination, les fausses informations et les attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH augmentent le potentiel de souffrance et de propagation de l'épidémie. La discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH constitue une violation des droits de l'homme.

Pour plus d'informations sur les campagnes de communication, se reporter au Chapitre 1 : Principes fondamentaux.

3.3 Prévention du VIH

Il est essentiel que les responsables et les directeurs de programmes de santé reproductive comprennent les caractéristiques des situations où ils travaillent ainsi que les connaissances et comportements de la population afin de pouvoir adapter les programmes VIH à ces facteurs. En situation de crise humanitaire, les personnes peuvent adopter des comportements qui les exposent à de plus grands risques d'infection à VIH même si elles ne s'identifient pas comme appartenant à un groupe à risque.

Cette section étudie trois groupes vulnérables particuliers : les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les professionnels du sexe. Chacun de ces groupes

présente des caractéristiques qui lui sont propres et fait l'objet d'une étude séparée bien que les éléments suivants soient les mêmes pour tous les programmes ciblant des groupes vulnérables :

- Impliquer dès le début les groupes vulnérables dans l'élaboration, la mise en place et le suivi des programmes.
- Localiser les actions du programme dans des lieux fréquentés par le groupe en question (clubs, quartiers, etc.).
- Créer des espaces sûrs virtuels (hotlines) ou physiques (centres de consultation) adaptés à chaque groupe où les personnes peuvent être informées et orientées vers des soins ou un soutien tout en étant à l'aise.
- Promouvoir une utilisation régulière et correcte des préservatifs masculins et féminins et s'assurer qu'ils sont disponibles à un prix abordable et que leur approvisionnement est fiable.
- Former les agents de santé et travailleurs sociaux à fournir des services VIH de haute qualité et conviviaux aux personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à leurs partenaires et familles, dont le traitement des IST, le conseil et dépistage volontaire, la PTME, le planning familial et le traitement de la tuberculose (TB) et du sida.
- Étudier les obstacles structurels, y compris, les politiques, lois et pratiques habituelles discriminatoires à l'égard du groupe qui empêchent l'accès et l'utilisation de services appropriés de prévention, de prise en charge et traitement du VIH.

Consommateurs de drogues injectables

Tandis que le partage des seringues et de tout autre matériel pour l'injection de drogues constitue un moyen bien connu de transmission du VIH, la consommation de drogues injectables contribue également à la propagation de l'épidémie en dehors du cercle des personnes à l'origine de la contamination. Les partenaires sexuels d'un consommateur de drogues injectables sont exposés au risque via la transmission sexuelle. Les enfants nés de mères ayant contracté le virus par un partage de seringues ou par des rapports sexuels avec un utilisateur de drogues injectables peuvent également être atteints.

Le VIH peut se propager de manière explosive par le biais du partage des aiguilles contaminées entre les consommateurs de drogues injectables (la prévalence peut passer de 5 % à 50 % en un an). Les utilisateurs de drogues injectables peuvent être exposés à d'autres risques de transmission du VIH tels que la prostitution et l'emprisonnement. La criminalisation de la

consommation de drogues injectables peut conduire à une marginalisation sociale et limiter l'accès aux services. Tous ces facteurs peuvent aggraver l'épidémie.

Les mesures visant à réduire les préjudices tels que l'accès à du matériel d'injection stérile, le traitement de la toxicomanie, la sensibilité de la communauté et l'information sur la prévention du VIH font partie des mesures les plus efficaces pour entraver la propagation du VIH. Les programmes destinés à réduire la transmission du VIH par les consommateurs de drogues injectables doivent fournir une couverture adéquate en matériel d'injection stérile (y compris dans les prisons), un traitement de qualité et non coercitif de la toxicomanie, des services de santé reproductive et PTME conviviaux pour les femmes toxicomanes et les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables ainsi que la formation des prestataires de services aux services de prévention et de traitement du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables.

Les programmes de prévention de la santé publique menés par des pairs se sont avérés efficaces. Voici des exemples de messages clés à faire circuler :

- Si vous êtes un consommateur de drogues injectables, vous êtes fortement exposé au VIH. Envisagez de demander de l'aide à des professionnels dûment formés pour réduire ces risques. Des conseils et un programme de désintoxication représentent les premières actions à prendre dans la prévention, les soins et le traitement du VIH.
- Si vous prenez un traitement contre le VIH, le fait de vous "défoncer" augmente les risques d'oubli du médicament. Arrangez-vous avec un copain toxicomane/ami pour qu'il vous aide à prendre vos médicaments en temps et en heure.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Cette expression fait référence à tous les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, quelle que soit la manière dont ils se qualifient (gays, bisexuels ou hétérosexuels). Les pratiques HSH varient dans le monde entier. Afin de concevoir des programmes adaptés aux HSH parmi les populations déplacées, il est nécessaire de comprendre les réseaux sociaux locaux et les pratiques habituelles. On estime que moins d'un homme sur 20 HSH dans le monde a accès à des services de prévention, de soins et de traitement du VIH. La stigmatisation, la criminalisation et la discrimination ainsi que le

manque de compréhension des comportements et attitudes, constituent d'importants obstacles à la mise en œuvre de programmes efficaces.

Si les comportements sociaux, culturels et religieux stigmatisent les HSH, les programmes répondant à leurs besoins peuvent entraîner la critique des chefs et membres de la communauté. Toutefois, grâce à des fonds et à un soutien, les responsables et directeurs de programmes de santé reproductive peuvent élaborer des programmes pour inverser la tendance de la propagation du VIH parmi les HSH. Par exemple :

- Déterminer la taille et les caractéristiques de la communauté HSH parmi la population touchée et les impliquer dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions ciblées.
- Fournir des informations spécifiques sur les stratégies de prévention et de réduction des risques dans les campagnes de communication, tels que sur l'usage correct et régulier des préservatifs. S'assurer d'un accès fiable aux préservatifs et aux lubrifiants à base d'eau.
- Mettre à disposition une aide médico-légale auprès des hommes et des garçons qui subissent une violence sexuelle ou sont contraints d'avoir des rapports sexuels. Les soins cliniques à destination des victimes de viol de sexe féminin et masculin font partie du DMU (voir Chapitre 2 : Le DMU).
- Promouvoir l'intégration de communautés sexuelles alternatives aux campagnes de sensibilisation du public permet de réduire l'homophobie.

Professionnels du sexe

Le chantage sexuel pour de l'argent ou des biens est présent dans toutes les communautés, y compris dans les communautés déplacées. Cette activité concerne les enfants et les femmes qui ne se considèrent pas eux-mêmes comme des professionnels du sexe mais qui se battent pour survivre. Par conséquent, il est extrêmement important de garantir la sécurité, la protection et l'accès à des vivres et à un soutien des personnes vulnérables, telles que les orphelins et les femmes à la tête d'un foyer.

En protégeant les professionnels du sexe contre toute infection par le VIH, on protège non seulement ces derniers mais également la population au sens général du terme. Les programmes s'avèrent efficaces si leurs actions se concentrent sur les lieux où les professionnels du sexe sont accessibles. Les points à prendre en compte dans l'élaboration des programmes sont les suivants :

- S'assurer de la disponibilité permanente de préservatifs masculins et féminins de qualité. Pour assister à une réduction efficace de la transmission du VIH chez les professionnels du sexe, il est nécessaire de respecter à plus de 90 % les règles d'usage correctes des préservatifs chez les professionnels du sexe et leurs partenaires sexuels non réguliers.
- Intégrer les stratégies de réduction de la violence au contexte de la prostitution. L'élaboration des programmes doit tenir compte de l'application des lois afin de s'assurer de la capacité des professionnels du sexe à se protéger et à garantir des pratiques plus sûres par leurs clients.
- Engager les communautés et les professionnels du sexe dans l'application des politiques et réglementations de protection de l'enfant.
- Établir le lien entre les professionnels du sexe et leurs familles et les mécanismes de soutien, y compris en aidant et incitant les femmes à quitter la prostitution par le biais de toute une gamme de services juridiques, économiques et sociaux.
- Étudier la "demande" en matière de prostitution - travailler au changement du comportement des clients. Le personnel de l'aide humanitaire, les soldats de maintien de la paix, la police civile et les membres de la population représentent la clientèle de la prostitution en situations de crise humanitaire.

3.4 Conseil et dépistage volontaire

Les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH ne sont pas prioritaires au début d'une réponse humanitaire dans la mesure où il ne s'agit pas d'une action sauvant immédiatement des vies. Toutefois, dès que la situation se stabilise, il est important de proposer des services de conseil et de dépistage aux personnes qui souhaitent connaître leur statut VIH. Les services de conseil et de dépistage volontaire sont une pratique courante pour améliorer la santé et le bien-être des personnes

et servent de point d'entrée aux services de soins et de traitement appropriés.

Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire

Dans le cas d'une épidémie généralisée où un environnement favorable est en place et où des ressources adéquates sont disponibles (y compris les normes recommandées en matière de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH), les services de conseil et de dépistage du VIH doivent être proposés par les prestataires de soins de santé dans le cadre des soins cliniques standard. En présence de contraintes en termes de ressources et de capacités, une mise en œuvre par étapes de ce service de conseil et de dépistage s'impose. Voici l'ordre de mise en œuvre des actions en fonction de leur priorité :

1. Soins cliniques de la tuberculose
2. Services IST
3. Services de santé avant, pendant et après l'accouchement
4. Équipements médicaux pour traitement ambulatoire et hospitalisation

En présence d'une **épidémie de faible niveau et concentrée**, les prestataires de soins de santé *ne doivent pas déclencher* les services de conseil et de dépistage volontaire auprès de chaque patient se présentant dans un établissement de santé puisque la plupart des personnes seront peu exposées. Les services de conseil et de dépistage volontaire doivent être disponibles dès que la situation de crise humanitaire se stabilise, que ce soit par le biais de services déjà établis ou de soins cliniques mobiles.

Certains comportements exposant les personnes à de plus grands risques d'infection à VIH, tels que la prostitution ou la consommation de drogues injectables, renforcent également les risques de coercition, de discrimination, de violence, d'abandon, d'incarcération et d'autres conséquences négatives à la divulgation d'un test de dépistage positif du VIH. Les prestataires de soins de santé doivent suivre une formation particulière et être supervisés afin de s'assurer du respect des règles en matière de consentement éclairé et de confidentialité auprès de ces populations. Le conseil et dépistage volontaire du VIH pour ces groupes doivent s'accompagner de la mise en œuvre d'une structure sociale, politique et juridique de soutien.

Ne JAMAIS obliger une personne à subir un test de dépistage du VIH.

Ceci constitue une violation des droits de l'homme.

Services de conseil et de dépistage volontaire de qualité

Qu'ils soient à l'initiative du patient ou du prestataire, les composantes suivantes du programme garantissent des services de conseil et de dépistage volontaire de qualité :

- *L'obtention d'un consentement, le respect de la vie privée et la confidentialité* sont essentiels. Le dépistage du VIH ne peut être que volontaire. Toujours obtenir le consentement éclairé de la personne dépistée. Le conseil et dépistage volontaire ne doivent jamais être imposés et ce dans toute circonstance.
- Mettre à disposition des services gratuits.
- S'assurer que les conseils avant et après dépistage font partie de tous les services de conseil et de dépistage volontaire.
- Des services de soutien après dépistage doivent être disponibles, y compris des réseaux de référence et un accès à un dépistage supplémentaire (tel que la numération CD4) pour évaluer la pertinence des programmes de soins et de traitement.
- Le conseil et le dépistage volontaire doivent être réalisés en présence de règles de dépistage adéquates. Il convient de suivre l'algorithme de dépistage du VIH validé à l'échelle nationale tout en portant une attention particulière aux questions des droits de l'homme pouvant surgir chez la population touchée.
- Veiller à utiliser des techniques adaptées au contexte, telles que les tests de diagnostic rapide faisant appel à des prélèvements de sang au bout du doigt. Grâce aux tests de dépistage rapide, le résultat peut être obtenu en moins de 30 minutes. Cette technique est associée à des taux de réussite plus élevés de conseil et de suivi après dépistage. Elle permet de décentraliser les services de conseil et de dépistage volontaire. Il convient d'étudier les conditions locales de stockage et de commander des tests de dépistage rapide n'exigeant aucune réfrigération si approprié.

3.5 Interventions en matière de TAR et d'ARV

Il est important de planifier des programmes jugés essentiels de traitement antirétroviral (TAR) et d'antirétroviraux (ARV). La fourniture de services liés au VIH auprès des populations en situations de crise humanitaire s'avère une action difficile mais essentielle, fermement ancrée dans les lois internationales sur les

droits de l'homme. À l'instar des programmes et politiques sur le VIH et le sida, le TAR doit être associé aux programmes de prévention, de prise en charge et de soutien. Il ne doit pas être mis en œuvre en parallèle mais plutôt intégré aux autres services (par exemple, la santé, l'alimentation, l'éducation, les services sociaux, l'eau et l'assainissement).

Si le TAR est disponible, il est important que le conseil porte à la fois sur les risques et avantages du TAR ainsi que sur l'importance que représente le respect du calendrier de traitement.

Les actions essentielles faisant appel aux antirétroviraux sont :

- La prophylaxie post-exposition (PPE)
- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME)
- TAR

PPE

Les directeurs de programmes de santé reproductive doivent s'assurer que l'administration rapide d'une PPE (dans les 72 heures) visant à réduire les risques de transmission du VIH est incluse dans les protocoles dans les deux cas suivants :

- Services aux victimes de viol : afin d'éviter et de prendre en charge les éventuelles conséquences du viol pour la santé, les victimes doivent avoir accès à des soins cliniques y compris à un service de conseil et de soutien. Ceci passe par l'administration d'une PPE.
- Exposition professionnelle : malgré les précautions standard mises en place et respectées dans les centres de soins, une exposition professionnelle aux sangs et fluides corporels potentiellement contaminés par le VIH, peut survenir, par exemple, en cas de piqûre par une aiguille. S'assurer que la PPE est disponible dans les centres dans le cadre des précautions standard prises afin de réduire les risques de transmission du VIH à l'issue d'une telle exposition.

La PPE recommandée se compose d'une thérapie combinée sur 28 jours à base de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), souvent de la zidovudine et de la lamivudine. Pour plus d'informations détaillées sur la PPE, se reporter au Chapitre 2 : Le DMU, p. 32.

L'OMS soutient une approche stratégique complète de prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants qui inclut :

- la prévention primaire de l'infection à VIH (voir Chapitre 9 : Infections sexuellement transmissibles, section 3.3, prévention des IST) ;
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (se reporter au Chapitre 5: Planning familial, section 3.11, PF pour les personnes vivant avec le VIH) ;
- la prévention de la transmission du VIH entre les mères vivant avec le VIH et leurs nourrissons ;
- la prise en charge, le traitement et l'appui des mères vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leurs familles.

Dans des programmes de santé reproductive complets, les quatre composantes doivent être mises en œuvre afin d'atteindre l'objectif global d'amélioration de la santé maternelle et infantile dans le contexte du VIH.

PTME

Cette section doit être lue conjointement avec le Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale.

En l'absence de prophylaxie, la probabilité qu'un enfant né de mère séropositive soit infecté est de 20 % à 45 % chez les femmes allaitant leur enfant. L'administration d'une dose unique d'antirétroviral réduit ce chiffre d'environ deux tiers, tandis que l'administration d'un régime thérapeutique antirétroviral complexe (triple thérapie) et/ou d'une césarienne et l'absence d'allaitement réduisent la probabilité à moins de 2 %.

Si une femme connue comme étant séropositive se présente pour des soins avant, pendant ou après l'accouchement, la suivre activement pour éviter la transmission du VIH à son nouveau-né. Concernant la mise en œuvre d'un programme de transmission mère-enfant, les services suivants doivent être établis :

- Services de soins prénatals.
- Soins de santé maternelle et infantile, y compris soins pour un accouchement sans risques.
- Le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire avec l'option de refus, à savoir, si des personnes ne souhaitent pas réaliser le dépistage, elles doivent tout particulièrement le refuser après avoir été informées avant le dépistage.
- Les conseils sur l'alimentation du nourrisson.
- La disponibilité des protocoles ARV et PTME (voir Tableau 25).

Alimentation des nourrissons *

Les risques de contamination par le VIH des nourrissons par le biais de l'allaitement doivent être contrebalancés par les risques plus élevés de décès liés à d'autres causes, telles que la malnutrition, la diarrhée et la pneumonie chez les nourrissons qui ne sont pas allaités. Les témoignages sur la transmission du VIH montrent qu'un allaitement exclusif jusqu'à six mois réduit les risques de transmission du VIH de trois à quatre fois par rapport à un allaitement non exclusif.

Les responsables de santé reproductive doivent discuter avec le secteur/cluster de santé ainsi qu'avec les autorités nationales de santé afin de promouvoir la pratique de l'allaitement d'un seul enfant comme norme de soins chez les communautés. Les femmes séropositives doivent être conseillées et soutenues afin :

- D'allaiter et de recevoir des antirétroviraux

Ou

- Si une alimentation de substitution est **acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre**, d'éviter tout allaitement dans la mesure où cette solution donnerait aux nourrissons un maximum de chance de survie sans le VIH.

L'administration d'antirétroviraux aux femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes ou allaitent ainsi qu'au nourrisson allaité est fortement recommandée et le secteur/cluster de santé doit faire tout son possible pour les introduire (voir prophylaxie antirétrovirale orale ci-dessous). Cependant, l'absence d'antirétroviraux ne change en rien les recommandations sur l'allaitement :

* Cette section repose sur l'ouvrage suivant : *Infant feeding in the context of HIV. Key Messages*, OMS 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

- Un allaitement exclusif pendant les six premiers mois est recommandé pour les mères séropositives (dont les nourrissons ne sont pas séropositifs ou dont le statut VIH n'est pas connu) à moins qu'une alimentation de substitution soit acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre. À six mois, introduire des aliments complémentaires appropriés puis poursuivre l'allaitement jusqu'à un an. Tout allaitement doit alors être interrompu une fois qu'un régime alimentaire sûr et adéquat peut être fourni sans lait maternel.
- Si les nourrissons et les jeunes enfants sont connus comme déjà séropositifs, les mères sont vivement encouragées à procéder à un allaitement exclusif pendant les six premiers mois et à poursuivre l'allaitement conformément aux recommandations s'adressant à la population générale, à savoir jusqu'à deux ans voire plus.
- Quelle que soit la décision prise en matière d'alimentation, les services de santé doivent assurer le suivi de tous les nourrissons exposés au VIH et poursuivre leur conseil et soutien sur l'allaitement, tout particulièrement aux moments clés, à savoir lorsque les décisions sur l'alimentation peuvent être réexaminées, tel qu'au moment du diagnostic précoce du nourrisson et à ses six mois.

Pour plus d'informations sur l'allaitement, se reporter au Chapitre 6 : Santé maternelle et néonatale.

Prophylaxie antirétrovirale orale

Les mères connues comme étant séropositives doivent recevoir un TAR à vie ou une prophylaxie antirétrovirale (ARV) pendant la grossesse et l'allaitement.

La prophylaxie antirétrovirale doit commencer dès 14 semaines de grossesse ou dès que possible lorsque les femmes se présentent à un stade avancé de la grossesse, en cours de travail ou à l'accouchement.

- La mère doit recevoir au minimum une dose unique de Néviraprine (NVP-du) (200 mg) au début du travail et le nourrisson doit recevoir également une dose unique de Néviraprine (2 mg par kg) par voie orale dès que possible mais pas plus tard que 72 heures après sa naissance. Bien qu'elle ne soit pas considérée comme le régime préventif optimal, la simplicité de cette méthode permet de l'appliquer aux situations de crise humanitaire. Les programmes utilisant la NVP-du représentent une mesure provisoire

à court terme et des mesures doivent être prises pour mettre en place l'administration de traitements plus efficaces dès que possible.

- Si la femme consulte pour des soins prénatals et qu'elle n'a pas besoin d'un TAR pour sa propre santé ou si une triple thérapie n'est pas disponible, une prophylaxie antirétrovirale doit être débutée à 14 semaines de grossesse ou dès que possible à un stade de grossesse plus avancé, en poursuivant jusqu'à l'accouchement et pendant l'allaitement, et doit être administrée à l'enfant après la naissance.

Le tableau 25 présente des options de prophylaxie antirétrovirale recommandées pour les femmes séropositives n'ayant pas besoin d'un traitement pour leur propre santé.

Assurer le suivi des enfants nés de mères vivant avec le VIH : au départ pour la prophylaxie post-partum et plus tard pour évaluer leur statut VIH et proposer si nécessaire un traitement antirétroviral.

Impliquer les partenaires dans les programmes PTME. Cette action est essentielle au soutien des familles.

Si possible, garantir l'accès au TAR des mères vivant avec le VIH (voir ci-dessous). Si une femme enceinte répond aux critères, débiter le TAR dès que possible. Si un traitement antirétroviral ne peut être lancé du fait que la mère a développé le sida, la NVP-du NE doit PAS lui être administrée dans le cadre de la PTME afin d'éviter le développement d'une résistance virale à la NVP.^N

Si la fourniture en antirétroviraux est insuffisante pour commencer le traitement antirétroviral de la mère, la prophylaxie du nourrisson peut toujours être proposée.

^N Commencer un TAR à vie pour toutes les femmes enceintes séropositives présentant une maladie grave ou à un stade avancé sur le plan clinique (stade clinique 3 ou 4 selon l'OMS), ou présentant une numération CD4 égale ou inférieure à 350 cellules/mm³, quel que soit l'âge gestationnel.

Tableau 25 : options de prophylaxie antirétrovirale recommandées pour les femmes enceintes qui n'ont pas besoin d'un traitement pour leur propre santé*

| Option A : AZT maternel | Option B : prophylaxie maternelle par trois ARV |
|---|---|
| Mère | Mère |
| <ul style="list-style-type: none"> • AZT prénatal tous les jours (dès la 14ème semaine de grossesse) • NVP-dose unique au début du travail* • AZT + 3TC au cours du travail et de l'accouchement* • AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement* <p>*il n'est pas nécessaire de donner la NVP-du et l'AZT+3TC pendant et après l'accouchement si la femme a reçu plus de 4 semaines d'AZT au cours de la grossesse</p> | <p>Association de trois ARV dès la 14ème semaine de grossesse et jusqu'à une semaine après la fin de l'exposition au lait maternel. Régimes recommandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + LPV/r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • TDF + (3TC ou FTC) + EFV |
| Nourrisson | Nourrisson |
| <p>Nourrisson allaité au sein Administration quotidienne de NVP à partir de la naissance et jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel</p> <p>Nourrisson qui n'est pas allaité au sein Administration quotidienne d'AZT ou de NVP à partir de la naissance jusqu'à six semaines</p> | <p>Nourrisson allaité au sein Administration quotidienne de NVP à partir de la naissance jusqu'à 6 semaines</p> <p>Nourrisson qui n'est pas allaité au sein Administration quotidienne d'AZT ou de NVP à partir de la naissance jusqu'à six semaines</p> |
| <p>AZT : Azidothymidine, zidovudine ; 3T : Lamivudine ; NVP-du : dose unique de névirapine ; LPV/r : Lopinavir/ritonavir ; ABC : Abacavir, EFV : Efavirenz.</p> <p>Tous les traitements doivent être administrés par voie orale. Des formulations pédiatriques existent pour l'AZT, la 3TC et la NVP.</p> <p>* Source : <i>Recommandations rapides, Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant</i>. OMS. 2009 http://www.who.int/hiv/pub/mtct/rapid_advice_mtct_fr.pdf</p> | |

TAR

Dès le début de la réponse humanitaire, s'assurer que les personnes déjà engagées dans un programme de TAR avant la crise continuent à prendre leur traitement.

Pour les patients actuellement sous TAR ou qui étaient sous TAR mais qui n'ont plus accès aux médicaments, la poursuite du traitement antirétroviral est une priorité afin de garantir l'efficacité du traitement et d'éviter le développement d'une résistance virale. Les mesures suivantes sont recommandées :

- Un dépistage du VIH - ou un document - confirmant le statut VIH et une carte du patient montrant le traitement antirétroviral qu'il suit/suivait.
- Si la personne est actuellement sous TAR, poursuivre le traitement sans interruption. Si le traitement a été interrompu, étudier les motifs de son interruption et démarrer à nouveau le traitement dès que possible.
- Si les antirétroviraux administrés lors du traitement de première intention suivis précédemment ne sont pas disponibles et en l'absence d'échec du traitement ou de grave réaction à d'autres ARV proposés,

remplacer ces antirétroviraux par le traitement de première intention disponible conformément aux protocoles nationaux.

- Les patients qui prenaient auparavant des inhibiteurs de protéase actuellement indisponibles en situation de crise peuvent se voir administrer un traitement de première intention jusqu'à ce que les traitements de deuxième ligne soient disponibles. Toutefois, les personnes qui étaient sous inhibiteurs de protéase en raison d'effets indésirables subis par un traitement de première intention doivent être suivies de près si elles recommencent un traitement de première intention. Si la toxicité surgit à nouveau et que des traitements de deuxième ligne ne sont pas disponibles, le TAR doit être interrompu. Poursuivre la prévention des infections opportunistes (voir 3.6).
- Fournir des conseils et un soutien en faveur du respect du traitement au vu du nouveau contexte.

Si des réfugiés et rapatriés sous TAR reviennent dans leur région ou pays d'origine, s'assurer qu'ils peuvent poursuivre leur traitement sans l'interrompre. Se mettre en relation avec les autorités de santé du pays ou de la région d'origine pour coordonner cette action.

Planifier dès que possible des programmes complets de TAR, de conseil et de dépistage du VIH. Avant de lancer les services de TAR, il est important d'aborder les questions suivantes :

- Quelle quantité minimum d'antirétroviraux peut être mise à disposition ?
- Pour combien de temps le financement est-il disponible ? Un financement minimum d'un an doit être garanti.
- La population touchée peut-elle être engagée dans les programmes de TAR nationaux ?
- Quelles sont les contraintes potentielles à l'approvisionnement en médicaments et à leur gestion ?
- Quelle est la mobilité de la population ? Quelle est la sécurité actuelle et quels sont les risques de déplacement futur de la population qui pourraient conduire à une interruption du traitement ?
- Quelles sont les capacités des laboratoires (au niveau du centre de santé et/ou établissements référents) ?

Le lancement d'un dispositif minimum de services de TAR exige une préparation. S'assurer de la mise en place des actions/ personnes suivantes :

- Politiques, procédures standard de fonctionnement et protocoles de traitement standard. Si disponibles, les protocoles nationaux doivent être suivis. En l'absence de protocole national, les directives OMS doivent être suivies.
- Des agents de la communauté et cliniques dûment formés aux protocoles de traitement, au conseil des patients et à la mobilisation de la communauté.
- Un approvisionnement de démarrage de six mois en médicaments, incluant des antirétroviraux, du co-trimoxazole, un traitement contre la tuberculose et un traitement contre d'autres infections opportunistes et co-infections (voir 3.6) ; ainsi qu'un système d'approvisionnement permettant de garantir la mise à disposition permanente des médicaments exigés.
- Du matériel de diagnostic, personnel et matériel de laboratoire, dont au moins du matériel de diagnostic du VIH, de détermination du taux d'hémoglobine ou d'hématocrite, de numération CD4, de diagnostic de la tuberculose (TB) et de dépistage de la syphilis et du paludisme.
- Un système de suivi des patients (y compris des cartes de traitement des patients pour permettre aux patients sous TAR d'être suivis et de ne pas interrompre leurs soins s'ils doivent se rendre dans un autre établissement de santé) ainsi que des réseaux de communication et d'orientation.
- Des dispositifs d'informations pour conseiller, éduquer les patients et mobiliser la communauté.

3.6 Soins complets aux personnes vivant avec le VIH

Les soins complets aux personnes vivant avec le VIH font partie des soins de santé primaires qui doivent être disponibles en toute situation de crise humanitaire. Ces soins sont tout particulièrement importants en situations d'épidémie généralisée. Composantes des soins complets :

- Soutien aux personnes vivant avec le VIH
- Information et éducation des patients
- Traitement de la tuberculose et prophylaxie des infections opportunistes
- Planning familial
- Soins à domicile/au sein de la communauté
- Soins palliatifs

Soutien aux personnes vivant avec le VIH

Il convient de développer des programmes permettant de fournir une aide psychosociale aux personnes vivant avec le VIH. Cette aide peut passer par des services de conseil et de soutien individuels, des groupes de soutien ou des amis de la personne vivant avec le VIH ainsi que les familles à qui le patient a divulgué son statut VIH.

S'assurer que les personnes vivant avec le VIH disposent d'un accès non discriminatoire aux aliments et compléments alimentaires nécessaires par le biais des programmes d'aide alimentaire. Un listing de toutes les personnes éligibles sans divulguer les motifs de leur inclusion sur les listes de compléments alimentaires permet d'éviter toute discrimination.

En situation de crise humanitaire, les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès à une source sûre d'eau potable puisqu'elles ont plus de risques de contracter une infection et sont moins en mesure de guérir suite à des maladies hydriques. Pour des raisons similaires, il convient de fournir aux personnes vivant avec le VIH une moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée afin de réduire les risques de contamination par le paludisme en zones endémiques.

Information et éducation des patients

Des brochures standard d'information des patients peuvent être élaborées mais il est important de prendre en compte les points suivants :

- Les circonstances particulières, dont les informations en fonction de l'âge, la langue, le taux d'alphabétisme et le niveau d'éducation.
- Les informations sur la vie avec le VIH ainsi que les mesures de prévention.

Traitement contre la tuberculose et prophylaxie des infections opportunistes

Dans de nombreuses régions du monde, la tuberculose est la principale cause de morbidité et de mortalité liée au VIH. Collaborer avec les programmes de contrôle de la tuberculose afin de garantir l'accès au traitement contre la tuberculose des personnes vivant avec le VIH. L'isoniazide est un antibiotique efficace, peu coûteux et bien toléré utilisé à titre de traitement préventif contre la tuberculose qui doit être fourni à toutes les personnes vivant avec le VIH une fois la tuberculose-maladie exclue.

Dans le cadre de la prévention des autres infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH, le cotrimoxazole est un antibiotique efficace, peu coûteux et bien toléré utilisé à titre préventif contre la pneumocystose et la toxoplasmose chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH. Il est également efficace contre d'autres maladies infectieuses et parasitaires et se montre particulièrement bénéfique dans les régions touchées par le paludisme. Par ailleurs, tous les enfants exposés au VIH nés de mères vivant avec le VIH doivent recevoir une prophylaxie au cotrimoxazole, en débutant le traitement à l'âge de quatre à six semaines et en le poursuivant jusqu'à ce que l'infection par le VIH puisse être exclue. Dans tous les cas, il convient de respecter les directives nationales.

Dès le début de la réponse humanitaire, s'assurer de la poursuite de la prophylaxie et orienter rapidement les patients vers les services offrant celle-ci.

Planning familial

Les personnes vivant avec le VIH doivent avoir accès aux méthodes de planning familial ainsi qu'à des conseils. Il convient de proposer des conseils de qualité sur des questions telles que les méthodes de contraception chez les personnes séropositives, la double protection (préservatif et autre méthode), la contraception d'urgence, l'avortement et la disponibilité des services d'aide en cas de grossesse. Pour plus d'informations, se reporter au Chapitre 5 : Planning familial.

Soins à domicile/au sein de la communauté

Il est important d'établir un système de soins à domicile/au sein de la communauté vers lequel les personnes souffrant d'une infection à VIH à un stade avancé puissent être orientées quand elles quittent l'hôpital. Le meilleur moyen est de le lancer dès que la situation se stabilise. Le soutien clinique et social des personnes vivant avec le VIH doit aller de pair.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs doivent couvrir la prise en charge à la fois des symptômes aigus et chroniques ainsi que les soins en phase terminale. Les éléments importants à prendre en compte sont le contrôle de la douleur, la prise en charge des autres symptômes, les soins en phase terminale, le soutien des éventuels soins fournis à domicile/au sein de la communauté, l'information et l'éducation.

3.7 Soins aux enfants vivant avec le VIH

Les actions suivantes sont recommandées dans le cadre des soins prodigués aux enfants vivant avec le VIH :

- Le traitement des enfants doit au départ reposer sur les directives nationales.
- Il convient d'avoir recours aux directives de l'OMS pour un diagnostic clinique du VIH en l'absence d'établissements de diagnostic et de contrôle disponibles.
- Lors de la commande des formulations de sirop, il convient de prévoir à l'avance un espace de stockage réfrigéré suffisant et de s'assurer de l'efficacité opérationnelle de la chaîne du froid dans la mesure où les sirops sont livrés en grandes quantités.
- En situations où le diagnostic du VIH chez les enfants nés de mères séropositives peut être retardé en raison du manque de moyens de dépistage en laboratoire, mettre ces enfants sous cotrimoxazole à l'âge d'environ quatre à six semaines ou dès qu'ils sont présentés aux services de santé.
- Lorsque la réaction en chaîne par polymérase ne peut être contrôlée ainsi que dans le cas d'enfants de moins de 18 mois diagnostiqués cliniquement, il convient de conseiller les parents de soumettre leur enfant à un test de confirmation après 18 mois en ayant recours à des tests aux anticorps classiques.
- Les mineurs non accompagnés et les enfants orphelins nécessitent une attention particulière et peuvent faire l'objet d'une procédure juridique particulière ou d'un arrangement avec le tuteur/responsable légal.
- L'intérêt de l'enfant doit être le moteur de toutes les décisions prises.

4 Droits de l'homme et considérations juridiques

Garantir le respect et la protection des droits de l'homme est essentiel à la fois pour réduire l'exposition au VIH et atténuer ses effets contraires sur les personnes et les communautés. Le droit international des droits de l'homme comporte un certain nombre de points concernant directement les personnes vivant avec ou touchées d'une autre manière par le VIH. L'octroi de droits assurant la promotion d'interventions liées aux VIH est essentiel aux programmes d'urgence où la violence sexuelle et un accès réduit aux services de prévention, de prise en charge et du traitement du VIH augmentent les risques de transmission du VIH.

Les droits clés sont les suivants :

- **Le droit à l'accès aux soins de santé VIH et sida** : le droit de tout être humain à la possession du meilleur état de santé physique et mental comprend le droit à des biens, services et établissements de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité. L'accès aux programmes VIH doit être au moins équivalent à celui disponible dans la communauté d'accueil environnante. Par ailleurs, le droit à la santé ne peut être garanti que conjointement avec le droit à l'alimentation, à l'eau, à un hébergement, à la non-discrimination et à la non-violence, entre autres.
- **Le droit à l'accès aux informations et à l'éducation sur le VIH et le sida** : le droit à la santé inclut le droit à l'information et à l'éducation sur le VIH ainsi que sur la santé reproductive et sexuelle.
- **Le droit à la non-discrimination** : toutes les personnes doivent jouir du droit à la non-discrimination basée sur le genre, la sexualité et le statut VIH et se voir garantir l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH.
- **Le droit aux interventions de santé volontaires** : toutes les personnes doivent avoir le droit de fournir un consentement éclairé et être libre de toute contrainte quant au dépistage du VIH. Le droit à l'intégrité physique garantit que toutes les personnes ont les moyens de prendre des décisions volontaires en connaissance de cause sur leur santé, y compris si elles souhaitent ou non connaître leur statut VIH, ainsi que le droit à fournir un consentement éclairé et à être libre de toute contrainte quant au dépistage du VIH.
- **Le droit à la vie privée et à la confidentialité en matière de soins liés au VIH** : le respect de la vie privée et de la confidentialité des informations sur la santé est essentiel pour garantir que toutes les personnes, y compris les femmes quel que soit leur statut marital, puissent rechercher des services de santé sans craindre la divulgation de leur statut VIH.

Les États ont reconnu l'importance de l'égalité des genres, de l'autonomisation et de la participation des femmes et des jeunes filles à tous les aspects de la prévention et de la réponse au VIH. Il convient d'étudier de manière adéquate la protection spécifique au genre et de prêter une attention particulière aux besoins en termes de santé des femmes et des jeunes filles, y compris la garantie de l'accès aux soins et services de santé reproductive ainsi qu'à des conseils

et un traitement appropriés dans tous les cas de violence sexuelle et basée sur le genre.*

Les enfants ont droit à une protection particulière de par la loi, tel que souligné par le Comité des Nations Unies sur les droits de l'enfant. La Convention des Droits de l'Enfant doit plus particulièrement guider les réponses dans tous les cas impliquant des enfants y compris la non-discrimination, l'intérêt supérieur de l'enfant, le droit à la vie, la survie et le développement, et la participation de l'enfant.

4.1 Défis et opportunités

Les responsables, directeurs de programmes et prestataires de services de santé reproductive doivent connaître la législation et les politiques nationales ainsi que les directives relatives à la prévention, aux soins et au traitement du VIH en vigueur dans le pays. Dans certains cas, les droits de l'homme peuvent être compromis par les lois ou politiques nationales, voire par de fausses idées socioculturelles. Il est important de discuter des dilemmes potentiels avec les équipes et les supérieurs et de décider du type d'engagement de l'organisation. Les actions immédiates d'importance que peuvent prendre les prestataires de services ont pour but d'informer directement les patients sur les éventuelles conséquences négatives de la loi. Par ailleurs, il est important d'explorer les orientations possibles des patients vers une autre agence ou organisation qui pourrait fournir une aide et assistance juridique. Les organisations peuvent décider de défendre une question et de contribuer aux efforts de soutien menés conjointement par les agences.

5 Contrôle

Les indicateurs suivants peuvent être utilisés pour contrôler des programmes VIH globaux :

- Qualité de dépistage des dons de sang : proportion des dons de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH de qualité.
- Taux d'utilisation des préservatifs : proportion des personnes sexuellement actives ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

- Conseils et résultats post-dépistage des patients ayant bénéficié d'un conseil et dépistage volontaire : proportion des patients ayant bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH volontaire, qui ont reçu un résultat et des conseils suite au dépistage.
- Couverture de la PTME : proportion des patientes se présentant pour la première fois aux services de soins prénatals qui ont été conseillées avant le dépistage.
- Couverture des programmes ARV et PTME : proportion des couples mère-enfant qui se sont vus administrer un traitement antirétroviral par voie orale en temps voulu.

Pour plus d'informations sur le contrôle et l'évaluation, se reporter au Chapitre 3.

6 Bibliographie

Lectures recommandées

Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/SIDA dans le secteur de la santé Organisation mondiale de la santé, Genève, 2008 http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web_fr.pdf

Recommandations rapides : Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant. Alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH (Infant feeding in the context of HIV) www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html

Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant vers un accès universel, Recommandations pour une approche de santé publique. OMS, Genève, 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242594669_fre.pdf

Engender Health. *HIV Prevention in Maternal Health Services; Programming Guide.* UNFPA, 2004. <http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-preventionin-maternal-health.php>

Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées. Afrique du Sud. Southern African HIV Clinicians Society/ UNHCR, 2007. http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/UNHCR_HIV_SAClinic_Fre_D.pdf

* Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (Résolution adoptée par l'Assemblée Générale A/RES/S-26/2 du 2 août 2001). Articles 14, 37, 58-62.

UNHCR and Infant Feeding in Emergencies. Guidance on infant feeding and HIV in emergencies for refugees and displaced populations. UNHCR, Genève, 2008.
<http://www.enonline.net/ife>

Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence
Interagency Standing Committee. 2009.
http://data.unaids.org/publications/External-Documents/iasc_guidelines-emergency-settings_fr.pdf

a1

ANNEXE 1

Glossaire

| | |
|--|--|
| Accoucheuse traditionnelle (AT) | Prestataire au sein de la communauté délivrant des soins pendant la grossesse et l'accouchement. Les accoucheuses traditionnelles ne disposent pas des compétences nécessaires à la prise en charge des complications obstétriques ou à l'orientation vers leur prise en charge. |
| Adolescents | Personne âgée de 10 à 19 ans. |
| Aménorrhée | Absence des règles. |
| Cluster de santé | Le Global Health Cluster, sous la direction de l'Organisation mondiale de la santé, se compose de plus de 30 organisations humanitaires internationales œuvrant dans le secteur de la santé. Le Cluster est activé lors d'une urgence, un coordonnateur et/ou responsable de santé reproductive sont alors désignés par l'organisation chef de file du cluster de santé dans le pays, généralement l'OMS. |
| Conseils de planning familial | Discussions avec les patients qui se présentent à un établissement de santé pour quelque raison que ce soit sur les avantages liés à l'espacement et à la réduction du nombre de grossesses, les méthodes disponibles pour y parvenir et l'aide au choix et à l'utilisation correcte d'une méthode de contraception adaptée. |
| Consentement éclairé | Condition légale en vertu de laquelle il est considéré qu'une personne a donné son accord après avoir apprécié et compris clairement les faits, les répercussions et les conséquences futures d'une action. Afin de produire un consentement éclairé, la personne concernée doit disposer de toutes ses facultés intellectuelles et être en possession de tous les faits au moment de la remise de son accord. On entend par obstacle au raisonnement et au jugement empêchant la personne de produire un consentement éclairé, les facteurs tels qu'un grave retard mental, une grave maladie mentale, une intoxication, une privation grave de sommeil, la maladie d'Alzheimer ou un coma. |
| Crise humanitaire | Événement ou série d'événements représentant une menace critique pour la santé, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un large groupe de personnes, en général sur une zone de grande envergure. Les conflits armés, les épidémies, la famine, les catastrophes naturelles et les autres situations d'urgence majeure peuvent impliquer ou conduire à une crise humanitaire. |
| Cycle menstruel | Modifications répétées subies par les ovaires et l'endomètre incluant l'ovulation et les règles. La plupart des femmes ont des cycles compris entre 24 et 35 jours. |

| | |
|--|---|
| Directeur de programme | Employé de l'organisation travaillant sur le terrain chargé de l'élaboration des programmes de santé reproductive de son organisation. |
| Distribution communautaire | Fourniture de méthodes contraceptives par des membres formés de la communauté. Les agents non spécialisés délivrent les services de planning familial aux femmes et familles, en atteignant celles qui ne peuvent accéder aux établissements de santé. |
| Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) | Outil de financement multilatéral créé par les Nations Unies pour mettre en place le financement de l'action humanitaire. Le CERF dispose d'un montant allant jusqu'à 500 millions de dollars américains, y compris un dispositif de subvention pouvant atteindre 450 millions de dollars américains et un dispositif de prêt de 50 millions de dollars américains. Le dispositif de subvention du CERF présente deux volets : l'un pour la réponse rapide et l'autre pour les urgences sous-financées. Le CERF est financé par des contributions volontaires venant du monde entier de la part d'États-Membres des Nations Unies, d'entreprises privées, de fondations et de particuliers, et est géré par le Coordonnateur des secours d'urgence (ERC), responsable du Bureau de coordination des affaires humanitaires (BCAH). |
| Infection de l'appareil reproducteur (IAR) | L'infection de l'appareil reproducteur est une expression générale incluant des infections sexuellement transmissibles ainsi que d'autres infections de l'appareil reproducteur qui ne sont pas transmises lors d'un rapport sexuel. |
| Infection sexuellement transmissible (IST) | Infection d'origine bactérienne, virale ou parasitaire transmise lors d'une activité sexuelle. |
| Jeune | Personne âgée de 10 à 24 ans. |
| Leaders d'opinion | Informateurs clés pouvant inclure les chefs de communauté, tribu etc. |
| Méthodes de contraception | Elles comprennent les méthodes cliniques et modernes ainsi que les méthodes traditionnelles. Les méthodes cliniques et modernes incluent la stérilisation féminine et masculine, les dispositifs intra-utérins (DIU), les méthodes hormonales (pilules, contraceptifs injectables et implants hormonaux, patchs et anneaux vaginaux), les préservatifs et les méthodes dites de barrière vaginale (diaphragme, cape cervicale, spermicides sous forme de mousses, crèmes et tampons). Les méthodes traditionnelles comprennent le rythme biologique, la technique du retrait, l'abstinence et l'aménorrhée lactationnelle. La stérilisation chirurgicale est généralement considérée comme une méthode de contraception uniquement si l'opération est réalisée au moins en partie pour éviter d'avoir d'autres d'enfants (la stérilisation est également pratiquée uniquement pour des raisons de santé). |
| Mutilations génitales féminines | Actes qui impliquent une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins et/ou une blessure de ces derniers pour des raisons non thérapeutiques. |
| Organisation chef de file en santé reproductive | Organisation choisie par le secteur/cluster de santé comme étant la plus apte à assurer l'assistance technique et opérationnelle des partenaires de santé et la mise en avant de la santé reproductive. |
| Personnel de santé communautaire | Personne novice ou volontaire travaillant dans le secteur de la santé mais n'exerçant pas la profession de clinicien. |
| Personnel du programme | Toute personne appartenant à une organisation impliquée dans l'élaboration de programmes, l'administration, la prise en charge, le financement, le contrôle et l'évaluation sur le plan clinique ou non clinique. |
| Personnel paramédical | Professions chargées des soins de santé cliniques à distinguer des médecins, dentistes et infirmiers/infirmières. |

| | |
|--|---|
| Personnes déplacées | <p>Personnes ou groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État.</p> <p>Source : Deng, Francis. "Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays". E/CN.4/1998/53/ Add.I, 11 Février 1998. New York : Nations Unies.</p> |
| Pertes vaginales légères | Légers saignements intermenstruels. |
| Phase aiguë | Phase d'une situation d'urgence au cours de laquelle les taux de mortalité sont élevés et la réponse humanitaire repose en priorité sur la survie. |
| Plan d'action humanitaire commun (CHAP) | <p>Plan stratégique de réponse humanitaire dans un pays ou une région donné(e).</p> <p>Il permet de fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une analyse commune du contexte d'intervention de l'aide humanitaire ; • une évaluation des besoins ; • les scénarios les plus probables, les pires tout comme les meilleurs ; • une identification des rôles et responsabilités, à savoir qui fait quoi et où ; • une définition claire et précise des buts et objectifs à plus long terme ; • une structure de contrôle de la stratégie et de révision de celle-ci si nécessaire. <p>Le CHAP représente l'infrastructure à l'origine du développement d'un appel global et fait ainsi partie de la Procédure d'appel global (CAP).</p> |
| Point central | Personne responsable de la santé reproductive. |
| Population touchée | Populations menacées, y compris mais sans s'y limiter, les populations d'accueil, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les réfugiés. |
| Postpartum | Les six premières semaines qui suivent l'accouchement. |
| Prestataire de niveau intermédiaire | Cliniciens non médecins, à savoir sages-femmes, infirmiers praticiens/infirmières praticiennes, responsables cliniques, assistants des médecins, et autres personnes, dont la formation et les responsabilités diffèrent d'un pays à l'autre mais qui sont formés pour réaliser des actes cliniques de base liés à la santé reproductive. Ces actes incluent un examen pelvien bimanuel pour vérifier l'existence d'une grossesse et la position de l'utérus, l'utilisation d'une sonde utérine, les actes transcervicaux et la réalisation d'un avortement en début de grossesse [Définition convenue par les participants à une Consultation technique de l'OMS en septembre 2000.] |
| Prestataire de services | Toute organisation ou personne délivrant un service, y compris des soins cliniques et des conseils. |
| Prévalence contraceptive (PC) | Proportion des femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné dans le temps. |
| Procédure d'appel global (CAP) | <p>Outil utilisé par les organisations d'aide humanitaire pour planifier, coordonner, financer, mettre en œuvre et contrôler leurs activités. En tant que mécanisme de coordination, la CAP favorise une coopération plus étroite entre les gouvernements hôtes, les donateurs, les organisations d'aide et, plus particulièrement, entre les ONG, le Mouvement de la Croix Rouge et les agences des Nations Unies.</p> <p>En travaillant ensemble dans les régions du monde en situations de crise, les acteurs peuvent préparer un Plan d'action humanitaire commun (CHAP).</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Progestatif | Tout médicament parmi un large groupe de médicaments de synthèse ayant des effets similaires à ceux de la progestérone. Certains sont utilisés dans les contraceptifs hormonaux. |
| Protection double | Protection à la fois contre les grossesses non désirées et les IST dont le VIH. |
| Rapport sexuel | Activité sexuelle consistant en la pénétration du pénis dans une cavité du corps : <ul style="list-style-type: none"> • rapport anal en cas de pénétration dans l'anus • rapport oral en cas de pénétration dans la bouche • rapport vaginal en cas de pénétration dans le vagin |
| Réfugié | Toute personne qui s'enfuit vers un pays étranger pour échapper à un danger et à la persécution et qui craignant, avec raison, d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Convention relative au statut des réfugiés 1951 |
| Saignements vaginaux | Saignements vaginaux (rose, rouge ou marron) exigeant le recours à une protection hygiénique (serviette, tampon ou tissu). Ci-après différents types de saignements : <ul style="list-style-type: none"> • Métrorragie : saignements intermenstruels (à savoir, survenant en dehors des règles) exigeant le recours à une protection hygiénique. • Ménorragie : saignements deux fois plus importants que les règles habituelles. • Saignements occasionnels : saignements d'une fréquence inférieure à deux périodes de saignement sur trois mois. • Saignements irréguliers : légers saignements et/ou métrorragie intermenstruels (à savoir, survenant en dehors des règles). • Menstruation (règles) : saignements survenant en moyenne tous les 28 jours et durant de trois à sept jours. • Saignements prolongés : saignements durant plus de huit jours. |
| Santé reproductive | État de bien-être physique, mental et social total et non la simple absence de maladies ou d'infirmités, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. |
| Secteur de santé | Branche de l'économie qui étudie les questions de santé de la société. |
| Situation de crise humanitaire | Toute situation dans laquelle les mécanismes habituels de réponse ne permettent pas de faire face au facteur extérieur de l'agression. |
| Soins post-avortement | Stratégie globale visant à réduire les décès et les souffrances issus des complications survenant lors d'un avortement spontané ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité. |
| Stérilité | Incapacité d'un couple à avoir des enfants viables. |
| Viol/tentative de viol | Le viol est un acte sexuel non consenti. Ceci peut inclure la pénétration de toute partie du corps par un organe sexuel et/ou la pénétration de l'organe génital ou de l'anus par un objet ou une partie du corps. Le viol et la tentative de viol impliquent l'usage de la force, la menace de recourir à la force et/ou la coercition. Toute action visant à violer une personne et n'entraînant aucune pénétration est considérée comme une tentative de viol. |
| Violence basée sur le genre | La violence basée sur le genre est un terme regroupant tous les actes infligés à une personne contre son gré et orientés sur des différences sociales (genre) entre des hommes et des femmes. |

| | |
|---------------|---|
| ACP | années-couples de protection |
| ADN | acide désoxyribonucléique |
| AEIU | aspiration électrique intra-utérine. |
| AFADS | acceptable, réalisable, abordable, durable et sûr |
| AL | aménorrhée lactationnelle |
| AMIU | aspiration manuelle intra-utérine |
| AMPR | acétate de médroxyprogestérone-retard |
| ARV | antirétroviral/antirétroviraux |
| AT | accoucheuse(s) traditionnelle(s) |
| BEmOC | soins obstétricaux d'urgence de base |
| C&E | contrôle et évaluation |
| CAP | procédure d'appel global |
| CD | conseil et dépistage |
| CDI | consommateur de drogues injectables |
| CDV | conseil et dépistage volontaire |
| CE | contraception d'urgence (pilule du lendemain) |
| CEDAW | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes |
| CEmOC | soins obstétricaux d'urgence complets |
| CERF | Fonds central d'intervention d'urgence |
| CHAP | Plan d'action humanitaire commun |
| CIC | Contraceptif(s) injectable(s) combiné(s) |
| CIDE | Convention internationale des Droits de l'Enfant |
| CIPD | Conférence internationale sur la population et le développement |
| COC | Contraceptif(s) oral(aux) combiné(s) |
| D&C | dilatation et curetage |
| DC | distribution communautaire |
| DIU | dispositif intra-utérin |
| DIU au cuivre | dispositif intra-utérin au cuivre |
| DIU-LNG | Dispositif intra-utérin à base de lévonorgestrel |
| DMU | dispositif minimum d'urgence |
| DUDH | Déclaration universelle des droits de l'homme |
| EAS | exploitation et abus sexuels |
| GB | globules blancs |
| HAP | Humanitarian Accountability Partnership |
| HEADSSS | home, education/employment, activities, drugs, sexuality, suicide and depression, safety (maison, école/université/emploi, activités, drogues, sexualité, suicide/dépression, sécurité) |
| HIV VCT | HIV voluntary counselling and testing |
| HLD | désinfection poussée |
| HRB | Service des interventions humanitaires |
| HSH | hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes |
| HSV | virus de l'herpès |

a2

ANNEXE 2

Acronymes & abréviations

| | |
|---------|---|
| IAFM | Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire |
| IAR | infection(s) de l'appareil reproducteur |
| IASC | Comité permanent interorganisations |
| IAWG | Groupe de travail Interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise |
| IEC | information, éducation et communication |
| IEHK | kit sanitaire d'urgence interorganisations |
| IIU | insémination intra-utérine |
| IM | intramusculaire |
| IMC | indice de masse corporelle |
| INTI | inhibiteur(s) nucléosidique(s) de la transcriptase inverse (INTI) |
| IST | infection(s) sexuellement transmissible(s) |
| ITT | infection(s) transmissible(s) par transfusion |
| IU | infection urinaire |
| IV | intraveineux/intraveineuse |
| IVA | inspection visuelle après application d'acide acétique (vinaigre) |
| IVL | inspection visuelle au soluté de Lugol Iodine |
| LMP | dernières règles |
| MdS | Ministère de la Santé |
| NET-EN | éнанthane de noréthistérone |
| NU | Nations Unies |
| NVP-du | dose unique de Néviraprine |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | organisation non-gouvernementale |
| ONUSIDA | Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PAP | test de Papanicolaou |
| PC | prévalence contraceptive |
| PCO | pilule(s) contraceptive(s) orale(s) |
| PCP | pneumocystose |
| PCR | réaction en chaîne par polymérase |
| PCU | pilule(s) contraceptive(s) d'urgence |
| PF | planning familial |
| PID | maladie inflammatoire pelvienne |
| PLHIV | personne vivant avec le VIH/SIDA |
| PPE | prophylaxie post-exposition |
| PSB | Service d'approvisionnement |
| PSF | procédure(s) standard de fonctionnement |
| PSI | Population Services International |
| PTME | prévention de la transmission mère-enfant |
| RhD | Rhésus D |
| RPR | test rapide de la réagine plasmatique |
| SC | sous-cutané |
| SCA | soins complets d'avortement |
| SdSP | soins de santé primaires |
| SIDA | syndrome d'immunodéficience acquise |
| SMI | santé maternelle et infantile |

| | |
|-----------|---|
| SMN | santé maternelle et néonatale |
| SOU | soins obstétriques d'urgence |
| SPA | soins post-avortement |
| SPN | soins prénatals |
| SR | santé reproductive |
| SRA | santé reproductive des adolescents |
| TAR | traitement antirétroviral |
| TB | tuberculose |
| TDR | test de diagnostic rapide |
| TIG | immunoglobuline antitétanique |
| TME | transmission mère-enfant |
| TT | anatoxine tétanique |
| UI | unités internationales |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la population |
| UNHCR/HCR | Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USAID | Agence des États-Unis pour le développement international |
| VBG | violence basée sur le genre |
| VDRL | laboratoire de recherches sur les maladies vénériennes |
| VHB | virus de l'hépatite B |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |
| VPH | papillomavirus humain |
| YCBDA | Jeune(s) distributeur(s) communautaire(s) |

Modèle de code de conduite

Conformément à la mission de [ORGANISATION] et aux principes du droit international et des codes de conduite internationaux, tout le personnel de [ORGANISATION], y compris les membres du personnel international et national, à temps plein et à temps partiel, fournisseurs et volontaires doivent respecter les droits humains fondamentaux, la justice sociale, la dignité humaine et le respect de l'égalité des droits pour les hommes, les femmes et les enfants. Respectant ainsi la dignité et la valeur de chaque personne, l'agent de [ORGANISATION] traitera toutes les personnes de manière égale sans distinction aucune en fonction de la race, du sexe, de la religion, de la couleur, de l'origine nationale ou ethnique, de la langue, de la situation matrimoniale, de l'orientation sexuelle, de l'âge, du statut socio-économique, de l'infirmité, des convictions politiques ou autre caractéristique.

Les agents de [ORGANISATION] reconnaissent qu'ils doivent observer certaines normes internationales de comportement et qu'elles passent en premier avant les pratiques culturelles nationales et locales. Fidèle à ces comportements d'ordre plus général, [ORGANISATION] demande également de manière plus spécifique que les agents de [ORGANISATION] se plient au Code de conduite suivant :

Engagements face au Code de conduite de [ORGANISATION]

- (1) Un agent de [ORGANISATION] est tenu de traiter les personnes avec respect et courtoisie conformément aux conventions et normes de comportement tant internationales que nationales.
- (2) Un agent de [ORGANISATION] ne doit jamais commettre un acte qui comporte des répercussions physiques, sexuelles ou psychologiques pour les bénéficiaires de notre programme.
- (3) Un agent de [ORGANISATION] ne devrait pas approuver ou participer à un acte de corruption ou autre activité illégale.
- (4) [ORGANISATION] et les agents de [ORGANISATION] reconnaissent l'inégalité des pouvoirs dans leur travail et les risques d'exploitant qui en découlent dans le travail d'aide humanitaire et savent qu'une telle exploitation sape la crédibilité du travail humanitaire et nuit terriblement aux victimes de ces actes ainsi qu'à leur famille et communautés. C'est la raison pour laquelle il est interdit aux agents de [ORGANISATION] d'entretenir des relations sexuelles avec les bénéficiaires.* Il est strictement interdit d'avoir des relations sexuelles avec des enfants (personnes de moins de 18 ans).
- (5) L'agent de [ORGANISATION] ne doit jamais abuser de la position de pouvoir qu'il occupe pour apporter une assistance humanitaire, soit pour refuser cette assistance, soit pour accorder un traitement préférentiel en contrepartie de demandes de faveurs sexuelles.
- (6) Tous les agents de [ORGANISATION] doivent observer les normes les plus éthiques d'intégrité, de responsabilité et de transparence dans la fourniture de produits et services dans le cadre de l'exécution des responsabilités afférentes à leur position.

a3

ANNEXE 3

Modèle de code de conduite

(7) L'agent de [ORGANISATION] est tenu de signaler immédiatement tout cas, soupçonné ou confirmé, de mauvaise conduite à ses supérieurs (en empruntant la voie hiérarchique indiquée).
La plus stricte confidentialité sera observée pour protéger toutes les personnes impliquées.

Je, soussigné, déclare avoir lu et compris le présent Code de conduite. Je m'engage à exécuter mes fonctions en tant qu'employé du Programme VBG conformément au Code de conduite. Je suis au courant du risque d'encourir des sanctions disciplinaires pour manquement au Code de conduite.

Nom, fonction et signature de l'employé, date

Nom, fonction et signature du directeur, date

Adapté de : Violences sexo-spécifiques : Manuel d'outils pour l'évaluation préliminaire, la conception, le suivi et l'évaluation de programmes. Consortium RHRC, 2004.



天新

家新

人新