



DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS »

CADRE DE RÉFÉRENCE



DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

» CADRE DE RÉFÉRENCE

CHAPITRE 1 :LES PRINCIPES D'INTERVENTION
DE MÉDECINS DU MONDE**CHAPITRE 2 :**

LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SOINS

CHAPITRE 3 :

DIAGNOSTIC EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

CHAPITRE 4 :

ÉLÉMENTS DU CONTINUUM DE SOINS

CHAPITRE 5 :

OFFRE DE SOINS TRANSVERSALE

CHAPITRE 6 :

INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE

CHAPITRE 7 :DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES INDIVIDUS
ET DES COMMUNAUTÉS

ANNEXES

Contributeur.rice.s :

Version 2013 : **Coordination :** Sandrine Simon / **Autrice :** Elise Lesieur / **Ont participé à la rédaction / relecture :** Irène Aboudaram, Dominique Benedittini, Magali Bouchon, Anne Desmarest, Yedra Garcia, Catherine Giboin, Maragarita Gonzalez, Nicolas Guihard, Sybille Gumucio, Tanit Iglesias, Sophie Laurence, Clément Lazarus, Niklas Luhmann, Marie Lussier, Maieule Nouvellet, Camille Montfort, Karina Morales, Gérard Pascal, Eric Peterman, Myriam Pomarel, Helena Ranchal, Jeanine Rochefort, Stéphane Saint-Léger, Nathalie Simonnot

Révision 2019 : **Coordination :** Sarah Neusy / **Autrice :** Aurélie Musca Philipps / **Ont participé à la rédaction / relecture :** Irène Aboudaram, Olga Bautista Cosa, Magali Bouchon, Laetitia Clouin, Marie-Laure Deneffe-Dobrzinski, Aliaa El Amri, Catherine Giboin, Sodeha Hien, Tanit Iglesias, Mehdi Lahmar, Najat Lahmidi, Tim Leicester, Aurélie Leroyer, Marie Lussier, Hélène Ménard, Marielle Moizan, Maieule Nouvellet, Sophie Rhodes, Chloé Roger / **Témoignages des missions :** Algérie, Burkina Faso, France, Italie, Madagascar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, RCA, RCI, RDC, Russie / **Traduction :** Caroline Matteo (Anglais), Elisa Vilches et Javier Ceballos (Espagnol) / **Mise en page :** Laurene Chesnel / **Impression :** Promoprint, 2021
ISBN : 978-2-918362-91-3

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	14	santé, prévention et soins curatifs	38	IV. Les barrières financières	62	1. Définition	87
Introduction	16	3. Le plaidoyer	39	1. Définition / concept	62	2. Paquet minimum d'activités	88
CHAPITRE 1		4. Partenariats et collaborations,	43	2. Comment réduire cette barrière	63	a) Objectifs	88
LES PRINCIPES		participation communautaire	43	à l'accès aux soins ?	63	b) Interventions clés	88
D'INTERVENTION DE				V. Les barrières légales et		3. Comprendre la problématique	88
MÉDECINS DU MONDE	18	IV. La stratégie d'intervention en	44	administratives	65	a) Généralités	88
		SSR de Médecins du Monde	44	1. Définition / concept	65	b) Contenus	89
I. L'engagement de Médecins du		1. Les objectifs	44	2. Comment réduire cette barrière	66	c) Mise en œuvre	91
Monde	21	2. Le cadre de mise en œuvre	44	à l'accès aux soins ?	66	4. Modalités d'intervention	93
		a) Prévention et prise en charge	46	CHAPITRE 3		a) Appuyer la formulation ou	
II. Les définitions de concepts clés	30	des Grossesses Non Désirées	46	DIAGNOSTIC EN SANTÉ		renforcer les politiques nationales	93
1. Droits et santé sexuels et	30	b) Réponse aux besoins de SSR	47	SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	68	en matière d'ESC	93
reproductifs	30	dans les contextes de crise	47	I. Diagnostic général	71	b) Réduire les barrières à l'accès à	
2. Sexualité	31	c) Prévention du Cancer du Col de	48	1. Analyse du contexte	71	l'ESC et aux services de SSR pour	
3. Genre et sexe	32	l'Utérus (P-CCU)	48	2. L'identification, la priorisation et		les adolescent.e.s et les jeunes	94
4. Mortalité maternelle	32	3. Une offre de soins qui nourrit un	48	l'analyse des problèmes collectifs		de santé	95
5. Avortement	33	plaidoyer institutionnel	48	de santé publique et des		d) Favoriser l'implication	
6. Soins de qualité	34	CHAPITRE 2		interventions possibles	73	communautaire autour de l'ESC	96
		LES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX		II. Éléments spécifiques pour		II. Conseil et services proposant	
III. Un positionnement tourné vers		SOINS	50	l'analyse de contexte lorsque le		des méthodes de contraception	
l'action	35			champ d'intervention envisagé		efficaces	97
1. Les approches retenues	35	I. Définitions	52	inclut les DSSR	74	1. Définition	97
a) Une approche de santé	35			1. Politiques de santé	74	2. Paquet minimum d'activités	98
publique	35	II. Les déterminants socioculturels	55	2. Cartographie des acteurs et des		a) Objectifs	98
b) Une approche fondée sur les	36	1. Définition / concept	55	services	75	b) Interventions clés	98
droits humains	36	2. Comment réduire cette barrière	55	3. Cadre légal	76	3. Comprendre la problématique	100
c) Une approche fondée sur le	36	à l'accès aux soins ?	55	4. Genre	77	a) Généralités	100
genre	36			5. Évaluation des structures de		b) Le droit à l'accès à la	
d) Une approche d'empowerment	37	III. Les barrières géographiques	59	santé	79	contraception	101
individuel et communautaire	37	1. Définition / concept	59	6. Évaluation des personnels de		c) Les services de qualité	102
e) Une approche transversale	37	2. Comment réduire cette barrière	59	santé	80	d) Le conseil en matière de	
de santé mentale et de support	37	à l'accès aux soins ?	59	7. Étude socio-anthropologique	82	méthodes de contraception	
psychosocial	37			CHAPITRE 4		efficaces	103
2. L'offre de soins : promotion de la				ÉLÉMENTS DU CONTINUUM DE		e) La contraception d'urgence	104
				SOINS	84	f) La distribution à base	
				I. L'Éducation sexuelle complète	87	communautaire	106
						g) Contraception du post-partum	
						et du post-abortum	107
						h) Infertilité	108
						i) IST / VIH	108
						j) Prévention du cancer du col de	

l'utérus	109	prénataux	128	2. <u>Paquet minimum d'activités</u>	154	e) Le conseil tout au long des soins liés à l'avortement sécurisé	178
<u>4. Modalités d'intervention</u>	109	d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé	129	a) Objectifs	155	f) La contraception du post-abortum	178
a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en matière d'accès à la contraception	110	e) Favoriser l'implication communautaire	129	<u>3. Comprendre la problématique</u>	157	g) Stratégie de réduction des risques liés aux pratiques dangereuses d'avortement	179
b) Réduire les barrières à l'accès aux services proposant des méthodes de contraception	110	IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats	130	a) Généralités	158	h) Le plaidoyer en matière de soins complets d'avortement	180
c) Améliorer l'offre de services	111	<u>1. Définition</u>	131	b) Complications médicales et référencement	159	<u>4. Modalités d'intervention</u>	181
d) Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé	111	<u>2. Paquet minimum d'activités</u>	131	c) Éducation pour la santé	160	a) Formuler ou renforcer les politiques nationales	181
e) Favoriser l'implication communautaire autour de l'accès à la contraception	112	a) Objectifs	131	d) Promouvoir l'allaitement maternel exclusif	160	b) Réduire les barrières à l'accès aux soins	182
III. Soins prénataux	114	b) Interventions clés	133	e) Dépistage du CCU	161	c) Améliorer l'offre de soins liés à l'avortement sûr	183
<u>1. Définition</u>	114	<u>3. Comprendre la problématique</u>	136	f) L'accès à des méthodes de contraception efficaces	161	d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé	184
<u>2. Paquet minimum d'activités</u>	115	a) Généralités	136	g) Le personnel compétent dans la prise en charge des nouveau-nés	162	e) Favoriser l'implication communautaire	185
a) Objectifs	115	b) L'intérêt des SONUB et des SONUC	138	h) Soins à domicile du nouveau-né	163	CHAPITRE 5	
b) Interventions clés	115	c) L'accoucheur qualifié	139	i) Vaccination	164	OFFRE DE SOINS	186
<u>3. Comprendre la problématique</u>	118	d) L'accès aux soins	140	<u>4. Modalités d'intervention</u>	164	TRANSVERSALE	190
a) Généralités	118	e) Le partogramme	141	a) Formuler ou renforcer les politiques nationales	164	I. Prévention du cancer du col de l'utérus	190
b) La durée des consultations	119	f) Soins immédiats aux nouveau-nés	142	b) Réduire les barrières à l'accès aux soins	165	<u>1. Définition</u>	191
c) Éducation pour la santé	119	g) Le nouveau-né prématuré et / ou de faible poids	143	c) Améliorer l'offre de soins du post-partum	166	<u>2. Place dans le continuum de soins</u>	191
d) Complications médicales et référencement	120	h) L'allaitement maternel exclusif	145	d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé	166	<u>3. Comprendre la problématique</u>	191
e) Préparation à la naissance et aux complications	122	i) Post-partum immédiat	146	e) Favoriser l'implication communautaire	167	a) Généralités	192
f) Prévention de l'anémie maternelle	122	j) Les services amis des bébés	146	VI. Prise en charge des grossesses non désirées et soins complets d'avortement	168	b) Papillomavirus et facteurs de risque	195
g) Prévention du tétanos maternel et néonatal	123	k) Surveillance des décès maternels et réponses	148	<u>1. Définition</u>	170	c) Modalités de prévention	197
h) Prévention des IST notamment de la syphilis	123	<u>4. Modalités d'intervention</u>	149	<u>2. Paquet minimum d'activités</u>	170	d) Approche communautaire et messages de sensibilisation	197
i) Le dossier individuel	125	a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins obstétricaux et néonataux immédiats	149	a) Objectifs	170	e) Dépistage des lésions précancéreuses	197
j) Prévention et prise en charge du paludisme maternel	125	b) Réduire les barrières à l'accès aux soins	149	b) Interventions clés	173	f) Traitement des lésions précancéreuses et suivi	200
<u>4. Modalités d'intervention</u>	126	c) Renforcer la qualité des soins obstétricaux et néonataux	150	<u>3. Comprendre la problématique</u>	173	g) Traitement des lésions cancéreuses et référencement	200
a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales	126	d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé	151	a) Généralités	174	h) Prise en charge de la douleur et	203
b) Réduire les barrières à l'accès aux soins pour toutes les femmes	127	e) Favoriser l'implication communautaire	151	b) Les obstacles à l'accès à l'avortement	174		
c) Renforcer la qualité des soins	127		153	c) Les activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes	175		
		V. Soins du post-partum	153	d) Les méthodes d'avortement	175		
		<u>1. Définition</u>	154				

accompagnement de la fin de vie	203	de la femme/adolescente au sein de la communauté	216	<u>4. Modalités d'intervention</u>		VI. Offre de soins adaptée aux adolescent.e.s et aux jeunes	247
<u>4. Modalités d'intervention</u>				a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales	203	<u>1. Définition</u>	247
a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales	203	III. Prise en charge et prévention des pratiques traditionnelles néfastes	217	b) Réduire les barrières à l'accès aux soins	236	<u>2. Éléments de vulnérabilité</u>	248
b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage, la prise en charge des lésions précancéreuses et l'orientation des cas de cancers	204	<u>1. Définition</u>	217	c) Appuyer la mise en place ou le renforcement de la PTPE dans les services de santé sexuelle et reproductive	236	a) Mariages précoces	248
c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de CCU	204	<u>2. Place dans le continuum de soins</u>	218	d) Renforcer l'éducation pour la santé sur la PTPE et la SSR	236	b) Influence des pairs et de la pornographie	249
d) Favoriser l'implication communautaire autour de la question du CCU	205	<u>3. Comprendre la problématique</u>	218	e) Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge de la PTPE	237	c) Manque de structures adaptées	249
	207	a) Généralités	220		238	d) Obstacles à l'accès à des services proposant des méthodes de contraception efficaces	249
II. Violences liées au genre	207	b) Causes	220	V. Fistules obstétricales	238	e) Vulnérabilité psycho-affective et socio-économique	250
<u>1. Définition</u>	207	c) Conséquences	221	<u>1. Définition</u>	238	f) Complications obstétricales et néonatales	250
<u>2. Place dans le continuum de soins</u>	208	4. Modalités d'intervention	221	<u>2. Place dans le continuum de soins</u>	239	g) Violences Liées au Genre	251
<u>3. Comprendre la problématique</u>	209	a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales	221	<u>3. Comprendre la problématique</u>	241	h. Les IST et le VIH/sida	251
a) Généralités	209	b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes	223	a) Généralités	241	i) Conflits de valeur	251
b) Causes et facteurs de vulnérabilité	210	c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de droits humains, de DSSR, de genre et de pratiques traditionnelles néfastes	223	b) Causes et données épidémiologiques	242	<u>3. Offre spécifique de soins</u>	
c) Conséquences	211	d) Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes	223	c) Conséquences	243	a) Améliorer la qualité des services de santé	252
d) Prévention	211	e) Encourager le changement social, la valorisation de la position de la femme/adolescente au sein de la communauté	224	<u>4. Modalités d'intervention</u>	244	b) Promouvoir l'Éducation Sexuelle Complète (ESC)	254
e) Prise en charge	213	IV. Prévention de la transmission parent-enfant du VIH	225	a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales sur la fistule obstétricale	244	c) Promouvoir l'implication du secteur de l'Éducation dans la prévention des GND chez les adolescentes et les jeunes et dans la lutte contre les inégalités de genre et les VLG	255
<u>4. Modalités d'intervention</u>		<u>1. Définition</u>	226	b) Réduire les barrières à l'accès aux soins	244	VII. Offre de soins adaptée aux travailleur.euse.s du sexe	256
a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales	213	<u>2. Place dans le continuum de soins</u>	230	c) Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des femmes porteuses d'une fistule obstétricale	245	<u>1. Définition</u>	257
b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des survivant.e.s de VLG	214	<u>3. Comprendre la problématique</u>	230	d) Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé pour les femmes, les couples et les communautés	245	<u>2. Éléments de vulnérabilité</u>	258
c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de droits humains et de violences liées au genre	214	a) Généralités	232	e) Favoriser l'implication communautaire autour de la fistule obstétricale	246	a) Les IST et le VIH/sida	258
d) Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les violences liées au genre	215	b) Barrières à la PTPE	234			b) L'usage de substances psychoactives (drogues, alcool)	258
e) Encourager le changement social, la valorisation de la position	215	c) Conséquences pour l'enfant	235			c) Problèmes psychologiques	259

VIII. Offre de soins adaptée aux migrant.e.s		c) Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST	286	<u>4. La participation</u>	308	de prise en charge des GND et des SCA, prérequis et modalités de validation	338
<u>1. Définition</u>	264	d) Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant.e.s	287	<u>5. Approche par les droits et empowerment</u>	309		
<u>2. Éléments de vulnérabilité</u>	264	e) Prévenir les grossesses non désirées	288	<u>6. Approche genre et empowerment</u>	310	Annexe 5. Grille d'évaluation SSR	344
a) Difficultés d'accès aux soins	264	f) Planifier l'intégration des services de SSR complets dans les soins de santé primaires	289	II. Quatre domaines d'action prioritaires pour développer le pouvoir d'agir	312	Annexe 6. Grille d'analyse Genre et Continuum de Genre	354
b) Violences Liées au Genre	265	<u>3. Autre priorité en matière de SSR : les soins complets d'avortement</u>	290	<u>1. La participation dans le cycle de projet</u>	312		
c) Difficultés d'accès aux services de santé reproductive	266	<u>4. Médicaments et matériels médicaux nécessaires</u>	290	a) Diagnostic et élaboration	312		
d) GND et accès à la contraception	267	III. Focus sur la prévention et la prise en charge des VLG	292	b) Planification et mise en œuvre	313		
<u>3. Offre spécifique de soins</u>	267	<u>1. Définition</u>	292	c) Évaluation et capitalisation	313		
IX. Offre de soins adaptée aux personnes LGBTQ	270	<u>2. Comprendre la problématique</u>	293	<u>2. L'éducation pour la santé et les valeurs et attitudes des professionnel.le.s</u>	314		
<u>1. Définition</u>	270	<u>3. Modèle d'intervention de MdM</u>	294	<u>3. Le soutien aux individus et aux communautés dans leur plaidoyer</u>	316		
<u>2. Éléments de vulnérabilité</u>	271	<u>4. Éléments de prise en charge relatifs au noyau dur</u>	296	<u>4. Le soutien à l'émergence et au développement des organisations communautaires</u>	316		
a) Les IST et le VIH/sida	271	a) Prise en charge médicale	296	III. Éléments spécifiques pour la mise en œuvre d'une approche empowerment dans les projets de SSR	318		
b) VLG et notamment basées sur l'orientation affective-sexuelle et l'identité de genre	272	b) Intervention en santé mentale et soutien psychosocial	298	ANNEXES	322		
c) Accès inadéquat aux services de SSR	272	c) Gestion de la confidentialité	299	Annexe 1. Liste d'indicateurs de référence SSR	324		
d) Comportements addictifs	272	d) Mécanismes de coordination	299	Annexe 2. Médicaments essentiels génériques, consommables et matériels	325		
<u>3. Offre spécifique de soins</u>	272	e) Système de référencement	300	Annexe 3. Principaux instruments du droit international se rapportant à la question de l'avortement	336		
CHAPITRE 6		CHAPITRE 7		Annexe 4. Modalités d'intervention en matière d'offre			
INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE	276	DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS	302				
I. SSR en situation de crise	279	I. Définitions / concepts	305				
<u>1. Définitions</u>	279	<u>1. L'empowerment</u>	305				
<u>2. Généralités</u>	279	<u>2. La conscience critique</u>	305				
<u>3. IAWG et le manuel inter-organisations</u>	281	<u>3. Le pouvoir</u>	306				
II. Dispositif minimum d'urgence	282	a) Le « pouvoir intérieur »	306				
<u>1. Objectifs</u>	282	b) Le « pouvoir de »	306				
<u>2. Les activités prioritaires du DMU</u>	284	c) Le « pouvoir avec »	307				
a) Coordination de la mise en œuvre du DMU	284	d) Le « pouvoir sur »	307				
b) Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales	285						

PRÉAMBULE

SANDRINE SIMON,
Directrice de la Direction Santé
& Plaidoyer, Médecins du Monde

PHILIPPE DE BOTTON,
Président, Médecins du Monde

En 2010, MdM faisait de l'accès aux services et aux droits de santé sexuelle et reproductive une de ses priorités d'action. 10 ans après, les indicateurs de mortalité et de morbidité maternelles enregistrent des progrès notables mais les défis demeurent immenses, les avancées inégales ou fragiles et les oppositions conservatrices toujours aussi farouches face à la liberté des femmes et des filles à disposer de leur corps et décider de leur sexualité.

Mais pour autant les lignes bougent, les mentalités évoluent, des acteurs de la société civile, de la santé, de la recherche, des personnalités politiques, des bailleurs de fonds se mobilisent pour garantir le respect des droits sexuels et reproductifs partout dans le monde pour toutes et tous. En 2015, les objectifs de développement durable (ODD) se démarquent des objectifs du millénaire en accordant une place centrale à la lutte pour l'égalité de genre à l'accès aux services de SSR, conformément aux programmes d'action du Caire et de Beijing. En 2017, le mouvement global *SheDecides* est lancé en réaction à la réactivation du global gag rule par l'administration américaine. Quelques mois plus tard, le partenariat

mondial *Family Planning 2020* est réaffirmé et élargi à de nouvelles parties prenantes dont Médecins du Monde.

En 2019, le droit à l'avortement devient enfin une réalité pour les femmes en Irlande et s'invite à l'agenda législatif en République démocratique du Congo en conséquence de l'officialisation de la ratification du protocole de Maputo.

La version révisée de ce *Cadre de référence sur les droits et la santé sexuels et reproductifs*, dont la version initiale avait été éditée en 2013, se veut le reflet de la structuration de l'expertise technique, médicale et de la parole politique de MdM dans cet environnement qui évolue, avec pour exigence permanente : la qualité de nos actions aux services des usager.ère.s et auprès de nos partenaires. Notre vision repose sur la conviction que l'accès et la disponibilité de services de **SSR complets et de qualité implique une approche globale et intégrée du continuum de soins** fondée sur la promotion, le respect et la garantie des droits humains, la réduction des inégalités de genre et l'empowerment des individus et des communautés.

Notre expertise et nos combats politiques s'articulent autour de 3 axes stratégiques qui demeurent pleinement d'actualité au regard des indicateurs sanitaires et des entraves aux droits des personnes, en particulier des femmes et des filles en situation de vulnérabilité et de précarité :

- La prévention et prise en charge des grossesses non désirées
- La réponse aux besoins de SSR en contexte de crise
- La prévention du cancer du col de l'utérus.

Nous défendons également l'idée que **la SSR ne peut pas et ne doit pas être pensée de façon verticale, mais envisagée en transversal aux autres enjeux de santé publique et de droits humains**. A l'échelle de MdM, nous devons renforcer notre capacité à interroger et prendre en compte les problématiques de santé et de droits sexuels et reproductifs sur l'ensemble de nos projets, que nous agissions auprès des personnes en exil, des travailleur.euse.s du sexe, des usager.ère.s de drogue, en contexte de crise ou de développement : **l'exigence de qualité en SSR doit être la même partout !**

10 ans. Notre engagement est clair, solide et durable. Pour que chaque femme et chaque fille, et plus largement toute personne quel que soit son sexe, son genre ou son orientation sexuelle, puisse décider librement de sa sexualité, de sa santé, de sa vie.

INTRODUCTION

Médecins du Monde (MdM) met en œuvre de nombreux projets associés aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (DSSR). Les approches et le panel d'interventions proposées à ce jour par nos équipes sont variés. Ainsi, ce cadre de référence tend à soutenir les projets dans une démarche qualité en regroupant dans un document unique les aspects opérationnels du positionnement de MdM sur les DSSR adaptés aux contextes d'intervention de MdM et tenant compte des recommandations internationales.

Il vise à :

- ➔ Sensibiliser sur les enjeux de la thématique ;
- ➔ Diffuser et mettre en lumière les bonnes pratiques et le savoir-faire de MdM dans le domaine ;
- ➔ Donner des pistes de réflexion et d'intervention pour le développement et la mise en œuvre de projets ou volets de projet sur cette thématique.

Néanmoins, ce guide ne donne pas de solutions clés en main pour la mise en œuvre d'activités ou la réponse à un manque d'accès à la santé sexuelle et reproductrice ; ces interventions devant

être adaptées à chaque contexte. Une première version de ce guide a été élaborée en 2013. Au regard des évolutions du contexte international en matière de DSSR mais aussi de l'expérience opérationnelle de mise en œuvre de la stratégie SSR de l'organisation, une version révisée de ce guide a été développée en 2019. **Cette nouvelle version prend en compte les recommandations techniques les plus récentes**, ainsi que l'expertise développée par MdM ces dernières années au sein de projets variés. De nombreux acteurs de MdM ont été impliqués dans la rédaction et la révision de ce document afin d'y intégrer la diversité et la richesse des expériences acquises au sein de contextes d'intervention et auprès de publics divers en France et à l'international. Notamment, ce guide a été relu et complété par un comité d'experts sur les thématiques traitées.

Une première partie du document présente les **engagements pris par MdM** concernant la SSR, ses principes d'action ainsi que les axes de plaidoyer défendus par l'association. Ensuite, le document propose une réflexion sur les **barrières à l'accès aux soins** et la manière de

dépasser ces barrières. Celles-ci sont analysées lors d'un **diagnostic** du contexte d'intervention qui doit prendre en compte des aspects spécifiques pour ce qui concerne la santé sexuelle et reproductrice, notamment les impacts en termes de santé publique et le respect des droits fondamentaux en SSR.

Ce document comporte également plusieurs parties thématiques présentant **les différents éléments du continuum de soins en SSR** ainsi que **certains types d'interventions** (qui traversent l'ensemble de ce continuum) tels que la prévention et la prise en charge des violences liées au genre, la prévention du cancer du col de l'utérus, ou la prévention de la transmission verticale du VIH. Nous abordons aussi les interventions en SSR à travers le prisme de populations nécessitant une attention spécifique comme c'est le cas des adolescent.e.s, des travailleuse.s du sexe, des personnes LGBTQ+, ou des personnes migrantes. Au cours de ces chapitres, **des clés de compréhension** sont apportées, **un paquet minimum d'activités recommandées est défini et des exemples d'aide à la planification** et à la mise en œuvre sont donnés. La liste des indicateurs de référence de MdM en SSR, ainsi qu'un catalogue de médicaments essentiels génériques, consommables et matériels sont disponibles en annexe.

Enfin, des chapitres détaillés sont dédiés **aux spécificités des contextes d'urgence, et aux spécificités des approches de renforcement des capacités d'agir individuelles,**

communautaires, et des partenaires. Le guide est **ponctué d'exemples** issus des projets de MdM afin d'illustrer les modalités d'intervention possibles et de mettre en avant la diversité des contextes et des publics ciblés par nos interventions.

L'ensemble des documents de référence mentionnés dans ce guide est disponible sur la page intranet de la Direction Santé Plaidoyer.

Ce guide s'adresse à l'ensemble des acteurs à l'international et en France qui participent à la conception et à la mise en œuvre de projets abordant les questions de droits et santé sexuels et reproductifs. Les personnels médicaux y trouveront des recommandations concrètes quant à l'offre de soins à fournir et des outils pour faciliter leur mise en place. Les personnels spécialisés sur les questions de plaidoyer pourront y trouver les éléments clés en matière d'engagement et de positionnement de l'organisation ainsi que des exemples de mise en œuvre de stratégies de plaidoyer dans des contextes variés. D'autre part, les personnes participant à la définition et à la coordination des interventions (salariés et associatifs, sur le terrain ou au siège...) pourront s'inspirer des éléments de réflexion et d'appui pour le diagnostic, la programmation, la mise en œuvre et le suivi de projets de SSR qui prennent en compte les différents axes de la démarche de promotion de la santé.

En matière d'écriture, tout au long de ce guide, l'ensemble des accords sont à comprendre au genre féminin et masculin.



CHAPITRE 1

LES PRINCIPES D'INTERVENTION DE MÉDECINS DU MONDE

I. L'ENGAGEMENT DE MÉDECINS DU MONDE

II. LES DÉFINITIONS DE CONCEPTS CLÉS

1. DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS
2. SEXUALITÉ
3. GENRE ET SEXE
4. MORTALITÉ MATERNELLE
5. AVORTEMENT
6. SOINS DE QUALITÉ

III. UN POSITIONNEMENT Tourné VERS L'ACTION

1. LES APPROCHES RETENUES
 - a) Une approche de santé publique
 - b) Une approche fondée sur les droits humains
 - c) Une approche fondée sur le genre
 - d) Une approche d'empowerment individuel et communautaire
 - e) Une approche transversale de santé mentale et de support psychosocial
2. L'OFFRE DE SOINS : PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET SOINS CURATIFS
3. LE PLAIDOYER
4. PARTENARIATS ET COLLABORATIONS, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

IV. LA STRATÉGIE D'INTERVENTION EN SSR DE MÉDECINS DU MONDE

1. LES OBJECTIFS
2. LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE
 - a) Prévention et prise en charge des Grossesses Non Désirées
 - b) Réponse aux besoins de SSR dans les contextes de crise
 - c) Prévention du Cancer du Col de l'Utérus (P-CCU)
- 3) Une offre de soins qui nourrit un plaidoyer institutionnel

I. L'ENGAGEMENT DE MÉDECINS DU MONDE

Médecins du Monde affirme sa volonté de travailler en faveur de l'**accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive** et s'inscrit ainsi dans la lignée des textes internationaux et régionaux définissant les droits humains et en particulier ceux relatifs aux droits et à la santé sexuels et reproductifs (*voir encadré ci-dessous*).

De par les valeurs qu'elle défend, **l'association oriente plus spécifiquement son action auprès des populations vulnérables** en reconnaissant que la notion de vulnérabilité regroupe des réalités différentes selon les contextes. MdM s'engage à développer et mettre en place des interventions qui permettent de **combattre les différentes inégalités en santé** et de lutter à travers ces actions contre tous types de discriminations aussi bien basées sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, que celles en raison des classes sociales, de l'âge, du handicap, de l'appartenance ethnique, religieuse ou politique des personnes. Dans ce sens, MdM tend à prendre en compte dans les projets portés par

l'organisation les besoins spécifiques des personnes, et à combattre les discriminations et les inégalités. **Traditionnellement, les réponses en santé ont été réfléchies en prenant en compte les besoins des hommes adultes comme une norme universelle** applicable à toutes les personnes, rendant invisibles les caractéristiques et les besoins spécifiques des femmes, et des personnes LGBTQ+ et renforçant les inégalités en santé et les stéréotypes de genre. Les inégalités de genre renforçant les inégalités en santé, MdM s'engage donc à **incorporer une approche genre intersectionnelle à toutes ses actions** afin d'œuvrer en faveur de l'équité en termes de santé.

De plus, en matière de SSR, **les adolescent.e.s représentent un groupe vulnérable** pour lequel une attention particulière est nécessaire en ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En effet, une vulnérabilité supplémentaire du fait de leur statut lorsqu'ils sont mineurs¹ et un risque accru de développer des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement doivent être

1. MdM entend par mineur toute personne âgée de moins de 18 ans tel que le précise l'article 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (1989).

pris en compte ; les services de santé doivent être adaptés à ce groupe d'âge. Les travailleur.euse.s du sexe représentent également un groupe clé pour lequel les besoins spécifiques en matière de SSR sont souvent négligés. D'autre part, **les personnes migrantes** font souvent face à une réalité sanitaire défavorable compte tenu d'un faible niveau d'accès aux services. En conséquence, MdM s'attache à travailler avec les personnes pour lesquelles les services de santé font le plus défaut et travaille en collaboration avec les acteurs existants pour renforcer l'offre de soins afin que les populations isolées puissent bénéficier d'une prise en charge globale et de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive.

Dans des **zones de crises ou de conflits** ponctuels ou plus durables, les populations sont affectées par un accès aux soins rendu difficile par la situation sécuritaire, la déstructuration du système sanitaire et/ou d'autres obstacles à une prise en charge de qualité. Dans ces contextes, les femmes et les enfants sont souvent les premiers exclus des systèmes de santé. En ce sens, MdM a défini les interventions dans les contextes de crise ou de conflit comme un des axes prioritaires de son action.

Médecins du Monde définit son action et priorise ses interventions au regard des DSSR en tenant compte de ces réalités.

Médecins du Monde reconnaît

l'importance d'une prise en charge holistique qui permet le suivi des personnes tout au long d'un **continuum de soins** qui va de la communauté aux services de référence en passant par les structures sanitaires de proximité et qui accompagne ces personnes tout au long de leur parcours de vie dans les sphères liées à leur sexualité et à la reproduction.

Pour l'identification des éléments de ce continuum et de l'offre de soins proposée, on s'appuie sur la définition intégrée de la santé et des droits sexuels et reproductifs proposée en 2018 par la commission Guttmacher-Lancet² (voir chapitre 1. II. Les définitions de concepts clés). Médecins du Monde reconnaît que pour renforcer le continuum de soins, un aspect essentiel est de favoriser **l'accès aux services de santé et le respect du droit à la santé.**

Pour cela, **quatre dimensions** doivent être prises en compte : les barrières géographiques, les barrières légales et administratives, les barrières financières ainsi que les déterminants socioculturels³ qui peuvent entraver l'accès aux services.

C'est pourquoi, au sein des projets qui offrent des soins de santé sexuelle et reproductive, la réflexion doit être menée afin de favoriser, et de renforcer au besoin, la mise en place d'initiatives permettant la levée de ces barrières.

En ce qui concerne les **barrières financières**, les initiatives permettant

la gratuité au point de service seront favorisées⁴.

Concernant les **barrières géographiques**, la réflexion autour des possibilités de référencement entre la communauté, les structures sanitaires de proximité et les services de référence est un élément essentiel.

Concernant les **barrières d'ordre légal**, des approches de plaidoyer pour le respect des droits sexuels et reproductifs seront mises en place.

Quant à la prise en compte des **barrières socioculturelles**, elle permet notamment de renforcer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. La réflexion sur l'accessibilité aux services de santé devrait être menée en lien avec les autorités sanitaires et les acteurs locaux afin de ne pas créer de modalités parallèles, voire contradictoires, mais de travailler en synergie.

2. Commission Guttmacher-Lancet, *Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous*, 2018

3. Bouchon M., *Accès aux soins et déterminants socioculturels*, MdM, 2012

4. MdM, *Positionnement sur l'accès gratuit aux soins de santé primaires*, validation en CA du 12 janvier 2008.

TEXTES DE RÉFÉRENCE EN FAVEUR DES DROITS À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement découle implicitement du droit à la vie, droit fondamental des femmes et des filles (et de tout être humain) décrit dans tous les textes internationaux et régionaux concernant les droits des femmes et des filles. La jouissance de ce droit par les femmes dépend de leur capacité à exercer trois autres droits humains fondamentaux : le droit aux soins de santé, le droit à la non-discrimination et le droit à la liberté de choix en matière de reproduction.

Concrètement, pour accéder à la SSR, il faut d'abord réaliser ses droits à l'effet, qui reposent eux-mêmes sur les droits humains de chaque personne à :

- Définir librement sa propre sexualité, y compris son orientation sexuelle, son identité et son expression de genre
- Décider si et quand elle désire être sexuellement active
- Choisir son ou ses partenaires sexuels
- Jouir d'une expérience sexuelle sans risque et qui lui procure du plaisir
- Décider si, quand et avec qui se marier
- Décider si, quand et par quel moyen avoir un ou plusieurs enfants et combien en avoir
- Avoir accès toute sa vie durant à l'information, aux ressources, aux services et à l'accompagnement nécessaires à la réalisation de tout ce qui précède, sans discrimination, contrainte, exploitation ni violence

L'ensemble de ces droits sont retranscrits dans des engagements pris par la communauté internationale et ratifiés par les États. Qu'il s'agisse de traités, conventions ou déclarations, ces textes constituent un cadre légal de protection internationale et régionale relatif aux droits sexuels et reproductifs. Les États dès lors qu'ils sont parties à l'un de ces textes s'engagent à tout mettre en œuvre pour rendre ce droit effectif. Ils sont donc soumis à un certain nombre d'obligations. De fait, des mécanismes de surveillance et de contrôle existent afin de s'assurer que les États respectent leurs engagements. À cela s'ajoutent, pour certains, des mécanismes de dépôt de plainte individuelle. Tenir les gouvernements juridiquement comptables de la réalisation de ces droits est un moyen puissant de surmonter l'acceptation de la mort durant la grossesse ou l'accouchement comme un risque inévitable lié à la condition féminine.

Les conventions internationales de protection des droits humains ne font pas expressément référence aux Droits Sexuels et Reproductifs mais ces derniers sont ancrés dans les droits humains universels et impératifs. Les droits sexuels sont apparus progressivement à l'occasion des conférences mondiales sur les droits humains et le développement, en vue de protéger les femmes. Les droits humains doivent être respectés, protégés et réalisés. Ils sont universels, inaliénables, indivisibles et interdépendants.

LES INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX DE PROTECTION DES DROITS HUMAINS (WWW.OHCHR.ORG) :

§ **La Charte des Nations unies de 1945** reconnaît et prône l'égalité de droits entre hommes et femmes.

§ **La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948** constitue le fondement du droit international des droits humains. Elle n'est pas juridiquement contraignante. C'est donc un texte dont la portée est avant tout morale, s'appuyant sur l'autorité que confère la signature de la majorité des États du monde.

§ **Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)**, énonce le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité. Il prohibe également les discriminations fondées sur le sexe ou l'orientation sexuelle.

§ **Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)** énonce le droit à jouir du meilleur état de santé physique et mental possible.

§ **La Convention internationale des droits de l'enfant (1989)** reconnaît le droit à la non-discrimination, au bien-être, à l'éducation, à la protection, à la santé.

§ **La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984)**. Le Comité contre la torture a reconnu que l'interdiction totale de l'avortement est contraire aux dispositions de la Convention.

Les principaux traités des Nations Unies relatifs aux droits humains disposent d'un comité qui surveille l'application des dispositions par les États qui ont ratifié ce traité. Ces traités ont un caractère contraignant, ce qui signifie qu'ils s'imposent juridiquement aux États qui les ont ratifiés.

LES INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX SPÉCIFIQUEMENT CENTRÉS SUR LES DROITS DE LA FEMME :

§ **La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Cedef) de 1979 - (ratifiée par 186 États) et son protocole facultatif de 2000.**

Cette convention est un instrument juridique contraignant qui définit la discrimination à l'égard des femmes, énumère les différentes formes de discrimination et établit un plan d'action pour permettre aux États parties d'éliminer « la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer [...] les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille » (art. 12.1) et sur l'accès universel aux « services appropriés [...] pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement » (art. 12.2). Enfin, elle promeut le droit « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits » (art. 16.1.e).

§ **La Conférence mondiale sur les droits de l'Homme de Vienne en 1993** affirme que la violence à l'égard des femmes constitue une violation des droits humains. **La Déclaration et le programme d'action** adoptés à l'issue de la conférence ont appelé à la désignation d'un Rapporteur spécial sur la violence à l'égard des femmes (Mme Rashida Mangoo depuis 2009). La conférence a contribué à l'adoption de la **Déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes**.

§ **La Conférence Internationale sur la Population et le Développement - CIPD (1994, Le Caire)** réaffirme le lien entre la violence à l'égard des femmes, leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Le programme d'action adopté lors de cette conférence marque un tournant majeur en définissant la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et en inscrivant comme objectif l'accès universel à la SSR de même que la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il stipule aussi clairement que toutes les femmes devraient avoir accès aux services de planification familiale et à des soins post-avortement quelle que soit la situation légale de l'avortement (art 8.25). Chaque année la Commission de la Population et du Développement se réunit au siège des Nations Unies à New-York pour veiller au suivi de la bonne mise en œuvre du programme d'action.

§ **La Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Pékin (1995)** réaffirme les principes énoncés au Caire. Le programme d'action définit un ensemble de mesures prioritaires pour renforcer le pouvoir des femmes et des filles dans 12 domaines critiques (santé, violence à l'égard des femmes, développement). Il reconnaît le droit des femmes à être « maitresses de leur sexualité ». C'est la 1^{ère} fois qu'un texte international fait référence

aux droits sexuels des femmes, sans les lier systématiquement à la reproduction. Surtout, le programme d'action de Pékin appelle les États à réviser les lois prévoyant des sanctions contre les femmes qui ont subi un avortement illégal.

La Commission de la condition de la femme des Nations Unies (CSW) assure le suivi et l'évaluation des progrès réalisés et des problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Pékin. Les textes issus des Conférence du Caire et de Pékin mettent également en avant l'importance de développer des interventions et des politiques qui coresponsabilisent les garçons et les hommes dans le domaine de la SSR aussi bien concernant leur propre santé que concernant celle de leur partenaire lorsqu'ils sont en couple.

§ **Les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies (2015-2030)**. Ils succèdent aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les objectifs de développement durable (ODD) constituent une nouvelle série d'objectifs, cibles et indicateurs universels sur lesquels les États membres de l'ONU devraient fonder leurs programmes et politiques dans les 15 années à venir. Les membres onusiens ont validé la proposition contenant les 17 ODD lors du sommet de New York en Septembre 2015. Ceux-ci sont entrés en vigueur en janvier 2016 et s'appliquent à tous les pays, en développement et développés.

Pour ce qui est de la SSR, 2 objectifs en particulier nous intéressent :

ODD 3 Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges.

Cible 3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, l'information et l'éducation, et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux

ODD 5 Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Cible 5.2 Éliminer toutes les formes de violence contre les femmes et les filles dans les sphères publiques et privées, y compris la traite et la violence sexuelle et autres types d'exploitation

Cible 5.3 Éliminer toutes les pratiques néfastes, comme les mariages précoces et forcés et les mutilations génitales féminines

Cible 5.6 Assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation conformément aux engagements pris dans le cadre du Programme d'action de la CIPD et dans le cadre du Programme d'action de Pékin et les résolutions et les textes issus des conférences d'examen de leur mise en œuvre.

LES INSTRUMENTS RÉGIONAUX APPLICABLES AUX DSSR :

LE SYSTÈME EUROPÉEN :

§ **La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales** de 1950 et ses **protocoles additionnels**.

§ **La Charte sociale européenne** de 1961.

§ **La Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants** de 1996.

§ **La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique** de 2011. Il s'agit du deuxième instrument juridiquement contraignant sur la violence à l'égard des femmes.

LE SYSTÈME INTERAMÉRICAIN :

§ **La Convention américaine relative aux droits de l'Homme** de 1978, et ses **protocoles additionnels**.

AMÉRIQUE LATINE :

§ **La Convention américaine relative aux droits de l'Homme** (1969)

§ **Le Protocole additionnel à la Convention américaine des droits de l'Homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels** (Protocole de San Salvador - 1988) qui reconnaît le droit à la santé, à la protection sociale et à l'éducation. Le Protocole a seulement été signé par Haïti et doit encore faire l'objet d'une ratification pour devenir juridiquement contraignant.

§ **La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme** (Convention de Belém do Para - 1994)

§ **La Déclaration sur la violence à l'égard des femmes, des filles et des adolescent.e.s et leurs droits sexuels et reproductifs (2014), Comité d'experts sur le mécanisme de suivi de la Convention de Belém do Para (MESECVI)**. La Déclaration appelle les États à garantir la santé sexuelle et reproductive des femmes et leur droit à la vie, par l'élimination des avortements à risque et en établissant des législations permettant l'interruption de grossesse et garantissant un accès immédiat et abordable des moyens contraceptifs, contraception d'urgence incluse.

§ **Le consensus de Montevideo sur la population et le développement** (2013) a été adopté par l'ensemble des pays de la région Amérique Latine et Caraïbes lors de la première réunion de la conférence régionale sur la population et le développement en août 2013. Ce document contient une série de mesures visant à renforcer la mise en œuvre du plan d'action du Caire dans la région Amérique Latine et Caraïbes. Il préconise notamment que soit garanti l'accès à des services d'avortement médicalisé, dans une approche par les droits et de santé publique, et va jusqu'à appeler les États à modifier les lois restrictives existantes.

LA RÉGION AFRIQUE :

§ **La Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples** de 1981.

§ **Le Protocole relatif aux droits de la femme en Afrique, dit Protocole de Maputo** (2005) vient en complément de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples. Son objectif principal est la promotion et la protection des droits fondamentaux des femmes en Afrique, dont le droit à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Il est le premier instrument international juridiquement contraignant à consacrer le droit à l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus. Il garantit d'autres droits des femmes, y compris le droit de participer au processus politique, l'égalité sociale et politique avec les hommes, une autonomie améliorée dans leurs décisions en matière de santé et la fin des mutilations génitales féminines. Il a été adopté par l'Union africaine à Maputo, au Mozambique, le 11 juillet 2003 pour une entrée en application au 25 novembre 2005. La Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples veille à sa mise en œuvre. Le protocole a été signé par Madagascar et ratifié par le Burkina Faso, la République de Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo.

§ **Le Plan d'Action de Maputo** pour l'opérationnalisation du cadre stratégique continental pour la santé sexuelle et les droits liés à la reproduction (2016) définit les axes d'intervention prioritaires pour atteindre un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici à 2030. À l'article 14 dédié au droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction, le Protocole de Maputo énonce les éléments suivants :

1) Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la SSR. Ces droits comprennent :

- a. le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité
- b. le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances
- c. le libre choix des méthodes de contraception
- d. le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH / Sida
- e. le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH / Sida, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues
- f. le droit à l'éducation sur la planification familiale

2) Les États prennent toutes les mesures appropriées pour :

- a. assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier vivant en milieu rural
- b. fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants
- c. protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

II. LES DÉFINITIONS DE CONCEPTS CLÉS

Afin d'harmoniser la terminologie et de disposer d'un langage commun entre les différents acteurs, nous proposons une définition des concepts clés utilisés dans le document.

DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Depuis la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population et le développement, les définitions de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels et reproductifs ont évolué pour aller vers une approche de plus en plus holistique. Les concepts de santé et droits sont interconnectés et les droits sexuels et reproductifs sont un préalable essentiel pour accéder à la santé sexuelle et reproductive. Ainsi en 2018, la Commission Guttmacher-Lancet a appelé l'ensemble des acteurs impliqués sur la thématique à adopter une nouvelle définition intégrée des droits et de la santé sexuels et reproductifs (DSSR) :

« La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas

seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit »⁵.

Afin de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs, un paquet essentiel d'interventions doit être accessible : éducation sexuelle complète, conseil et services proposant des contraceptifs efficaces, soins prénataux, obstétricaux d'urgence, postnataux et néonataux, soins complets d'avortement, prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuelles transmissibles (IST), prévention, dépistage et prise en charge des Violences Liées au Genre (VLG), prévention, dépistage et prise en charge du cancer du col de l'utérus (CCU), information, conseil et services de santé et bien-être sexuels et concernant l'hypofécondité et l'infertilité. Les

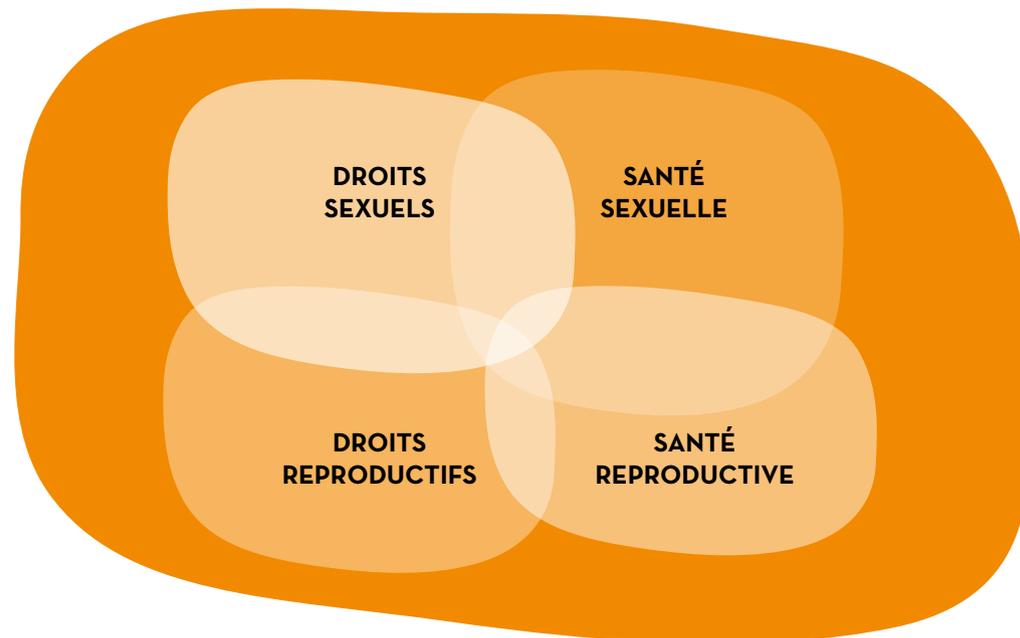
différentes interventions essentielles sont reprises dans l'approche MdM du continuum de soins en SSR (voir le schéma du continuum de soins en SSR : 1. III. 2. L'offre de soins : promotion de la santé, prévention et soins curatifs). Parce que les droits sexuels et reproductifs sont un préalable essentiel à la santé sexuelle et reproductive, MdM a décidé d'adopter le terme de DSSR comme défini par la Commission Guttmacher-Lancet.

SEXUALITÉ

Le concept de sexualité peut être compris de façon différente selon les personnes et les contextes. On distingue deux types d'interprétations ou visions : celle qui analyse et comprend la sexualité comme un fait

uniquement biologique, qui répondrait à des instincts ou des pulsions des personnes ; et celle qui comprend la sexualité comme un fait socioculturel, c'est-à-dire comme une construction sociale qui va varier selon la société, le moment historique et politique⁶. Ici, nous adopterons la définition proposée par l'OMS selon laquelle la sexualité peut être définie comme « un aspect central, constitutif de la personne humaine tout au long de la vie, et inclut le sexe, les identités et les rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité se vit et s'exprime dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions,

SCHÉMA 1 : DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS



5. Commission Guttmacher-Lancet, *Accélérer le progrès, santé et droits sexuels et reproductifs pour tous*, 2018

6. Esple, E., *Genre et sexualité. Boîte à outils*. Bridge, 2007

toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, moraux, légaux, historiques, religieux et spirituels »⁷

GENRE ET SEXE

Le terme « sexe » fait référence aux différences biologiques et physiologiques existantes entre hommes, femmes et personnes intersexes (personnes nées avec des caractéristiques biologiques et physiologiques propres au sexe masculin et propres au sexe féminin). Le sexe ne détermine pas les rôles et les différentes positions que les hommes, femmes et personnes non binaires vont occuper dans la société où ils naissent, grandissent et évoluent.⁸ Le terme « genre » fait quant à lui référence à la façon dont une société donnée, à un moment historique et politique donné va attribuer des rôles et des attentes différentes aux personnes selon qu'elles sont considérées femmes, hommes ou personnes transgenres. Les personnes apprennent et sont socialisées pour devenir femme ou homme selon les attentes de leurs contextes et entourages. Traditionnellement les hommes ont été socialisés pour occuper des rôles qui sont davantage valorisés socialement, et permettent un accès et un contrôle plus important sur tous types de ressources. De leur côté, les femmes et personnes transgenres ont été socialisées pour

occuper des rôles dévalués socialement. Cette socialisation différenciée est alimentée par les stéréotypes et discriminations de genre et est à l'origine des inégalités de genre et des VLG. Puisqu'il s'agit d'une construction sociale, elle peut être modifiée et remise en question.⁹

Pour plus de définitions relatives aux questions d'orientation de sexe et d'identité de genre, voir chapitre 5. IX. Offre de soins adaptée aux personnes LGBTQ+.

MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE

Dans le cadre de nos interventions en SSR, l'une des finalités est de réduire la mortalité maternelle.

Il s'agit de **réduire le nombre de morts maternelles ou de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison**, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite¹⁰. Les interventions pour réduire la mortalité maternelle sont aussi associées à une **réduction du nombre de décès néonataux. Il s'agit des décès qui surviennent dans les 28 premiers jours de vie d'un enfant**. On distingue les décès néonataux très précoces (≤ 24 heures), précoces (≤ 7 jours), et tardifs (de 8 à 28 jours).

7. OMS, *Communication brève relative à la sexualité (CBS) Recommandations pour une approche de santé publique*, 2015

8. *Le monde selon les femmes. Les essentiels du Genre. Approche Genre. Concept et enjeux actuels*. Bruxelles, 2019

9. Ibidem

10. OMS, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision - CIM-10*. OMS, 1993.

AVORTEMENT¹¹

Étant donné la diversité des terminologies en ce qui concerne la question de l'avortement et les difficultés rencontrées pour différencier les concepts, nous proposons les définitions suivantes. Ces différents concepts sont repris au sein des *fiches pratiques MdM : Prise en charge des grossesses non désirées et soins complets d'avortement*¹².

Avortement : le terme avortement désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine (avant le terme de 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou avec un poids < à 500 gr).

Avortement spontané (auss appelé fausse couche) : il survient sans intervention alors qu'un avortement provoqué indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse.

Dans le cadre de l'avortement provoqué, plusieurs termes représentant des situations différentes sont utilisés. Il s'agit de :

Avortement thérapeutique : il est pratiqué lorsque la grossesse met en péril la santé physique et/ou mentale de la femme. Dans les cas où l'avortement thérapeutique est considéré comme un critère pour un avortement autorisé dans le cadre légal, les pays définissent

généralement la liste des affections incluses sous cette terminologie. Les listes ont généralement pour but d'illustrer les cas considérés comme mettant la vie en danger, mais ne visent pas à faire obstacle à la décision clinique du médecin sur ce qui est ou non dangereux pour une femme en particulier.

Avortement médicalisé : procédure d'interruption de la grossesse réalisée par un personnel qualifié dans de bonnes conditions de sécurité.

L'avortement médicalisé s'oppose à l'avortement non sécurisé, à risque ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité c'est-à-dire par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux. Ce type d'avortement peut être réalisé à différents moments de la grossesse. Lorsque les États acceptent la réalisation d'avortements médicalisés, ils fixent généralement un âge limite de la grossesse. Dans ce cas, des avortements plus tardifs peuvent être autorisés pour certaines situations spécifiques (le plus souvent, avortement thérapeutique ou en cas de malformation fœtale).

Avortement non sécurisé : Ce terme fait référence aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. En 2017, la revue *The Lancet* a présenté des estimations sur les avortements sécurisés ou non à l'échelle mondiale¹³, et pour la première fois

11. OMS, *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2004. Et *The Lancet, Global, regional and sub regional classification of abortion by safety, 2010-2014 : estimates from a Bayesian hierarchical model*, 2017

12. MdM, *Fiches pratiques : Prise en charge des Grossesses non désirées et soins complets d'avortement*, 2019

13. *The Lancet, Global, regional and subregional classification of abortion by safety, 2010-2014 : estimates from a Bayesian hierarchical model*, 2017

elle a inclus des sous classifications à l'intérieur de la catégorie relative aux avortements non sécurisés, à savoir les avortements « moins sécurisés » ou « les moins sûrs ». Cette distinction permet une compréhension plus nuancée des différentes conditions d'avortement chez les femmes qui ne peuvent pas avoir accès à des avortements sécurisés pratiqués par un professionnel de santé qualifié. Avortements « moins sécurisés » : avortements soit pratiqués par un professionnel de santé qualifié utilisant une méthode à risque ou dépassée, soit par une personne non qualifiée même si celle-ci a recours à une méthode sûre telle que l'administration de misoprostol, un médicament utilisable à des fins médicales diverses, notamment pour déclencher un avortement. Avortements « les moins sûrs » : avortements pratiqués par des personnes non qualifiées à l'aide de méthodes dangereuses comme l'introduction d'objets et l'utilisation de préparations à base de plantes.

Soins complets d'avortement : ils correspondent à un ensemble de soins fournis par un professionnel de santé qualifié : consultation pré-avortement, avortement médicalisé (médicamenteux ou chirurgical), soins après-avortement (SAA), et contraception du post-abortum.

Prise en charge des grossesses non désirées (GND) : ce concept fait appel à la prise en charge proposée à une femme ou une adolescente dans le cadre d'une grossesse non désirée. Il

pourra s'agir selon le choix de la femme / adolescente de continuer la grossesse et donc d'apporter des soins anténataux et un accompagnement psychosocial, ou d'avoir recours à une interruption de grossesse. Dans certains contextes, il s'agira d'avortement médicalisé avec un professionnel de santé, dans d'autres contextes, lorsque le cadre légal est restrictif il pourra s'agir d'auto-administration de misoprostol dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques ou de mise en place de systèmes de référencement vers des partenaires.

SOINS DE QUALITÉ¹⁴

La mise en œuvre d'une **prise en charge de qualité tout au long du continuum de soins est cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles ainsi que pour répondre aux besoins spécifiques des personnes** sur des principes de non-discrimination et d'autonomie. La qualité de la prise en charge est à la fois la qualité de l'offre de soins et la qualité de la prise en charge telle qu'elle est ressentie par les usager.e.s. Par qualité de l'offre de soins, on entend une offre qui correspond aux standards définis dans le sens de soins sûrs, accessibles, disponibles dans des délais adaptés et de manière continue, centrés sur le/la patient.e. Cela implique notamment la disponibilité de personnel qualifié ainsi que le respect par ces derniers du droit du/de la patient.e au consentement éclairé, à la protection de sa vie privée et à la confidentialité.

III. UN POSITIONNEMENT TOURNÉ VERS L'ACTION

La mise en œuvre des engagements de Médecins du Monde vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive s'articule autour de **deux types d'interventions complémentaires : une offre de soins holistique, accessible et de qualité pour les populations les plus vulnérables et un plaidoyer en faveur du respect du droit de ces populations d'accéder à des services de santé adaptés**. En ce qui concerne les modalités de mise en œuvre de ces interventions, la question des partenariats est centrale, du point de vue des types de partenariats que l'on souhaite engager, mais aussi des valeurs partagées. Un préalable à l'identification des interventions essentielles est la définition des principes qui sous-tendent celles-ci, ce que nous présenterons en premier lieu.

1. LES APPROCHES RETENUES

Les interventions développées par MdM directement ou en partenariat doivent tenir compte des principes énoncés ci-dessous.

a) Une approche de santé publique

De par leur prévalence, leur gravité, leurs conséquences sur l'individu et

sur la société, les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent des problèmes de santé publique importants. Ainsi, 303 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse¹⁵ ; plus de 357 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles sont recensés chaque année¹⁶ ; 214 millions de femmes déclarent ne pas vouloir d'une grossesse mais n'ont pas accès à une méthode de contraception ; 89 millions de grossesses non désirées surviennent dans ces pays et plus d'un quart de ces grossesses aboutit à un avortement non médicalisé. Chaque année, ces avortements à risque entraînent le décès de 22 800 à 31 000 femmes, soit 8 à 11% de la mortalité maternelle, tandis que 8 millions d'autres souffrent d'invalidités temporaires ou définitives¹⁷.

Face à cette situation, il apparaît urgent de **proposer une offre de soins holistique, accessible et de qualité** qui permette de réduire l'impact des problèmes de santé sexuelle et reproductive, qui sont d'autant plus présents parmi les populations vulnérables. Cette offre de soins devra respecter les principes éthiques associés à la pratique médicale¹⁸.

15. OMS, *Mortalité maternelle, Principaux repères*, 2019

16. OMS, *Infections sexuellement transmissibles, Principaux repères*, 2019

17. Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*

18. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

Pour cela, les services de santé sexuelle et reproductive ne doivent pas être isolés ou pensés de manière verticale, mais intégrés aux services de soins de santé primaires.

b) Une approche fondée sur les droits humains

La santé est un droit humain universel dont toute personne est titulaire, et qui doit être garanti par les États. Pour MdM, cela implique de soutenir et de renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité aux soins et du respect du droit à la santé. Il est aussi nécessaire de renforcer les capacités individuelles de la population afin qu'elle connaisse et puisse revendiquer ses droits. Plus particulièrement, la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs exigibles pour toutes les personnes sans discrimination implique la prise en compte des enjeux de genre, la reconnaissance des diverses orientations sexuelles, l'impact des inégalités sur la santé et la sexualité des

19. OMS, *Genre et santé, principaux faits*, 2018

L'empowerment et le projet associatif de Médecins du Monde

« Nous sommes convaincus que tout changement durable passe par « le développement du pouvoir d'agir » des populations sur leur santé. Leur 'empowerment' guide notre action. Les usagers et usagères doivent être associés à la conception, à l'animation et à l'évaluation de nos programmes. Nous les soutenons dans leurs démarches d'élaboration de politiques de santé publique répondant à leurs besoins. Savoirs médicaux et savoirs profanes se complètent pour la promotion de politiques volontaristes qui réconcilient expertise et démocratie [...] »
 « Avec nos partenaires, les communautés et leurs représentants, nous contribuons à ce que toutes les populations en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire soient en capacité d'agir dans leur environnement social, d'être acteurs de leur santé et de faire valoir leurs droits. »

personnes, et la lutte contre toutes les formes d'inégalités, de discriminations et de violences liées au genre.

c) Une approche fondée sur le genre

L'OMS reconnaît le genre comme un des déterminants sociaux les plus importants des inégalités en santé.¹⁹ Dans le domaine de la SSR, le genre est à la fois un élément qui traverse et constitue la sexualité des personnes et un élément d'analyse qui permet de mettre en avant les différentes inégalités de genre encore existantes dans ce domaine. Comme par exemple l'accès inégal aux services de santé, la non prise en compte dans le diagnostic et la réponse médicale, des caractéristiques et des besoins spécifiques de toutes les personnes selon leur identité de genre et leur sexe biologique, la mise en place d'actions qui reproduisent des discours et des pratiques discriminatoires, la non reconnaissance des DSSR, etc.

L'incorporation d'une approche genre dans les programmes de santé apparaît donc comme un compromis en faveur de l'équité et la justice sociale, et comme un complément de l'approche par les droits, qu'il renforce et soutient. MdM, en tant qu'acteur de la santé, inscrit dans ses principes cette approche pour que ses actions soient porteuses d'équité et répondent aux besoins spécifiques des personnes et des communautés auprès desquelles l'organisation travaille. Dans ce sens, MdM promeut l'intégration de l'approche genre dans toutes ses actions et programmes. Le genre sera transversalisé dans tout le cycle du projet (diagnostic, planification, budgétisation et système de monitoring et évaluation) pour pouvoir réaliser une analyse contextuelle qui permette de comprendre les différentes inégalités de genre ayant un impact sur les populations et la problématique ciblées et pouvoir donner une réponse qui permette de répondre aux besoins spécifiques des personnes et de dépasser ces inégalités-là. Dans ce sens, les réponses pourront incorporer des méthodologies qui cherchent à promouvoir un changement individuel et/ou collectif comme l'empowerment et/ou le travail communautaire et/ ou le travail autour des masculinités positives et égalitaires.

d) Une approche visant le renforcement des capacités individuelles et collectives et le développement du pouvoir d'agir

Les inégalités en matière d'exercice

et d'accès aux DSSR sont en grande partie la conséquence des déséquilibres de pouvoir qui empêchent certaines personnes ou groupes d'exercer pleinement des choix sur leur vie, leur sexualité, leur corps et leur avenir et enfreignent leur capacité à agir sur leur environnement et les déterminants de leur santé. Les déséquilibres de pouvoir résultent elles-mêmes des inégalités liées au genre, à l'orientation sexuelle, à l'âge, au handicap, à l'appartenance ethnique ou religieuse et à la classe sociale.

Ainsi, toute intervention visant à améliorer la SSR doit s'inscrire dans un cadre plus large et holistique de la lutte contre les inégalités et doit contribuer au développement du pouvoir d'agir des individus et des communautés marginalisés pour qu'ils et elles soient véritablement acteurs et actrices de leur vie et de leur santé. A défaut, ces interventions risquent, au mieux, d'être inefficaces et, au pire, de perpétuer les inégalités. C'est pourquoi le développement du pouvoir d'agir ou l'empowerment est un principe fondamental de l'action de MdM (voir encadré).

e) Une approche transversale en santé mentale et en support psychosocial

La SSR et la santé mentale et le soutien psychosocial (SMPS)²⁰ représentent des thématiques interconnectées : en effet, les programmes de MdM s'adressent à des publics potentiellement vulnérables ou fragilisés, pour des raisons

20. L'expression « Santé Mentale et Soutien Psychosocial » (SMPS) sert à décrire tout type de soutien visant à protéger ou à promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental.

conjoncturelles ou structurelles. Aussi, si les usager.e.s de nos programmes ne développent pas en majorité des troubles mentaux²¹ en lien avec ces situations (troubles anxieux, dépressions, état de stress post-traumatique, par exemple), et même s'il est notable que la prévalence de troubles mentaux sévères passe de 3 à 4% dans les situations d'urgence humanitaire, et celle des troubles modérés de 10 à 15-20%, nombre d'entre eux sont en situation de **détresse psychologique**²². **Cela a un impact sur leurs capacités à adopter des comportements positifs, en matière de prévention comme en matière de gestion de leur santé.** Il est donc fondamental d'intégrer cet élément à nos stratégies de développement de projet, sur le versant de la prise en charge médicale, pour répondre correctement à ces situations, mais aussi sur le versant communautaire, pour une meilleure mobilisation, identification et observance. La SSR touche à l'intime : non seulement au niveau du corps, mais aussi au niveau psychologique (et plus généralement au niveau socio-politique). **Tout acte médical réalisé sans la sensibilité nécessaire peut être perçu comme une violence. Toute prise en charge dénuée d'écoute peut être mal vécue et fragilisante.** A l'heure actuelle, la SMPS est principalement intégrée aux programmes de MdM dans le cadre des programmes de prise en charge des VLG, et plus particulièrement les programmes de prise en charge des violences sexuelles. Cependant,

l'expertise reste à développer puisque nous ne proposons qu'une prise en charge psychosociale de base, non différenciée en fonction des situations et des moments de prise en charge. Nous pouvons renforcer davantage les capacités des intervenants sur le terrain pour qu'il y ait une véritable gestion psychologique et psychosociale de ces situations.

Il existe des problématiques spécifiques à la SSR pour lesquelles la SMPS doit être développée : la prise en charge du post-partum, des soins obstétricaux d'urgence, des violences liées au genre, de l'avortement (dans certains cas), l'accompagnement des GND menées à terme par exemple. Chacune de ces situations mobilise des mécanismes psychologiques complexes chez la personne qui reçoit les soins, mais aussi potentiellement chez la personne qui les prodigue. Chacune de ces situations est une situation « à risque » sur le plan psychologique, et nécessite une prise en charge sensibilisée à ces enjeux. Enfin, le personnel intervenant dans les programmes de SSR doit être conscient que les personnes souffrant de troubles de santé mentale sont plus exposées aux VLG, et, de fait, aux GND. Leur inclusion et leur protection dans le cadre des programmes doit être renforcée.

2. L'OFFRE DE SOINS : PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION ET SOINS CURATIFS

21. Ce terme désigne « un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements, et de rapports avec autrui anormaux » (OMS)

22. La détresse psychologique survient lorsque la personne est confrontée à des facteurs de stress auxquels elle n'est pas en mesure de faire face, et se trouve alors débordée. Cet état peut alors avoir un impact négatif sur sa capacité à se gérer au quotidien, et sur ses qualités relationnelles, par exemple.

MdM agit pour une prise en charge globale afin que les adolescent.e.s, les femmes et les hommes puissent avoir accès à l'information, à des services de qualité à chaque étape de leur vie et ainsi être accompagnés dans leurs choix et décisions. Cela implique de garantir un continuum de soins tout au long de la vie de l'individu et qui va de la communauté aux services de référence en passant par les structures sanitaires de proximité - et donc un système de référencement et contre-référencement efficace.

Cette offre de soins doit s'intégrer à une prise en charge holistique et au sein des services de santé sexuelle et reproductive existants lorsque cela est possible. Les différents éléments de la prise en charge seront détaillés dans le *chapitre IV*. *Éléments du continuum de soins.* Elle devra être, dans la mesure du possible, proposée par les services supportés par le projet, ou les équipes devront s'assurer de sa disponibilité au travers d'autres acteurs. Dans ce second cas, le renforcement des systèmes de référencement devra être considéré.

La question des **grossesses des adolescentes et des risques spécifiques encourus par cette population spécifique est souvent primordiale, mais rarement reconnue** dans nos contextes d'intervention. Il s'agit notamment des risques de grossesses non désirées, de la vulnérabilité face aux IST, de la vulnérabilité face aux VLG, du risque accru de complications en cas de grossesse.

Il est donc important d'apporter une attention particulière à cette population. Il peut s'agir d'adapter les services aux spécificités de la prise en charge des adolescent.e.s et notamment de favoriser leur accès à l'information, à une éducation sexuelle, aux méthodes contraceptives et aux services de prise en charge préventive et curative. De même, MdM recommande que l'offre de soins en SSR soit adaptée aux besoins spécifiques des personnes migrantes, des personnes LGBTQ+ et des travailleur.euse.s du sexe.

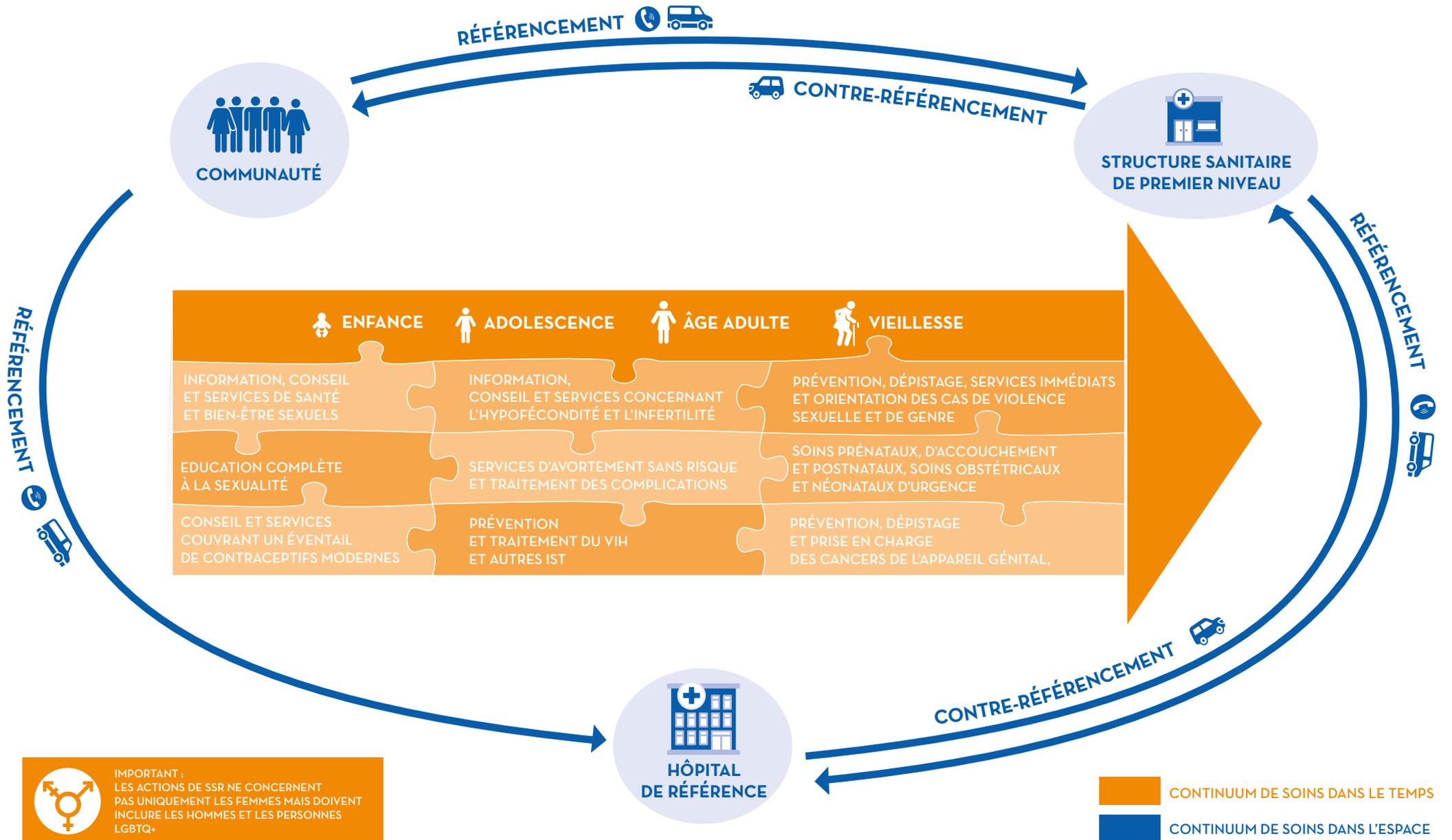
3. LE PLAIDOYER²³

« **Le droit à la santé se décline comme le rétablissement ou l'instauration de l'accès aux soins et de l'effectivité des droits** par : (i) la mise en œuvre ou le renforcement d'un socle de services de soins et de prévention intégrés ; (ii) adossés à un socle de protection sociale relevant d'approches multisectorielles prenant en compte les déterminants sociaux et économiques de la santé ; (iii) la participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé aux niveaux national et communautaire ; (iv) une action de soutien ou de plaidoyer pour une politique efficiente et rationnelle qui inclut la question des ressources²⁴. »

MdM agit et milite pour le droit des individus à disposer librement de leur corps et décider de façon libre et éclairée de leur sexualité, de leur santé

23. Pour MdM, le plaidoyer est « l'activité consistant à influencer, à l'aide de leviers multiples, les lieux de pouvoir et de décision en vue d'obtenir des changements durables de politiques ou pratiques ayant un impact direct sur la santé des populations ciblées par [ses] missions ». CA, novembre 2007.

24. Plan stratégique de MdM, 2016-2020.



et de leur vie. Que ce soit à Kinshasa, à Madagascar, en Côte d'Ivoire, en Ouganda, en Palestine ou en Bulgarie, MdM travaille aux côtés des communautés, des acteurs de la société civile et des institutions publiques pour améliorer la disponibilité et la qualité des services, accompagner les personnes dans la connaissance de leurs droits et leur capacité d'agir ou encore interpellier les décideurs et les mettre face à leurs manquements et leurs responsabilités. **MdM se positionne notamment en faveur de l'accès aux soins pour un avortement en toute sécurité** et se bat pour faire abroger les lois prévoyant des mesures punitives contre les femmes et les jeunes filles ou le personnel soignant en cas d'interruption de grossesse.

Les interventions développées et les réalités rencontrées au cours de ces interventions nous rendent légitimes pour témoigner et sont la base d'un plaidoyer en faveur des DSSR. Communiquer et discuter de l'offre de soins proposée, des barrières à l'accès aux soins, des leviers possibles pour lever ces barrières et des valeurs qui sous-tendent notre action, avec les usager.ère.s, les communautés, les acteurs de santé et particulièrement les autorités sanitaires... est un préalable essentiel pour faire évoluer les pratiques et les réglementations en faveur d'un meilleur accès à la santé.

Au regard des barrières spécifiques rencontrées à l'accès complet et universel aux DSSR et des points de rupture du continuum de soins, chaque projet identifie un axe ou plusieurs axes de plaidoyer prioritaires. Définir cet axe revient à identifier des objectifs de changement. En effet, le plaidoyer

visé à atteindre des changements de politiques ou de pratiques, que ce soit au niveau local, régional, national ou international. Cet exercice nécessite du temps, un diagnostic, une connaissance affûtée du contexte et des contraintes. Il peut résulter de la convergence de plusieurs facteurs au-delà de l'analyse des barrières légales et de pratiques : un agenda politique offrant des opportunités (par exemple une stratégie « Santé de la reproduction » en cours de révision au niveau national), une société civile fortement mobilisée sur une thématique, une dynamique régionale forte et porteuse de changements...

En fonction du projet et de chaque contexte, une stratégie de plaidoyer est donc définie en co-construction avec les mouvements de la société civile qui sont en accord avec les valeurs que nous défendons.

Les contextes dans lesquels nous intervenons ont des législations restrictives au regard des DSSR. Ainsi il convient et est particulièrement utile de démarrer le « diagnostic plaidoyer » par une analyse de l'environnement légal.

Dans ce cadre, a été développé un outil d'analyse du cadre légal, accessible à tous les projets, pour lequel il convient de se rapprocher du service juridique au siège de MdM. Au-delà des résultats, le fait de réaliser cette analyse est particulièrement intéressant pour déconstruire des idées reçues sur ce que la loi autorise ou non, embarquer les équipes dans ce processus participatif, créer de l'appropriation des enjeux de DSSR, informer et sensibiliser au regard de la loi, etc.

En complément, il est possible de réaliser une **analyse des risques**

opérationnels pour la mise en place de tel ou tel axe de plaidoyer (par exemple : dans quelle mesure réaliser un plaidoyer pour le droit à l'avortement en RDC est-il risqué ?). Pour ce faire, il est possible d'adapter l'outil d'analyse des risques de MdM.²⁵

4. PARTENARIATS ET COLLABORATIONS, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Chaque projet veillera à identifier les acteurs locaux, régionaux et nationaux qui interviennent dans le champ des DSSR ou qui peuvent influencer positivement ou négativement le projet. Cette analyse des acteurs sera réactualisée régulièrement. MdM reconnaît l'importance d'établir des partenariats, des alliances, de faciliter la participation communautaire afin d'**assurer l'adaptation d'un projet, sa pérennité mais aussi pour mutualiser les efforts** vers l'atteinte des objectifs. MdM dans son plan stratégique 2016-2020 recommande de prioriser l'affectation des ressources de l'organisation aux partenariats opérationnels et politiques et aux alliances, et de développer (systématiquement) une stratégie partenariale tenant compte du contexte et des différents types de partenariat. Il s'agit de soutenir les partenaires pour renforcer leur visibilité dans leur environnement sociétal, institutionnel, politique et médiatique et de promouvoir l'accès direct des partenaires aux financements institutionnels. Pour cela, il est

important de déterminer pour chaque axe de plaidoyer la ou les alliances qui permettront d'agir plus efficacement sur nos cibles, à chaque niveau (local, national, régional – notamment européen, mondial).

Les partenariats peuvent être envisagés dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de SSR mais aussi dans sa définition ou dans son évaluation. L'établissement de partenariats tiendra compte des valeurs et principes éthiques partagés avec les différents acteurs.

MdM s'engage à soutenir les acteurs locaux existants et notamment les autorités sanitaires afin de renforcer le développement de services de santé sexuelle et reproductive assurant une prise en charge de qualité. Par acteurs locaux, on entend par exemple les ONG locales, les organisations communautaires... **Ces acteurs apportent un regard autre sur le contexte et les besoins de la population. Ils permettent souvent un ancrage renforcé du projet dans le contexte et peuvent assurer une plus grande pérennité des actions.** En outre, MdM reconnaît l'importance des associations de femmes et des associations professionnelles (en particulier les associations de sages-femmes) lorsqu'elles existent et en tant que défenseur du droit à la santé. Ces associations ont en général une bonne compréhension du contexte et représentent de fait des alliées essentielles pour l'adaptation et l'acceptation d'une intervention en matière de SSR.

25. Document inclus dans le pack sécurité : sur intranet MDM / Direction des Opé Internationales / Secu / Documents / Pack Sécu / Documents de Base

IV. LA STRATÉGIE D'INTERVENTION EN SSR DE MÉDECINS DU MONDE

En 2014, sur les bases des acquis des années précédentes, Médecins du Monde a développé une stratégie d'intervention²⁶ qui précise les ambitions de l'organisation pour le futur et définit les axes de développement prioritaires.

1. LES OBJECTIFS

La stratégie d'intervention de MdM a pour finalité un accès universel aux services de SSR, l'objectif général étant de renforcer les capacités d'exercice des droits sexuels et reproductifs et la mise en œuvre de services de SSR complets, intégrés et de qualité dans nos pays d'intervention. Les principes d'intervention de l'organisation sont réaffirmés au sein de la stratégie. Il s'agit de :

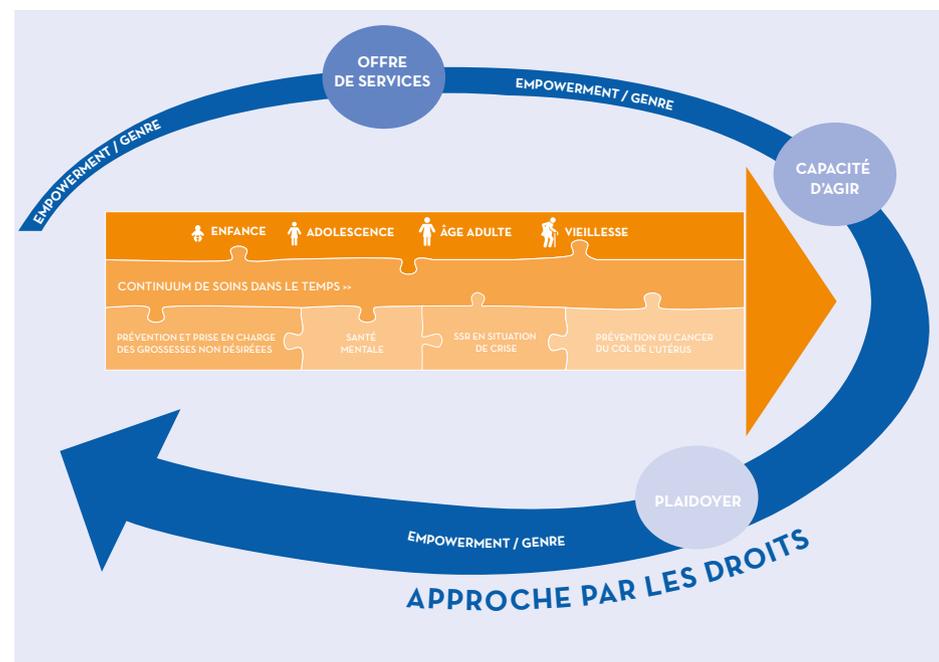
- ➔ Renforcer le continuum de soins en SSR aux différents stades des projets et en lien avec les acteurs en présence
- ➔ Renforcer les capacités des usager.ère.s dans l'exercice de leurs droits en SSR
- ➔ Renforcer l'exercice des droits en SSR et réduire les inégalités de genre à travers l'implication des acteurs communautaires et des usager.ère.s aux différentes étapes des projets

➔ Participer au changement social et contribuer à la réforme des politiques publiques afin de renforcer la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs pour toutes et tous et garantir un accès universel et effectif aux services de SSR.

2. LE CADRE DE MISE EN ŒUVRE

MdM reconnaît l'importance d'une prise en charge holistique qui permet le suivi des individus tout au long du continuum de soins en SSR qui va de la communauté aux services de référence en passant par les structures sanitaires de proximité et qui accompagne les individus tout au long de leur parcours d'adolescent.e.s, d'adultes, potentiellement de parents. Cela implique que chaque projet SSR au moment du diagnostic, de la programmation et de la mise en œuvre, évalue les gaps dans le continuum de soins et les possibilités de réponses avec les autres acteurs en présence. Afin de renforcer le continuum de soins il est essentiel de favoriser l'accès aux services et aux droits en prenant en compte l'ensemble des barrières

SCHÉMA 3 : CADRE CONCEPTUEL DE LA STRATÉGIE DSSR DE MÉDECINS DU MONDE



d'accès, et d'inclure les hommes et adolescent.e.s à chaque étape du processus.

Parce que certaines composantes du continuum de soins sont bien souvent stigmatisées et négligées bien qu'elles aient un impact fort en termes de santé publique, l'organisation a identifié 3 axes stratégiques prioritaires qui correspondent à des points de rupture

dans le continuum de soins et de droits. Le développement de l'expertise technique de Médecins du Monde sur ces 3 axes permet de couvrir des besoins de santé oubliés, d'être innovant, de créer un savoir collectif et de renforcer notre visibilité comme acteur important en DSSR. Ceci permet également d'alimenter une démarche de plaidoyer solide et argumentée sur ces axes prioritaires.

26. Médecins du Monde, Santé Sexuelle et Reproductive - Stratégie Opérationnelle 2014-2017, 2014

a) Prévention et prise en charge des Grossesses Non Désirées

214 millions de femmes et de filles qui préféreraient différer ou éviter une grossesse dans le monde n'ont toujours pas accès à une contraception sûre et efficace. Selon les estimations, **environ 89 millions de grossesses non désirées (GND) surviennent dans ces pays et plus d'un quart de ces grossesses aboutit à un avortement non médicalisé**. Chaque année, ces avortements à risque entraînent le décès de 22 800 à 31 000 femmes, soit 8 à 11% de la mortalité maternelle, tandis que 8 millions d'autres souffrent d'invalidités temporaires ou définitives²⁷. Ces avortements à risque représentent la **3^{ème} cause de mortalité maternelle** ; ils correspondent pourtant à des décès facilement évitables.

Aujourd'hui, la problématique des GND continue de se heurter à de fortes oppositions au niveau international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées, et les acquis jamais définitifs. Pourtant, les GND représentent un véritable enjeu de santé publique et figurent parmi les principaux facteurs de morbi-mortalité maternelle. Elles se traduisent dans la réalité par la multiplication des grossesses à plus haut risque, un nombre très important d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ou des ruptures dans le parcours de vie de jeunes filles ou de femmes n'ayant pas planifié leur grossesse ou ne souhaitant pas

accueillir un enfant à ce moment-là. Les obstacles entravant l'accès à des soins complets d'avortement (SCA) de qualité sont multiples. Il est essentiel que ces différentes barrières soient prises en compte et que la question de la prise en charge des GND et de l'accès à des SCA puisse être intégrée à la réponse globale aux besoins de SSR que MdM tend à apporter avec la mise en œuvre de ses projets.

Ainsi les différents angles de travail de Médecins du Monde sont :

- ➔ Le renforcement dans le cadre des projets de notre connaissance des barrières légales, réglementaires et extra-légales ainsi que des barrières socioculturelles à l'accès à l'avortement
- ➔ L'accès aux services et à l'éducation sexuelle complète en particulier pour les adolescent.e.s
- ➔ La diversité des méthodes contraceptives (méthodes longue durée, contraception d'urgence, etc.) et le renforcement de la connaissance quant à leur action, critères d'éligibilité...
- ➔ L'adéquation de l'offre à la demande, ce qui passe par une meilleure information, un meilleur accès, une meilleure compréhension des besoins... Pour cela, la qualité du counseling, l'adaptation des modes de transmission de l'information, la distribution au niveau communautaire (en incluant les hommes et adolescents) sont autant de pistes à explorer
- ➔ L'offre de services de SCA dans nos projets.

b) Réponse aux besoins de SSR dans les contextes de crise

Les contextes de crise déstabilisent les systèmes de santé et peuvent augmenter les inégalités de genre, renforçant ainsi la difficulté des femmes à accéder aux services de santé et à une prise en charge adaptée à leurs besoins. En effet, du fait de difficultés économiques, sociales, sécuritaires accrues..., les femmes et les jeunes filles peuvent être dans une position rendant difficile la prise de décision. Par ailleurs, l'isolement qui peut survenir lors de déplacements de populations aggrave les situations de vulnérabilité vécues. La promiscuité, la perte de moyens de subsistance, le manque d'accès aux moyens de prévention sont autant de déterminants qui peuvent entraîner **une plus grande prévalence des VLG, de la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST)**, dont le VIH, des GND. Le sentiment d'impunité est aussi un facteur important pouvant expliquer une augmentation des VLG. Ces violences ont des conséquences graves sur la santé physique, sur la santé mentale et sur l'environnement socio-économique. En tant qu'acteur médical, Médecins du Monde s'engage à prendre en charge les besoins en SSR et à dénoncer les violences vécues par les populations dans les contextes de crise. L'organisation tend à **renforcer l'intégration du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) en SSR dès le Jour 1 de la réponse et**

à apporter une réponse globale aux VLG, pluridisciplinaire et centrée sur les survivant.e.s.

Ainsi les différents angles de travail de Médecins du Monde sont :

- ➔ Le travail de coordination et le renforcement des partenariats avec les acteurs présents
- ➔ Le renforcement de l'intégration du DMU^{28, 29} au début de la réponse :
 - Mise à disposition de soins obstétricaux d'urgence (y compris système de référence 24/7)
 - Mise à disposition de méthodes de contraception
 - Prévention de la transmission du VIH
 - Prévention et prise en charge des VLG
 - Mise à disposition de soins complets d'avortement lorsque cela est possible, à minima de soins après avortement
- ➔ La formation des équipes et l'utilisation d'outils adéquats pour l'évaluation et la réponse rapide
- ➔ La prise en compte systématique de la problématique des VLG, ce qui implique :
 - L'identification, la prise en charge des survivant.e.s, l'accès au certificat médical
 - La mise en place de réseaux de référence pour les prises en charge non possibles dans nos structures
 - Le monitoring, la recherche opérationnelle en vue d'alerter sur les réalités vécues et d'évaluer les modalités d'intervention.

28. Women commission for refugee women and children, *Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise*, 2011

29. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire*, 2018

27. Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, 2018



c) Prévention du Cancer du Col de l'Utérus (P-CCU)

Plus de 311 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus (soit un décès toutes les deux minutes) ; une pathologie due principalement à une infection par un virus, le papillomavirus humain (PVH ou HPV en Anglais), transmise par voie sexuelle évitable dans la majeure partie des cas grâce à un dépistage adapté. Plus de 85% des décès surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire où l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement est insuffisant. Au-delà de l'impact sur la mortalité, l'impact humain, social et économique sont un réel fardeau pour ces pays. La prévention et la détection des lésions précancéreuses suivies d'un traitement approprié, quand cela est nécessaire, sont essentielles pour prévenir les nouveaux cas de cancer. L'OMS a d'ailleurs reconnu depuis plusieurs années l'importance de s'engager dans la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ainsi les différents angles de travail de Médecins du Monde sont :

- ➔ Le développement de l'expérience et de l'expertise technique de l'association sur le sujet
- ➔ L'intégration du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses au sein des services de SSR
- ➔ La mise en place de partenariats et de systèmes de référencement afin de garantir le continuum de la communauté vers les structures de soins de santé primaires puis

secondaires en cas de cancer du col de l'utérus

- ➔ La mise en place d'activités de recherche opérationnelle afin de favoriser la mise en place d'algorithmes de dépistage et de prises en charge efficaces et adaptés aux contextes d'intervention et en vue d'influencer les recommandations internationales en matière de P-CCU.

3. UNE OFFRE DE SOINS QUI NOURRIT UN PLAIDOYER INSTITUTIONNEL

Les 3 axes choisis structurent une parole politique pour le respect des droits sexuels et reproductifs qui se décline au niveau projet mais aussi de façon plus transversale sur les espaces d'influence régionaux et internationaux :

- ➔ Un plaidoyer développé dans un contexte global où les droits sexuels et reproductifs, et en particulier le droit à l'avortement sécurisé, constituent des points d'opposition majeurs entre les États et où les tentatives des groupes conservateurs pour faire reculer les droits des femmes sont permanents. Cela rend le combat de MdM pour l'accès aux droits et aux services de SSR d'autant plus essentiel.
- ➔ Un cadre général de plaidoyer qui positionne les droits sexuels et reproductifs comme clef de voute du progrès vers l'égalité et le développement durable.

A l'heure où est rédigé ce cadre de référence (2019), 3 axes clés de

plaidoyer ont été priorités en vue d'un accès complet et universel aux DSSR :

1. Maintien du rôle d'influence et de leadership de la France au regard des DSSR, notamment via le développement d'une diplomatie féministe sur la scène européenne et internationale.

2. Accès universel aux DSSR dans les contextes humanitaires (crises/ conflits), avec une attention particulière sur la prévention et prise en charge des violences liées au genre.

3. Libéralisation du droit à l'avortement en Afrique francophone, via la signature, ratification et application par tous les États du Protocole de Maputo (voir *Protocole de Maputo* au chapitre 1. I. *L'engagement de MdM*).

En complément, MdM ambitionne de s'investir d'ici 2021 dans un **plaidoyer au regard de la prévention et prise en charge du cancer du col de l'utérus**. L'axe prioritaire de plaidoyer dans ce cadre reste à définir.



CHAPITRE 2

LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS

I. DÉFINITIONS

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, sociaux, culturels, environnementaux, économiques, légaux, administratifs et politiques. Ces déterminants de la santé permettent d'expliquer les inégalités en santé au sein d'un même pays ou entre différents pays. Il est donc important d'en tenir compte et d'agir sur ces différents facteurs pour améliorer la santé des populations. Entre autres, ces facteurs ont un impact sur la disponibilité d'une offre de soins adaptée et de qualité mais aussi sur l'accès à cette offre de soins. En tenant compte notamment des déterminants socioculturels, économiques, légaux, administratifs et géographiques, Médecins du Monde souhaite renforcer les liens entre les différents niveaux de prise en charge des individus en matière de SSR. Avoir un service de soins disponible ne signifie pas qu'il soit concrètement utilisé. En effet, si la **qualité des soins est améliorée à tous les niveaux de prise en charge cela ne préjuge pas de l'accès effectif des personnes** ; pour cela il est nécessaire de renforcer le continuum de soins et de **s'assurer**

du lien effectif et continu entre les niveaux de prise en charge.

D'autre part, rappelons que la mortalité et la morbidité maternelles s'expliquent par le modèle des « Trois retards »

-  **1. Retard à la prise de décision du recours aux soins** et à l'identification de ces soins ;
-  **2. Retard à se rendre dans une structure sanitaire** (incapacité à trouver un moyen de transport, coût du transport, distance, état des routes, insécurité, postes de contrôle...);
-  **3. Retard pour une prise en charge appropriée au niveau de la structure sanitaire** (absence de personnel formé, absence de matériel ou de médicament adéquats, paiement avant traitement, référencement tardif ou difficile vers le niveau de soins supérieur...).

I. DÉFINITIONS

II. LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

1. DÉFINITION / CONCEPT
2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

III. LES BARRIÈRES GÉOGRAPHIQUES

1. DÉFINITION / CONCEPT
2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

IV. LES BARRIÈRES FINANCIÈRES

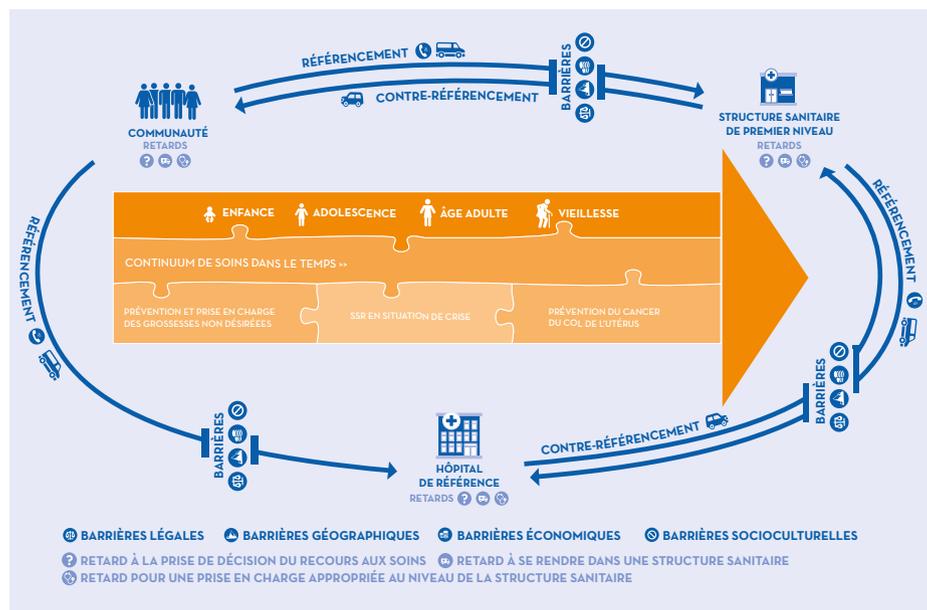
1. DÉFINITION / CONCEPT
2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

V. LES BARRIÈRES LÉGALES ET ADMINISTRATIVES

1. DÉFINITION / CONCEPT
2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

Ce schéma illustre les différentes barrières qui peuvent entraver le continuum de soins dans l'espace.

SCHEMA 4 : BARRIÈRES ET RETARDS POUR LES DSSR.



Ce modèle met en évidence à la fois l'importance de l'existence de structures de soins proposant des services adaptés et de qualité mais aussi la question de l'accès à ces structures qui peut être mis en péril par des déterminants influençant le recours aux soins.

La réduction des inégalités de l'accès aux soins reste un souci permanent sur lequel MdM est particulièrement vigilant.

II. LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

1. DÉFINITION/CONCEPT

« Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins (DSC) peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin' . »

La réflexion autour des DSC est de plus en plus présente et est un axe fort des nouvelles politiques d'aide. L'OMS, certains gouvernements et ONG ont commencé à prendre en compte les contextes socioculturels dans leurs projets de santé afin d'améliorer l'accès des populations aux soins. À MdM, il s'agit d'un axe de travail transversal depuis de nombreuses années : un cadre de référence ainsi que des documents théoriques et méthodologiques et différents ateliers sur l'approche des DSC à MdM ont été développés.

La prise en compte des DSC permet de renforcer le dialogue entre les acteurs de projets de santé et les usager.ère.s et améliore ainsi la qualité des projets en prenant en compte les besoins, les

valeurs et les normes des usagers, et en intégrant ceux-ci dans la construction et la mise en œuvre du projet.

2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

L'adolescence, le mariage, la grossesse, la naissance sont des étapes riches en représentations, normes et valeurs dans chaque communauté.

Il est donc important de comprendre :

➔ **les représentations** liées à l'adolescence, la sexualité, la grossesse, l'avortement, les maladies, les VLG, le corps, les traitements (stigmatisation de certaines maladies...);

➔ **l'interprétation des symptômes** et les causes des maladies ;

➔ **le langage** (les mots utilisés pour parler de la grossesse, de l'avortement, de la maladie, la compréhension des messages et leur interprétation) ;

➔ **le rôle clé de la société**, du groupe, de la famille dans l'itinéraire

1. Bouchon M., *Accès aux soins et déterminants socioculturels*, MdM, 2012.

thérapeutique (rôle des maris, des pères, des mères, des pairs, des accoucheuses traditionnelles, des leaders religieux, etc.);

➔ **le pluralisme médical** avec des offres de soins variées (médecines traditionnelle et biomédicale);

➔ **la relation soignant/soigné ;**

➔ **les enjeux économiques, sociaux, légaux, administratifs et politiques ;**

➔ **les rôles, relations et inégalités de genre** qui peuvent influencer le vécu et la représentation de la maladie mais aussi qui peuvent placer hommes et femmes dans des positions différentes dans la communauté avec un accès et un contrôle aux ressources inégales.

Un diagnostic socioculturel avec une approche genre en début de projet est préconisé afin de pouvoir identifier les personnes clés de la communauté, comprendre les barrières à l'accès aux soins, les itinéraires thérapeutiques et comprendre les représentations autour de la santé sexuelle et reproductive.

Une collecte de données, par les méthodologies qualitatives (observation, entretien et focus groupe) ainsi que l'analyse des données par la triangulation de ces trois méthodes permettent la mise en lumière des déterminants socioculturels de l'accès aux soins (ces méthodes sont expliquées dans le guide « *Collecte de données*

*qualitatives*² » de Médecins du Monde). Il est alors essentiel que **l'analyse de ces données prenne en considération les contextes géographiques, sociaux, économiques, politiques et légaux**. Ces différents éléments ont des impacts forts en matière de DSSR. Centrer l'analyse des DSC exclusivement sur les représentations des maladies et de la santé risquerait d'encourager le développement de programmes qui sur-responsabilisent les individus sans tenir compte du fait que leur pouvoir d'agir est limité par les cadres dans lesquels ils évoluent³. De même il sera important **d'inclure dans la collecte de données et lors de l'analyse du contexte les aspects de genre** et notamment les rôles des hommes et des femmes dans la communauté, l'accès et le contrôle des ressources ainsi que l'analyse des différents facteurs d'influence (politiques, économiques, culturels, de formation, juridiques, internationaux, etc.) qui ont un impact sur et dans les relations de genre⁴.

Une fois ces informations obtenues et analysées, il est important de les intégrer lors de la programmation et la mise en œuvre du projet. En effet, d'un point de vue éthique, **il est important de prendre en considération les DSC de façon non jugeante et respectueuse mais aussi en les questionnant**, ce qui permet d'améliorer la qualité, l'efficacité et la pérennité des projets. Il est également essentiel d'avoir une attention particulière et de se questionner sur les DSC tout au long du

projet afin de réadapter notre approche si besoin (voir chapitre 3. II. 7. *Études socio-anthropologiques*).

La disponibilité et la qualité des services de SSR n'est pas d'une grande utilité si par ailleurs les patient.e.s désertent ces services, ne comprennent pas les soins ou les médicaments qu'on leur propose ou que le service ne répond pas à leurs besoins spécifiques ou est discriminant. **L'adaptation socioculturelle des procédures, le langage, les normes, les valeurs, les pratiques relationnelles avec les soignant.e.s sont déterminantes dans l'accès aux soins**. Les activités d'éducation pour la santé adaptée aux besoins, représentations et pratiques de la population sont essentielles pour améliorer les connaissances en SSR, pour renforcer les aptitudes et pour encourager l'adoption des pratiques saines. De plus, les enquêtes socio-anthropologiques menées à MdM montrent que dans les différents déterminants de l'accès aux soins, **la qualité de l'interaction entre les usager.ère.s et les professionnel.le.s de santé, la confidentialité dans cette relation, la possibilité de discuter, l'accueil que l'on va recevoir dans une structure de santé sont déterminants dans le choix d'entamer un parcours de soins**. La confiance dans la relation médicale augmente aussi l'adhérence et l'observance des traitements ainsi que les comportements préventifs. Ainsi, afin d'obtenir une meilleure acceptabilité sociale des projets, il est essentiel de pouvoir prendre en

compte la parole des usager.ère.s dans la conception des stratégies opérationnelles et dans l'ensemble du cycle de projet. Dans ce cadre, il est essentiel d'accorder une attention particulière à la satisfaction des usager.ère.s. Pour cela MdM a développé un *Guide Pratique des études de satisfaction*. Dans ce guide, MdM insiste sur le caractère multidimensionnel de la satisfaction des usager.ère.s. Différents critères sont à prendre en compte et notamment : la compétence technique des professionnel.le.s de santé, les aspects interpersonnels et la relation entre les professionnel.le.s de santé et les patients, l'accessibilité et la continuité des soins et la prise en compte des proches. **La mesure de la satisfaction devrait faire partie intégrante des projets afin de pouvoir adapter les interventions** en fonction des besoins des individus et de leurs critères de satisfaction⁵.

De plus, il est essentiel de pouvoir **apporter une attention particulière à la relation soignant.e-soigné.e**. Des études⁶ ont montré que dans de nombreux contextes, cette relation est souvent dysfonctionnelle et donne parfois lieu à des situations de violence dans les soins. Plus récemment, des associations ont décrit dans plusieurs pays des situations de « violences obstétricales et gynécologiques ». Ces violences peuvent être définies comme un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux non justifiés impactant l'intégrité physique et mentale des femmes de façon plus

2. Bouchon M. et al., *Collecte de données, Méthodologies qualitatives*, MdM, 2^e édition, 2012.

3. ML Deneffe Dobrzynski, Mémoire de Master 2. PPLS. Institut de Sociologie et d'Anthropologie. Université de Lille 1, 2017

4. Le Monde selon les Femmes, *Les essentiels du genre-02. Les outils de l'approche genre*, Bruxelles, 2004

5. MdM, *Guide pratique des études de satisfaction*, 2019

6. Yannick Jaffré, Olivier de Sardan, *Une médecine « inhospitalière ». Les dysfonctionnements des centres de santé en Afrique de l'Ouest*, 2003

ou moins sévère. Ces actes peuvent se produire tout au long du continuum de soins en SSR et notamment au cours de l'accouchement ou d'IVG. Ils peuvent être portés par différents professionnel.le.s des structures de santé et peuvent constituer une barrière importante d'accès aux soins.

Il est alors indispensable d'analyser les divers facteurs qui sous-tendent la relation soignant.e-soigné.e et les dynamiques de pouvoir. Dans le cadre de soutien aux structures de santé, une attention toute particulière doit être apportée à l'accueil, à la communication avec les patient.e.s, à la mise en place de soins de soutien respectueux ; en d'autres termes pas uniquement aux savoir et savoir-faire mais aussi au savoir-être des professionnel.le.s de santé. Pour cela, la mise en place de sessions de sensibilisation, de formations et de supervisions formatives sur les questions d'éthique médicale et de relation soignant.e-soigné.e est une activité essentielle à prendre en compte dans la réalisation des projets.

D'autre part, en matière de relation soignant.e-soigné.e, il est également important de rappeler que dans de nombreuses situations, les actes ne sont pas portés dans la volonté d'être intentionnellement mal traitant.

Les dysfonctionnements de certains systèmes de santé, l'insuffisance de formations et d'encadrement, le manque de moyens, la surcharge de travail peuvent conduire les

professionnel.le.s de santé à des situations d'épuisement qui vont influencer leurs interactions avec les patient.e.s. Afin de prévenir ce type de situation, une attention particulière doit être portée aux conditions de travail et aux respects des standards internationaux en matière de charge de travail (notamment les standards Sphère concernant le nombre de consultations par jour et par professionnel de santé⁷).

7. Projet Sphère, *Le manuel Sphère*, édition 2018 : <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#choo1>

III. LES BARRIÈRES GÉOGRAPHIQUES

1. DÉFINITION/CONCEPT

La barrière géographique correspond à la distance physique entre l'offre de soins et la demande. L'accessibilité géographique dépend de la proximité ou de l'éloignement du/de la patient.e avec la structure sanitaire délivrant les soins requis. Cette accessibilité peut aussi dépendre de situations particulières relatives à la zone : présence de check-points, zone de conflit, de non-droit, etc.

La barrière géographique est souvent déterminée par la distance et le temps de transport qui dépend du moyen de transport mis à disposition de la femme (marche à pied, âne, cheval, bateau, voiture, bus...), et la difficulté du trajet (état des routes, saison des pluies/mousson, relief, passage d'un bac...). L'accessibilité géographique dépend aussi et surtout de la disponibilité des services de SSR dans les structures sanitaires à proximité des communautés. D'autres facteurs tels que le prix du transport, la fréquence des soins ont également un impact sur l'accès géographique aux soins.

Les inégalités de genre liées au contrôle des ressources financières

et de temps peuvent impacter aussi l'accès géographique. De façon générale, les femmes ont un contrôle moindre des ressources financières, ceci pouvant limiter leur capacité à financer le transport jusqu'à la structure de santé. De même, les femmes réalisent aussi bien des tâches dans les sphères reproductives, productives et communautaires de façon non équitable avec les hommes, et disposent ainsi de moins de temps pour réaliser un déplacement très long par exemple.

2. COMMENT RÉDUIRE CETTE BARRIÈRE À L'ACCÈS AUX SOINS ?

Pour réduire les barrières géographiques, il s'agit de traiter les différentes causes :

La disponibilité et la qualité des services :

➔ [certaines populations sont particulièrement éloignées géographiquement de la première structure de santé](#), avec un contraste important entre les zones urbaines et les zones rurales. Il existe des critères pour la mise en place de certaines structures de santé : cinq centres offrant

des soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB) et un centre offrant des soins obstétricaux d'urgence complets (SONUC)⁸ pour couvrir les besoins de 500 000 habitants (critères Sphère)⁹. Cependant, il est spécifié que dans les zones rurales avec des populations dispersées, un nombre de structures plus important pourra être mis en place afin de toucher une plus grande partie de la population. La seule option envisageable dans certaines zones peut être la création de structures de santé supplémentaires (et/ou mobiles). Pour cela, il est nécessaire de discuter avec les autorités responsables de la définition de la carte sanitaire ;

- ➔ il est essentiel que les populations puissent être soignées indépendamment de toute sectorisation et de leur lieu de résidence ;
- ➔ la décentralisation de certains soins vers les structures périphériques peut aussi faciliter l'accès à des soins de qualité et plus complets. Par exemple, la décentralisation des services offrant la PTPE a permis à plus de femmes enceintes d'être dépistées pour le VIH et d'avoir accès à un traitement antirétroviral. La délégation des tâches est également une piste intéressante pour faciliter l'accès à certains soins. De même, lorsque le premier niveau de soins offre les SONUB, cela permet aux femmes de pouvoir être traitées plus facilement en cas de complications obstétricales. La qualité des soins (et de l'accueil) est un argument supplémentaire pour encourager les populations à se déplacer, même lorsque le trajet est long et/ou difficile ;

- ➔ les activités de stratégies avancées (outreach ou « aller vers ») peuvent également réduire la barrière géographique, tout en favorisant l'instauration d'un lien de confiance entre les personnels de santé et la population. Elles pourront être encouragées notamment lorsque les femmes ont des difficultés à se déplacer (consultation postnatale dans les 48 heures suivant l'accouchement) ou lorsque les soins sont fréquents ;
- ➔ des services de santé délocalisés peuvent être organisés au sein de la communauté par la communauté elle-même ou par des acteurs communautaires. Par exemple, la distribution de contraceptifs via des agents de santé communautaires formés est de plus en plus fréquente ;
- ➔ des horaires adaptés aux besoins des femmes et des services de garde d'enfants peuvent également être envisagés pour permettre aux femmes ayant des charges familiales de pouvoir se déplacer pendant le temps dont elles disposent.

L'amélioration des systèmes de référencement :

- ➔ le référencement des accouchements ou des urgences (hémorragie, éclampsie...) de la communauté au premier niveau de soins est souvent un problème. Il doit être fait rapidement. Or les femmes, les familles ne sont souvent pas en mesure d'organiser ce transport. Des initiatives au sein des communautés sur la mutualisation de moyens de transport ou de fonds d'urgence

peuvent exister, être renforcées ou initiées par MdM afin de faciliter la référence. Ces initiatives doivent toujours être construites et développées en lien étroit avec les communautés bénéficiaires afin qu'il y ait une appropriation par les personnes concernées ;

- ➔ lorsque le référencement des accouchements de la communauté au premier niveau de soins est difficilement envisageable dans un délai court, il est possible d'envisager et de discuter le rapprochement des femmes enceintes au plus près des structures sanitaires en fin de grossesse (hébergement familial, maisons d'attentes...) ; solutions qu'il convient d'aborder lors des consultations prénatales ;
- ➔ le référencement entre les soins de santé primaires et les soins de santé secondaires est aussi un élément essentiel pour diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Il est donc important que les référencement soient possibles via un service d'ambulance afin de prendre en charge les urgences ou complications de la grossesse, de l'avortement ou

de l'accouchement au niveau des SONUC. Il est également essentiel de former les personnels de santé sur l'orientation dans les délais des femmes et des nouveau-nés vers les structures appropriées. Il est aussi important d'établir des critères de référence clairs pour les soins urgents ainsi que pour les soins non urgents nécessitant un niveau supérieur de prise en charge (ex. : méthodes contraceptives définitives). Pour faciliter un référencement dans des délais acceptables, un système de communication efficace est également requis.

Les modalités financières de transport :

- ➔ l'accessibilité géographique dépend également de l'accessibilité financière et des modalités de financement du transport pour les personnes les plus démunies. Le coût du transport, notamment dans les situations d'urgence, peut être très élevé. Il est donc important que la question du financement de ce transport soit réfléchi et discutée avec les communautés et avec les couples en amont.

« Dans le district sanitaire de Djibo au Burkina Faso, l'analyse des causes de décès maternels pointe du doigt la barrière géographique et le retard pris pour se rendre dans une formation sanitaire. Pour répondre à cette situation, MdM a mis en place un système de référencement communautaire via la dotation de tricycles ambulances aux villages éloignés pour assurer le transport des patientes vers les centres de santé. Cet appui entre dans le cadre de la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence. Ces tricycles ambulances sont intégralement gérés par les communautés et ont permis d'atteindre des résultats satisfaisants. Aujourd'hui, les tricycles sont régulièrement utilisés à tous les niveaux du système sanitaire dans un contexte sécuritaire dégradé où les ambulances à quatre roues sont souvent ciblées par des attaques. »

Dr Hyppolite Gnamien, coordinateur médical, Burkina Faso

8. WHO, UNFPA, Unicef, AMDD, *Monitoring Emergency Obstetric Cares: A handbook*, WHO, 2009.

9. Projet Sphère, *Le manuel Sphère*, édition 2018 : <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#cho01>

IV. LES BARRIÈRES FINANCIÈRES

1. DÉFINITION/CONCEPT

Dans de nombreux pays, la tarification aux usagers (ou paiement direct) dans les structures de santé constitue un obstacle à l'accès aux soins. Les coûts des soins sont souvent élevés et non prévisibles pour les ménages. De plus, la capacité des ménages à payer les soins est souvent faible. Les inégalités de genre relatives au contrôle des ressources économiques impactent également les capacités des femmes à disposer des moyens nécessaires pour faire face à certaines dépenses.

Chaque année, plus de 100 millions de personnes basculent dans la pauvreté à la suite de dépenses de santé¹⁰. Des centaines de millions d'autres renoncent simplement à se faire soigner faute d'argent.

La santé maternelle représente en moyenne entre 1 % et 5 % des dépenses d'un ménage et entre 5 % et 34 % si la femme a une grossesse ou un accouchement compliqué¹¹.

Les exemples d'inégalités d'accès aux soins liées à des barrières financières sont nombreux.

L'analyse des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans 50 pays en 2005 a montré que seulement 34 % des femmes dans le quintile le plus pauvre avaient recours à un accouchement assisté, contre 84 % des femmes dans le quintile le plus riche¹².

Les conséquences des barrières financières peuvent être aussi sociales et sanitaires. Le retard à l'accès aux soins peut entraîner plus de risque de mortalité et de morbidité. Entre le premier et le dernier quintile, la mortalité maternelle est multipliée par quatre.

Les barrières financières à l'accès aux soins comportent non seulement les coûts directs, c'est-à-dire le prix de la consultation et le coût des médicaments et analyses, mais aussi les coûts indirects, à savoir le transport vers la structure de santé (dont la charge grossit en fonction

de la distance), la nourriture pour les patientes et les accompagnant.e.s, mais aussi les pourboires aux soignant.e.s qui sont parfois exigés... En plus des coûts directs et indirects, le recours aux soins correspond souvent à un manque à gagner résultant de l'interruption d'activités génératrices de revenus (commerce, période de récolte, etc.).

2. COMMENT RÉDUIRE CES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS ?

Le 24 mai 2011, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution (64.9) invitant les États membres à « veiller à ce que les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils évitent les paiements directs importants au point de prestation et comportent une méthode de prépaiement des contributions financières pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques dans la population pour éviter les dépenses de soins de santé catastrophiques et l'appauvrissement des individus ayant eu à se faire soigner ».

Les coûts de santé payés par les usager.ère.s, « user fees », diminuent l'utilisation des services de santé, procurent un stress financier aux ménages et entraînent une utilisation inefficace et inadéquate des services de santé. Cette politique de paiement direct a amputé la capacité des populations à se protéger efficacement contre le risque de maladie. Le droit de bénéficier d'une sécurité en cas de maladie représente pourtant une

composante essentielle du droit à la santé.

Les moyens mis en place dans les pays pour permettre de réduire les barrières financières pour les femmes enceintes et les enfants sont nombreux :

- ➔ [politiques nationales de gratuité pour les femmes enceintes et/ou enfants de moins de 5 ans](#) (Ghana, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Sierra Leone, Côte d'Ivoire...);
- ➔ [forfait obstétrical](#) (Mauritanie);
- ➔ [mutuelle de santé communautaire](#) et micro-assurance (Guinée, Ghana, Rwanda, Cambodge);
- ➔ [système de prime conditionnelle](#) (Inde, Népal);
- ➔ [assurance nationale pour la santé de la mère et de l'enfant](#) (Bolivie);
- ➔ [système de bons « vouchers »](#) (Cambodge, Laos).

De manière générale, les expériences d'exemption de paiement sont positives pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Néanmoins, le succès d'une telle entreprise dépend largement de la possibilité de s'appuyer sur une réelle volonté politique et sur une planification en amont intégrant les enjeux liés aux financements pérennes de la gratuité, mais aussi les aspects techniques relatifs à la gestion de l'impact sur les populations, les ressources humaines dans les structures de santé, l'approvisionnement en médicaments. Il est également essentiel que ces politiques de santé soient largement diffusées auprès des populations bénéficiaires.

MdM s'est positionné en 2012 sur l'accessibilité financière aux soins dans un document : « Améliorer

10. WHO, *The World Health Report, Health Systems Financing: The path to universal coverage*, 2010.

11. WHO, *Making pregnancy safer, Making a difference in countries: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*, 2006.

12. Richard F. et al., *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries: the need for action*. *Studies in HSO&P*, 24, 2008.

l'accessibilité financière aux soins de santé primaires¹³ ».

MdM s'inscrit dans une logique d'introduction ou d'extension de la gratuité d'accès aux soins de santé primaires et souhaite appuyer plus particulièrement les politiques de « gratuité » sélectives au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. MdM considère la levée des barrières financières comme une étape indispensable vers l'accès universel aux soins. Cette stratégie contribuera notamment à l'atteinte des Objectifs de développement durable 1 et 3.

L'introduction de ces politiques d'exemption de paiement ne doit pas se faire au détriment de la qualité de l'offre de soins. MdM s'inscrit également en faveur de politiques de gratuité couvrant tous les aspects du continuum de soins en SSR. Enfin, MdM souhaite que les coûts indirects tels que le transport et la nourriture pour les patients et accompagnants soient mieux pris en considération dans le cadre des politiques nationales de gratuité. Pour plus d'informations sur les expériences de Médecins du Monde concernant la levée des barrières financières, se référer au document : « *Atelier sur la levée des barrières financières à l'accès aux soins, mars 2012¹⁴* ».

« La Côte d'Ivoire a un taux de prévalence contraceptive moderne de 22%. Le pays, à travers son adhésion au partenariat régional de Ouagadougou et au partenariat mondial FP2020, s'est assigné un double objectif d'ici 2020 en vue du repositionnement de la Planification Familiale : atteindre la cible de 514.000 utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes et atteindre un taux de prévalence contraceptive de 36%. C'est dans cette perspective que le Gouvernement a alloué un montant de 400 millions FCFA pour l'achat des produits contraceptifs au titre de l'année 2016. Ce montant n'a cependant pas pu être reconduit en 2017. Face à cette situation, MdM a lancé et coordonné avec des organisations de la société civile une action de plaidoyer auprès du ministère de la santé. Nous avons encouragé la participation effective des principales parties prenantes, y compris l'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial, Agir pour la Planification Familiale et le projet Health Policy Plus. Cette action de plaidoyer a contribué à l'allocation d'une subvention de 500 millions FCFA pour l'achat des produits contraceptifs au titre de l'année 2018. Elle devrait augmenter de 10% chaque année - ce qui devrait aider à obtenir un financement d'une constance sans précédent au cours des années à venir et permettre d'améliorer la disponibilité des produits contraceptifs, en termes de quantité mais aussi de qualité ».

Yvan Kotchi, chargé de plaidoyer DSSR à Soubré, République de Côte d'Ivoire

13, 14. Disponible sur demande à la Direction Santé Plaidoyer, DSP, de MdM

V. LES BARRIÈRES LÉGALES ET ADMINISTRATIVES

1. DÉFINITION / CONCEPT

Les obstacles à l'accès aux services de SSR de façon générale et en particulier à l'accès à la contraception, à la prise en charge des survivant.e.s de VLG, aux soins post-avortement ou à l'avortement médicalisé, peuvent être **induits par un environnement politique et législatif restrictif** sur ces questions. Concernant l'avortement, on sait que les IVG tendent à être plus sécurisées lorsqu'elles sont légales par rapport aux contextes soumis à des lois plus restrictives. Selon l'institut Guttmacher, en 2018 sur 1,64 milliard de femmes en âge de procréer dans le monde, 6% vivaient sous des juridictions où l'avortement est totalement interdit et 37% sous d'autres où il est admis sans restriction de motivation. La plupart des femmes vivent dans des pays où la loi le place entre ces deux extrêmes. Sur les 56 millions d'avortements annuels de la période 2010 -2014, on estime à 25 millions (45%) le nombre de ceux pratiqués dans des conditions non sécurisées¹⁵. D'autre part, dans différents contextes l'accès à la contraception, notamment pour les mineures, est entravé par des lois

restrictives. Enfin, concernant la prise en charge des VLG, dans certains pays, une obligation pour les professionnel.le.s de santé de rapporter aux services de police les cas de violence sexuelle représente une barrière d'accès majeure à une prise en charge médicale pour les survivant.e.s.

De même, des **procédures administratives inappropriées** peuvent également contraindre l'exercice des DSSR. Il s'agira par exemple de la nécessité d'obtenir un avis de la part de plusieurs praticiens ou du délai de réflexion dans le cadre d'IVG, de l'obligation d'obtenir le consentement d'un conjoint ou d'un tuteur légal pour l'accès à certains services, de procédures administratives lourdes et complexes en matière de couverture sociale ou de la nécessité de fournir de nombreuses pièces justificatives, etc. Dans le contexte des personnes migrantes en particulier, l'absence de pare-feu entre l'offre de soins et le **contrôle de l'immigration** ainsi que **l'exclusion sociale** font partie des facteurs qui dissuadent notamment les femmes de solliciter une aide médicale pendant leur grossesse par exemple, augmentant ainsi le risque de

15. Institut Guttmacher, *Avortement provoqué dans le monde : incidence et tendances mondiales*, 2018

complications, jusqu'au possible décès maternel.

2. COMMENT RÉDUIRE CES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS ?

Afin de réduire les barrières légales et administratives d'accès aux services de SSR, il est tout d'abord essentiel de mettre en œuvre une **analyse des cadres normatifs en vigueur dans les contextes d'intervention**. Ces cadres influencent la qualité et la nature de l'offre de soins ainsi que la manière dont les DSSR sont respectés. Il est alors essentiel d'analyser la législation pour comprendre les conditions d'accès à certains droits et les obstacles à leur réalisation dans un contexte d'intervention de MdM. (voir chapitre 3. II. 3. Cadre légal).

Pour lever les barrières d'accès d'ordre légal et permettre la réalisation des droits sexuels et reproductifs, il s'agira la plupart du temps de **développer des activités de plaidoyer**. Composante essentielle des projets, le plaidoyer visera à atteindre des **changements de politiques ou de pratiques, que ce soit au niveau local, régional, national ou international**. Il s'agira alors d'accompagner l'adoption de nouvelles politiques permettant l'amélioration de l'accès aux services de SSR, de remettre en cause et d'encourager l'amendement de politiques ayant un impact négatif sur les DSSR et d'encourager le respect des législations existantes non appliquées. Idéalement, ces stratégies de plaidoyer seront mises en œuvre en partenariat avec des mouvements de la société civile lorsque ceux-ci sont

en accord avec les valeurs que nous défendons.

Pour lever les barrières administratives, on pourra également mettre en place des **stratégies de plaidoyer visant à simplifier l'accès à tel ou tel service, en allégeant certaines procédures administratives**. De plus, des **activités de conseils juridiques** pourront également être mises en place afin de mieux informer les individus concernant leurs droits. Enfin, la **mise en place de médiateurs en santé**, qui pourront accompagner les individus dans leurs démarches administratives vis-à-vis de l'accès aux soins, est également un levier important. De plus, ces médiateurs pourront avoir un rôle de sensibilisation et d'information des professionnel.le.s de santé concernant les besoins spécifiques de certaines personnes (migrantes par exemple).



CHAPITRE 3

DIAGNOSTIC EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

I. DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

1. ANALYSE DU CONTEXTE
2. L'IDENTIFICATION, LA PRIORISATION ET L'ANALYSE DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ
3. L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES INTERVENTIONS POSSIBLES

II. ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR L'ANALYSE DE CONTEXTE LORSQUE LE CHAMP D'INTERVENTION ENVISAGÉ INCLUT LES DSSR

1. POLITIQUES DE SANTÉ
2. CARTOGRAPHIE DES ACTEURS ET DES SERVICES
3. CADRE LÉGAL
4. GENRE
5. ÉVALUATION DES STRUCTURES DE SANTÉ
6. ÉVALUATION DES PERSONNELS DE SANTÉ
7. ÉTUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

I. DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

Le diagnostic de santé a pour objectif d'appréhender un contexte dans sa globalité, de mieux comprendre un phénomène de santé et ses déterminants, d'interroger les comportements et les représentations de chacun. Il permet d'identifier le problème de santé publique retenu, les objectifs et les choix d'intervention. Il s'agit de comprendre les besoins en SSR d'une population donnée, de les confronter à la réponse que le système de santé apporte, d'identifier les différentes barrières d'accès et les potentiels gaps.

Le diagnostic de santé est un préalable à la mise en place de **toute intervention** à Médecins du Monde, qu'elle se déroule **en France ou à l'étranger**, dans des **contextes d'urgence ou de long terme**. Il peut être réalisé au début du projet (diagnostic initial) ou en cours de projet (diagnostic intermédiaire) pour un réajustement de celui-ci.

Le diagnostic **comprend trois étapes** :

- ➔ l'analyse du contexte ;
- ➔ l'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé ;

➔ l'identification des problèmes de santé publique et des interventions possibles.

Ces 3 étapes vont brièvement être décrites dans les chapitres suivants. Il est fortement conseillé de se référer au guide *Planification de projet de santé*¹ de Médecins du Monde pour plus d'informations.

1. L'ANALYSE DU CONTEXTE

L'analyse du contexte consiste à **collecter et analyser des données concernant les facteurs qui influencent une situation donnée**. Les facteurs qui influencent une situation sont :

- ➔ les facteurs démographiques et sanitaires ;
- ➔ les facteurs géographiques et environnementaux ;
- ➔ les facteurs historiques, politiques, réglementaires et sécuritaires ;
- ➔ les facteurs socio-économiques ;
- ➔ les facteurs socioculturels ;
- ➔ les facteurs liés à la politique de santé et à l'organisation du système de santé.

1. MdM, *Guide Planification de projet de santé*, 2015

Il est également essentiel d'**identifier les acteurs** susceptibles d'influencer, positivement ou négativement, une action de santé, d'analyser les enjeux de pouvoirs et d'influence et de repérer des partenaires potentiels.

La compilation et l'analyse des données doivent être réalisées selon des **méthodologies quantitatives² et qualitatives³** complémentaires. L'analyse des données doit se faire au fur et à mesure de leur compilation, ce qui permet d'identifier les manques et de les compléter. Il est important de trier les informations, et de ne conserver que celles qui sont pertinentes. Les données conservées et leur analyse doivent être retranscrites dans le rapport de mission exploratoire.

Les contextes sont évolutifs, le processus doit être dynamique et les données doivent être revues et remises à jour lors des étapes et phases ultérieures du projet.

2. L'IDENTIFICATION, LA PRIORISATION ET L'ANALYSE DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

Individuel ou collectif, **un problème de santé représente un écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu**, défini par des

références médicales élaborées par des experts, le législateur..., ou par des normes sociales.

L'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé sont indispensables, même quand on a déjà pré-identifié le problème de santé publique sur lequel on souhaite intervenir, afin de vérifier la validité de ce choix et de le confronter aux réalités du terrain.

L'identification des problèmes collectifs de santé se fait à travers **deux diagnostics complémentaires, le diagnostic épidémiologique et le diagnostic perceptuel**. La situation idéale est lorsque ces deux diagnostics convergent.

Le diagnostic épidémiologique est un état des lieux des problèmes de santé et de leurs déterminants à partir de données quantitatives relatives à leur fréquence, leur répartition au sein de la population ainsi que les facteurs de risque et conséquences qui y sont associés. Au stade du diagnostic initial, ces informations sont récoltées et analysées à partir de sources secondaires (Snis/SIS, registres d'enregistrements tenus par la communauté, rapports d'études, etc.). C'est uniquement quand les données nécessaires n'existent pas qu'on peut envisager dans certains cas des enquêtes spécifiques pour une collecte de données quantitatives primaires⁴.

Le diagnostic perceptuel est un état des lieux des problèmes collectifs de santé dits « ressentis » (ou perçus) et exprimés. Ces informations collectées par des méthodes qualitatives (entretien, observation, focus groupe) ou quantitatives (questionnaire) permettent de connaître l'importance, la répartition et les conséquences des problèmes de santé par « l'expérience, la connaissance d'une situation et le ressenti des gens : populations et professionnel.le.s⁵ ». Ces problèmes collectifs de santé sont issus de l'opinion des populations ou des professionnel.le.s de santé. Cette opinion est forgée par les connaissances, croyances, attitudes et valeurs d'un groupe à un moment donné de son histoire. Il faut avoir le réflexe avant toute chose de savoir si des données secondaires existent avant d'envisager une collecte de données primaires.

L'analyse du problème doit comprendre la description, les conséquences et les causes (déterminants) du problème. La priorisation des problèmes collectifs de santé (PCS) se fait sur la base de critères prédéfinis (fréquence, gravité, conséquences), mais également sur la base d'une négociation entre les différents acteurs (ressenti sur ce qui est important).

À l'issue de la priorisation, trois PCS au maximum doivent être retenus ; les déterminants de ceux-ci sont alors analysés de façon approfondie sous la forme d'un **arbre à problèmes**.

3. L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES INTERVENTIONS POSSIBLES

Selon la définition adoptée par MdM, un **problème de santé publique (PSP) est soit un problème collectif de santé** (répondant aux critères de fréquence, gravité, et conséquences socio-économiques) ; **soit un déterminant de ce problème collectif de santé**. Il s'agit donc d'**identifier le problème** de santé publique sur lequel on souhaite intervenir puis de voir quelles sont les **interventions possibles** à mettre en place.

Le choix de l'intervention doit **tenir compte de ce qui se fait déjà dans la zone** (projets existants). Il s'agit de se situer en termes de complémentarité et non de duplication des efforts. Le choix de l'intervention doit aussi tenir compte de ce que nous savons faire et de ce que nous voulons faire.

Les interventions possibles doivent être revues à partir de critères opérationnels de priorisation, de leur plus-value potentielle et des opportunités, contraintes et conditions critiques. Le choix de l'intervention doit être communiqué aux parties prenantes impliquées dans le processus de diagnostic et compris par les partenaires.

À l'issue de cette étape, la stratégie d'intervention est élaborée et décrite dans le **rapport de mission exploratoire**.

2. Gumucio S. et al., *Collecte de données : méthodes quantitatives, l'exemple des enquêtes CAP (connaissances, attitudes, pratiques)*, MdM, 2010.

3. Bouchon M. et al., *Collecte de données : méthodes qualitatives*, MdM, 2^e édition, 2012.

4. Les données secondaires sont des données existantes dans des rapports ou autre document ; les données primaires sont des données nouvelles collectées par l'équipe exploratoire.

5. D'après Baumann M. et al., *Santé communautaire et action humanitaire, le diagnostic de santé d'une population*, ENSP, 2001.

II. ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR L'ANALYSE DU CONTEXTE LORSQUE LE CHAMP D'INTERVENTION ENVISAGÉ INCLUT LES DSSR

En matière de DSSR de façon plus spécifique, il s'agit d'**interroger la mise en œuvre de l'ensemble du continuum de soins et d'identifier de potentiels manquements**. MdM dans sa stratégie a identifié 3 axes prioritaires correspondant à des ruptures dans le continuum de soins, des composantes souvent négligées. Une attention particulière doit être accordée à l'analyse de ces composantes. Toutefois, il s'agit bien d'avoir une bonne vision de l'ensemble du continuum de soins nécessitant une analyse complète afin de pouvoir proposer des approches globales et intégrées. De même, on tâchera d'analyser les besoins en SSR de l'ensemble de la population en accordant une importance particulière à certains **groupes de personnes plus vulnérables** pour lesquelles dans de nombreux contextes les services ne sont pas adaptés (par exemple les adolescent.e.s et les jeunes).

La méthodologie de diagnostic pourra comprendre :

- ➔ une revue de la littérature / analyse documentaire
- ➔ une cartographie des acteurs

- ➔ des entretiens individuels avec des personnes clés
- ➔ des entretiens collectifs
- ➔ des sessions d'observation
- ➔ une méthodologie d'évaluation rapide en fonction des contextes.

On tâchera autant que possible d'avoir recours à des **approches participatives** et d'impliquer dès la phase de diagnostic : les autorités sanitaires, des organisations de la société civile et des membres représentatifs de l'ensemble de la communauté.

La méthodologie de diagnostic devra bien entendu respecter les principes de confidentialité, de sécurité, d'éthique et de respect. *Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁶ » de MdM.*

1. POLITIQUES DE SANTÉ

Une attention particulière doit être portée à la connaissance et la compréhension des politiques de santé en SSR. En effet, sous l'impulsion des Objectifs du millénaire de développement puis des Objectifs de développement durable, de

nombreuses politiques ou stratégies en santé sexuelle et reproductive ont été mises en place au niveau international, régional et national. S'agissant de la question de l'accès à la contraception, l'initiative FP2020 a également impulsé le développement de stratégies nationales.

Chaque pays développe une ou plusieurs politiques sur la santé et/ou plans d'actions pour la santé des femmes, la planification familiale, la santé sexuelle, la lutte contre les IST, etc. Souvent, ces politiques et stratégies ne sont pas centralisées dans un document unique mais dans plusieurs textes qu'il est parfois difficile de se procurer. D'autre part, ces textes ayant une influence sur la santé des individus peuvent émaner du ministère de la Santé d'un État mais aussi d'autres ministères ou entités étatiques (ex.: ministère des Affaires sociales, ministère de l'Éducation, ministère de la Condition féminine, etc.).

De plus, de nombreux textes internationaux de référence en faveur des DSSR existent (voir le chapitre 1. I. *L'engagement de Médecins du Monde*).

Il est important de **bien connaître la manière dont les États s'engagent et mettent en œuvre les textes internationaux, les engagements pris au niveau régional ainsi que les politiques nationales et leur déclinaison dans le domaine de la SSR**. En effet, ces différents éléments influencent la qualité et la nature de l'offre de soins, la manière dont les DSSR sont respectés à tous les niveaux des institutions publiques et par conséquent les projets en SSR

dans un contexte donné. Cette analyse sera également un élément clé pour orienter nos stratégies de plaidoyer au niveau national et potentiellement sous-régional et régional.

2. CARTOGRAPHIE DES ACTEURS ET DES SERVICES

Afin d'identifier au mieux les manquements au sein du continuum de soins ou les insuffisances en termes de couverture géographique, il est essentiel de pouvoir élaborer une cartographie complète des acteurs présents et des services déjà disponibles. Il s'agira d'**analyser quels sont les principaux acteurs en matière de SSR, dans quel domaine ils interviennent, quelles activités / services ils mettent en œuvre, à quel endroit, à quel moment (horaires), avec quels partenaires...** Il peut s'agir d'acteurs étatiques, d'organisations internationales, d'agences des nations unies, d'organisation de la société civile...

Il n'est pas toujours possible dans nos projets de répondre à l'ensemble des besoins en SSR (notamment soins de santé secondaires / SONUC, réponse aux demandes d'IVG ou prise en charge holistique des VLG), une bonne connaissance de l'ensemble des acteurs permettra **la mise en place de systèmes de référencement efficaces**. Pour cela, une **évaluation de la qualité des services fournis** (notamment auprès de structures privées) est indispensable (via la visite des structures, des rencontres régulières). Ces informations seront également indispensables pour la création de partenariats et d'alliances,

6. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

y compris pour le développement de certaines stratégies de plaidoyer.

3. CADRE LÉGAL

La connaissance du cadre légal est souvent un préalable à la mise en place d'activités en lien avec les DSSR. En effet, dans certains pays, l'avortement, les VLG, l'accès à la contraception et la santé des adolescent.e.s sont des **sujets sensibles**. Il est alors indispensable d'analyser la législation en vigueur pour comprendre les conditions d'accès à certains droits et les obstacles à leur réalisation dans un contexte d'intervention de MdM.

Par exemple, **concernant l'avortement, les dispositions légales doivent être**

connues afin de savoir dans quelle mesure MdM peut intervenir dans une zone ainsi que les modalités d'interventions possibles (cf. Annexe 4). En effet, lorsque MdM souhaite mettre en œuvre des activités de prise en charge des grossesses non désirées, l'analyse du cadre légal de l'avortement est une étape essentielle en ce qu'elle permet d'avoir une meilleure compréhension des conditions d'accès et des barrières à l'avortement. Cette analyse permet d'apprécier les risques encourus par les femmes, les professionnel.le.s de santé et les ONG médicales en cas d'avortement en violation de la loi. En cas d'intervention en lien avec les soins complets d'avortement dans des contextes légaux restrictifs, l'analyse précise du cadre permet de définir

des mesures de mitigation des risques encourus. Cette analyse permettra également d'identifier les dispositions légales représentant des barrières à l'accès aux services de SSR notamment à l'avortement et de pouvoir définir des stratégies visant à la levée des barrières. Ainsi, la connaissance du cadre légal permet de soutenir les activités de plaidoyer pour la prise en charge des grossesses non désirées, en permettant d'identifier les obligations d'un État en vertu du droit international et régional et leur mise en œuvre. Elle participe ainsi à l'identification d'opportunités et d'influence des politiques nationales, en lien avec les DSSR.

De même, **la connaissance du cadre légal lors d'interventions sur les VLG est essentielle. Il est important de comprendre quelles sont les violences pénalisées, quels sont les recours possibles pour les femmes et comment les obtenir** (certificat médical).

Pour exemple, les missions en Côte d'Ivoire, en République Démocratique du Congo, au Burkina Faso et en Ouganda se sont prêtées à l'exercice de l'analyse du cadre légal de l'accès à l'avortement. Ces analyses ont permis de comprendre comment les normes internationales, notamment le protocole de Maputo sont intégrées aux législations nationales et comment celles-ci sont interprétées par les juridictions nationales. A partir de ces analyses, des recommandations ont pu être présentées pour enrichir le plaidoyer de MdM et appuyer

le renforcement des politiques nationales. Pour cela, MdM a développé un **outil d'analyse du cadre légal** (cf. *Fiches Pratiques Prise en charge des GND et Soins Complets d'Avortement : 4. Méthodologie d'analyse du cadre légal*). L'outil est accessible à tous les projets, pour cela il convient de se rapprocher du service juridique au siège de MdM. S'agissant de questions relatives à la prise en charge des VLG on pourra se référer aux Fiches SSR / VLG en situations de crise (cf. *Fiches Pratiques SSR et VLG en situation de crise : 2.8 Accompagnement judiciaire*).

Il est donc essentiel d'avoir la compréhension la plus complète possible du cadre légal regroupant les textes de lois mais aussi l'interprétation qui en est faite à travers les professionnel.le.s du droit et de la santé ainsi que la pratique judiciaire qui en découle afin de mettre en place un projet de SSR efficace et de qualité.

4. GENRE⁷

L'approche genre est un élément important à introduire dans l'analyse afin de pouvoir **répondre aux besoins spécifiques des hommes, des femmes et des personnes non binaires en matière de santé et de développer des actions qui favorisent la réduction des inégalités de genre en matière de SSR**. L'analyse de genre permet d'une part d'identifier les besoins spécifiques en santé des personnes en réalisant des profils de santé qui intègrent aussi

« Aux Philippines, la question de la SSR des jeunes et des adolescent.e.s est un problème important de santé publique. Le pays est le seul pays d'Asie du Sud Est dans lequel les taux de grossesses précoces et la mortalité y étant liée augmentent. Dans un contexte religieux extrêmement conservateur, accéder à une éducation sexuelle complète, à des services de prévention et prise en charge des IST, à des services proposant des méthodes de contraception, ou à une prise en charge des GND est un réel challenge pour les jeunes et les adolescent.e.s. Les barrières socioculturelles et légales sont multiples. Face à cette situation, MdM a décidé d'entreprendre une mission exploratoire sur la SSRAJ aux Philippines. Pour cela, nous avons réalisé une revue documentaire, une cartographie complète des acteurs, ainsi qu'une analyse du cadre légal du pays en matière de SSR. Sur le terrain nous avons mené des entretiens individuels et collectifs avec les informateurs clés, des séances d'observation dans les structures de santé, de multiples rencontres avec les autorités et avec les organisations de la société impliquées sur le plaidoyer en matière de DSSR. Ces différentes activités nous ont permis d'avoir une bonne vision d'ensemble des questions liées à la SSRAJ, de mieux comprendre les différentes causes et déterminants des problèmes de santé y étant liés et de développer les différents axes d'une potentielle stratégie d'intervention ».

Fieke Geerts, coordinatrice générale, Philippines

7. Bautista Cosa O., *L'approche genre à Médecins du Monde*, MdM, 2019

bien les besoins liés aux différences biologiques entre les sexes qu'aux différences issues de la socialisation différenciée entre les genres. D'autre part, cette analyse permet de **rendre visibles les inégalités et les relations de pouvoir existantes entre les genres et leurs impacts sur le vécu des individus et l'accès aux services de santé**. Cette analyse comprend une analyse macro des facteurs d'influence qui ont un impact dans et sur les relations et rôles de genre ainsi qu'une analyse micro des rôles que jouent hommes et femmes et personnes non binaires dans la communauté ainsi que l'accès et le contrôle qu'ils/elles ont des différentes ressources. Cela nous permet de mieux connaître les principales inégalités de genre existantes dans notre contexte d'intervention donné et de les interroger au regard de leur impact sur l'accès aux services de santé. Tel que mentionné précédemment, **le genre est traversé par d'autres éléments qui constituent l'identité des personnes et qui vont aussi définir leur place dans la société**. Ces éléments peuvent être la race, la classe sociale, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'âge, le groupe ethnique, etc. **Le croisement de tous ces éléments correspond à ce que l'on appelle l'intersectionnalité**. Il est important de tenir compte de cette intersectionnalité au cours de l'analyse.

Cette analyse de genre est un **prérequis essentiel pour pouvoir développer des actions qui répondent aux besoins spécifiques des individus**

et qui contribuent à rééquilibrer les inégalités de genre existantes ou à défaut à ne pas les renforcer.

L'introduction d'une approche genre dans nos interventions doit être progressive et tenir compte du contexte. Elle doit être co-construite avec les communautés auxquelles s'adressent les interventions. Ainsi, il s'agit de mettre en place des actions qui répondent aux besoins spécifiques des genres, c'est ce que l'on appelle des actions sensibles au genre. **Progressivement les projets peuvent intégrer des actions transformatives en matière de genre**. Dans ce sens, une approche d'empowerment et un travail autour des **nouvelles masculinités ou masculinités positives**⁸ permet de rééquilibrer ces relations en travaillant pour et avec les personnes. Il s'agit notamment d'accompagner les femmes et les personnes non binaires, pour que celles-ci puissent jouir de davantage d'autonomie. Il s'agit également d'encourager une vraie co-responsabilisation en matière de santé et de SSR, notamment en impliquant les hommes dans les actions de prévention concernant les VLG, des IST, la contraception, la parentalité, etc. Des modèles de grilles d'analyse des facteurs d'influence, des rôles et du contrôle de ressources sont proposés en *Annexe 6* ainsi qu'un outil de programmation/évaluation de l'impact de nos actions en matière d'inégalités de genre.

5. ÉVALUATION DES STRUCTURES DE SANTÉ

Pour bien connaître un contexte sanitaire, il faut étudier le système de santé. Il est nécessaire de **connaître la pyramide sanitaire** (différents niveaux de soins) afin de mettre en lumière le continuum de soins dans l'espace. Il s'agit également d'analyser l'ensemble des services du continuum de soins dans le temps (*voir chapitre 1. III. 2. L'offre de soins : promotion de la santé, prévention et soins curatifs, Schéma 2 : Continuum de soins en SSR*).

Il est important de mettre en relation le niveau théorique de ces structures de soins (type de structure, état de l'établissement, activités réalisées, matériel médical existant, nombre et types de professionnel.le.s de santé, communication et mode de référencement entre les structures...) **et la réalité des structures de santé**.

Le niveau théorique de santé est connu lors de la collecte d'informations sur les politiques de santé existantes : quels services de SSR en fonction de la situation de la structure dans la pyramide sanitaire. Le niveau réel est identifié à partir des observations sur le terrain de l'équipe réalisant la mission exploratoire.

Ce niveau doit être analysé au regard de certains critères relatifs à la qualité et notamment ?:

➔ **disponibilité des soins** : il faut au moins 5 structures proposant des

SONU dont une qui propose des SONUC pour 500 000 personnes. Ces services doivent être disponibles 24h/24 et 7j/7

- ➔ **accessibilité** : les services sont géographiquement accessibles et des moyens de transport abordables sont disponibles
- ➔ **acceptabilité** : la charge de travail permet aux prestataires de fournir des soins dans la dignité et le respect. La confidentialité est garantie
- ➔ **efficacité** : les protocoles mis en place suivent les dernières recommandations scientifiques en matière de SSR
- ➔ **abordables** : le coût des services doit être réduit voir gratuit
- ➔ **culturellement adaptés** : les services tiennent compte de la culture locale
- ➔ **sécurité** : les services doivent respecter certaines normes permettant d'assurer la sécurité des usagers et usagères à tout moment
- ➔ **respect** : les services respectent des règles d'humanité, ils respectent le choix et les préférences des usagers et usagères. (*Voir schéma 5 page suivante.*)

Une grille d'évaluation (checklist) des services de SSR, proposée par MdM, est disponible en *Annexe 5*.

Les écarts entre les niveaux théorique et réel permettront notamment de faire ressortir les besoins d'appui pour le système de santé.

8. Travail à réaliser avec les hommes pour repenser les concepts liés à la masculinité dominante en faveur de la promotion des masculinités positives / égalitaires

9. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

6. ÉVALUATION DES PERSONNELS DE SANTÉ

Dans le monde, le **déficit en nombre et en compétences de professionnel.le.s de santé qualifiés en SSR, de sages-femmes et d'accoucheur.euse.s qualifié.e.s** renforce les difficultés d'accès à des services complets de SSR et notamment à une prise en charge des femmes présentant des complications obstétricales ou à des soins complets d'avortement. Dans certains pays, le nombre de sages-femmes devrait être multiplié par 10 pour répondre aux besoins. De plus, **de nombreux professionnel.le.s de santé exerçant en SSR n'ont pas les compétences nécessaires pour offrir un paquet complet de soins de qualité**¹⁰.

Les personnels de santé ont un impact fort sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales et sur la mise en place de services de SSR adaptés aux besoins. Leur évaluation est donc une phase importante de l'analyse du contexte.

Pour cela, il faut **connaître les curriculum des professionnel.le.s** travaillant sur la SSR, savoir comment et en combien de temps ils sont formés. Puis, il s'agit de faire une **comparaison entre les connaissances nécessaires requises et les connaissances et pratiques** des personnels de santé exerçant dans les structures de santé. Afin de réaliser cette analyse, des observations peuvent être réalisées lors des visites dans les structures de santé

« Depuis plusieurs mois, la délégation de MdM à Toulouse a entamé des réflexions autour de l'intégration de l'approche genre dans ses programmes et autour de l'accès aux soins de SSR des femmes sans domicile dans la ville de Toulouse. Les équipes avaient identifié une augmentation, ces dernières années, du nombre de femmes isolées avec ou sans enfants et de familles parmi les personnes sans domicile. Cependant les équipes avaient le sentiment d'avoir du mal à les atteindre à travers nos interventions ; la délégation s'est donc interrogée sur le parcours en santé et l'accès aux soins de SSR des femmes sans domicile. Pour cela un état des lieux sur l'accès aux services de SSR des femmes en situation de précarité et sans domicile ainsi qu'une analyse sur le degré de prise en compte du genre dans les programmes ont été réalisés. Ce travail a permis de faire émerger plusieurs pistes de réflexions et d'actions dont notamment la possibilité de développer des interventions « d'aller vers » dans certains centres d'hébergement d'urgence ou d'insertion accueillant des femmes et de proposer des actions collectives ou d'accompagnement individuel autour de la SSR. La possibilité d'ouvrir un espace et un temps dédié spécifiquement à l'accueil des femmes au sein du CASO afin de discuter spécifiquement des questions de SSR a également été évoquée et doit être approfondie ».

Céline Vicrey, Coordinatrice Régionale Midi-Pyrénées

par l'équipe de la mission exploratoire et/ou des tests d'évaluation des connaissances peuvent être proposés. Le programme de santé maternelle et néonatale de JHPIEGO propose notamment des outils d'évaluation du personnel (voir Annexe 5).

Le temps de l'analyse du contexte étant généralement court, cette question doit être approfondie lors de la phase d'implantation du projet.

SCHÉMA 5 : CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'OMS SUR LA QUALITÉ DES SOINS*



10. Favreau V. et al., La pratique de sage-femme dans le monde en 2011, Naissances réussies, vies sauvées, Fnuap, 2011.

*IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018

7. ÉTUDE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE

Il est essentiel dans un contexte donné de pouvoir **comprendre les perceptions et représentations autour de la SSR, de la sexualité, de la contraception, de l'avortement, des services existants, etc.** afin d'adapter au mieux les activités qui seront développées. Dans ce cadre, il sera important de considérer la mise en œuvre d'études socio-anthropologiques visant à améliorer la connaissance des déterminants socioculturels et communautaires.

Les recherches menées en socio-anthropologie de la santé visent à contribuer à une approche interdisciplinaire des problématiques de santé publique et à aider aux décisions relatives aux orientations des programmes de santé afin d'améliorer leur qualité, leur pertinence et leur efficacité.

Si certaines informations peuvent être collectées au cours d'un diagnostic général, il peut être important de pouvoir faire appel à un.e professionnel.le des sciences sociales pour un diagnostic plus approfondi sur un axe spécifique. Idéalement, cela doit être réalisé avant le développement d'un nouveau projet, mais on pourra également mettre en œuvre ce type d'études au cours du projet afin de pouvoir définir certaines réorientations. Les informations obtenues pourront également représenter des leviers intéressants en matière de plaidoyer.



« En Côte d'Ivoire et à Madagascar, j'ai réalisé pour MdM des enquêtes socio-anthropologiques sur les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements chez les adolescentes et les jeunes. Les objectifs de recherche et les sites où réaliser les recueils de données ont été définis en collaboration avec les équipes terrain et les populations. Des entretiens individuels et collectifs ainsi que des observations ont ensuite été menés auprès des adolescent.e.s et des jeunes, de leurs référents familiaux, des leaders communautaires et religieux, des acteurs socio-éducatifs, des soignant.e.s issus de la biomédecine ou de la médecine traditionnelle, des décideurs politiques... Dans les deux contextes, les enquêtes ont mis en exergue les nombreux obstacles d'accès à la contraception, les normes et comportements des adolescent.e.s en sexualité et leur gestion des grossesses non désirées ainsi que les conflits de valeurs vécus au sein de la société lorsqu'il s'agit de prendre en considération la sexualité active des adolescent.e.s. Les résultats d'enquête ont permis d'établir des recommandations opérationnelles sur lesquelles se sont basées la formulation d'un nouveau projet pour une mission et la réorientation du projet en cours pour l'autre mission. Les équipes ont utilisé les résultats d'enquêtes et les recommandations formulées aussi bien pour la définition des activités que comme levier de plaidoyer auprès des décideurs politiques. En cela les enquêtes socio-anthropologiques au sein de MdM ont été reconnues par les équipes comme participant efficacement à améliorer l'accès aux soins et l'application des droits sexuels et reproductifs ».

Marie-Laure Deneffe Dobrzynski, chercheure en santé publique et socio-anthropologie





■

CHAPITRE 4

ÉLÉMENTS DU CONTINUUM DE SOINS

I. L'ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

II. CONSEIL ET SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION EFFICACES

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

III. SOINS PRÉNATAUX

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

IV. SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX IMMÉDIATS

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

V. SOINS DU POST-PARTUM

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

VI. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

1. DÉFINITION
2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

I. L'ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE

I. DÉFINITION

« L'Éducation Sexuelle Complète¹ (ESC) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir - dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité -, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie ».

L'ESC présente des contenus adaptés selon l'âge et le stade de développement de l'enfant et de l'adolescent.e / jeune et scientifiquement exacts. C'est un processus éducatif continu qui commence **dès le plus jeune âge**, et dans lequel les nouvelles informations s'appuient sur les connaissances déjà

acquises. L'ESC s'adapte au contexte socioculturel. Elle est fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes. Elle présente une vision positive de la sexualité et n'est pas centrée exclusivement sur les risques liés à la sexualité. Elle s'abstient de jugements de valeur et favorise l'autonomisation des apprenants en améliorant leurs compétences en matière d'analyse, de communication et de préparation à la vie courante. Elle est basée sur une approche par les droits humains et l'égalité de genre et contribue à la réalisation de plusieurs Objectifs de développement durable (ODD 3, 4 et 5).

En absence d'ESC, le silence, la gêne et la désapprobation des adultes (parents, enseignant.e.s, soignant.e.s, etc.) face aux préoccupations des adolescent.e.s et des jeunes en sexualité ne leur permet pas de se préparer à gérer leur vie sexuelle.

1. UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle*. Edition révisée, 2018

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- accroître les connaissances des adolescent.e.s et des jeunes et améliorer leurs attitudes en matière de comportements sexuels et reproductifs
- **promouvoir une vision positive de la sexualité**, non uniquement basée sur l'information concernant les risques et les maladies
- **promouvoir des relations affectives et sexuelles égalitaires et basées sur le consentement** et le libre choix
- **permettre aux adolescent.e.s et aux jeunes d'exercer leurs droits** sexuels et reproductifs ;
- **réduire le nombre de grossesses précoces et de grossesses non désirées** chez les adolescentes et les jeunes ;
- **réduire la morbi-mortalité** liée à la grossesse, l'accouchement et aux avortements à risque chez les adolescentes et les jeunes ;
- **prévenir les IST** chez les adolescent.e.s et les jeunes
- **prévenir les violences liées au genre**

b) Interventions clés

1. **Plaidoyers en faveur de la mise en place d'activités d'éducation sexuelle complète** à destination des adolescent.e.s et des jeunes au sein des programmes scolaires. Partage des données et des recommandations fondées sur la recherche afin d'orienter les décideurs politiques, les éducateurs

et les concepteurs de programmes scolaires dans l'élaboration de programmes d'éducation sexuelle complète de qualité ;

2. **Appui à l'élaboration de programmes scolaires** intégrant les questions d'ESC, formation des professeurs et des éducateurs ;
3. **Formation des professionnel.le.s de santé** fournissant des services de SSR aux principales notions d'ESC et incorporation de messages de sensibilisation adaptés aux publics cibles au cours de consultations de SSR ;
4. **Renforcement et / ou mise en place et sensibilisation de réseaux de pairs** sur les questions d'ESC ;
5. **Développement d'outils d'IEC (Information-Éducation-Communication)** sur les questions de sexualité avec et pour les adolescent.e.s et les jeunes.

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Aujourd'hui encore, on constate dans le monde de **fortes disparités et des lacunes importantes en matière de connaissances des jeunes et des adolescent.e.s sur la sexualité**. Dans certaines régions, deux filles sur trois ont indiqué n'avoir eu aucune idée de ce qui leur arrivait lorsqu'elles ont eu leurs premières règles. De même, seuls 34% des jeunes font preuve de connaissances précises sur la prévention et la transmission du VIH². Différentes études ont

montré l'incidence de l'ESC sur les comportements sexuels et la santé des adolescent.e.s et des jeunes. **L'ESC accroît les connaissances des adolescent.e.s / jeunes et renforce des comportements sexuels et reproductifs sûrs**. Elle développe leur capacité à prendre des décisions éclairées et à s'y conformer. Elle favorise la communication avec les parents et d'autres adultes de confiance.

L'ESC n'entraîne pas de hausse de l'activité sexuelle, des comportements sexuels à risque ou des taux d'IST incluant le VIH. Centrer les programmes sur l'abstinence ne retarde pas l'âge des premiers rapports sexuels, ni ne réduit la fréquence des rapports ou le nombre de partenaires sexuels. Au contraire, viser simultanément à retarder l'activité sexuelle, à promouvoir l'usage du préservatif et des méthodes contraceptives s'est montré efficace. Incorporer une approche genre aux programmes et actions d'ESC permet de prendre en compte la façon dont filles et garçons sont socialisé.e.s dans le vécu de leur propre sexualité et la façon dont la société appréhende les questions de sexualité selon le genre. **L'approche genre augmente également de beaucoup l'efficacité des programmes notamment pour la réduction du taux d'IST et de GND**. De plus, l'ESC a une plus grande incidence lorsque les programmes proposés à l'école sont complétés par des services adaptés aux adolescent.e.s / jeunes et font participer les parents et les enseignants.

b) Contenus

Concepts clés :

L'UNESCO a défini des *Principes Directeurs* révisés en 2018 pour l'éducation sexuelle. Ils proposent un ensemble complet de concepts, de thèmes et à titre informatif d'objectifs d'apprentissages clés permettant d'orienter l'élaboration de programmes scolaires adaptés aux contextes locaux. L'ESC s'articule autour de 8 concepts d'importance égale, qui se renforcent mutuellement et sont destinés à être enseignés ensemble. Ces concepts peuvent également être utilisés à des fins de sensibilisation en faveur de la santé et du bien-être des jeunes. Ces différents concepts présentent une vision positive de la sexualité, l'éducation sexuelle complète ne se réduisant pas à une information sur la reproduction et les risques et maladies.

Adaptabilité selon l'âge

Chaque thème a des objectifs d'apprentissage et des contenus qui se déclinent différemment selon l'âge et le niveau de développement de l'enfant ou l'adolescent.e / jeune. Les programmes d'ESC différencient habituellement **4 niveaux d'âge** :

- 1^{er} niveau : 5-8 ans
- 2^{ème} niveau : 9-12 ans
- 3^{ème} niveau : 12-15 ans
- 4^{ème} niveau : 15-18 ans

2. UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle*. Edition révisée, 2018

TABLEAU 1 : CONCEPTS CLÉS ET THÈMES ASSOCIÉS EN ESC (SOURCE UNESCO)

CONCEPT CLÉ	THÈMES ASSOCIÉS
RELATIONS INTERPERSONNELLES	<ul style="list-style-type: none"> Familles Relations amicales, amoureuses et romantiques Tolérance, inclusion et respect Engagement à long terme et parentalité
VALEURS, DROITS, CULTURE ET SEXUALITÉ	<ul style="list-style-type: none"> Valeurs et sexualité Droits humains et sexualité Culture, société et sexualité
COMPRENDRE LA NOTION DE GENRE	<ul style="list-style-type: none"> Construction sociale du genre et normes liées au genre Égalité des genres, stéréotypes et préjugés VLG
VIOLENCE ET SÉCURITÉ	<ul style="list-style-type: none"> Violence Consentement, vie privée et intégrité physique Utilisation en toute sécurité des technologies de l'information et de la communication
COMPÉTENCES POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	<ul style="list-style-type: none"> Normes et influence des pairs sur le comportement sexuel Prise de décisions Techniques de communication de refus et négociation Maîtrise des médias et sexualité Trouver de l'aide et du soutien
CORPS ET DÉVELOPPEMENT HUMAINS	<ul style="list-style-type: none"> Anatomie et physiologie sexuelles et reproductives Reproduction Puberté Image du corps
SEXUALITÉ ET COMPORTEMENT SEXUEL	<ul style="list-style-type: none"> Sexe, sexualité et cycle de la vie sexuelle Comportement sexuel et réponse sexuelle
SSR	<ul style="list-style-type: none"> Grossesse et prévention de la grossesse Stigmatisation associée au VIH et au SIDA, traitement, soins et soutien Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST, y compris de PVH et d'infection au VIH

TABLEAU 2 : EXEMPLE DU THÈME « NORMES ET INFLUENCE DES PAIRS SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL » DÉCLINÉ PAR NIVEAU (SOURCE UNESCO)

<p>OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE POUR LE 1^{ER} NIVEAU :</p> <p>➔ DÉFINIR CE QU'EST LA PRESSION DES PAIRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'influence des pairs peut revêtir des formes multiples et diverses L'influence de l'un de ses pairs peut être bonne ou mauvaise
<p>OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE POUR LE 2^{ÈME} NIVEAU :</p> <p>➔ DÉCRIRE LES NORMES SOCIALES ET LEUR INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les normes sociales ont une influence sur les valeurs et les comportements, y compris sur les valeurs et les comportements en matière de sexualité L'affirmation de soi ainsi que d'autres techniques permettent de faire face aux normes sociales et à la pression exercée par les pairs
<p>OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE POUR LE 3^{ÈME} NIVEAU :</p> <p>➔ EXPLIQUER COMMENT LA PRESSION DES PAIRS ET LES NORMES SOCIALES INFLUENT SUR LES DÉCISIONS ET LES COMPORTEMENTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les normes sociales et l'influence des pairs, comme les brimades ou la pression négative du groupe peuvent avoir une influence sur la prise de décision et le comportement Être capable de s'affirmer signifie savoir à quel moment et dans quelles conditions dire « oui » ou « non » à des relations sexuelles, et s'en tenir à sa décision
<p>OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE POUR LE 4^{ÈME} NIVEAU :</p> <p>➔ DÉCRIRE DES COMPÉTENCES PERMETTANT DE RÉSISTER À LA PRESSION DES PAIRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il est possible de prendre des décisions rationnelles concernant le comportement sexuel On peut résister à l'influence négative des pairs sur sa prise de décision en matière de sexualité

c) Mise en œuvre

Adaptabilité socioculturelle :

Pour être efficace, l'ESC doit être adaptée au contexte et aux besoins spécifiques des adolescent.e.s et des jeunes. Pour cela, il est nécessaire de comprendre les messages que diffusent les cultures autour du genre, du sexe et de la sexualité (importance du diagnostic socioculturel avec une approche genre). La compréhension du contexte pourra mener à un ciblage spécifique sur des thèmes tels que les discriminations et les inégalités de genre liées à la sexualité, les VLG, le VIH et le SIDA, les mariages précoces et les pratiques traditionnelles nocives, les GND, les avortements à risque, etc. Le contenu pourra être adapté en fonction des lois et politiques nationales. Bien qu'il faille adapter les contenus de l'ESC pour refléter les contextes locaux, certains thèmes centraux sont essentiels pour préserver la qualité et satisfaire aux normes internationales.

Il est indispensable d'anticiper les conflits de valeurs sous-jacents à la mise en place de l'éducation à la sexualité complète et de sensibiliser l'ensemble de la société à l'intérêt de l'ESC.

Pour une meilleure acceptabilité socioculturelle et une meilleure efficacité de l'ESC, il s'agit d'impliquer les adolescent.e.s / jeunes ainsi que les parents, leaders communautaires et religieux, soignant.e.s - médecine traditionnelle et biomédecine -, enseignant.e.s et autres référent.e.s socio-éducatifs dans la réflexion et les prises de décision lors des différentes

phases du projet. Dans la plupart des contextes, il est pertinent de faire alliance plus particulièrement avec les pairs adolescent.e.s / jeunes, les parents et les enseignant.e.s. Les sensibiliser et les former au dialogue intergénérationnel et à la mise en œuvre de l'ESC améliore l'ESC en milieu scolaire, en famille et entre pairs. Il est important de prendre en compte les déterminants socioculturels des différents groupes types dans la déclinaison des activités de sensibilisation et de mobilisation en adaptant les outils et les vecteurs de communication et en les co-construisant avec eux (adapter le contenu, le langage, les images utilisées, s'appuyer sur les personnes reconnues légitimes au sein du groupe pour aborder le sujet, etc.). La création des messages et des outils est un excellent moment pour pouvoir aussi réfléchir autour des croyances et stéréotypes existants autour de la sexualité dans la communauté et parmi les jeunes pour pouvoir les faire émerger et trouver des messages qui renvoient à une sexualité positive et non discriminante.

Favoriser l'implication des adolescent.e.s et des jeunes :

Il est primordial de favoriser la prise de parole des adolescent.e.s et des jeunes dans la recherche de solutions individuelles et collectives pour la mise en œuvre de l'ESC. Il s'agit de promouvoir la capacité et la légitimité des adolescent.e.s et des jeunes pour déterminer et promouvoir les contenus d'ESC qui répondent à leurs besoins. Les approches et les outils en ESC sont à co-construire avec

les adolescent.e.s et les jeunes eux-mêmes. Les approches interactives, ludiques, les jeux de rôles et l'utilisation des nouvelles technologies d'information et de communication sont particulièrement adaptées pour les adolescent.e.s et les jeunes. Lors de la conception des outils, une vigilance particulière est à apporter à l'adaptation du langage (« langage jeune », permettant de rendre compréhensible les définitions, les termes techniques...). Il s'agit également de ne pas encourager la répétition de messages et images qui reproduisent et renforcent les stéréotypes de genre et les discours porteurs de discriminations pouvant normaliser les inégalités et les comportements agressifs et/ou violents. Les approches et outils sont à tester auprès d'un échantillon du public cible avant d'être mis à l'échelle sur le projet. Un outil d'auto-évaluation pour une communication est disponible sur l'espace intranet³.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant

cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les activités d'ESC soient réalisées dans le respect des personnes. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain »⁴, de MdM.

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en matière d'ESC

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

En investissant davantage dans l'ESC, les gouvernements peuvent permettre aux adolescent.e.s et aux jeunes d'accéder à leurs droits fondamentaux en matière de SSR, de développer des connaissances et des attitudes qui leur permettront de mieux se préparer à une sexualité sûre et épanouissante et à une meilleure gestion des situations à risque. Ainsi, l'ESC développe les capacités des adolescent.e.s et des jeunes à prendre des décisions éclairées et à s'y conformer. Elle favorise la communication avec les parents et d'autres adultes de confiance. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques vers un développement de programmes d'ESC. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le

3. Téléchargeable sur la page Genre du site intranet de Médecins du Monde : <https://mdm1.sharepoint.com/directions/dsp/SitePages/Genre.aspx?web=1>

4. Dromer C. et al., Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles, MdM, 2010.

ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation et/ou réaliser des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ Des plaidoyers pour une meilleure inclusion des questions d'ESC sont développés et mis en œuvre en collaboration avec les acteurs clés de la société civile lorsque c'est possible ;
- ➔ Des programmes d'ESC de qualité en milieux scolaires basés sur les *Principes Directeurs* de l'UNESCO sont développés et mis en place ;
- ➔ Des politiques de formation continue à destination des enseignants sont en place afin de garantir la qualité et l'exhaustivité des contenus d'ESC traités ;
- ➔ Des politiques en faveur du

développement d'activités d'ESC dans des cadres non formels et communautaires permettant d'atteindre les jeunes non scolarisés sont développées et mises en œuvre ;

- ➔ Des politiques de santé publique encourageant l'accès à des services de SSR de qualité pour les adolescent.e.s et les jeunes sont développées et mises en œuvre.

b) Réduire les barrières à l'accès à l'ESC et aux services de SSR pour les adolescent.e.s et les jeunes

(axe création de milieux favorables)

Parmi les efforts concernant l'accès à l'ESC et aux services de SSR pour les adolescent.e.s et les jeunes, il convient d'identifier et d'éliminer les barrières financières, juridiques, socioculturelles, et/ou géographiques.

« Au Burkina Faso, MdM participe au groupe de plaidoyer « Stop GND ». Ce groupe est impliqué dans le processus de plaidoyer en faveur de l'intégration de l'Éducation Sexuelle Complète dans le cursus de formation en milieu scolaire et non scolaire, ceci en vue de la réduction des grossesses non désirées. Pour cela différentes activités ont été menées. Une coalition d'organisations de la société civile a été développée, cette coalition travaille de façon rapprochée avec des points focaux et personnes ressources du ministère de l'Éducation nationale. Une grande émission interactive sur le sujet a été organisée au cours de laquelle la représentante du ministère de l'Éducation a pris des engagements en faveur de l'ESC. Nous participons également activement à des réunions de concertation du comité scientifique pour la révision des curriculums de formation et à l'élaboration d'un référentiel zéro grossesses non désirées en milieu scolaire. Parmi les principaux résultats du plaidoyer mené, nous avons assisté à l'adoption de ce référentiel ainsi que l'adoption de mesures de prévention des grossesses de mineures en milieu scolaire ».

Cécile Thiombiano-Yougbare, Coordinatrice plaidoyer, Burkina

« Sur l'ensemble des pays d'Afrique francophone concernés par le programme : « Promouvoir le droit à décider pour réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses non désirées » de MdM, nous avons eu des difficultés à trouver des outils adaptés lorsqu'il était question de former nos équipes et les partenaires sur la question de santé sexuelle et reproductive des ados et jeunes (modules très souvent orientés sur l'abstinence et peu adaptés à la réalité des adolescent.e.s et des jeunes). C'est à ce titre que nous avons revu notre module de formation existant pour renforcer le contenu sur la SSRAJ et notamment sur l'éducation sexuelle complète en prenant en compte les nouvelles directives en la matière. Nos équipes en charge de la mise en œuvre du programme ont été formées, de même que nos partenaires sur chaque mission ; ces formations ont été extrêmement utiles car elles ont permis de travailler sur les barrières et obstacles personnels vis-à-vis de l'accès aux services par les adolescent.e.s et les jeunes. Nous avons pu identifier à travers ces ateliers des champions pour faciliter l'accès des jeunes aux services ainsi que pour le plaidoyer en matière d'éducation sexuelle complète ».

Sodeha Hien, coordinateur régional SSR / GND

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel avec une perspective de genre est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès à l'ESC et aux services de SSR pour les jeunes et les adolescent.e.s ainsi que les inégalités et les discriminations liées à la sexualité qui peuvent avoir un impact sur les vécus de la sexualité et le plein exercice de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ des activités de clarification des valeurs concernant la sexualité des adolescent.e.s et des jeunes et concernant l'ESC sont menées auprès des différentes personnes impliquées dans les programmes : décideurs politiques, leaders communautaires, professionnel.le.s de santé, enseignants, etc ;
- ➔ des informations factuelles concernant l'efficacité de l'ESC sont diffusées.

c) Renforcer ou mettre en place une ESC de qualité pour les adolescent.e.s et les jeunes

(axe acquisition d'aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en lien avec les 8 concepts clés de l'ESC favorise l'autonomisation des adolescent.e.s et des jeunes en améliorant leur capacité d'analyse, de communication et de préparation à la vie courante aux fins de leur santé et de leur bien-être en lien avec la sexualité, les droits humains, une vie de famille et des relations interpersonnelles saines et fondées sur le respect, les valeurs personnelles et collectives, les normes culturelles et sociales, l'égalité des genres, la non-discrimination, le comportement sexuel, la violence, le consentement et l'intégrité physique :

- ➔ des activités d'ESC sont disponibles et accessibles pour l'ensemble des adolescent.e.s et des jeunes, au

niveau scolaire et dans des cadres non formels et communautaires pour les adolescent.e.s et les jeunes non scolarisés ;
 ➔ les adolescent.e.s et les jeunes ont amélioré leurs connaissances en matière de sexualité, sur l'ensemble des thèmes couverts par l'ESC ;
 ➔ les adolescent.e.s et les jeunes connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment celui relatif à l'accès à des services de SSR de qualité et adaptés à leurs besoins.

d) Favoriser l'implication communautaire autour de l'ESC

(axe renforcement de l'action communautaire)

Il peut être intéressant de réfléchir les projets d'ESC avec la société civile et avec les adolescent.e.s et les jeunes afin d'avoir un impact plus important et d'adapter les interventions aux réalités des communautés, tout en les accompagnant dans la construction de leur propre changement individuel et collectif. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté et du gouvernement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les adolescent.e.s et les jeunes sont impliqués dans le développement des programmes d'ESC, le choix des thèmes prioritaires, l'élaboration d'outils, etc ;
- ➔ les leaders et autres personnes influentes des communautés (leaders religieux, accoucheuses traditionnelles,

guérisseur.euse.s traditionnel.le.s...) sont sensibilisés sur l'importance de l'ESC ;
 ➔ des acteurs communautaires ou associations notamment de jeunes sont mobilisés pour la diffusion de messages d'ESC au sein de la communauté ;
 ➔ des adolescent.e.s et des jeunes (clubs scolaires, jeunes ambassadeurs, etc.) sont formés et supervisés pour la diffusion d'informations entre pairs.

II. CONSEIL ET SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION EFFICACES

1. DÉFINITION

Étant donné la diversité des terminologies en ce qui concerne la question de la contraception et de la planification familiale et les difficultés rencontrées pour différencier les concepts, nous proposons les définitions suivantes :

➔ Le terme de **contraception** désigne une **méthode permettant d'empêcher une grossesse** en perturbant l'ovulation, la nidation et / ou la fécondation. On désigne comme méthode de contraception efficace, les méthodes dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée.

➔ **La planification familiale** correspond à l'ensemble des **services et méthodes permettant aux individus et aux couples, en fonction de leur désir d'enfants et du nombre d'enfants désirés, de choisir le moment des naissances**. Cela est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité.

➔ Le terme **d'espacement des naissances** fait référence au **maintien**

d'un intervalle entre les naissances. L'intervalle recommandé par l'OMS pour limiter l'impact négatif de grossesses rapprochées sur la mère et les enfants déjà nés est de 24 mois (entre l'accouchement et le début de la grossesse suivante).

Dans ce paragraphe le terme de **Conseil et services proposant des méthodes de contraception efficaces** est volontairement utilisé partant du principe que la contraception peut être utilisée en dehors d'une volonté de planification familiale. Il est également entendu que seules les méthodes de contraception dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée sont promues dans ce guide. Les méthodes parfois dites « traditionnelles » n'ayant pas démontré leur efficacité ne sont pas présentées ici.

Les services proposant des méthodes de contraception efficaces doivent être intégrés dans les soins préventifs et curatifs de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent de l'éducation pour la santé et des conseils permettant aux personnes de prendre des décisions éclairées en matière de contraception, et la

mise à disponibilité de méthodes contraceptives. Ils peuvent également répondre aux besoins de la prise en charge ou d'orientation face à des problèmes de stérilité et proposent des services de prévention et prise en charge des IST.

L'accès à la contraception est un élément essentiel du continuum de soins pour promouvoir le bien-être et l'autonomie des femmes et des individus. Les services proposant des méthodes de contraception ont un impact sur le changement social, l'égalité de genre, l'éducation et la stabilité économique des femmes. Ils ont également un impact important en termes de santé publique sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles.

Ce paragraphe se base sur les différentes recommandations de l'OMS revues en 2017 et 2018⁵ pour les services proposant des méthodes de contraception ; de nouvelles recommandations scientifiques venant élargir le panel de méthodes disponibles ont vu le jour. Ainsi, la contraception d'urgence composée d'acétate d'ulipristal, l'anneau vaginal à base de progestérone, et les injections sous-cutanées de DMPA⁶ ont été inclus dans les principaux guides à destination des professionnel.le.s et ont donc été intégrés à la liste des médicaments proposés dans la révision de ce guide.

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- permettre aux personnes de pouvoir exercer leurs droits sexuels et reproductifs et de choisir si et quand elles veulent avoir des enfants ;
- fournir une information éclairée concernant l'ensemble des méthodes contraceptives efficaces (incluant la contraception d'urgence) et leur utilisation ;
- réduire le nombre de grossesses non désirées ;
- réduire la morbi-mortalité liée aux avortements à risque ;
- réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses répétées et rapprochées ;
- prévenir et prendre en charge les IST
- prévenir et dépister le CCU

b) Interventions clés

1. Éducation pour la santé adaptée aux besoins spécifiques des usager.e.s (adolescent.e.s, personnes LGBTQ+, travailleur.euse.s du sexe, personnes migrant.e.s, etc), et des communautés : basée sur des informations scientifiquement prouvées sur la contraception et la planification familiale, et sur le travail de clarification et de déconstruction des mythes et fausses croyances en matière de contraception.

2. Contraception :

- ➔ délivrance de conseils sur les avantages, effets secondaires, contre-indications médicales pour chacune des méthodes contraceptives ;
- ➔ proposition d'un choix large de méthodes contraceptives efficaces (au moins trois méthodes et la contraception d'urgence) et adaptées à chacune ;
- ➔ promotion d'un accès gratuit aux méthodes de contraception efficaces, et sans condition d'âge ou de statut marital ;
- ➔ recueil du consentement éclairé de la personne avant la prescription de contraceptifs ;
- ➔ référéncement et/ou prise en charge dans un SONUC pour une stérilisation féminine ou masculine selon les protocoles nationaux ;
- ➔ information sur l'utilisation et mise à disposition de contraception d'urgence.

3. IST incluant le VIH :

- ➔ prévention, dépistage des IST et prise en charge, avec notamment un traitement adapté pour la femme et son partenaire ;
- ➔ promotion de la double protection (grossesse et IST) et distribution de préservatifs (masculins et féminins).
- ➔ Counseling et dépistage du VIH à base volontaire et référéncement pour une prise en charge médicale si nécessaire.

4. Cancers du col de l'utérus et du sein (en fonction des protocoles nationaux et de la disponibilité des ressources nécessaires au dépistage et traitement précoce) (voir chapitre 5. *I. Prévention du cancer du col de l'utérus*) :

- ➔ information et conseils pour la

prévention et la prise en charge ;

- ➔ dépistage du cancer du sein (y compris explication de l'auto-dépistage) et référéncement vers des services adaptés le cas échéant ;
- ➔ dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (selon disponibilité et recommandations nationales en vigueur) ;
- ➔ traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus (selon recommandations nationales en vigueur) et référéncement vers des services adaptés en cas de lésions cancéreuses ou avancées ;
- ➔ référéncement vers les services spécialisés existants si le dépistage n'est pas disponible au niveau des services de planification familiale.

5. Identification, prise en charge ou référéncement et soutien des survivant.e.s de violences liées au genre (voir chapitre 5. *II. VLG*) :

- ➔ identification des survivant.e.s de violences liées au genre ;
- ➔ prévention primaire de la violence ;
- ➔ référéncement ou prise en charge médicale et premier appui psychosocial ;
- ➔ référéncement vers d'autres services de prise en charge selon les besoins (assistance juridique, soutien psychosocial, structure d'hébergement d'urgence, etc.).

6. Identification initiale des cas de couples infertiles, prise en charge (traitement des IST) ou référéncement dans une structure adaptée (si existante) pour mise au point spécialisée.

5. OMS, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, 3^{ème} édition, 2017 ; WHO, *Family planning : a global handbook for providers*, 2018 ; OMS, *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 2015

6. Acétate de médoroxprogestérone en dépôt, sous forme sous-cutanée avec le Sayana Press

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Si l'utilisation de méthodes de contraception efficaces a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, elle reste encore faible en Afrique subsaharienne. **Aujourd'hui, 214 millions de femmes qui souhaitent éviter ou différer une grossesse n'ont toujours pas accès à la contraception.** La plupart de ces femmes se trouvent dans des pays en développement.

Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, entre 1990 et 2014 de 54% à 57,4%⁷. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6% ; en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61% ; de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%. Il est important de noter que l'utilisation de la contraception par les hommes représente un sous-ensemble relativement faible des taux de prévalence mentionnés. Les méthodes contraceptives concernant les hommes restent limitées.

Globalement, les efforts programmatiques en matière de planification familiale se sont intensifiés ces dernières années,

cependant les besoins non satisfaits restent élevés dans beaucoup de pays. Ils dénotent de barrières d'accès importantes, et de services de qualité trop limités provenant la plupart du temps d'insuffisances sur le plan politique.

L'initiative Family Planning 2020 (FP2020) - dont MdM fait partie depuis 2017 - est née d'un partenariat mondial de gouvernements, de bailleurs de fonds, d'organisations privées, de la société civile et de la recherche pour le soutien des « droits des femmes et des filles à décider librement, pour elles-mêmes, si et quand elles désirent avoir des enfants, et combien »⁸. Axée sur 69 pays prioritaires, FP2020 a contribué à relever la question de la planification familiale à l'ordre du jour du développement mondial, soulignant l'importance d'engagements politiques forts, d'assistance financière, et de la disponibilité de services de qualité.

Le rapport coût-efficacité des services de planification est important puisque leur action est rapidement visible sur la santé des femmes. En effet, **ces services permettent de réduire la mortalité et la morbidité maternelles en diminuant le nombre de grossesses, d'avortements à risque et de grossesses à hauts risques** (notamment liées à une grande parité - supérieure à 3 accouchements - ou aux âges extrêmes). La prise en compte des besoins non satisfaits en matière de contraception dans les pays en développement permettrait de réduire la mortalité maternelle d'environ

30 % en réduisant les grossesses non désirées, les complications liées à ces grossesses, les avortements à risque⁹. 90% des cas de morbidité liée à un avortement à risque pourraient être évités par l'utilisation d'une contraception efficace. De plus, si toutes les naissances étaient espacées d'au moins deux ans, on estime que le taux de mortalité infantile diminuerait d'environ 10 %.

Les raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives peuvent être liées à un choix limité au niveau des différentes méthodes proposées, **à un accès limité à la contraception** notamment chez les adolescent.e.s ou personnes non mariées, aux oppositions culturelles ou religieuses, aux craintes d'effets secondaires, **à la faible qualité des services disponibles, aux inégalités de genre et à la socialisation différenciée par genre** (les hommes ont souvent du mal à se coresponsabiliser de la santé du couple, et les femmes ont souvent une position subordonnée dans la société et le couple qui les empêchent de négocier l'utilisation des différentes méthodes de contraception et d'exprimer leurs besoins, points de vue et ressentis). Les besoins non satisfaits devraient être comblés en s'appuyant notamment sur la communication pour les **changements de comportements, de valeurs et l'acquisition de nouvelles compétences et savoirs, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité** (dans les contextes de crise, les adolescent.e.s, les personnes les plus

pauvres, les minorités ethniques)¹⁰. Pour cela, il est nécessaire qu'il y ait un vrai engagement politique des décideurs et leaders du secteur de la santé pour promouvoir l'accès à des services de qualité proposant des méthodes de contraception efficaces et variées.

b) Le droit à l'accès à la contraception

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'Homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme et dans d'autres textes adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la **reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'être informés sur les moyens d'y parvenir**, ainsi que le droit aux meilleures conditions de santé possibles tant sur le plan de la sexualité que sur le plan de la procréation¹¹. »

Ces droits pour l'accès à des méthodes de contraception efficaces ont été notifiés dans de nombreux textes de référence internationaux (voir Annexe 3).

Toute personne qui le souhaite devrait avoir accès à une méthode de contraception efficace de son choix, y compris les adolescent.e.s ou les personnes non mariées. En aucun cas une méthode de contraception ne devra être prise sous la contrainte, cela

7. OMS, *Planification familiale : principaux faits*, 2018

8. Family Planning 2020, <http://www.familyplanning2020.org>

9. Cleland J. et al., *Contraception et santé*, The Lancet, Planification familiale, juillet 2012.

10. UNFPA, *Making reproductive rights and sexual and reproductive health a reality for all*, 2008.

11. Programme d'action de Pékin, paragraphe 95, 1995.

constituant une violation en matière de droit des individus.

Les individus ont le droit d'être informés et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les personnes doivent pouvoir effectuer un choix éclairé. L'accès à toutes les méthodes existantes devrait être possible pour chaque usager.ère, y compris la contraception d'urgence¹².

c) Les services de qualité

Les services de planification familiale s'intègrent dans le continuum de soins et doivent inclure le conseil et la prévention, le traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de certain.ès usager.ère.s (adolescent.ès, personnes vivant avec le VIH, personnes LGBTQ+, personnes porteuses d'un handicap, travailleur.euse.s du sexe, migrant.ès, etc). Les services proposant des méthodes de contraception efficaces doivent aussi être systématiquement proposés pendant la période du post-partum et du post-avortement.

Les facteurs pouvant influencer la qualité des services proposant des méthodes de contraception sont les suivants¹³ :

➔ une large gamme de méthodes contraceptives pouvant répondre aux besoins et choix des individus y compris les méthodes de long terme (stérilisation tubaire ou vasectomie, implant, dispositif intra-utérin) ;

- ➔ un personnel de santé qualifié et formé, capable d'accompagner les personnes sans jugement ni discrimination ;
- ➔ des structures sanitaires suffisantes pour pouvoir assurer une bonne couverture de la population ;
- ➔ une gestion de stock du matériel et des méthodes contraceptives garantissant la disponibilité continue des différentes méthodes ;
- ➔ la disponibilité des tests et médicaments permettant le dépistage et le traitement des IST ;
- ➔ la connaissance par la population de l'existence de ces services et de ce qu'ils peuvent apporter ;
- ➔ l'accessibilité financière et géographique des services.

Une **vigilance particulière sera portée sur les interactions médicamenteuses**, notamment avec les médicaments traitant la tuberculose, certains anticonvulsivants et les antirétroviraux. L'ensemble des critères d'éligibilité pour chaque méthode contraceptive est disponible dans le *Guide essentiel OMS de planification familiale de 2015 : Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, qui s'accompagne du *Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale*¹⁴.

Le conseil est également un élément essentiel de la qualité des soins, il est développé ci-dessous.

d) Le conseil (ou counselling) en matière de méthodes de contraception efficaces

Chaque année, 25 millions d'avortements à risque, conséquences d'autant de grossesses non désirées (GND), ont lieu. Les conséquences de ces avortements représentent la 3^{ème} cause de mortalité maternelle. **Une importante part de ces GND incombe à la non disponibilité de méthodes de contraception mais aussi à l'échec de la contraception consécutif à un mésusage.** De plus, certains désagréments liés à une méthode peuvent inciter une femme à cesser de l'utiliser, décision qui est souvent due à l'absence de choix, à une rupture de stock en intrants, à une utilisation incorrecte ou à la peur des effets secondaires, autant de signes d'une défaillance de l'action de conseil et des services de planification familiale.

Les raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives sont diverses¹⁵ :

- ➔ choix limité des méthodes ou rupture de stocks dans les structures de santé
- ➔ accès limité aux services proposant des méthodes de contraception efficaces, d'autant plus pour les jeunes et les adolescentes et certains groupes stigmatisés et/ou vulnérables
- ➔ pauvre qualité des services existants
- ➔ crainte des effets secondaires
- ➔ coût
- ➔ opposition culturelle ou religieuse
- ➔ fausses idées, mythes et aprioris des utilisateurs et des professionnel.les de

santé concernant certaines méthodes ➔ inégalités de genre et socialisation différenciée par genre.

Sur les missions France, en 2018, 89% des femmes en âge de procréer ne disposaient d'aucune contraception, versus 3% de la population générale¹⁶.

Même lorsque les individus ont des connaissances sur la contraception, des croyances erronées ou des peurs quant aux effets secondaires des méthodes contraceptives, ainsi que des questionnements autour de la religion peuvent parfois être une barrière à l'utilisation des services.

Des conseils de qualité peuvent aider les usager.ère.s à choisir la contraception qui leur convient et à l'utiliser de manière appropriée. Cela permet aussi d'éviter la discontinuité dans l'utilisation de méthodes contraceptives.

Il est important de comprendre la représentation de la contraception par les individus et les communautés pour pouvoir offrir des conseils de qualité. **L'information donnée doit comprendre les bénéfices et risques de chaque méthode, l'utilisation correcte de la méthode choisie, les effets indésirables, les signes d'alerte et la prévention des IST.** Ces informations doivent être présentées dans une langue et sous une forme facilitant leur compréhension et leur accès.

Chaque personne a des besoins

12. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG), *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, version 2010 révisée.

13. OMS, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 5^{ème} édition, 2015

14. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/f

15. OMS, *Planification familiale : principaux faits*, 2018

16. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins*, 2018

différents, il est donc essentiel de **laisser les individus exprimer leurs besoins**. Il faut s'assurer que les individus utilisent les méthodes efficacement et avec satisfaction. Pour cela, il est également important de prendre en considération comment dans un contexte donné, les relations de genre peuvent influencer les pratiques contraceptives et de pouvoir adapter les conseils en conséquence. Par exemple, il est essentiel de pouvoir parler des techniques de négociation du port du préservatif lorsque cette méthode est retenue par l'usagère (attitudes à adopter pour convaincre son partenaire d'utiliser un préservatif, messages clés concernant le préservatif, attitudes en cas de refus, etc). **Une séance de conseil réussie prend en compte tous ces facteurs et demande donc du temps et du personnel qualifié.** Il s'agit d'un **élément clé d'un service de qualité** proposant des méthodes de contraception, tant lors de l'adoption d'une méthode contraceptive qu'au cours des visites de suivi. Il faut aussi encourager les individus à revenir en consultation s'ils le souhaitent et prévoir la consultation suivante.

En matière d'accès à la contraception, MdM a choisi d'adopter les définitions suivantes relatives au concept de nouvel. le utilisateur. rice proposées par l'initiative FP2020¹⁷. Rappelons, que l'utilisation de contraceptifs n'est pas statique, mais dynamique. Au cours de leurs vies, les femmes et les hommes commencent, continuent et arrêtent d'utiliser des contraceptifs pour différentes raisons :

- ➔ L'ADOPTION d'une méthode contraceptive comprend les personnes qui utilisent une méthode donnée pour la première fois de leur vie et celles qui ont arrêté temporairement les contraceptifs et recommencent à les utiliser = **nouvel. le utilisateur. rice**
- ➔ La CONTINUATION d'une méthode contraceptive fait référence aux personnes qui utilisent des contraceptifs depuis quelque temps déjà et qui continuent de les utiliser. Cela comprend les personnes qui utilisent des méthodes à long terme et à court terme.
- ➔ L'ARRÊT d'une méthode survient lorsque les personnes arrêtent d'utiliser des contraceptifs. Les raisons de l'arrêt des contraceptifs sont variées et comprennent le désir de grossesse, la ménopause et les effets secondaires, entre autres.

e) La contraception d'urgence

La **contraception d'urgence (CU)** désigne une **contraception de « secours », utilisable par les femmes dans les quelques jours qui suivent un rapport non protégé pour éviter une grossesse non désirée.** La contraception d'urgence répond aux droits des femmes d'accéder à la planification familiale, de choisir lorsqu'elles sont confrontées à une possibilité de grossesse et permet de réduire le nombre de grossesses non désirées et donc d'avortements à risque. A noter, que de récentes études ont démontré l'**innocuité en cas d'utilisation répétée** de la pilule d'urgence au cours du même

cycle. Cependant l'utilisation de la contraception d'urgence comme méthode régulière de contraception ne devrait pas être conseillée et il est essentiel lors de son administration de proposer une méthode de contraception à plus long terme.

La contraception d'urgence peut être utilisée en cas d'absence de contraception et de rapport non protégé, d'échec de la contraception utilisée (ex : erreur/oubli dans la prise de contraceptifs hormonaux, vomissement/diarrhée dans les 2-4 heures suivant l'ingestion d'un contraceptif oral, rupture de préservatifs...) ou en cas de viol. On peut utiliser une méthode hormonale (pilule contraceptive d'urgence, méthode Yuzpe) ou une méthode mécanique (par la pose d'un DIU au cuivre).

Il est essentiel que les **professionnel. le.s de santé soient formé.e.s à l'utilisation de ces méthodes et à leurs modes d'action** afin que les femmes puissent y avoir accès. Cette méthode doit être disponible systématiquement pour les personnes victimes d'agression sexuelle ainsi que pour toute personne qui le souhaite après un rapport sexuel non protégé ou un accident d'utilisation de contraceptifs.

La pilule contraceptive d'urgence ou la « pilule du lendemain »

Même si la pilule contraceptive d'urgence est disponible dans de nombreux pays, elle reste encore très

faiblement utilisée et bien souvent méconnue. Des perceptions erronées sur cette méthode sont nombreuses aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans les pays en développement. Des études innombrables et de nombreuses décennies d'utilisation ont démontré l'innocuité des pilules d'urgence. De plus, leur mode d'action n'est pas abortif, mais va empêcher l'ovulation et/ou réduire la mobilité des spermatozoïdes, elles n'auront donc pas d'impact sur une grossesse déjà en cours¹⁸.

Aujourd'hui, il existe **2 types de pilule d'urgence** :

- ➔ La **pilule à base d'acétate d'ulipristal (AUP)** prise en dose unique de 30 mg
- ➔ La **pilule à base de lévonorgestrel (LNG)** prise sous forme de dose unique de 1,5 mg ou en deux doses de 0,75 mg à prendre à 12h d'intervalle

Ces deux pilules doivent être prises dans les cinq jours (120h) suivant le rapport non protégé pour être efficaces. Plus la pilule est prise tôt, plus elle est efficace. Les pilules à base d'AUP ont démontré une plus grande efficacité entre 72h et 120h que celles à base de LNG. Elles sont souvent plus chères.

Les effets secondaires qui résultent de l'utilisation des pilules d'urgence sont similaires à ceux des contraceptifs oraux (nausées, vomissements, saignements vaginaux irréguliers, céphalées, tension mammaire, etc.). Ils restent rares et bénins.

17. Initiative Family Planning 2020: <https://www.familyplanning2020.org>

18. IPPF/Western Hemisphere Region, *Every Woman's Right: Recommendations for improving knowledge and access to emergency contraception*, 2006.

Il est important de noter qu'il n'y a **pas de restrictions sur le plan médical** (sauf en cas d'allergies connues à l'un des composants) pour l'utilisation des pilules contraceptives d'urgence. On peut fournir par avance aux femmes des pilules contraceptives d'urgence pour s'assurer qu'elles auront ces pilules à disposition en cas de besoin et qu'elles seront en mesure de les prendre dès que possible après un rapport non protégé.

Le dispositif intra-utérin

Le dispositif intra-utérin ou DIU au cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence lorsqu'on le place dans les cinq jours (120h) suivant un rapport sexuel non protégé. Il peut prévenir une grossesse dans 99 % des cas. Il n'aura pas d'action abortive, mais va reporter ou empêcher l'ovulation et réduire la mobilité des spermatozoïdes. Il permet à la femme d'avoir par la suite une contraception long terme efficace.

La méthode Yuzpe

Cette méthode permet, lorsque la pilule contraceptive d'urgence n'est pas disponible, de prendre tout de même une contraception d'urgence ; elle repose sur une prise multiple de contraceptifs oraux combinés, c'est-à-dire de pilules contraceptives contenant un œstrogène et un progestatif¹⁹.

.....
 △ Le site de « *International Consortium for Emergency Contraception* » donne des informations sur l'accessibilité à la pilule contraceptive d'urgence dans chacun des pays (lieu de disponibilité, nécessité d'une prescription, produit disponible)²⁰.

△ Les dosages en fonction des différentes formulations de pilule sont également disponibles dans le guide de l'OMS de 2018 sur la planification familiale²¹

f) Distribution à base communautaire

De nombreux programmes ont montré que la **distribution à base communautaire de contraceptifs pour améliorer l'accès à la planification familiale était efficace**. Au Pakistan, six études ont montré que le taux de prévalence contraceptive avait augmenté de 12 % à 33 % après un an de cette pratique. C'est aussi le cas dans diverses études réalisées en Afrique, où la distribution de contraceptifs injectables à base communautaire a permis de désengorger les centres de santé en décentralisant les services de planification familiale, notamment grâce à des agents de santé communautaires²².

Une consultation technique réalisée

en 2009²³ à ce propos a conclu que **les agents communautaires peuvent administrer des contraceptifs injectables en toute sécurité et efficacité**. Une revue d'initiatives allant dans ce sens dans 4 pays d'Afrique subsaharienne a été effectuée par l'institut Guttmacher en 2014²⁴. Elle a conclu que la distribution à base communautaire de contraceptifs injectables était une innovation qui méritait d'être généralisée. Elle a cependant posé les bases de certaines préconditions, à savoir que ce type d'initiatives devaient être **ajoutées à des programmes existants** de distribution communautaire d'autres méthodes de contraception et que d'importants efforts devaient être entrepris en matière de formation des agents de santé communautaires. En effet, contrairement aux pilules contraceptives et aux préservatifs facilement disponibles dans les pharmacies, les méthodes contraceptives injectables nécessitent une personne formée pour réaliser l'injection. Il est donc essentiel de former les agents de santé communautaires et de les suivre dans leur activité.

Ce type d'activité permet d'élargir le choix de méthodes contraceptives qui s'offre aux populations mal desservies et de réduire les besoins non satisfaits en planification familiale.

g) Contraception du post-partum et du post-abortum

De nombreuses études ont démontré l'intérêt de systématiser une offre de méthodes de contraception efficaces en post-partum et en post-abortum. Cette pratique est d'ailleurs reconnue comme une activité à haut impact en matière d'accès à la contraception²⁵.

La période post-partum immédiate représente une opportunité importante pour les femmes d'accès à une méthode de contraception avant même la sortie des services de santé. De nombreuses méthodes peuvent être prescrites immédiatement après l'accouchement (implants, pilules progestatives, DIU). Il est essentiel d'informer les femmes qu'une grossesse est possible dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement. Pour une protection maximum, il est recommandé de commencer une méthode de contraception avant le retour de couche (voir les recommandations de l'OMS concernant la prescription des différentes méthodes en post-partum²⁶).

De la même manière, des conseils et la prescription d'une méthode de contraception doivent être proposés systématiquement après un avortement. Dans le cadre d'avortements légaux, la question de la contraception doit être abordée dès la consultation pré-avortement. Dans les contextes

19. Pour plus d'information sur les dosages, se référer au *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, de Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis, révision 2010 p. 28.

20. <https://www.cecinfo.org/#>

21. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/en/>

22. UNFPA, PATH, *Reducing unmet need for family planning: Evidence based strategies and approaches*, Outlook, vol.

25 n° 1, November 2008.

23. OMS, Family Health International, USAID, *Conclusion d'une consultation technique : Les agents de santé communautaires peuvent administrer des contraceptifs injectables en toute sécurité et efficacité*, juin 2009.

24. Institut Guttmacher, *Distribution à base communautaire de contraceptifs injectables : stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne*, rapport spécial, 2013

25. Family planning high impact practices, *Liste des pratiques à haut impact dans la planification familiale*, mise à jour avril 2019

26. WHO, *Family planning: a global handbook for providers*, 2018

où l'avortement n'est pas légal, il est essentiel que cela soit intégré aux soins post-avortements.

h) infertilité ²⁷

L'infertilité est l'incapacité à concevoir des enfants. Elle peut être primaire chez des couples n'ayant jamais eu une grossesse ou secondaire pour un couple ayant déjà connu une ou plusieurs grossesses. **Un couple est dit infertile après 12 mois de rapports sexuels non protégés sans grossesse.** Cette infertilité est souvent très difficile à vivre pour les couples. La possibilité d'avoir un enfant fait partie des droits à la reproduction cités précédemment et fait donc partie des services de planification familiale.

L'infertilité touche en moyenne un couple sur 10 dans le monde. En Afrique subsaharienne, plus de 30 % des femmes âgées de 25 à 49 ans souffraient d'une infertilité secondaire en 2004²⁸. Dans plus d'1/3 des cas, l'infertilité du couple provient d'une infertilité masculine.

Elle peut résulter de différents facteurs ou conditions chez la femme, l'homme ou le couple. **Les maladies infectieuses, y compris les infections sexuellement transmissibles, sont une des causes majeures d'infertilité.** En effet, sans traitement adapté, certaines IST telles que la chlamydia et la gonorrhée peuvent affecter l'appareil génital et

engendrer une infertilité. Des infections du post-partum ou post-avortement peuvent également conduire à une infertilité, réversible ou non.

Une prise en charge simple pourra être effectuée dans les services de planification familiale telle que :

- ➔ **conseiller le couple** pour favoriser une grossesse (conseil sur la fécondité, période d'ovulation) ;
- ➔ **dépister et traiter les IST** et autres infections ;
- ➔ **référer le couple** vers des services pouvant les aider à faire une évaluation après un an de rapports sexuels n'ayant pas abouti à une grossesse.

i) IST/VIH (double protection)

En 2016 on dénombrait 357 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles curables (syphilis, chlamydie, gonorrhée, trichomonas)²⁹ et 1,8 millions de nouvelles infections à VIH en 2017³⁰. Il est impératif de **relier étroitement la prévention et la prise en charge des IST au sein des services de SSR** notamment les services proposant des méthodes de contraception. De plus, les IST sont une cause majeure d'infertilité. Il est donc important de les dépister et de les traiter afin de pouvoir aider les couples ayant des difficultés à concevoir un enfant.

Le préservatif féminin ou masculin est le seul moyen contraceptif pour prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et des IST. Les services

de planification familiale doivent **promouvoir la double protection** consistant à prévenir les grossesses non désirées et les IST, soit par le préservatif seul, soit par le préservatif associé à une autre méthode contraceptive.

Il faut faire davantage connaître auprès de ceux et celles qui ont recours à la contraception l'avantage supplémentaire des préservatifs, la protection efficace contre les infections, afin qu'ils puissent choisir librement et en connaissance de cause leur méthode de contraception. Cette double protection devra être promue également au niveau des hommes, des jeunes et des populations à haut risque d'IST de manière à expliquer l'importance et l'intérêt de l'utilisation du préservatif. De même, il est essentiel de pouvoir discuter et conseiller les femmes en matière de négociation du port du préservatif par leur partenaire masculin.

Enfin **les services proposant des méthodes de contraception doivent jouer un rôle essentiel dans la lutte contre le VIH/sida en offrant aux usager.ère.s le dépistage et le conseil volontaire.** Des conseils appropriés en matière de planification familiale seront également offerts aux couples séropositifs.

j) Cancer du col de l'utérus

Les services proposant des méthodes de contraception représentent un très bon **point d'entrée pour discuter et proposer aux femmes un dépistage**

du CCU si celui-ci est disponible dans le contexte donné ainsi qu'un traitement des lésions précancéreuses et un référencement pour la prise en charge des cas de cancer. Pour le moment, MdM a intégré cette offre aux services proposant des méthodes de contraception dans ses projets en RCI et au Burkina Faso (voir chapitre 5. 1. Prévention du cancer du col de l'utérus) mais pourrait aussi dans le futur la proposer dans des services de soins prénataux / postnataux ou de dépistage IST/VIH.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les services proposant des méthodes de contraception soient réalisés dans le respect des personnes. Les données médicales doivent être protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain »³¹ de MdM.*

27. WHO, *Family planning: a global handbook for providers*, 2018

28. Données 2017 de l'ONUSIDA

29. OMS, *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*, 2016

30. Lusti-Narasimhan M., Van Look P., *Relier plus étroitement la santé sexuelle et génésique et le VIH*, Bulletin de l'OMS, décembre 2008.

31. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en matière d'accès à la contraception

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

En investissant davantage dans les services proposant des méthodes de contraception, les gouvernements permettent aux individus d'accéder à leur droit fondamental de décider de leur reproduction tel que décrit dans les textes internationaux.

Ainsi, ils permettent d'améliorer la santé des femmes et des enfants et de promouvoir des changements sociaux et économiques majeurs. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques vers un développement et une intégration de ces services. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [l'accès aux services proposant des méthodes de contraception de qualité](#) est possible sur tout le territoire, notamment auprès des populations en situation de plus grande vulnérabilité ;
- ➔ [des protocoles nationaux](#) pour les services proposant des méthodes de contraception incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés.
- ➔ [L'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.](#)

b) Réduire les barrières à l'accès aux services proposant des méthodes de contraception

(axe création de milieux favorables)

Parmi les efforts concernant l'accès aux services de planification familiale, il convient d'**identifier et d'éliminer les barrières financières, juridiques, socioculturelles, géographiques** qui constituent un obstacle.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [un diagnostic socioculturel avec une approche genre](#) est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux services de planification familiale et à l'utilisation de la contraception ainsi que les inégalités et les discriminations liées à la sexualité pouvant impacter les vécus de la sexualité des personnes et le plein exercice de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ [le statut des femmes au sein des communautés est amélioré](#) en faveur d'une meilleure égalité d'accès et d'exercice des droits en matière de SSR ;
- ➔ [Les femmes ont acquis des compétences pour reconnaître, exprimer et répondre à leurs besoins en matière de SSR](#), pour elles-mêmes et dans le cadre de leurs couples. Les hommes ont acquis des compétences pour se responsabiliser de leur propre santé et se coresponsabiliser, de façon égalitaire et respectueuse, vis-à-vis de la santé au sein du couple ;
- ➔ [les couples ont accès à des méthodes contraceptives modernes](#) gratuites ou abordables ;

➔ [des médiateurs sanitaires sont formés et travaillent](#) dans les services proposant des méthodes de contraception afin de faciliter le lien entre les soignant.e.s et les communautés (dans les contextes où les professionnel.le.s de santé et les usager.ère.s ne partagent pas la même langue, la même réalité socioculturelle...).

c) Améliorer l'offre de services

(axe réorientation des services de santé)

Les services proposant des méthodes de contraception doivent **faire partie intégrante des soins de santé primaires pour en faciliter l'accès**. L'offre de services doit être **de qualité et proposer des soins adaptés** aux besoins des femmes, des hommes et / ou des couples ainsi que à ceux des jeunes et adolescent.e.s.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [un large éventail de méthodes contraceptives efficaces](#) (y compris la contraception d'urgence) est [proposé](#) aux femmes, aux hommes et aux couples ;
- ➔ [les services sont culturellement adaptés](#) aux femmes, à leur famille et à leur communauté pour faciliter leur utilisation ;
- ➔ [la gestion de l'approvisionnement des méthodes contraceptives est renforcée via la formation et l'accompagnement des personnels de santé](#) dans les structures sanitaires ;
- ➔ [la double protection](#) est promue et des préservatifs masculins et féminins

sont proposés ;

- ➔ [les personnels de santé chargés des services proposant des méthodes de contraception ont amélioré leurs compétences](#) via la [formation initiale et continue](#) ;
- ➔ [les équipes cadres réalisent des supervisions formatives adaptées et régulières](#) auprès des acteurs de santé dans les services ;
- ➔ [les services sont adaptés aux potentiels besoins spécifiques des usager.ère.s](#) (adolescent.e.s, personnes vivant avec le VIH, personnes LGBTQ+, personnes porteuses d'un handicap, migrant.e.s, etc).

d) Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé à l'intention des femmes, des hommes, des couples et des communautés

(axe acquisition d'aptitudes individuelles)

Le **renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès aux services** proposant des méthodes de contraception et contribue à diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles. En effet, le renforcement des connaissances des femmes leur permettra d'avoir **plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent** et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et

communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les femmes/adolescentes ainsi que les hommes/adolescents ont amélioré leurs connaissances en matière de contraception et de planification familiale, des différentes méthodes contraceptives, de la double protection, de la prévention des IST ;
- ➔ les femmes connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment celui à l'accès à la planification familiale et celui de décider du nombre d'enfants désirés.

e) Favoriser l'implication communautaire autour de l'accès à la contraception

(axe renforcement de l'action communautaire)

Il peut être intéressant de **réfléchir les projets avec la société civile afin d'avoir un impact plus important et d'adapter les interventions aux réalités des communautés**, tout en les accompagnant dans la construction de leur propre changement individuel et collectif. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté et du gouvernement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les leaders et autres personnes influentes des communautés (leaders

religieux, accoucheuses traditionnelles, guérisseur.euse.s traditionnel.le.s...) sont sensibilisés sur l'importance de l'accès à la contraception et de la planification familiale et encouragent l'utilisation des services ;

- ➔ des acteurs communautaires ou associations de femmes sont mobilisés pour la diffusion de messages sur les droits sexuels et reproductifs au sein de la communauté et pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs auprès des autorités locales ;
- ➔ des agents de santé communautaires sont formés et supervisés pour la distribution de contraceptifs au niveau communautaire (après une première prescription médicale).

« Au sein de l'hôpital soutenu par le projet, les sages-femmes mettent en oeuvre des activités larges de sensibilisation concernant la planification familiale au sein des différents services. Un choix varié de méthodes de contraception (implants, DIU, pilule, dépo-provera, préservatifs, ligatures des trompes via référencement vers un partenaire) est disponible à l'hôpital. Des informations concernant la contraception sont dispensées dès la consultation prénatale, en post-partum immédiat, au cours de la prise en charge des soins post-avortement et également dans le cadre de la prise en charge des survivantes de VLG. Nous avons des résultats intéressants et les taux d'utilisation de la contraception sont très satisfaisants. La prochaine étape pour les équipes est de mieux sensibiliser les hommes sur la question car dans le contexte du projet, le conjoint représente encore souvent un frein à l'accès à la contraception. »

Blandine Britis Betbeder, coordinatrice médicale, Ouganda

« Le Pakistan est le 6^{ème} pays le plus peuplé au monde avec un taux d'utilisation contraceptive de seulement 35% et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale estimés à 20%. Malgré l'existence de services proposant des méthodes de contraception efficaces, la demande reste faible. Dans le Punjab, MdM travaille avec une équipe de mobilisateurs communautaires afin de renforcer les connaissances de la population en matière de planification familiale. Nous avons créé un réseau de bénévoles, hommes et femmes, qui ont la confiance des communautés et qui contribuent à diffuser des messages basés sur les recommandations scientifiques et à lutter contre les fausses informations qui circulent en matière de contraception. Ce travail de génération de la demande va de pair avec le renforcement des capacités des professionnel.le.s de santé en matière de counseling sur les questions de planification familiale. Nous accompagnons également ces professionnel.le.s dans l'organisation d'activités mobiles afin de limiter les barrières d'accès géographiques. En 1 an seulement, le nombre d'utilisateurs et utilisatrices de méthodes de contraception a augmenté significativement et nous avons observé une implication remarquable des hommes sur ces questions. »

Dr. Rubina Moin, coordinatrice médicale, Pakistan

Niger - L'implication des imams dans la promotion de la planification familiale

« Dans la mise en oeuvre des activités de promotion de la planification familiale, dans le district d'Illéla, MdM a impliqué les leaders religieux favorables à la thématique dans les sensibilisations au niveau communautaire. Des résultats concluants ont été enregistrés en matière de planification familiale au niveau du district avec des progrès enregistrés lorsque l'on compare le taux de prévalence contraceptive du premier trimestre 2011 avant l'intervention, qui était de 18 %, à celui du premier trimestre 2012, de 32 %. »

Adamou Samou, responsable volet IEC

III. SOINS PRÉNATAUX

1. DÉFINITION

Les soins prénataux sont des soins fournis pendant la grossesse par un professionnel de santé qualifié dans le but d'assurer la naissance d'un enfant en bonne santé en minimisant les risques encourus par la mère et préservant son intégrité physique et socioculturelle. Il s'agit aussi de permettre à la mère d'avoir une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement et de renforcer son autonomie. Les soins prénataux doivent offrir un paquet d'interventions essentielles.

Les recommandations internationales relatives aux nombres de consultations minimum au cours de la grossesse ont changé à plusieurs reprises au cours des dernières années. En 2016, l'OMS a défini un groupe de *Recommandations concernant les soins prénataux pour que la grossesse soit une expérience positive*³². Au sein de ces directives, l'OMS recommande, pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes, la mise en place de modèles de soins prénataux

prévoyant au moins huit contacts.

Le modèle antérieur de soins ciblé comprenant 4 visites ne permet pas un contact approprié entre les femmes et les professionnel.le.s de santé et n'est donc plus recommandé.

TABLEAU 3 : SCHÉMA RECOMMANDÉ DE CONTACTS

1^{ER} TRIMESTRE
Contact 1 : avant la 12 ^{ème} semaine de gestation
2^{ÈME} TRIMESTRE
Contact 2 : 20 semaines
Contact 3 : 26 semaines
3^{ÈME} TRIMESTRE
Contact 4 : 30 semaines
Contact 5 : 34 semaines
Contact 6 : 36 semaines
Contact 7 : 38 semaines
Contact 8 : 40 semaines
Retour à 41 semaines si l'accouchement n'a pas encore eu lieu

Le terme de *contact* est alors préféré

au terme de *visite*, il implique un lien actif entre une femme enceinte et le professionnel de santé. Selon les contextes d'intervention, le contact peut être mis en œuvre au cours d'actions communautaires et faire intervenir des agents de santé non professionnels.

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- prévenir les complications maternelles et promouvoir la santé maternelle et néonatale ;
- prévenir, détecter et prendre en charge les complications maternelles ;
- favoriser une expérience positive de la grossesse et de la maternité (renforcer la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des mères).

b) Interventions clés

1. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus

1.1 Anamnèse et examen clinique

- Recherche des antécédents (familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétriques).
- Confirmation de la grossesse et calcul de la date estimée du terme.
- Identification des grossesses non désirées.
- Suivi de l'évolution de la grossesse, de l'état et du bien-être de la mère et du fœtus.

1.2 Évaluation de l'état de la mère

- Numération formule sanguine

complète ou dosage avec hémoglobinomètre selon disponibilité.

- Mise en culture d'urine ou coloration de Gram pour diagnostiquer la bactériurie asymptomatique selon disponibilité.
- Identification des victimes de VLG.
- Enquête clinique lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par des violences.
- Prise en charge ou orientation des survivant.e.s (médicale, psychosociale, etc) (voir chapitre 5. II. VLG).
- Prévention et prise en charge des mutilations génitales féminines (voir chapitre 5. III. Prise en charge et prévention des pratiques traditionnelles néfastes).
- Discussion concernant le tabagisme, la consommation d'alcool et de substances psychoactives.
- Counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes enceintes et de leurs partenaires. Référence pour la mise sous traitement ARV adapté pendant la grossesse et l'accouchement en cas de séropositivité pour la femme et/ou son partenaire. Soutien et soins pour les mères infectées par le VIH (ce qui inclut les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant) (voir chapitre 5. IV. PTPE).
- Dépistage de la tuberculose évolutive (systématique uniquement dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale est $\geq 100 / 100\ 000$ habitants).
- Dépistage, prise en charge de complications de la grossesse (anémie,

32. OMS, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2017

troubles hypertensifs, pré-éclampsie, éclampsie, métrorragies, diabète gestationnel...) et référence précoce quand des soins additionnels sont nécessaires au niveau d'une structure de santé adaptée.

NB : le dépistage de routine de l'hyperglycémie au cours de la grossesse n'est pas recommandé. Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment de la grossesse devra toutefois être classée comme un diabète gestationnel ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS.

1.3 Évaluation de l'état du fœtus

- Palpation abdominale et mesure de la hauteur utérine.
- Mouvements fœtaux ressentis (autour de 18-20 semaines) et rythme cardiaque fœtal.
- Échographie avant 24 semaines de grossesse recommandée si disponible.

NB : la cardiotocographie prénatale systématique n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.

2. Interventions nutritionnelles

2.1 Conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse.
2.2 Éducation à la nutrition sur l'augmentation de l'apport énergétique protéique quotidien (populations sous-alimentées).

33. Pour les femmes pour lesquelles la prise quotidienne génère des effets secondaires ou dans les populations où le taux de prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes est inférieur à 20% : supplémentation intermittente une fois par semaine (120 mg de fer élémentaire et 2,8 mg d'acide folique)

2.3 Supplémentation énergétique et protéique équilibrée (populations sous-alimentées).

2.4 Supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique (30 à 60 mg de fer élémentaire et 0,4 mg d'acide folique).³³

2.5 Supplémentation calcique quotidienne (1,5 – 2 g de calcium élémentaire) (populations où la prise alimentaire de calcium est faible).

2.6 Supplémentation en vitamine (femmes vivant dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère).

2.7 Diminution de la prise quotidienne de caféine (femmes dont la prise quotidienne est importante > 300 mg / j).

3. Mesures préventives

3.1 Informations et conseils relatifs à l'intérêt des soins prénataux, à l'hygiène, au repos pendant la grossesse, aux signes de danger pendant la grossesse, à la prévention des IST et du VIH, aux addictions (tabac, alcool, drogues), à l'allaitement maternel, à la planification familiale et à un mode de vie sain.

Ces informations sont destinées aux femmes enceintes mais aussi dans la mesure du possible à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés.

Les messages évoluent en fonction du nombre de consultations et de l'approche du terme de la grossesse.

3.2 En cas de bactériurie asymptomatiques (dans plus de 10% de cas chez les femmes enceintes), cure d'antibiotique de sept jours pour prévenir une bactériurie persistante.

3.3 Traitement anti-helminthique préventif après le troisième trimestre (zones endémiques uniquement).

Vaccination par anatoxine tétanique selon le statut vaccinal.

3.4 Traitement préventif intermittent du paludisme par la sulfadoxine-pyriméthamine (zones endémiques uniquement). Administration à débiter au 2nd trimestre, doses à espacer d'un mois au moins.

3.5 Encouragement à l'utilisation de moustiquaires imprégnées (zones d'endémie palustre).

3.6 Prophylaxie orale préexposition au VIH³⁴ proposée en prévention aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection au VIH.

3.7 Dépistage et traitement de la syphilis, interventions pour prévenir et traiter les IST à l'intention des femmes enceintes et de leurs partenaires.
3.8 Information, dépistage (uniquement jusqu'à 20 SA) et traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus (voir chapitre 5. 1. Prévention du cancer du col de l'utérus).

4. Interventions face à des signes cliniques courants

4.1 Traitement des nausées et vomissements du début de grossesse en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.

4.2 Conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac. Possibilité de prescrire des préparations antiacides.

4.3 Magnésium, calcium ou options thérapeutiques non pharmacologiques

34. Fumarate de ténofovir disoproxil

dans les traitements des crampes des membres inférieurs.

4.4 Exercices réguliers pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes.

4.5 Supplémentation à base de fibres et conseils diététiques pour soulager la constipation.

4.6 Bas, chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau pour prendre en charge les varices et les œdèmes selon les préférences de la femme et les options disponibles.

5. Intervention pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénataux

5.1 Notes de consultation (carnet prénatal) conservées par les femmes pour améliorer la continuité des soins.
5.2 Préparation à l'accouchement (plan) et à l'urgence éventuelle ainsi que conseils pour repérer les signes de dangers pendant la grossesse.

5.3 Le plan de préparation à l'accouchement et à une éventuelle situation d'urgence est établi, dans la mesure du possible, avec la famille et le personnel médical et doit comprendre :

- le choix d'un personnel médical qualifié ou d'une structure de santé avec du personnel qualifié ;
- le choix du lieu de la naissance et les conditions pratiques pour s'y rendre, en incluant le recours à un transport d'urgence si cela s'avère nécessaire ;
- une épargne permettant de payer le prestataire de soins qualifié ainsi que les médicaments et le matériel nécessaires si les soins ne sont pas gratuits, ainsi que le transport et les

autres coûts indirects associés au recours à une structure de santé ;

- le choix d'une personne support pour accompagner la femme enceinte le jour de l'accouchement ou en cas d'urgence ;
- le choix de donneurs de sang éventuels en cas de saignements (les personnes de la famille sont recommandées) ;
- la préparation de l'équipement nécessaire pour l'accouchement (carnet de santé, linges propres pour la mère et le nouveau-né) ;
- la discussion préalable sur la contraception désirée en post partum.

5.4 Modèle de continuité des soins où une ou quelques sages-femmes connues suivent la femme sur l'ensemble du continuum de soins (dans les contextes où les services de SSR fonctionnent bien).

5.5 Activités de mobilisation communautaire sous la conduite de relais communautaires (sessions d'éducation pour la santé, groupes de femmes participatifs, etc.) en particulier en milieu rural.

5.6 Visites prénatales à domicile dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.

5.7 Délégation des tâches de promotion à la santé et des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés y compris à des agents de santé sans formation médicale.

5.8 Délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels et de traitement préventif intermittent à des professionnel.le.s de santé.

5.9 Intervention de soutien³⁵ au

personnel pour faciliter le recrutement et le maintien de professionnel.le.s de santé qualifié.e.s dans les zones rurales reculées.

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Les soins prénataux représentent un maillon important du continuum de soins, et peuvent servir de point d'entrée dans le système de santé. Ils sont considérés comme efficaces puisque peu coûteux et permettant de diminuer la mortalité maternelle et donc néonatale. De plus, ils intègrent et permettent un accès privilégié vers des programmes transversaux du système de santé (VIH, IST, paludisme, lutte contre la malnutrition). Ils sont aussi l'occasion en fonction des besoins de faire du lien avec les autres services du continuum de soins en SSR. Il pourra s'agir par exemple de dépister des situations de VLG ou d'aborder la question du dépistage du CCU.

Selon les données de l'Unicef portant sur la période 2010-2016, au niveau mondial 86% des femmes enceintes ont reçu au moins une consultation prénatale, et seulement 3/5 en ont reçu quatre. Dans les régions du monde présentant les taux de mortalité maternelle les plus élevés comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, le taux de femmes enceintes ayant reçu au moins quatre visites prénatales était bien moins élevé (respectivement 52% et 46%)³⁶. Il reste donc encore beaucoup à faire

pour que les femmes puissent recevoir les soins nécessaires tout au long de leur grossesse. De plus, il est important de noter que les taux de consultation ne permettent pas d'évaluer la qualité de ces consultations.

En France, en 2018, sur l'ensemble des femmes enceintes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO), 42% des femmes reçues présentaient un retard de suivi de grossesse³⁷.

Plusieurs études³⁸ ont montré l'existence d'inégalités sociales en matière de SSR entre femmes immigrées et femmes nées en France. Les taux de suivi prénatal inadéquat sont plus importants chez les femmes immigrées que chez les femmes nées en France, ceci est d'autant plus vrai pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. De plus, les études montrent également un risque accru de décès maternel chez les femmes immigrées.

D'ailleurs, l'indicateur clé considéré comme reflet de la qualité du fonctionnement du système de soins d'un pays est le taux de mortalité maternelle qui montre en France les inégalités sociales avec un taux de mortalité des migrantes 2.5 fois plus élevée et 3.5 fois plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne que les femmes nées en France. Les difficultés d'accès aux soins sont multifactorielles et

relèvent entre autres de la barrière linguistique, des conditions de travail des femmes précaires, de manques de moyens financiers et de freins culturels symboliques³⁹.

b) La durée des consultations

La durée des consultations prénatales focalisées a été estimée⁴⁰ à 46 minutes pour la première et à 36 minutes pour les suivantes (40 minutes et 20 minutes selon l'OMS⁴¹), dont 15 minutes d'éducation pour la santé et de counseling. Elle doit être la plus complète possible pour répondre aux besoins de la femme enceinte en matière de promotion de la santé, de prévention et de détection des complications.

Ces temps de consultation n'incluent pas la PTPE, pour laquelle il faut ajouter 20 minutes à la consultation prénatale. Il est également important de noter que les besoins psychosociaux des femmes peuvent varier et être accentués dans certains groupes vulnérables (adolescentes, migrantes, femmes souffrant de handicaps, etc.). Dès lors, **le déroulement des soins prénataux doit être adapté à chaque femme.**

c) Éducation pour la santé

La consultation prénatale est souvent un des premiers contacts des femmes

35. Interventions éducatives, réglementaires, financières, etc.

36. UNICEF Global Database, Monitoring the Situation of women and children

37. Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux soins, 2018

38. Priscille Sauvegrain, Zeldia Stewart, Clémentine Gonthiers, M-J Saurel-Cubizolles, Moniac Saucedo, Catherine Deneux-Tharoux, Elie Azria, Accès aux Soins Prénatals et Santé Maternelle des Femmes Immigrées, 2017

39. Haut Conseil à l'égalité, 2017

40. Von Both C. et al., How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania, BMC Pregnancy & Childbirth, 2006; 6(1):22.

41. WHO, Antenatal Care Trial Research Group, WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model, WHO, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, 2002.

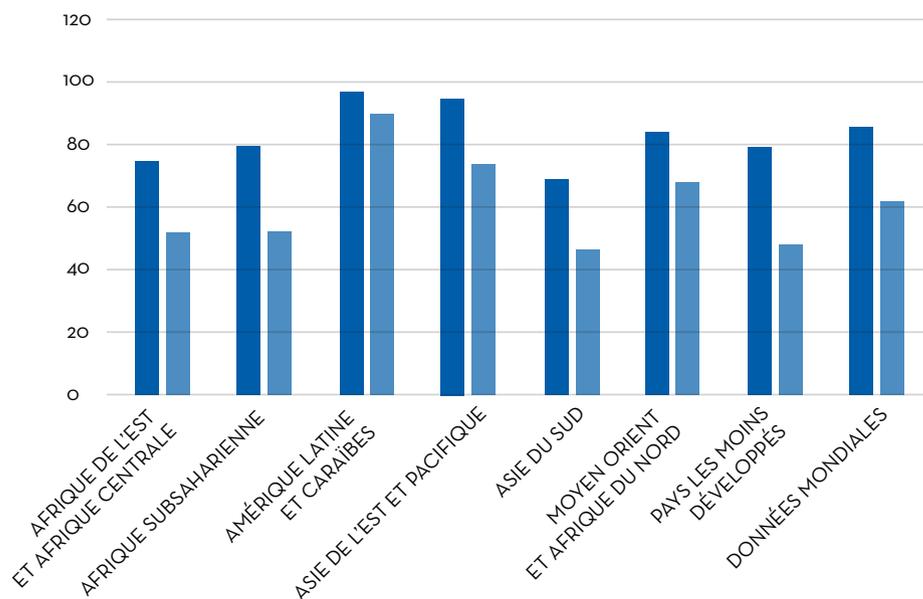
avec les services de santé, il est donc important d'exploiter ce moment au maximum tant au cours des consultations que lors de séances de sensibilisation dans les aires d'attente des structures de santé, voire au sein des communautés (stratégie avancée). Toutes les occasions doivent être mises à profit pour informer les femmes et leurs familles sur les moments de la grossesse où il faut solliciter des soins et les endroits où il est possible de le faire, ainsi que pour donner des conseils favorisant l'adoption d'un mode de vie sain.

L'engagement familial et communautaire est indispensable

pour que des comportements sains soient observés à domicile pendant la grossesse. C'est un déterminant majeur de l'utilisation des services de consultation prénatale (CPN). Le soutien familial et communautaire aide la femme à suivre les recommandations, encourage une prise de décisions partagée et améliore ainsi la santé de la mère et du nouveau-né.

Les soins prénataux sont un moment privilégié pour aborder de nombreux thèmes d'éducation pour la santé tels que la nutrition, l'hygiène, l'importance des soins pré et postnataux ainsi que l'accouchement par un personnel

FIGURE 1: POURCENTAGE DES FEMMES AYANT EU AU MOINS UNE CONSULTATION ET 4 CONSULTATIONS PRÉNATALES AVEC UN MÉDECIN, INFIRMIER, SAGE-FEMME, AUXILIAIRE SAGE-FEMME, 2010-2016 (SOURCE UNICEF*)



* Unicef, Global database, from Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Demographic and Health Surveys (DHS) and other nationally representative sources, 2017.

qualifié, le plan de préparation pour l'accouchement et les urgences, les signes de danger pendant la grossesse, le VIH/sida et autres IST, la prévention du CCU, la contraception du post-partum, l'allaitement...

d) Complications médicales et référencement

Une partie importante des complications obstétricales, fœtales et néonatales et leurs conséquences peuvent être évitées en fournissant un continuum de soins de qualité tout au long de la grossesse, durant l'accouchement et la période post-partum. Ainsi les soins prénataux sont particulièrement efficaces quand la femme est prise en charge le plus tôt possible pendant sa grossesse, voire même lors de consultations préconceptionnelles⁴². Dans beaucoup de cas, les personnes qui développent des complications au cours de la grossesse et qui requièrent des soins accrus peuvent être identifiées, soignées et suivies pendant la grossesse. Par exemple, la surveillance des pré-éclampsies peut réduire les décès maternels dus aux troubles hypertensifs de 48 % et les décès néonataux liés à la prématurité de 15 %⁴³. Cependant, puisque 15 % des femmes enceintes développent des complications au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et du

post-partum, et que la plupart de ces complications ne sont pas prévisibles, il est essentiel que le continuum de soins soit renforcé et que des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) soient disponibles et accessibles à toutes les femmes et nouveau-nés pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.

L'abandon de l'approche liée au risque au profit de l'approche liée aux complications :

En 1992, un bilan réalisé pour le programme de recherche sur la santé maternelle et la maternité sans risque de l'OMS a révélé que l'approche fondée sur le risque ne permettait pas d'utiliser rationnellement les services de santé maternelle ni d'éviter les décès maternels⁴⁴. En effet, des femmes avec différents facteurs de risque (femmes de moins de 18 ans, femmes de moins de 1,40 mètre, grandes multipares...) ne développent pas nécessairement de complications, alors que des femmes n'ayant aucun facteur de risque peuvent présenter des complications. Cette approche fondée sur l'identification de facteurs de risque et la référence des femmes présentant un risque pour un accouchement assisté, voire vers un niveau de référence, a donc été abandonnée au profit de l'approche liée aux complications. Cette dernière prend en compte la

42. Haute Autorité de santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées*, Mise à jour Mai 2016.

En France, une consultation préconceptionnelle est recommandée et propose : des sérologies, un frottis cervical, la supplémentation en acide folique, la recherche de pathologies chroniques, l'éducation pour la santé sur les comportements addictifs et le suivi de grossesse.

43. WHO, *Package of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Cares, Maternal, Newborn and Child Health*, Geneva, 2010.

44. Rooney C., *Soins prénataux et santé maternelle : étude d'efficacité*, OMS, Genève, 1992

nécessité pour toutes les femmes d'être suivies pendant leur grossesse et d'accoucher assistées de personnel de santé qualifié, puisque chaque femme est potentiellement à risque de complications lors de la grossesse et de l'accouchement.

e) Préparation à la naissance et aux complications

L'objectif de ce plan est de permettre à la femme de **recevoir à temps des soins de qualité, que ce soit pendant la grossesse, au cours du travail, au cours d'un accouchement normal ou compliqué.**

Le plan de préparation à l'accouchement et aux urgences peut donc permettre de **réduire deux des trois retards responsables de la mortalité maternelle : le délai dans la recherche de soins et le délai dans le fait d'atteindre les soins**⁴⁵ (voir chapitre 4. IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats).

Environ 15 % des femmes développent une complication pendant la grossesse ou l'accouchement. Il a été démontré scientifiquement qu'il est presque impossible de prévoir quelle femme présentera une complication. Il est donc extrêmement important de travailler en collaboration avec les femmes pour qu'elles soient en mesure d'accoucher en présence de personnel qualifié, de reconnaître les complications et d'établir un plan d'action, au cas où cette situation

surviendrait. Pour cela, le personnel de santé doit donc expliquer **l'importance d'accoucher dans un établissement disposant de personnel qualifié, l'intérêt de s'organiser en cas d'urgence et pour l'accouchement** (transport, coût des soins, accompagnateur, personne choisie pour prendre en charge ses enfants...), les signes de danger pendant la grossesse et de mise en travail, les choses à emporter avec soi (carnet de santé, linge, etc.). **Lorsque la structure la plus proche est éloignée, les femmes devraient idéalement s'organiser pour demeurer le dernier mois de grossesse à proximité de leur lieu d'accouchement.**

Les femmes ayant assisté aux consultations prénatales ont plus tendance à accoucher avec un personnel qualifié⁴⁶, c'est pourquoi il est important d'aborder durant les soins prénataux la question de la préparation à l'accouchement et à l'urgence.

f) Prévention de l'anémie maternelle

L'anémie affecte près de la moitié des femmes enceintes dans le monde : 52 % dans les pays en voie de développement et 23 % dans les pays développés. L'anémie augmente le risque de mortalité maternelle, de mort foetale, de mortalité néonatale et de prématurité. 40 % des décès périnataux et maternels sont liés à l'anémie⁴⁷.

Les causes les plus fréquentes d'anémie

sont la sous-nutrition, les carences en fer et en d'autres micronutriments, le paludisme, l'ankylostomiase et la schistosomiase (parasitoses) ; l'infection par le VIH et les hémoglobinopathies (drépanocytose et thalassémie) sont des facteurs supplémentaires. Les femmes enceintes doivent recevoir un **traitement systématique de supplémentation en fer et acide folique**. Un traitement des causes de l'anémie devra être associé et des conseils nutritionnels devront être donnés à la femme en cas d'anémie avérée.

g) Prévention du tétanos maternel et néonatal

En 2015, environ 34 000 nouveau-nés sont décédés du tétanos néonatal⁴⁸. Même si l'incidence de cette pathologie a diminué de 96% entre 1988 et 2015, il est important de poursuivre les efforts en termes de prévention afin de parvenir à l'élimination de cette pathologie (<1 cas/1 000 naissances vivantes dans un district sur une période d'un an). C'est également la cause d'un nombre inconnu de décès maternels chaque année. La prévention consiste en **l'application de précautions d'hygiène lors de l'accouchement (utilisation de matériel stérile) et la vaccination des femmes enceintes**, ce qui permet de limiter l'infection chez la mère et le nouveau-né. En effet, une fois la femme enceinte vaccinée, elle transmet l'antitoxine au fœtus. En 2011, 70 % des femmes enceintes

dans le monde ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique (TT2+)⁴⁹. Les objectifs sont d'atteindre une vaccination supérieure ou égale à 80 % pour les femmes enceintes⁵⁰. En 2017, le tétanos maternel et néonatal est éliminé dans toute la région Asie du Sud-Est et la région des Amériques. La maladie demeure cependant un problème de santé publique important dans plusieurs régions du monde, mais surtout dans les pays ou districts à revenu faible, où la couverture vaccinale est faible et où les accouchements sont généralement pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène.

h) Prévention des IST, notamment de la syphilis

Les infections sexuellement transmissibles (IST) telles que la syphilis, la gonorrhée et la chlamydia peuvent être dépistées et traitées dans le cadre des CPN. Si elles ne sont pas traitées, les infections sexuellement transmissibles **provoquent des infections congénitales et périnatales chez le nouveau-né.** Elles peuvent également avoir des **conséquences graves sur la santé de la mère et de l'enfant.** Les IST sont notamment la **principale cause évitable de stérilité**, en particulier chez les femmes. Elles favorisent indirectement la transmission du VIH et provoquent des modifications cellulaires à l'origine de certains cancers. On estime à 357 millions le nombre de personnes contractant chaque année 4 types

45. WHO, UNFPA, Unicef, AMDD, *Monitoring Emergency Obstetric Care*, 2009.

46. Stanton C. et al., *Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage*, *Journal of Biosocial Science*, 2006; 1-12.

47. United Nations Children's Fund, United Nations University, World Health Organization, *Iron Deficiency Anaemia : Assessment, Prevention, and Control - A guide for programme managers*, WHO, 2001.

48. OMS, *Tétanos : principaux faits*, 2018

49. WHO, *Immunization surveillance, assessment and monitoring, Neonatal tetanus*, données 2011, www.who.int.

50. OMS, *Vaccin antitétanique. Notes de synthèse: position de l'OMS concernant les vaccins antitétaniques*, Relevé épidémiologique hebdomadaire, OMS, 2006, N° 20, 2006, 81, 197-208.

d'IST curables parmi les 15-49 ans : syphilis, chlamydie, gonorrhée, trichomonas⁵¹. Aujourd'hui, l'OMS estime que les efforts déployés pour freiner la propagation des IST restent insuffisants. La résistance aux médicaments, notamment aux antibiotiques permettant le traitement de la gonorrhée⁵² représente également une menace majeure pour la réduction de l'impact des IST dans le monde.

Concernant la syphilis, il s'agit d'une IST qui peut être transmise par la mère au fœtus. La majorité des personnes atteintes ignorent qu'elles ont contracté la maladie et peuvent donc la transmettre à leurs partenaires sexuels et, dans le cas des femmes enceintes, au fœtus. En l'absence de traitement, 25 % des grossesses chez les femmes souffrant d'une syphilis précoce se soldent par une mortinaissance, ce qui en fait la deuxième cause principale de mortinatalité évitable juste derrière le paludisme⁵³.

La lutte contre la syphilis chez les femmes enceintes et la syphilis congénitale est essentielle et repose sur un dépistage prénatal universel et le traitement des cas positifs. Toutefois, actuellement, un grand nombre de femmes qui se rendent aux CPN ne bénéficient ni d'un dépistage spécifique ni d'un traitement pour la syphilis lorsqu'il est nécessaire. La plupart des pays ont une politique de dépistage

prénatal de la syphilis, mais dans les faits le dépistage reste insuffisant. C'est souvent le manque de consommables pour réaliser le test qui en est responsable, alors qu'il existe à l'heure actuelle des tests de dépistage de la syphilis simples d'utilisation et sensibles, qui peuvent être utilisés y compris dans les structures de santé primaires. Dans ce cadre, l'OMS considère la mise à disposition de kits de test rapide double VIH-syphilis comme des initiatives intéressantes pour améliorer le taux de dépistage de la syphilis⁵⁴.

Le traitement de la syphilis chez l'adulte y compris chez la femme enceinte consiste en l'administration intramusculaire d'une dose unique de benzathine-benzylpénicilline (2,4 MUI)⁵⁵ à la patiente et son/ses partenaire.s ; en cas d'allergie, on a recours à l'érythromycine per os (2 g/jour en 2 ou 4 prises pendant 14 jours). A noter que le benzathine-benzylpénicilline est un médicament générique injectable que très peu de fabricants produisent dans le monde et que le risque de rupture de stock et de pénurie sur les lieux de soins reste important.

i) Le dossier individuel

Il a été démontré dans différentes études que **lorsque les femmes gardent avec elles les notes qui ont été prises au cours des consultations, cela**

améliore la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de la grossesse.

Les femmes enceintes sont alors responsables d'apporter leur dossier médical à chaque consultation prénatale. Cela améliore également la disponibilité de dossiers anténataux au cours des visites dans les structures sanitaires. Les femmes sont aussi plus à même d'apporter ce dossier médical lors d'une autre grossesse⁵⁶.

Garder son dossier médical permet de renforcer le droit des femmes à décider pour leur propre santé (notamment la structure dans laquelle elles vont accoucher) et d'y avoir un accès permanent, y compris en cas d'urgence. Les responsables des services de santé doivent alors réfléchir à la forme que doivent prendre les dossiers et déterminer si l'ensemble ou une partie uniquement des notes doivent être détenues par la femme. **MdM recommande donc que chaque femme puisse être responsable de son dossier médical, qu'elle gardera à son domicile entre ses visites et qui lui permettra d'être davantage maîtresse de sa santé.**

j) Prévention et prise en charge du paludisme maternel

Le paludisme au cours de la grossesse est un problème majeur de santé publique et pose des risques importants pour les femmes et les nouveau-nés.

Le paludisme est responsable de 20% des mortinaissances en Afrique subsaharienne, de 11% des décès néonataux en Afrique subsaharienne et de 10 000 décès maternels dans le monde⁵⁷. L'Asie, l'Amérique latine et, dans une moindre mesure, le Moyen-Orient, ainsi que certaines parties de l'Europe sont également affectés. En 2017, le paludisme était présent dans 87 pays et territoires.

Les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables, car la grossesse diminue leur immunité et les rend donc plus susceptibles d'avoir une infection paludéenne et augmente le risque de paludisme grave, d'anémie sévère et de décès. Le paludisme maternel augmente aussi les risques de fausses couches, de mort fœtale, d'hypotrophie et d'accouchement prématuré. De plus, le paludisme augmente le risque de transmission mère-enfant du VIH chez les mères infectées puisqu'il diminue l'efficacité de la barrière placentaire. Les consultations prénatales sont un moyen essentiel pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes. Cependant les taux de traitement préventif intermittent pendant la grossesse et de distribution de moustiquaires imprégnées restent insuffisants⁵⁸. Ce constat met en lumière l'importance de renforcer la prévention du paludisme au niveau des CPN.

51. OMS, *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*, 2016
 52. OMS, *Augmentation des cas de gonorrhée résistante aux antibiotiques, de nouveaux médicaments sont nécessaires*, Communiqué de presse, 2017
 53. OMS, *Intégrer le dépistage et le traitement de la syphilis dans les services de traitement du VIH*, 2017
 54. OMS, *Intégrer le dépistage et le traitement de la syphilis dans les services de traitement du VIH*, 2017
 55. Walker G.J.A., *Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Review)*, Cochrane database, 2006.

56. OMS, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2017
 57. OMS, UNICEF, USAID, *Mise en œuvre des programmes de paludisme pendant la grossesse dans le contexte des recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2018
 58. Lawn J., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

TABLEAU 4 : PRINCIPAUX EFFETS DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS⁵⁹

DANS LES ZONES DE TRANSMISSION STABLE (ENDÉMIQUE)	DANS LES ZONES DE TRANSMISSION INSTABLE (SAISONNIÈRE)
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de poids à la naissance : 8 % à 14 % des naissances • Retard de croissance intra-utérine : 13 % à 70 % • Prématurité : 8 % à 36 % • Mort du nouveau-né : 3 % à 8 % ou 75 000 à 200 000 décès par année • Anémie maternelle : 2 % à 15 % d'anémie maternelle sévère qui augmente le risque de décès chez la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme sévère avec complications au niveau du système nerveux central • Anémie • Avortement (premier trimestre) • Insuffisance de poids à la naissance • Naissance prématurée (infection au troisième trimestre) • Mortinaiance • Décès de la mère

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets. S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins prénataux soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain » de MdM⁶⁰.*

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins prénataux
 (axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

59. Reproductive Health Response in Conflict Consortium, *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire*, 2005.

60. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations internationales sont nécessaires et devraient détailler les composantes essentielles minimales des soins prénataux. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les soins prénataux sont intégrés ou renforcés dans les curriculums des sages-femmes, infirmiers, médecins, et les effectifs de personnels médicaux compétents sont renforcés ;
- ➔ les protocoles des soins prénataux sont harmonisés, mis en place et diffusés, notamment concernant les systèmes de référencement ;
- ➔ les liens avec d'autres programmes existants (stratégies nationales de lutte contre le VIH, le paludisme, la syphilis et les IST mais aussi la malnutrition) et les services de santé sexuelle et reproductive sont renforcés ;
- ➔ un plaidoyer est développé pour la protection et l'accès aux soins de toutes les femmes enceintes quels que soient leur âge, leur statut marital, ou leur situation administrative dans le pays ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins pour toutes les femmes

(axe création de milieux favorables)

Les soins prénataux devraient être accessibles à toutes les femmes quels que soient leur situation socio-économique ou leur lieu d'habitation. La fréquentation des services de soins prénataux sera encouragée si on diminue les barrières à leur accès. La politique nationale ainsi que des directives adaptées localement devraient permettre l'accès pour toutes à des soins de qualité.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel avec une approche genre est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux services de CPN ainsi que les inégalités et les discriminations pouvant impacter le plein exercice de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ le statut des femmes au sein des communautés est amélioré en faveur d'une meilleure égalité d'accès et d'exercice des droits en matière de SSR ;
- ➔ les femmes ont acquis des compétences pour reconnaître, exprimer et répondre à leurs besoins en matière de SSR, pour elles-mêmes et dans le cadre de leurs couples. Les hommes ont acquis des compétences pour se coresponsabiliser de façon égalitaire et respectueuse, vis-à-vis de la santé au sein du couple ;
- ➔ les barrières financières et administratives à l'accès aux soins pour les femmes enceintes sont levées ;
- ➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée ;

➔ les personnels de santé sont formés sur les besoins spécifiques des femmes, des hommes, adolescentes, des travailleur.euse.s du sexe, des personnes LGBTQ+ et des migrant.e.s. Les soins prénataux qui sont alors dispensés sont adaptés à ces besoins spécifiques.

c) Renforcer la qualité des soins prénataux

(axe réorientation des services de santé)

La qualité des soins prénataux est essentielle pour que l'on puisse observer les bénéfices de ces services. **L'intégralité des soins prénataux focalisés doit être fournie à la femme enceinte selon les protocoles**

nationaux et/ou internationaux. Il est donc important de s'assurer de la **qualité de ces soins** lors d'un projet de SSR.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un paquet minimum de soins prénataux est mis en place, en s'appuyant sur les protocoles nationaux et les standards internationaux ;
- ➔ les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins prénataux de qualité ;
- ➔ les services prénataux existants sont renforcés via la mise en place de certains programmes transversaux : prévention et prise en charge du

paludisme, PTPE, dépistage et prise en charge de la syphilis, dépistage du CCU en fonction des politiques nationales de santé ;

- ➔ la formation initiale et continue des acteurs de santé prénatale est renforcée ;
- ➔ le système national d'information sanitaire (Snis) est renforcé et les données sanitaires sont utilisées pour suivre et améliorer la couverture et la qualité des soins prénataux ;
- ➔ le système de référence entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- ➔ les capacités des équipes cadres sont renforcées pour la supervision des acteurs de santé ;
- ➔ les femmes enceintes sont intégrées dans des réseaux de périnatalité s'appuyant sur des médiateurs sanitaires (ex. : en France où nos structures accueillent de nombreuses femmes migrantes).

d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé pour les femmes, leurs partenaires, familles et communautés

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins prénataux et contribue à diminuer la mortalité maternelle et infantile. En effet, **le renforcement des compétences des femmes leur permettra d'avoir plus d'autonomie et la capacité de changer leurs pratiques.** Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules

bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les femmes ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt des soins prénataux, les signes de complications de la grossesse ;
- ➔ les femmes et leur famille préparent un plan d'accouchement et de réponse à l'urgence avec l'aide des personnels soignants ;
- ➔ les hommes sont impliqués au cours des sessions d'éducation pour la santé et sont sensibilisés sur l'intérêt des soins prénataux et d'un accouchement assisté par du personnel formé.

e) Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge des femmes enceintes ou présentant des complications obstétricales

(axe renforcement de l'action communautaire)

Pour être efficaces, **les interventions de maternité sans risque doivent être mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé du pays.** Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un **engagement conjugué de la communauté et du gouvernement.** Il est donc essentiel d'impliquer la communauté afin de

« Dans le cadre de nos activités de médiation en santé, nous sommes régulièrement confrontés à des difficultés d'accès à une prise en charge en SSR pour les femmes en situations précaires. Il y a quelques mois, j'ai accompagné une ressortissante roumaine vivant en bidonville. Enceinte de son 6^{ème} enfant, nous l'avons rencontrée au cours de son 6^{ème} mois de grossesse. A ce moment-là, elle n'avait eu aucun examen ni suivi médical pour sa grossesse. Nous l'avons informée des démarches à mettre en œuvre auprès de la maternité la plus proche et la nécessité d'organiser un rendez-vous avec une sage-femme. Nous l'avons accompagnée physiquement pour cela. A la maternité, cette patiente a d'abord été confrontée à une barrière administrative, de nombreuses pièces justificatives (justificatif de domicile, preuve de couverture maladie, échographie) lui étaient demandées pour pouvoir procéder à son inscription. A priori et sans notre intervention, l'accueil de la maternité ne lui proposait pas que ses examens soient pris en charge gratuitement par la PMI du département et ne facilitait pas son orientation vers l'assistante sociale de la maternité. Nous avons expliqué qu'elle était éligible à l'Aide Médicale d'État et qu'elle avait déjà un dossier médical suite à un passage aux urgences. Finalement, cette patiente a pu effectuer son échographie dans un cabinet partenaire du département et effectuer son suivi de grossesse à l'hôpital. Dans ce genre de situation, il est essentiel de pouvoir accompagner les femmes dans des démarches parfois complexes auxquelles elles ne sont pas habituées et face à des professionnel.le.s pas toujours sensibilisés aux problématiques de précarité ».

Elsa Andrieux, médiatrice sanitaire, France

réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseur.euses.s traditionnel.le.s...) appuient les messages d'éducation à la santé sur l'importance des soins prénataux ;
- ➔ des agents de santé communautaires sont formés et réalisent des séances d'éducation pour la santé au sein des communautés afin de favoriser les référencement des femmes enceintes vers les structures de santé ;
- ➔ un système de référencement

communautaire est mis en place pour le transport des femmes enceintes présentant des complications ou sur le point d'accoucher ;

➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés.

« Nous travaillons sur la question des grossesses chez les adolescentes et les jeunes en mettant en place un accompagnement par des agents de santé communautaires (ASC). Les jeunes filles enceintes désirant mener à terme leur grossesse bénéficient d'un suivi rapproché. Les ASC s'assurent qu'elles reçoivent bien leur consultation prénatale et font le lien avec les structures de santé. Nous pouvons fournir un appui financier pour l'achat de médicaments et les examens de laboratoire. Les ASC font également le lien avec les éducateurs des écoles et les enseignants. Nous informons les jeunes filles de l'importance d'obtenir un certificat de grossesse auprès des médecins médico-scolaires. Ce certificat leur permettra d'obtenir un report de scolarité. La période prénatale peut être difficile pour les jeunes et les adolescentes, c'est pourquoi il nous paraissait important de mettre en place des activités spécifiques afin de faciliter le suivi médical mais aussi de limiter la stigmatisation et l'isolement ».

Florence Koni Kouadio, coordinatrice terrain, République de Côte d'Ivoire

IV. SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX IMMÉDIATS

1. DÉFINITIONS

Les **soins obstétricaux et néonataux immédiats** sont des soins préventifs et curatifs fournis pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat (2 heures suivant l'accouchement) à la mère et au nouveau-né. Ils ont pour but de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales par un dépistage précoce et une prise en charge à temps des complications obstétricales et néonatales. Plus spécifiquement, les soins néonataux sont les soins essentiels prodigués aux enfants après la naissance et qui ont pour but d'assurer une bonne transition à la vie extra-utérine. Il s'agit d'interventions préventives ainsi que la détection et la prise en charge précoce des complications néonatales.

Les **soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ou soins obstétricaux essentiels (SOE)** sont les soins « de base » et les soins « complets » qu'une structure de santé peut offrir à une femme qui a des besoins obstétricaux ou présente des complications obstétricales. Les SONU

incluent la prise en charge néonatale immédiate (2 heures après la naissance).

L'ensemble des recommandations concernant les soins intrapartum est disponible dans le guide OMS de 2018 *Soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*⁶¹.

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- accompagner et prévenir les pathologies secondaires à l'accouchement et au post-partum pour les femmes à travers des soins essentiels pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat ;
- prévenir les complications néonatales et les pathologies infantiles
- dépister précocement et traiter d'éventuelles complications chez la mère et l'enfant ;
- promouvoir des pratiques favorables à la santé de la mère et de l'enfant ;
- accompagner si nécessaire la mise en place du lien mère-enfant (renforcer les compétences et l'autonomie des mères).

61. OMS, *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, 2018

TABLEAU 5 : SOINS DISPONIBLES DANS LES SONUB ET LES SONUC*

SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DE BASE	SOINS NÉONATAUX D'URGENCE DE BASE
<p>1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale</p> <p>2. Administration d'utérotoniques (ex. : misoprostol, oxytocine par voie parentérale)</p> <p>3. Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie (ex. : sulfate de magnésium)</p> <p>4. Retrait manuel du placenta (délivrance artificielle)</p> <p>5. Évacuation des produits résiduels de conception intra-utérins, notamment en cas d'avortement spontané ou provoqué (c'est-à-dire aspiration manuelle ou électrique intra-utérine (AMIU ou AEIU) ou dilatation et évacuation)</p> <p>6. Réalisation de l'accouchement assisté par voie basse (utilisation d'une ventouse)</p> <p>7. Réalisation d'une réanimation néonatale de base (incluant la ventilation manuelle à l'aide d'un masque et d'un ballon auto-remplissable type Ambu)</p> <p>8. Système de référencement vers un centre à capacité chirurgicale et transfusionnel 24/7</p>	<p>1. Maintien au chaud et au sec du nouveau-né, stimulation, positionnement et dégagement des voies respiratoires</p> <p>2. Soins néonataux essentiels : supplémentation en vitamine K1, contact peau à peau, soutien à l'allaitement maternel immédiat</p> <p>3. Traitement des signes d'infections bactériennes graves via administration d'une première dose d'antibiotique</p> <p>4. Référencement des complications vers un service hospitalier</p>
SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE COMPLETS	SOINS NÉONATAUX D'URGENCE COMPLETS
<p>Réalisation des actions vitales de 1 à 7, plus :</p> <p>9. Réalisation d'acte chirurgical dont la césarienne</p> <p>10. Réalisation d'une transfusion sanguine</p>	<p>Réalisation des actions vitales de 1 à 3, plus :</p> <p>5. Ventilation par ballon et masque en cas de détresse respiratoire sévère</p> <p>6. Unité de soins mère kangourou pour les nouveau-nés et les mères cliniquement stables</p> <p>7. Application des directives de l'OMS pour les nouveau-nés prématurés et pour la prise en charge des signes d'infections bactériennes graves</p>

* IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018

b) Interventions clés

1. Référence précoce en cas de complications et/ou situations requérant des soins spécialisés (ex. : les grossesses multiples, les présentations dystociques...) et pour un accès dans les délais appropriés aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

2. Soins pendant le travail et l'accouchement en présence d'un professionnel de santé qualifié :

Dans un SONUB :

- 2.1 diagnostic du travail ;
- 2.2 autorisation/proposition de la présence d'un compagnon choisi par la patiente pour la soutenir et du choix de la position d'accouchement ;
- 2.3 communication efficace du personnel et information éclairée de la patiente ;
- 2.4 surveillance et suivi du travail et du bien-être maternel et fœtal avec le partogramme ;
- 2.5 stratégies de soulagement de la douleur (analgésie péridurale si non contre-indiquée et selon disponibilité, opiacés parentéraux si non contre-indiqués, technique de relaxation et de gestion de la douleur, techniques manuelles comme le massage) ;
- 2.6 ingestion de liquides et de nourriture par voie orale pendant la 1^{ère} phase du travail (patiente à faible risque obstétrical) ;
- 2.7 auscultation à l'aide d'un appareil à ultrasons doppler ou d'un stéthoscope fœtal de pinard pour l'examen du fœtus lors de l'admission puis auscultation intermittente de la fréquence cardiaque ;
- 2.8 mobilité encouragée au cours de la 1^{ère} et la 2^{ème} phase du travail ;

- 2.9 toucher vaginal toutes les 4h pour évaluer de façon systématique la phase du travail ;
- 2.10 détection et traitement des complications (dont présentations dystociques, travail dystocique, troubles hypertensifs, saignement, infection) et référencement précoce vers un SONUC en cas de nécessité de césarienne ou de transfusion sanguine ;
- 2.11 adoption favorisée de positions d'accouchement choisies individuellement par la femme ;
- 2.12 accouchement et prise en charge active de la 3^{ème} phase du travail (délivrance) ;
- 2.13 prise en charge des épisiotomies (l'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés dans le cadre des accouchements spontanés) ou déchirures ;
- 2.14 utilisation de produits utérotoniques (selon disponibilité : oxytocine, misoprostol, ergométrine / méthylergométrine) pour la prévention d'hémorragie du post-partum pendant la 3^{ème} phase du travail ;
- 2.15 prise en charge des soins post-avortement notamment via AMIU ;
- 2.16 respect des règles d'hygiène et précautions universelles afin de prévenir d'éventuelles complications infectieuses.

Dans un SONUC :

- 2.1 réalisation des prestations de base d'un SONUB ;
- 2.2 accueil et prise en charge des femmes présentant des complications et référées par les SONUB pour traitement ;
- 2.3 accouchement par césarienne ;
- 2.4 prise en charge des hémorragies avec accès aux transfusions sanguines.

3. Soins néonataux :

- 3.1 clampage tardif du cordon (> 1 min de vie) sauf chez une mère VIH+ (où le clampage doit être immédiat, voir chapitre PTPE) ;
- 3.2 contrôle de la température du nouveau-né, lutte contre les hypothermies, contact peau-à-peau avec la mère pendant la première heure après la naissance en l'absence de complications et mise au sein immédiate (si la mère a décidé d'allaiter) ;
- 3.3 recherche de signes de danger, cotation du score d'Apgar⁶² ;
- 3.4 réanimation du nouveau-né si nécessaire, notamment par la ventilation manuelle avec un sac autogonflant et un masque adapté en cas de détresse respiratoire ;
- 3.5 contrôle et surveillance de l'état de bien-être : examen général, mesure des biométries, évaluation de la création du lien mère-enfant ;
- 3.6 dépistage et traitement des complications (respiratoires, infectieuses, prématurité, faible poids), recherche d'une anomalie majeure (fente labiale, anomalie de la colonne vertébrale : spina bifida, atrésie de l'œsophage et imperforation anale), et transfert dans un centre hospitalier approprié si nécessaire ;
- 3.7 soins à dispenser immédiatement au nouveau-né : soins oculaires, soins du cordon, lutte contre l'hypothermie par le contact « peau à peau » de la mère et du nouveau-né ;
- 3.8 administration de la vitamine K1 au nouveau-né ;
- 3.9 promotion de l'allaitement maternel

exclusif et initiation de l'allaitement dans la première heure de vie ;

- 3.10 traitement préventif de la syphilis en fonction de la sérologie maternelle ;
- 3.11 vaccination conforme aux directives nationales (BCG, anti-hépatite B, poliomyélite) ;
- 3.12 premier bain reporté au moins 24h après la naissance ;
- 3.13 mise en place et suivi de la méthode « Kangourou » (qui peut se faire sur l'un ou l'autre des deux parents) pour les enfants prématurés ou de moins de 2 500 g.

4. Post-partum immédiat

(il est recommandé de garder la mère hospitalisée ou sous surveillance pendant au moins 24 heures après l'accouchement) :

- 4.1 surveillance de la mère et du nouveau-né : prévention, détection et prise en charge des complications ;
- 4.2 informations et conseils sur l'hygiène, sur les moyens de prendre soin de sa santé à domicile, la nutrition, l'allaitement maternel exclusif, la planification familiale, les soins du post-partum, les soins pour l'enfant ainsi que les signes de danger et la préparation à une urgence éventuelle.

5. Détection et prise en charge des victimes de violences liées au genre :

- 5.1 détection des mutilations génitales féminines (MGF), prise en compte des facteurs de risques de complication lors de l'accouchement et prise en charge des MGF. Il est recommandé de ne pas resuturer les MGF de type III après

l'accouchement (voir chapitre 5. III. *Prise en charge et prévention des pratiques traditionnelles néfastes*) ;

- 5.2 détection, prise en charge et/ou référencement des violences liées au genre.

6. Prévention et détection précoce des fistules :

La référence ou la prise en charge se fera après l'accouchement et le post-partum (voir chapitre 5. V. *Fistules obstétricales*).

7. Enregistrement des naissances et/ou décès à l'état civil et des informations médicales dans les registres et carnets de santé.

8. Surveillance et réponse aux décès maternels et « échappées belles » au niveau institutionnel et communautaire :

- 8.1 réalisation d'audits des décès maternels et des « échappées belles » ;
- 8.2 rapport de tous les décès maternels et appui à l'enregistrement dans les registres d'état civil ;
- 8.3 application des recommandations en fonction des résultats trouvés lors des audits.

9. Prévention du paludisme : à considérer dans les zones endémiques :

- 9.1 installation de la mère et du nouveau-né sous une moustiquaire imprégnée durant le temps de l'hospitalisation ;
- 9.2 information des mères et de leurs familles sur les moyens de prévention du paludisme et sur l'importance de dormir sous une moustiquaire

imprégnée.

10. Prévention de la transmission parent-enfant du VIH (voir chapitre 5. IV. *PTPE*) :

- 10.1 conseil et dépistage volontaire pendant le travail ou le post-partum s'ils n'ont pas été réalisés pendant la grossesse ;
- 10.2 conseil et dépistage des autres membres de la famille si un diagnostic de séropositivité est fait pour la femme enceinte ;
- 10.3 traitement antirétroviral (ARV) de la mère, du nouveau-né, et des autres membres de la famille si dépistés positifs, en fonction des protocoles nationaux ou internationaux pour la mère et l'enfant ;
- 10.4 précautions pour éviter la rupture artificielle des membranes et les manœuvres invasives pendant le travail et l'accouchement (épisiotomie, ventouse) ;
- 10.5 délivrance placentaire avec traction dirigée (3^{ème} phase active du travail) ;
- 10.6 clampage immédiat du cordon ;
- 10.7 respect des précautions universelles ;
- 10.8 conseil et soutien de la mère en fonction du choix d'alimentation du nouveau-né ;
- 10.9 conseil adapté pour une contraception post-partum (contraception doublée de l'usage de préservatif en fonction du statut sérologique du partenaire).

62. Il s'agit d'un score établi à 1 et 5 minutes de vie après la naissance. Ce score est un outil de suivi de l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine.

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Si la mortalité maternelle à l'échelle mondiale a diminué de 44% entre 1990 et 2015, elle reste aujourd'hui très élevée avec 303 000 décès en 2015. 99% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement. Le ratio de mortalité maternelle était en effet en 2015 de 239 pour 100 000 naissances dans les pays en développement contre 12 pour 100 000 naissances dans les pays développés. Une des cibles de l'Objectif de développement durable 3 est de diminuer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Pour chaque femme qui meurt, 12 autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités liées à leur grossesse ou leur accouchement – soit au moins 3,5 millions de femmes par an⁶³. Parmi les problèmes de santé liés à la grossesse et à l'accouchement se trouvent l'anémie grave, l'infertilité et les lésions de l'utérus et du canal reproducteur provoquées lors de l'accouchement, y compris les fistules obstétricales.

La mortalité et la morbidité maternelles ont un impact important sur la cellule familiale mais aussi sur la communauté. La santé de la mère a également un impact important sur la santé et la survie de l'enfant (notamment concernant la nutrition). Selon les

études effectuées, les nouveau-nés dont la mère meurt ont moins de chances de survivre.

L'insuffisance des soins maternels lors de la grossesse et de l'accouchement est en grande partie responsable de près des 5 millions de mort-nés et de décès de nouveau-nés qui se produisent chaque année à travers le monde. Les décès néonataux représentent 47 % des décès d'enfants de moins de 5 ans. Même si les programmes mis en place pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement ont permis de réduire les décès néonataux de 4,4 millions en 1990 à 3,1 millions en 2010, les progrès à faire restent importants et la baisse de la mortalité néonatale entre 1990 et 2017 a été plus lente que celle de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Entre 25 % et 45 % de ces décès se produisent pendant les premières 24 heures suivant la naissance, soit dans le post-partum immédiat, et 75 % se produisent pendant la première semaine de vie⁶⁴. Dans les pays en développement, très peu de nouveau-nés reçoivent des soins pendant cette période.

Les trois plus grandes causes de décès néonataux sont⁶⁵ :

- ➔ le faible poids des nouveau-nés ou la prématurité ;
- ➔ les infections ;
- ➔ l'asphyxie et les traumatismes liés à l'accouchement.

Les délais dans l'identification des complications et dans leur prise en charge peuvent être fatals.

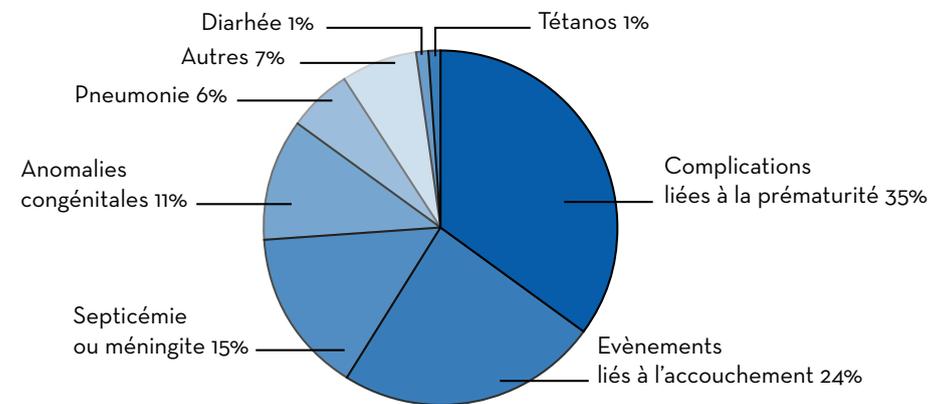
La plupart des facteurs de risque pour les trois causes principales de mortalité néonatale sont évitables ou traitables. De plus, la morbidité néonatale est importante lorsque les nouveau-nés ne sont pas pris en charge à temps ou de manière appropriée. La majorité des décès de nouveau-nés a lieu dans des pays à faible revenu. Force est de constater que, jusqu'à récemment, trop peu d'efforts ont été accordés aux soins néonataux.

Les décès maternels et néonataux sont profondément liés. Ainsi, les principales causes de décès néonataux sont évitables par des soins adaptés pendant la grossesse, l'accouchement et le post-

partum :

- ➔ un faible poids de naissance et la prématurité peuvent être évités par un bon suivi de grossesse, une alimentation adaptée, une supplémentation en micronutriments pendant la grossesse, la prise d'un traitement pour le VIH pour les mères séropositives, la prévention du paludisme par le traitement préventif intermittent (TPI), la diminution du tabagisme ;
- ➔ les infections peuvent être évitées par le dépistage et le traitement des IST pendant la grossesse, la vaccination maternelle contre le tétanos, la réalisation de l'accouchement dans des conditions d'hygiène adéquates ;
- ➔ l'asphyxie et les traumatismes à la naissance peuvent être évités en prodiguant des soins adaptés avec du personnel qualifié lors de l'accouchement.

FIGURE 2 : CAUSES DES DÉCÈS NÉONATAUX EN 2016*



* Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, *Level and trends in child mortality: report, 2017*

63. OMS, *Mortalité maternelle : principaux faits, 2018*

64. OMS, *Nouveau-nés : réduire la mortalité, principaux faits, 2018*

65. OMS, UNICEF, *Save the Children, La santé du nouveau-né en situation de crise humanitaire, 2018*

L'espacement des naissances par l'information et les services de planification familiale ont également un impact, puisque l'on sait que les grossesses rapprochées sont préjudiciables à la survie de l'enfant suivant. Ainsi, les enfants nés dans les deux ans suivant une naissance précédente présentent un risque accru de 60 % de mortalité infantile par rapport à ceux qui sont nés après un intervalle de trois ans ou plus⁶⁶.

On estime que près des trois quarts des décès néonataux pourraient être évités si les femmes avaient une alimentation adaptée et recevaient les soins nécessaires au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale⁶⁷.

b) L'intérêt des SONUB et SONUC

La plupart des décès maternels ont lieu après l'accouchement, le plus souvent dans les 24 heures. Environ 25 % surviennent pendant la grossesse et 15 % lors de l'accouchement⁶⁸.

Même si les femmes reçoivent les soins prénataux appropriés, il est difficile de prédire la plupart des complications maternelles – l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence à temps permet à lui seul d'éviter la grande majorité des décès maternels.

Selon les estimations internationales, la proportion des grossesses nécessitant une intervention est de 15 % et entre 5 % et 15 % des grossesses nécessitent une césarienne⁶⁹.

Le tableau suivant met en lumière l'intervalle de temps estimé entre l'apparition des symptômes d'une complication obstétricale majeure et le décès maternel en l'absence de prise en charge médicale⁷⁰.

TABLEAU 6 : DÉLAI DES DIFFÉRENTES COMPLICATIONS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

COMPLICATION OBSTÉTRICALE	HEURES	JOURS
Hémorragie antepartum	12	
Hémorragie du post-partum	2	
Rupture utérine		1
Éclampsie		2
Dystocie du travail		3
Infection		6

Les éléments des SONUB permettent de prendre en charge les principales complications obstétricales : l'infection (antibiotique), l'hémorragie du post-partum (utéro-toniques et délivrance artificielle), la pré-éclampsie et l'éclampsie (anticonvulsivants, anti-hypertenseurs), les avortements

incomplets (aspiration manuelle par le vide, AMIU) et la dystocie du travail (ventouse) ; et le référencement vers un centre chirurgical si besoin (SONUC).

Les éléments des SONUC permettent en plus aux femmes présentant des complications sévères d'avoir accès à la césarienne. De plus, en cas d'hémorragie massive ou d'anémie sévère, la transfusion y est disponible.

Pour cette raison, **les projets ciblant une réduction de la mortalité maternelle doivent tenter d'assurer que toute femme ait accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les délais appropriés** en cas de complication potentielle ou avérée. Pour cela, il est essentiel que les femmes enceintes accouchent en présence d'un professionnel de santé qualifié, idéalement au sein ou à proximité d'une structure qui fournit les soins obstétricaux d'urgence. Il doit également exister un système de référence pour assurer l'accès des femmes à de tels services dans des délais courts.

De nombreuses études ont montré que la mise en place de soins obstétricaux d'urgence était un élément essentiel de réduction de la mortalité maternelle.

Il est préconisé au niveau international (standards Sphère) d'avoir au moins 5 structures SONUB et 1 structure SONUC pour 500 000 habitants.

Cependant, il est important d'adapter ces chiffres en fonction du contexte d'intervention (densité de la population, des moyens de communication et de transport...)⁷¹.

c) L'accoucheur qualifié

Un accoucheur qualifié est un.e professionnel.le de santé accrédité.e, c'est-à-dire une sage-femme, un médecin ou un.e infirmier.ère qui a été formé.e et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications⁷².

La mortalité maternelle et néonatale peut être réduite par la présence d'accoucheur.euse.s qualifié.e.s dans les structures sanitaires et dans les communautés puisqu'ils peuvent prendre en charge les complications qui sont en grande partie imprévisibles ou les détecter précocement pour référer les femmes et les nouveaux nés vers une structure adaptée.

La proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est inférieure à 50% dans les pays en développement⁷³.

66. Cleland J. et al., *Contraception et santé*, The Lancet, Planification familiale, juillet 2012.

67. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2018

68. Ransom E. et al., *Pour une maternité sans risque, comment éliminer les obstacles aux soins*, Population Reference Bureau, 2002.

69. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG), *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, version 2010 révisée.

70. WHO, UNFPA, Unicef, AMDD, *Monitoring Emergency Obstetric Cares: A handbook*, WHO, 2009.

71. Projet Sphère, *Le manuel Sphère*, Edition 2018 : <https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#choo1>

72. Déclaration conjointe OMS, ICM, Figo, *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié*, 2005 ; définition validée par l'OMS, le Fnuap et la Banque mondiale.

73. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2018

d) L'accès aux soins

Le « modèle des trois retards »⁷⁴

indique les trois types de retard pouvant survenir dans le parcours de soin concourant à la mortalité et à la morbidité maternelles :

➔ **au niveau de la patiente** : retard à décider et à identifier le besoin d'avoir recours aux soins ;

➔ **au niveau du système de référence** : retard à se rendre dans une structure sanitaire (incapacité à trouver un moyen de transport, coût du transport, distance, état des routes, insécurité, postes de contrôle, etc.) ;

➔ **au niveau de la structure de santé même** : délais de prise en charge appropriée au niveau de la structure sanitaire (absence de personnel qualifié, absence de matériel ou de médicament, paiement avant traitement, référencement tardif ou difficile vers le niveau de soins supérieur...).

L'accès des femmes à des soins appropriés, dans une structure offrant les SONUB puis éventuellement les SONUC est essentiel. **Il est donc nécessaire de travailler sur ces trois retards : les femmes enceintes ainsi que leurs partenaires, familles et communautés doivent être en mesure de savoir quand aller chercher des soins (connaissance des signes de danger) et doivent être en mesure de pouvoir le faire (accès, transport disponible vers le centre de santé).** Il est important de faciliter le transport des femmes depuis les communautés vers les structures de santé, notamment

en préparant pendant la grossesse un plan d'accouchement et d'urgences (voir chapitre 4. III. Soins prénataux).

De plus, **les personnels de santé doivent être capables de dépister, de prendre en charge les complications les plus courantes, et de référer le plus tôt possible** vers un niveau de soins supérieur si besoin (SONUC). Cela permet de réduire le troisième retard et permet l'accès des femmes à un traitement approprié dans des délais adéquats. **Il est indispensable de réfléchir aux possibilités de mettre en place un service de référencement adapté entre les différents niveaux de prise en charge** des femmes dès la phase précoce de diagnostic du projet.

Par ailleurs, **certains déterminants socioculturels sont souvent un frein à l'accès aux soins ; il est donc essentiel de les connaître pour chaque zone d'intervention des projets de MdM.**

Une enquête qualitative est un outil important pour mieux adapter l'offre de soins aux pratiques et aux itinéraires thérapeutiques des bénéficiaires⁷⁵.

Par exemple, l'OMS recommande que la femme puisse choisir la personne qui l'accompagnera lors de l'accouchement, cela fera partie de son plan de préparation à l'accouchement et aux urgences. L'impossibilité de se déplacer, l'absence de choix pour la position d'accouchement et la non-acceptation de certaines pratiques traditionnelles autour de la naissance peuvent également constituer des freins à l'accouchement dans une structure sanitaire. Il faut veiller aux dimensions

de la disponibilité, de l'accessibilité et également de l'acceptabilité de l'offre des soins.

e) Le partogramme

Le partogramme est destiné à surveiller non seulement la progression du travail, mais également l'état de santé de la mère et du fœtus pendant le travail. Le partogramme comporte différentes variables (entre autres, le rythme cardiaque fœtal, la dilatation cervicale, le nombre de contractions utérines et les paramètres vitaux maternels...) représentées sur un document pré-imprimé. Le tracé des données permet au professionnel de santé intervenant de dépister de façon précoce toute anomalie et aide à la prise de décision en matière d'intervention directe ou de transfert.

Le ralentissement et l'allongement du travail ainsi que le retard à la prise de décision sont les principales causes de mortalité chez les mères et les nouveau-nés dans les pays en développement. Si le travail ne progresse pas normalement, il peut y avoir de graves complications telles qu'une dystocie mécanique, une déshydratation, un épuisement, une infection chez la mère, une hémorragie ou encore une rupture de l'utérus. Le ralentissement du travail peut aussi favoriser les infections néonatales, l'asphyxie ou contribuer à la mort de l'enfant.

Dans les pays en voie de développement, **le partogramme constitue un outil de surveillance du travail simple, peu onéreux et qui présente un bon rapport coût-efficacité.** Une étude cas-témoin menée au Pakistan a mis en évidence que le partogramme permet de réduire la fréquence du travail prolongé, de l'accélération inutile et délétère du travail normal, de l'hémorragie du post-partum, de la rupture utérine, de l'infection puerpérale, ainsi que de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales⁷⁶.

Le partogramme est considéré comme l'une des plus grandes avancées en obstétrique moderne. L'OMS le considère comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le travail. Il est important d'utiliser le partogramme du pays et quand celui-ci n'existe pas d'utiliser le partogramme de l'OMS (*format disponible ici*⁷⁷). A noter que de nombreuses études récentes ont démontré une mauvaise utilisation du partogramme dans de nombreux contextes. Dans ce cadre, le modèle de partogramme de l'OMS a été modifié et simplifié en 2017⁷⁸ (retrait de la phase de latence). **Il est donc essentiel de mettre en place dans les projets des formations et des recyclages réguliers** ainsi que des supervisions formatives concernant son utilisation.

74. Thaddeus S., Maine D., *Too far to walk: maternal mortality in context*, Social Science Medicine, 1994; 38: 1091-1110.

75. MdM, *Négociations socioculturelles des pratiques professionnelles*, note de synthèse, atelier de Naivaisha, 2011.

76. Javed I. et al., *Role of partogram in preventing prolonged labour*, Journal of the Pakistan Medical Association, 2007;57(8): 408-411.

77. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>

78. WHO, *Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2017

f) Soins immédiats aux nouveau-nés

Les décès néonataux (soit dans les 28 premiers jours de vie de l'enfant) représentent en 2017 47 % des décès des enfants de moins de 5 ans (contre 40% en 1990)⁷⁹. Ils sont, dans près de 75 % des cas, attribués à **trois causes majeures : les infections, l'asphyxie et la prématurité**. La plupart des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de vie et environ 1 million de nouveau-nés meurent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

De plus, **une majorité des enfants nés en dehors du milieu hospitalier ne reçoivent aucun soin postnatal** et même dans le cas d'un accouchement dans les structures de santé, les mères et les nouveau-nés sont souvent obligés de quitter l'établissement dans les heures qui suivent la naissance.

Enfin, 99 % des décès néonataux se produisent dans les pays en développement.

La synergie entre les soins maternels et néonataux est de plus en plus reconnue comme nécessaire et logique. Puisqu'en grande partie les morts néonatales ont lieu dans la période suivant immédiatement l'accouchement, améliorer la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux constitue un moyen efficace de réduire la mortalité

néonatale. Ainsi, les femmes qui bénéficient de soins dirigés par des sages-femmes visant à assurer une continuité des soins présentent un risque 16% moindre de perdre leur enfant et 24% moindre d'accoucher prématurément⁸⁰. Cependant, il est aussi nécessaire de mettre en place des services de soins néonataux et d'avoir du personnel qualifié pour ces soins spécifiques (au sein des SONUC).

Parmi les soins néonataux essentiels on citera :

➔ **les soins du cordon** : ils doivent être réalisés avec un antiseptique (compresse imbibée de chlorhexidine 7,1% de préférence, ou 3 applications maximum si povidone 10%) pour diminuer les risques d'infections ;

➔ **les soins oculaires** : il est recommandé de réaliser une prophylaxie oculaire⁸¹ (nitrate d'argent à 1 %, solution de polyvidone iodée à 2,5 %, ou pommade à la tétracycline à 1%), selon les protocoles nationaux. Cependant, si les IST responsables des conjonctivites (gonococcie et infection à chlamydia) sont dépistées systématiquement et traitées chez la mère et son partenaire pendant la grossesse, il n'est pas forcément nécessaire de donner une prophylaxie au nouveau-né ;

➔ **le « peau à peau »** : il est recommandé que les nouveau-nés sans complications soient gardés en contact peau-à-peau avec leur mère pendant la première heure après la naissance⁸².

Ce contact a un effet particulièrement bénéfique pour lutter contre l'hypothermie et améliorer l'allaitement maternel et le lien mère-enfant. Afin de faciliter la mise en œuvre de cette intervention, qui pourrait être considérée comme « naturelle », il est donc recommandé de mettre en place des politiques favorables au « peau à peau » dans les hôpitaux et les maternités ;

➔ **la supplémentation en vitamine**

K1 : Selon les recommandations de l'OMS tous les nouveau-nés devraient recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire après la naissance⁸³ en prophylaxie de la maladie hémorragique du nouveau-né.

g) Le nouveau-né prématuré et/ou de faible poids

La prématurité

La prématurité est séparée en trois groupes :

- ➔ **très grande prématurité : de 24 SA à 28 SA ;**
- ➔ **grande prématurité : de 28 à 32 SA ;**
- ➔ **prématurité moyenne : de 32 à 37 SA.**

Chaque année environ 15 millions d'enfants naissent prématurés. **Le taux de naissances prématurées varie selon les pays entre 5 et 18% des nouveau-nés.**

Les causes de la prématurité peuvent être : les accouchements prématurés spontanés, les grossesses multiples, les infections, les maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète), les déclenchements ou césariennes

précoces pour causes médicales. A l'origine de près d'un million de décès par an en 2015, **les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans**. Trois quarts pourraient être évités grâce à des interventions courantes. En effet, dans les pays en développement, jusqu'à 85 % des décès néonataux peuvent être attribués à la prématurité. Cette dernière est également une cause importante d'incapacité et de handicap. Dans les pays en développement, les estimations du taux de mortalité des prématurés sont plus élevées pour des raisons différentes. La survie des prématurés, en particulier des grands prématurés, est moins bonne en raison de l'absence de services de soins spécialisés nécessaires à leur traitement et nécessitant du matériel spécialisé coûteux et des ressources humaines qualifiées.

Quant aux prématurés qui survivent, ceux-ci présentent un risque accru de morbidité (troubles respiratoires, sensoriels, cognitifs et/ou psychomoteurs).

Le retard de croissance

Les nouveau-nés de faible poids (inférieur à 2 500 gr) ne sont pas tous prématurés. Le faible poids peut être secondaire à un retard de croissance in utero qui peut être lié à des problèmes de santé maternels (tels que la malnutrition chronique, les troubles hypertensifs, la consommation de tabac ou d'alcool, les pathologies placentaires, etc.).

79. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2018

80. OMS, *Nouveau-nés : réduire la mortalité, Principaux faits*, 2018

81. OMS, Fnuap, Unicef, Banque mondiale, *Prise en charge des problèmes du nouveau-né, Manuel de la sage-femme, de l'infirmier et du médecin*, OMS, 2007.

82. OMS, *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, 2018

83. OMS, *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*, 2018

La prise en charge

30 % des décès néonataux sont liés à la prématurité ou à un faible poids de naissance. Les premiers jours et les premières semaines présentent de nombreux risques pour les nouveau-nés d'un poids insuffisant. **Ces enfants demandent donc des soins supplémentaires pour améliorer leurs chances de survie.**

Pour ces enfants, il faudra :

- ➔ [encourager l'allaitement maternel exclusif](#) et pour les nouveau-nés ne pouvant pas téter, favoriser l'alimentation à la tasse avec le lait maternel ;
- ➔ [veiller à ce que le nouveau-né soit maintenu au chaud](#) (soins Kangourou) ;
- ➔ [être particulièrement vigilant aux signes de complications pour pouvoir les traiter précocement et transférer l'enfant](#) vers une unité de néonatalogie si besoin (notamment en cas de troubles respiratoires).

La méthode Kangourou

La méthode « mère kangourou » consiste à porter un nouveau-né sur le ventre en contact peau contre peau de la mère, du père ou d'une autre personne de l'entourage lorsque la mère n'est pas disponible. Elle est un **moyen efficace et facile à appliquer pour répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité du nouveau-né**, indépendamment du milieu, du poids, de l'âge gestationnel et des conditions

cliniques. Cette méthode peu coûteuse doit être initiée dans une structure de santé avec un encadrement médical et du personnel formé, puis elle peut être poursuivie à domicile par la mère. Une revue des différentes études faites sur la méthode Kangourou⁸⁴ a prouvé qu'elle permet de diminuer la mortalité et la morbidité des nouveau-nés prématurés ou de faible poids. En effet, en comparaison de soins néonataux classiques (demandant d'importantes dépenses en termes de matériel, d'entretien et de personnel formé à la néonatalogie), **la méthode Kangourou diminue aussi le nombre d'infections, d'infections nosocomiales, d'hypothermies, d'infections respiratoires basses et la longueur d'hospitalisation.** Plus de 75 % des décès d'enfants prématurés peuvent être évités sans recourir à des soins intensifs. La méthode Kangourou est alors tout à fait adaptée ; celle-ci pourrait sauver 450 000 nouveau-nés par an. La méthode s'accompagne d'un soutien important à l'allaitement maternel qui pourra comprendre l'utilisation d'un tire-lait, l'allaitement du nouveau-né à la tasse ou avec d'autres ustensiles et des techniques complémentaires. **Un suivi rapproché à domicile doit être mis en place à la sortie du nouveau-né.**

h) L'allaitement maternel exclusif⁸⁵

L'allaitement maternel exclusif est un allaitement initié précocement à la

naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant sans introduction d'autres aliments ou liquides.

En 2017, seulement 40 % des nouveau-nés dans le monde étaient allaités exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois suivant leur naissance.

L'initiation dite précoce de l'allaitement maternel doit être réalisée dans la première heure suivant la naissance, cela permet une meilleure mise en route de l'allaitement et stimule la contraction de l'utérus de la mère, diminuant ainsi le risque d'hémorragie du post-partum. Il est particulièrement adapté aux besoins du nouveau-né. **La sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif durant la période prénatale, ainsi que le « peau à peau » et le soutien à la mère ont un impact important sur cette pratique.** Cela permet de renforcer le lien mère-enfant.

Dans les milieux défavorisés, marqués par de mauvaises conditions d'hygiène et le manque d'eau potable, **l'allaitement maternel permet de diminuer la mortalité infantile. Il protège en effet le nouveau-né contre les pathologies infectieuses, spécialement les infections gastro-intestinales, qui contribuent grandement à la morbidité et à la mortalité infantiles dans les pays en développement.** L'allaitement maternel renforce les défenses immunitaires et permet de réduire les risques d'allergie. Il convient également de souligner que, chaque année, la

malnutrition est impliquée dans près de 45 % des 6,3 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement. Une augmentation des taux d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale pourrait contribuer à réduire ces décès. C'est aussi un mode d'allaitement économique qui évite l'achat de lait et du matériel nécessaire pour un allaitement artificiel.

i) Post-partum immédiat

Le post-partum immédiat est défini par les 2 premières heures qui suivent immédiatement la naissance du bébé et la délivrance du placenta ; et une période à risque pour la mère et l'enfant allant jusqu'aux premières 24h. Les personnels soignants doivent être particulièrement attentifs à la surveillance et à la prise en charge des femmes pendant cette période. **En effet, 50 % des décès maternels et 40 % des décès néonataux⁸⁶ se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement.**

La cause la plus importante de mortalité maternelle reste l'hémorragie du post-partum et se produit majoritairement dans les premières 24 heures. La proportion d'accouchements donnant lieu à une hémorragie primaire du post-partum (<24 heures après l'accouchement) est de 10 %, selon les données internationales. Une hémorragie du post-partum peut conduire à un décès maternel rapide (dans les 2 heures).

84. Conde-Agudelo A. et al., *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants* (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.

85. Sguassero Y., *Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif*, Commentaire de la BSG (dernière révision : 15 août 2012). Bibliothèque de Santé Génomique de l'OMS, Genève.

86. WHO, *Technical consultation on postpartum and postnatal care*, 2010.

Ces décès maternels sont pourtant évitables lorsque la présence de personnel qualifié à l'accouchement est assurée, et que des mesures de prévention ainsi qu'une surveillance accrue dans les heures qui suivent l'accouchement et un traitement adapté en cas d'hémorragie sont mis en place.

Pourtant, dans bon nombre de pays, les femmes quittent très rapidement la structure sanitaire dans laquelle elles ont accouché. Quant à celles qui ont accouché à domicile, elles accèdent très peu à un suivi du post-partum dans les toutes premières heures. **Malgré l'importance de la morbidité pendant le post-partum, l'utilisation des soins au cours de cette période est extrêmement faible dans les pays en développement** et représente généralement moins de la moitié de la couverture des soins prénataux ou obstétricaux.

Il est essentiel que les femmes puissent avoir **accès à du personnel qualifié capable de prendre en charge les complications obstétricales et du post-partum immédiat**. Il faut également encourager les femmes à **rester sous surveillance médicale pendant au minimum 2 heures et si possible pendant les 24 premières heures** après l'accouchement lorsque celles-ci ont accouché dans une structure de soins. En cas d'accouchement à domicile, elles doivent solliciter rapidement un personnel médical qualifié et se présenter dans un centre de santé (SONUB) avec leur nouveau-né pour des soins essentiels aux deux. En cas de complication, un transfert vers un

SONUC peut s'avérer nécessaire.

Au cours du post-partum immédiat on pourra également proposer la pose d'un dispositif intra-utérin dans les 10 minutes suivant la délivrance du placenta ou dans les 48 heures suivant la naissance.

j) Les services amis des bébés

Depuis de nombreuses années l'OMS et l'UNICEF ont mis en place l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » afin d'encourager les structures de soins du monde à **adopter des bonnes pratiques avec les parents et les nouveau-nés** et mettre en place certaines conditions pour favoriser le succès de l'allaitement maternel :

- ➔ [disposer d'une politique écrite sur l'allaitement maternel](#) et mettre en œuvre des formations sur cette politique
- ➔ [fournir aux femmes enceintes des informations complètes sur les avantages de l'allaitement maternel](#) et concernant la conservation du lait maternel
- ➔ [soutenir l'initiation précoce de l'allaitement maternel](#)
- ➔ [ne pas donner aux nouveau-nés d'autre alimentation](#) que l'allaitement maternel sauf pour des raisons médicales ou si la mère ne souhaite pas allaiter
- ➔ [éviter de séparer la mère et l'enfant](#) surtout dans les 24 premières heures
- ➔ [faciliter la création de groupes de soutien](#) consacrés à l'allaitement maternel...

En 2017, force était de constater que

la couverture du dispositif restait limitée : 35% en Europe, moins de 5% en Afrique et en Asie du Sud-Est⁸⁷.

Au-delà de cette initiative, il est pourtant important de réfléchir à la mise en place de mesures simples pour soutenir l'allaitement maternel mais aussi pour faciliter et accompagner la mise en place du lien mère-enfant. L'organisation Action contre la Faim a développé un ensemble de recommandations pour la mise en place d'espaces amis des bébés⁸⁸ très utiles dans les contextes de crise. Il s'agit de diminuer les taux de malnutrition et de soutenir l'allaitement maternel mais aussi d'améliorer le bien-être des mères et de leurs nouveau-nés, de renforcer le lien parent-enfant, d'aider les familles à faciliter le développement de leur enfant et de trouver des solutions appropriées et durables pour les enfants pour lesquels l'allaitement maternel n'est pas une option. Au-delà des activités d'éducation pour la santé, il s'agit de pouvoir mettre en place au sein de ces espaces des activités de support psychosocial (groupe de discussion, atelier de relaxation, etc.) afin de renforcer l'autonomie des parents et leur confiance en eux. Ces activités peuvent être particulièrement intéressantes à mettre en place à destination de populations isolées et vulnérables notamment à destination des jeunes et adolescentes ou des migrantes.

87. OMS, *Mise en œuvre de l'initiative hôpitaux amis des bébés dans les pays en 2017, 2017*

88. ACF, *Baby Friendly Spaces : holistic approach for pregnant, lactating women and their very young children in emergency, 2014*

89. OMS, *Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse, 2004.*

k) Surveillance des décès maternels et réponses

Le taux et le ratio de mortalité maternelle sont difficiles à obtenir et souvent inexacts. Ils sont souvent sous-évalués, notamment parce que les décès dans les communautés ne sont pas rapportés.

La surveillance des décès maternels et la mise en place de réponses adaptées comportent plusieurs étapes : **l'identification des décès** maternels, puis **le rapport et l'examen des cas**, enfin, une réponse incluant des actions pour **prévenir de futurs décès** maternels.

Les méthodes d'analyse des décès maternels présentent différents intérêts comme l'amélioration du système national d'information de santé (SNIS) en prenant en compte tous les décès maternels (développement des registres d'état civil), la prise en compte des leçons à tirer d'un décès maternel par les professionnel.le.s ainsi que par la communauté.

L'examen et l'audit des décès maternels⁸⁹ devraient être considérés comme un processus dynamique, menant à une amélioration constante de la qualité. Mais ce type de démarche nécessite absolument de dégager des recommandations et donc des changements tant au niveau des services de santé qu'au niveau de la communauté.

Ils doivent donc être réalisés avec la participation des personnels des structures sanitaires, des équipes cadres et des membres de la communauté de façon à responsabiliser chacun d'eux dans les recommandations qui découleront de ces audits.

Les différentes méthodes existantes sont :

- ➔ **l'autopsie verbale** ou les études sur les décès maternels dans la communauté : elles permettent de mettre à jour les facteurs personnels, familiaux et communautaires susceptibles d'avoir contribué à un décès maternel hors d'un établissement médical ;
- ➔ **l'étude des décès maternels dans les établissements de soins** : méthode de recherche qualitative des causes et circonstances entourant les décès maternels survenus dans un établissement de soins. On essaiera dans la mesure du possible d'identifier les facteurs dans la communauté et lors de la référence vers la structure de santé ayant aussi contribué au décès ;
- ➔ **l'enquête confidentielle sur les décès maternels** : méthode de recherche systématique, pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon représentatif des décès maternels survenus au niveau local, régional ou national afin de recenser le nombre, les causes et les facteurs évitables pour y remédier. Il est important de favoriser la participation à l'enquête des acteurs pouvant influencer sur les changements du système de soins de

santé, car cela facilitera par la suite l'utilisation des conclusions dans l'élaboration de programmes de santé maternelle nationaux ou régionaux ;

- ➔ **l'enquête sur la morbidité grave ou les « échappées belles »** : identification et investigation des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales engageant leur pronostic vital. Les cas de morbidité maternelle grave ou « échappées belles » sont plus nombreux que les décès maternels et leur étude devrait permettre de tirer des conclusions plus fiables concernant les facteurs de risque et les facteurs remédiables ou évitables, notamment parce que la femme peut raconter son histoire et décrire les soins qu'elle a reçus. De plus, l'étude des femmes ayant eu des complications engageant le pronostic vital mais qui ont eu la vie sauve peut être moins compromettante pour les prestataires de soins de santé que l'étude des décès ;
- ➔ **l'audit clinique** : processus qui vise à améliorer la qualité des soins et leurs résultats par une revue systématique des soins prodigués par rapport à des critères précis et en procédant à des changements.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets. S'il ne s'agit pas de mettre en place

toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins obstétricaux soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁹⁰ » de MdM.*

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins obstétricaux et néonataux immédiats

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations internationales sont nécessaires et devraient **détailler les composantes essentielles minimales des soins obstétricaux**. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les femmes ont accès à des soins

- obstétricaux d'urgence SONUB/ SONUC adaptés aux normes internationales de manière continue (24 heures/24, 7j/7) ;
- ➔ des protocoles nationaux de services et de soins obstétricaux d'urgence sont harmonisés, mis en place et diffusés ;
- ➔ des protocoles nationaux pour la prise en charge des nouveau-nés sont harmonisés et diffusés, et permettent d'améliorer le lien entre les différents services les prenant en charge ;
- ➔ la collecte d'informations sur la période du post-partum est améliorée via les registres d'état civil et permet l'analyse des actions en santé reproductive ;
- ➔ les curriculums des sages-femmes et médecins sont renforcés concernant la prise en charge des urgences obstétricales ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ le gouvernement appuie la mise en place de l'initiative « hôpitaux amis des bébés ».

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins

(axe création de milieux favorables)

Les soins obstétricaux devraient être accessibles à toutes les femmes quels que soient leurs situations socio-économiques ou leur lieu d'habitation. La politique nationale ainsi que des directives adaptées localement devraient permettre l'accès à des soins de qualité pour toutes.

90. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel avec une approche genre est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux SONU ainsi que les inégalités et les discriminations pouvant impacter le plein exercice de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ le statut des femmes au sein des communautés est amélioré en faveur d'une meilleure égalité d'accès et d'exercice des droits en matière de SSR ;
- ➔ Les femmes ont acquis des compétences pour reconnaître, exprimer et répondre à leurs besoins en matière de SSR, pour elles-mêmes et dans le cadre de leurs couples. Elles peuvent se préparer et mettre en œuvre un plan d'accouchement et une préparation à l'urgence. Les hommes ont acquis des compétences pour se coresponsabiliser de façon égalitaire et respectueuse, vis-à-vis de la santé au sein du couple. Ils sont notamment impliqués dans la préparation et la mise en œuvre d'un plan d'accouchement et de la préparation à l'urgence ;
- ➔ les barrières financières à l'accès aux services obstétricaux et les soins des nouveau-nés sont levées ;
- ➔ les barrières géographiques à l'accès aux soins sont réduites via la mise en place d'un service de référencement efficace ;
- ➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée (ex. : soins du post-partum).

c) Renforcer la qualité des soins obstétricaux et néonataux

(axe réorientation des services de santé)

Des critères sont clairement définis pour des soins obstétricaux et néonataux de qualité. Il convient de s'enquérir du niveau de qualité des services et d'appuyer les composantes nécessitant une amélioration.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- ➔ les structures de santé offrent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence culturellement adaptés aux femmes, à leurs familles et à leur communauté ;
- ➔ des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales, reprenant les standards internationaux (y compris le partogramme) sont mis en place et diffusés dans les structures de santé ;
- ➔ le système de référence entre la communauté et les services de santé et entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- ➔ les personnels de santé sont formés aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence à travers une formation initiale adaptée et une formation continue ;
- ➔ la méthode Kangourou est utilisée et promue dans les établissements de santé ;
- ➔ les capacités des équipes cadres sont renforcées pour la supervision des acteurs de santé ;

- ➔ la surveillance des décès maternels et « échappées belles » est mise en place via des audits et enquêtes accompagnés de réponses adaptées ;
- ➔ la prise en charge des soins essentiels pour le nouveau-né et la prise en charge des complications néonatales est intégrée dans tous les services offrant des soins obstétricaux d'urgence ;
- ➔ des espaces « amis des bébés » sont mis en place au sein des services existants.

d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé pour les femmes enceintes, leurs partenaires, familles et communautés

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins obstétricaux et contribue à diminuer la mortalité maternelle et infantile. En effet, le renforcement des compétences des femmes leur permet d'avoir plus d'autonomie et la capacité de changer leurs pratiques. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes à des soins obstétricaux.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les individus ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt d'un accouchement avec du personnel qualifié, les signes d'alerte pendant la grossesse ou l'accouchement et les lieux ressources ;
- ➔ un plan d'accouchement et d'urgence est réalisé par chaque femme enceinte et son partenaire (si elle le souhaite) avec l'appui des personnels de santé et des agents de santé communautaire ;
- ➔ l'allaitement maternel exclusif est promu au sein de la communauté.
- ➔ Les hommes et l'ensemble de la communauté sont sensibilisés à l'importance d'accoucher dans une structure de santé avec du personnel qualifié.

e) Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge des femmes enceintes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales

(axe renforcement de l'action communautaire)

Pour être efficaces, **les interventions de maternité sans risque doivent être mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé du pays.** Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un **engagement conjugué de la communauté et du gouvernement.** Il est donc essentiel d'impliquer la communauté afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

Les résultats suivants peuvent alors être

poursuivis :

- ➔ les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseur.euse.s traditionnel.le.s...) appuient les messages d'éducation pour la santé concernant l'importance des soins obstétricaux et de l'accouchement avec du personnel qualifié ;
- ➔ des agents de santé communautaire (ou éducateurs pairs) sont formés et réalisent des séances d'éducation pour la santé au sein des communautés afin de favoriser les référencement des femmes sur le point ou ayant accouché vers les structures de santé ;
- ➔ un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales ; les accoucheuses traditionnelles sont incluses dans le système de référencement de la communauté vers le système de santé (rappel des

signes de danger, distribution de kits d'accouchement hygiéniques) ;

- ➔ les associations de femmes sont soutenues dans leurs actions communautaires de promotion de l'allaitement maternel exclusif.

« Le Pakistan est l'un des pays au monde avec les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés. MdM intervient dans les districts de Hangu et de Tank au KPK. Dans ces zones, les taux d'accouchements à domicile avec du personnel non formé sont extrêmement élevés, conduisant à de nombreux décès. Dans le passé, il n'y avait pas de services de SOUB ouverts 24h/24 et l'hôpital proposant des SONUC était à une distance de 100km. Afin de promouvoir l'accouchement au sein des structures de santé, MdM a accompagné la mise à niveau de 4 centres de santé pour qu'ils puissent proposer des SONUB 24h/24 et 7j/7. Nous avons également renforcé plusieurs centres de santé ruraux et appuyé la mise en place d'un système de référencement par ambulance pour les urgences obstétricales. Enfin, des activités d'éducation pour la santé ont été menées au niveau communautaire afin de sensibiliser le plus grand nombre à l'importance d'accoucher dans une structure de santé, aux signes de danger, à la question de la planification familiale, etc. Entre novembre 2017 et juin 2019, plus de 9 000 consultations prénatales et 2000 accouchements ont été conduits dans les structures soutenues par MdM. Une excellente acceptation communautaire a permis l'atteinte de ces résultats ».

Asma Hasnat, superviseuse en santé reproductive, Pakistan

V. SOINS DU POST-PARTUM

1. DÉFINITION

Les soins du post-partum sont les soins donnés à la mère à l'issue de la délivrance et jusqu'à 42 jours après l'accouchement (6 semaines). Même si le retour à l'état physiologique en dehors de la grossesse (y compris le retour de couche) peut prendre plus de temps, un consensus termine cette période à 42 jours. Il est bon cependant de noter que dans certains systèmes de santé et certains contextes une visite post-partum à 6 mois est aussi retenue.

La **période du post-partum** est divisée en trois parties :

- ➔ le **post-partum immédiat** pendant les 24 premières heures de vie du nouveau-né ;
- ➔ le **post-partum précoce** allant du 2^e au 7^e jour après la naissance ;
- ➔ le **post-partum tardif** couvrant une période du 8^e au 42^e jour après la naissance soit 6 semaines.

Les soins postnatals englobent les soins donnés à la mère et à son nouveau-né ; il est essentiel que la prise en charge de l'enfant et celle

de la mère soient faites de façon concomitante.

Les soins postnatals dispensés à la mère et à l'enfant réduisent le risque de complications et aident les mères et les pères à donner à l'enfant un bon départ dans la vie.

L'état de santé de la mère devrait être vérifié régulièrement dans les 24 heures suivant la naissance ainsi que pendant la première semaine, période présentant le plus de risques pour la mère, puis de nouveau six semaines après l'accouchement pour permettre notamment l'accès à la planification familiale. La prise en charge pendant le post-partum immédiat est majoritairement traitée dans le *chapitre 4. IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats*.

L'OMS recommande que toutes les femmes et tous les nouveau-nés bénéficient de quatre examens postnatals au cours des six premières semaines qui suivent l'accouchement⁹¹. Les recommandations antérieures à 2013 ne conseillaient que deux examens postnatals dans les 3 jours suivant la naissance.

91. WHO, *Postnatal care of mother and newborn*, 2013

Les nouvelles recommandations préconisent :

- ➔ examens complets de la mère et du nouveau-né dans les 24h suivant l'accouchement ;
- ➔ visite de suivi à J3 après l'accouchement ;
- ➔ visite de suivi entre J7 et J14 ;
- ➔ dernière visite de suivi 6 semaines après l'accouchement.

Selon le contexte, ces visites peuvent avoir lieu à domicile par l'intermédiaire de sages-femmes, d'autres professionnels de santé qualifiés ou d'agents de santé communautaires formés et encadrés selon les recommandations nationales du pays.

Concernant les nouveau-nés, les interventions essentielles dans la période néonatale ont le potentiel de réduire de plus de 50 % les décès néonataux. De plus, elles peuvent améliorer considérablement la qualité de vie après la période néonatale.

Le suivi du nouveau-né devrait être réalisé^{92 93 94} :

- ➔ durant les 24 heures suivant la naissance : un examen néonatal dans les 6h suivant la naissance puis 24 heures de surveillance au niveau de la structure de santé par du personnel qualifié (un examen complet sera réalisé avant la sortie de l'enfant avec sa mère) ou visite à domicile ou dans une structure de santé par un personnel qualifié ;
- ➔ puis par 3 visites en même temps que les visites postnatales de la mère (à J3, entre J7 et J14 et à la 6^{ème} semaine) ;

92. WHO, *Postnatal care of mother and newborn*, 2013

93. OMS, *Premiers soins essentiels au nouveau-né : guide de poche de pratique clinique*, 2017

94. OMS, UNICEF, Save the Children, *La santé du nouveau-né en situation de crise humanitaire*, 2018

➔ pour la mère, la période qui définit traditionnellement le post-partum se termine 6 semaines après la naissance. Les soins du nouveau-né doivent être réalisés simultanément à ceux de la mère. Dans certains cas (PTPE par exemple), le suivi doit continuer pendant l'allaitement maternel et peut alors être calqué sur le calendrier vaccinal et se faire de manière combinée.

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- prévenir les complications maternelles ;
- prévenir les complications néonatales et les pathologies infantiles ;
- détecter et prendre en charge des complications du post-partum ;
- donner accès à une méthode de contraception si la femme le souhaite à travers une information adaptée et une mise à disposition des méthodes de contraception ;
- promouvoir des pratiques favorables à la santé de la mère et de l'enfant ;
- favoriser une expérience positive de la maternité et accompagner si nécessaire la mise en place du lien mère-enfant (renforcer la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des mères).

b) Interventions clés

1. Pour la mère

1.1 Mise en place d'un examen de la mère et du nouveau-né dans les 24h suivant l'accouchement et organisation de 3 visites de suivi à domicile ou dans une structure de santé.

1.2 Surveillance de l'état de santé et du bien-être de la mère.

1.3 Dépistage et prise en charge des complications du post-partum (anémie, infections, éclampsie, hémorragies, troubles thromboemboliques, dépression du post-partum...) et référence précoce vers une structure de santé adaptée quand des soins additionnels sont nécessaires.

1.4 Informations et conseils relatifs à l'intérêt des soins postnataux, à la nutrition, à l'alimentation du nouveau-né, à l'hygiène, au repos pendant la période postnatale, aux signes de danger pour la mère et le nouveau-né pendant la période postnatale, à la contraception, à la prévention des IST et du VIH, aux addictions (tabac, alcool, drogues) et à la promotion d'un mode de vie sain. Ces informations seront destinées aux mères mais aussi dans la mesure du possible à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés.

1.5 Promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel exclusif de préférence et accompagnement en cas d'allaitement artificiel.

1.6 Informations relatives au nettoyage

et aux soins du cordon par séchage naturel et selon les contextes et les recommandations nationales, promotion de l'utilisation de la Chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical du nouveau-né à domicile (en remplacement de l'application de substances traditionnelles dangereuses).

1.7 Prévention et prise en charge de l'anémie par l'administration de fer et d'acide folique pendant 3 mois.

1.8 Prévention des infections périnéales et des complications via l'administration d'antibiotiques chez la femme présentant une déchirure périnéale du 3^{ème} ou du 4^{ème} degré.

1.9 Vaccination antitétanique (suivi pour assurer un schéma complet de vaccination).

1.10 Dépistage et traitement des IST pour les mères et leurs partenaires.

1.11 Dépistage du CCU et prise en charge des lésions précancéreuses selon disponibilité des services et protocoles nationaux (à partir de plus de 6 semaines post-partum).

1.12 Attention aux victimes de violences liées au genre (voir chapitre 5. II. VLG) :

- ➔ prévention et détection des violences liées au genre ;
- ➔ prise en charge (médicale, psychologique, juridique) ou orientation des victimes de violences liées au genre ;
- ➔ prévention et prise en charge des mutilations génitales féminines (voir

chapitre 5. III. Prise en charge et prévention des pratiques traditionnelles néfastes).

1.13 Conseil sur la contraception et mise à disposition de méthodes adaptées.

1.14 Détection précoce des fistules pour référence ou prise en charge (voir chapitre 5. V. Fistules obstétricales).

1.15 Enregistrement des naissances, des décès et des informations médicales dans les registres et carnets de santé :

- ➔ surveillance et réponse aux décès maternels et « échappées belles » (voir chapitre 4. IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats) : réalisation d'audits de décès maternels et des « échappées belles » ;
- ➔ rapport de tous les décès maternels et appui à l'enregistrement dans les registres d'état civil ;
- ➔ application des recommandations en fonction de l'analyse des résultats des audits.

1.16 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (voir chapitre 5. V. PTPE) :

- ➔ conseil et dépistage de l'infection à VIH sur une base volontaire des femmes de sérologie inconnue et de leurs partenaires ;
- ➔ référence ou prise en charge pour prophylaxie ou traitement antirétroviral de la mère et du nouveau-né (initiation ou suivi) adapté pendant la période postnatale ;
- ➔ référence ou soins pour les mères infectées par le VIH (ce qui inclut les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au

traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant).

1.17 Promouvoir une alimentation riche en vitamine A pour les femmes allaitantes.

1.18 Prévention et prise en charge des cas de paludisme :

- ➔ encouragement à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la mère et l'enfant ;
- ➔ diagnostic et traitement précoce des cas de paludisme.

1.19 Soutien psychosocial spécifique pour les femmes à haut risque de développer une dépression du post-partum (antécédents de dépression, situation de VLG, GND, isolement, etc.).

2. Pour l'enfant

2.1 Vaccinations anti-hépatite B, BCG et vaccination contre la poliomyélite (PV-O) pour les nouveau-nés âgés de moins d'une semaine, informations sur le calendrier vaccinal national.

2.2 Prévention et prise en charge des cas de syphilis congénitale :

- ➔ prophylaxie néonatale en cas de syphilis maternelle diagnostiquée, traitée ou non traitée ;
- ➔ traitement ou référence des nouveau-nés symptomatiques ;
- ➔ traitement de la mère et de son partenaire si infectés et non traités.

2.3 Informations relatives au nettoyage et aux soins du cordon par séchage naturel et selon les contextes et les recommandations nationales, promotion de l'utilisation de la

Chlorhexidine pour les soins du cordon ombilical du nouveau-né à domicile (en remplacement de l'application de substances traditionnelles dangereuses).

2.4 Organisation de 3 visites de suivi (à J3, entre J7 et J14 et à la 6^{ème} semaine).

2.5 Informations et conseils relatifs à l'allaitement maternel exclusif, à la nutrition, à la protection thermique, aux soins du nouveau-né, à l'hygiène, à l'intérêt des soins postnataux et du suivi de l'enfant, à la vaccination, aux signes de danger du nouveau-né et nécessitant la recherche de soins, à un mode de vie sain, à l'enregistrement des naissances à l'état civil. Ces informations seront destinées aux mères mais aussi, dans la mesure du possible, à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés. Elles doivent être transmises de façon culturellement adaptée et dans une langue comprise par les bénéficiaires.

2.6 Enregistrement des naissances et des décès à l'état civil, et des informations médicales dans les registres et carnets de santé.

2.7 Prévention du paludisme dans les zones endémiques : conseil sur la prévention du paludisme et distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

2.8 Soutien psychosocial par un.e professionnel.le en cas de difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant (situation d'isolement, dépression, etc.).

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

La sous-utilisation des services

Lorsque l'accouchement a lieu en présence d'un soignant professionnel, que ce soit au domicile ou dans un établissement de soins, les femmes sont généralement supposées avoir un suivi dans les 24 heures puis au 7^e jour et enfin se rendre dans un centre de soins en vue d'un contrôle 6 semaines après l'accouchement. Ce suivi n'est pas systématiquement réalisé.

Là où la majorité des accouchements ont lieu à domicile, il est possible qu'il n'y ait pas d'offre de soins pendant les suites de couches ou encore que les femmes ignorent l'existence de tels services. Pauvreté et contraintes culturelles concourent parfois à établir autour d'elles une « barrière sociale » à l'accès aux soins du post-partum.

Si la nécessité des soins immédiatement après l'accouchement est largement admise, les soins ultérieurs sont souvent complètement oubliés ou négligés au cours de cette période.

Au niveau international, il existe peu de données récentes sur les consultations postnatales. Selon des données de 2013, au niveau mondial, moins de la moitié des femmes et des nouveau-nés bénéficiaient d'une visite postnatale dans les 3 jours suivant la naissance⁹⁵.

Selon les observations, les femmes

95. Lawn JE et al. 2014. Every Newborn: Progress, Priorities, and Potential Beyond Survival. Lancet 384:189-205.

sont plus susceptibles de revenir pour une consultation postnatale si elles accouchent assistées d'un personnel qualifié ; l'augmentation des accouchements avec du personnel qualifié devrait donc avoir un impact sur les soins du post-partum. Par ailleurs, ces données ne sont pas révélatrices de la qualité des soins du post-partum.

L'intérêt des soins du post-partum

La période du post-partum est responsable d'environ deux tiers de la mortalité maternelle qui a lieu essentiellement au cours du post-partum immédiat (premières 24 heures suivant l'accouchement)⁹⁶.

L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle (24 % des complications), elle survient principalement durant le post-partum immédiat mais peut aussi survenir dans les jours suivants (hémorragie secondaire). L'infection et la septicémie (15 % des complications) sont la deuxième cause de décès maternel durant le post-partum, elles sont des causes de mortalité évitables si prévenues pendant l'accouchement et/ou prises en charge à temps et de façon appropriée dans la période postnatale.

S'agissant des décès néonataux, 25 à 45% de ceux-ci se produisent pendant les premières 24h de vie, et autour de 75% des décès se produisent pendant la première semaine⁹⁷. Il est donc essentiel de mettre en place des soins et un suivi néonatal au cours de cette période.

b) Complications médicales et référence

Les complications majeures de la période du post-partum (hémorragies du post-partum, infection, septicémie, éclampsie) doivent être prévenues et/ou prises en charge par du personnel qualifié. Un transfert peut être nécessaire vers un SONUB ou un SONUC dans un délai bref. Il est donc essentiel que les femmes aient un accouchement assisté et un bon suivi postnatal de façon à détecter précocement les éventuelles complications.

Les trois délais/retards de prise en charge des femmes existent également dans la période postnatale :

- ➔ **retard dans la prise de décision du recours aux soins et à l'identification du recours possible** : les représentations et les croyances parfois en opposition avec les impératifs médico-sanitaires, ainsi que l'absence de notion de risque et le fait que les parcours de soins passent prioritairement par les guérisseur.euse.s traditionnel.le.s peuvent conduire à un délai au niveau de la prise de décision de recourir aux soins ;
- ➔ **retard d'accès à une structure sanitaire** : les barrières géographiques, le coût et la difficulté de trouver un moyen de transport peuvent entraîner un délai dans le transport pour parvenir à une structure de santé ;
- ➔ **retard pour une prise en charge adaptée au niveau de la structure de santé** : le manque de personnel qualifié,

la méconnaissance des risques liés au post-partum, l'absence de matériel ou de médicaments essentiels dans les structures peuvent induire un délai dans le traitement des femmes.

Il est donc essentiel que les femmes, leurs familles, la communauté et les personnels de santé aient **conscience des risques encourus pendant cette période** afin qu'une réponse adaptée puisse être apportée en cas d'urgence tant au niveau communautaire que dans les structures sanitaires. Un travail doit être réalisé autour des déterminants socioculturels de façon à réduire les barrières à l'accès aux soins. Un **système de référence de la communauté** vers les structures de santé et entre les différents niveaux de structures de santé doit prendre en charge les urgences obstétricales dans leur globalité, incluant les complications du post-partum. Une attention particulière doit être également portée aux **barrières financières et géographiques** de l'accès aux soins.

c) Éducation pour la santé

Les soins postnataux assurent la **continuité entre les services de santé maternelle et infantile** et soutiennent des comportements sains qui ont été introduits lors des consultations prénatales, pendant le travail et l'accouchement. En effet, des informations doivent être données et répétées à la mère et à son entourage, à différents moments du continuum

de soins, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées pour elle-même ainsi que son nouveau-né et trouver du soutien auprès de sa famille et de sa communauté.

Les soins du post-partum ont pour objectif, via l'éducation pour la santé, d'encourager les mères et leurs familles à adopter des pratiques sanitaires recommandées (allaitement maternel exclusif, nutrition, espacement des naissances...).

La notion de l'urgence en cas de signes de dangers pendant le post-partum sera une partie importante de l'éducation pour la santé puisque souvent négligée et méconnue.

Une enquête réalisée dans différents pays en voie de développement a montré que les connaissances des risques pendant le post-partum étaient nettement inférieures à celles des risques au cours de la grossesse et de l'accouchement. Lorsqu'un signe de danger pendant le post-partum est cité, il s'agit dans 70 % de cas de saignements⁹⁸.

Les attitudes et pratiques en cas de complications au moment du post-partum doivent être discutées et **incluses dans le plan d'accouchement et d'urgence** défini par la femme et son entourage pendant la grossesse. Cela permet d'assimiler la notion de risque pendant cette période, mais aussi de pouvoir y faire face en réduisant les délais de recherche de soins.

96. WHO, *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*, 2010.

97. OMS, *Nouveau-nés : réduire la mortalité, principaux repères*, 2018

98. Thaddeus S., Nangalia R., *Barriers to Treatment of Postpartum Haemorrhage: Literature Review: Low Awareness of Postpartum Danger Signs*, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004.

Concernant la santé des nouveau-nés, des recherches ont démontré la difficulté pour les familles de reconnaître les symptômes évocateurs de complications chez le nouveau-né, et cela particulièrement dans la première semaine de vie⁹⁹. Ce manque de connaissances a un impact sur les pratiques et induit un retard dans la recherche de soins et donc dans la délivrance de soins adéquats. Certaines pratiques traditionnelles - telles que le fait de donner un bain froid au bébé, des soins au cordon avec de la terre ou d'autres substances, de jeter le colostrum et de lui donner d'autres aliments que le lait maternel après la naissance - peuvent être néfastes à la santé et à la survie du nouveau-né. L'initiative « Saving Newborn lives »¹⁰⁰ a démontré que la communication pour un changement de comportement au travers de la mobilisation communautaire sur des pratiques saines telles que l'allaitement maternel exclusif, les soins adéquats du cordon, le « peau à peau » pour la régulation thermique du nouveau-né, pouvait réduire la mortalité néonatale de près de 50 %.

Il convient donc de **renforcer les capacités des mères et des familles à repérer les symptômes évocateurs de problèmes de santé et à consulter sans tarder**. Les bonnes pratiques telles que l'allaitement maternel exclusif, la protection thermique du nouveau-né, les conditions d'hygiène pour les soins du cordon et de la peau seront des messages essentiels à promouvoir au sein des communautés afin de faire

évoluer les comportements. Enfin, il est également nécessaire d'appuyer sur l'importance des soins postnataux pour le nouveau-né afin de réduire la morbidité et la mortalité néonatales.

d) Promotion de l'allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif doit être initié dès la naissance avec l'accord de la patiente. **Les personnels de santé ont un rôle crucial dans le conseil, la promotion, l'initiation et le soutien de l'allaitement maternel exclusif.**

Les consultations postnatales représentent un moment essentiel pour soutenir et encourager la femme dans cette pratique, notamment lorsqu'elle est peu répandue (voir chapitre 4. IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats).

e) Dépistage du CCU

Lorsque ces services sont disponibles, pour les femmes n'ayant pas réalisé un dépistage anténatal précoce, ou celles pour lesquelles le dépistage montrait des anomalies, **la consultation postnatale représente une opportunité précieuse pour le dépistage du CCU** (ou le contrôle de dépistage) et le traitement ultérieur des lésions précancéreuses potentielles. Ce dépistage peut être réalisé par le professionnel de santé effectuant la consultation postnatale si celui-ci a été formé (voir chapitre 5. I. Prévention du cancer du col de l'utérus).

f) L'accès à des méthodes de contraception efficaces

La santé de la femme et des enfants est menacée si les grossesses sont trop rapprochées (de moins de 2 ans) ou si elles sont trop nombreuses. **Promouvoir l'espacement des naissances permet à l'organisme de se remettre entièrement après une grossesse et un accouchement.** Les complications liées à la grossesse augmentent chez les grandes multipares. Dans les pays en développement, le risque de prématurité à la naissance double lorsque la conception se produit dans les 6 mois suivant la naissance précédente. Le risque de décès en bas âge augmente de 60 % chez les enfants nés moins de 2 ans après la naissance précédente¹⁰¹.

Les consultations du post-partum sont un des moments clés pour la **promotion de l'accès à la contraception** et son initiation. Il est donc essentiel que la contraception (si elle n'a pas encore été discutée en consultation prénatale ou que la patiente n'a pas encore fait son choix) soit abordée aussi durant ces consultations.

Certaines méthodes de contraception efficaces peuvent être proposées juste après la naissance (pose d'un dispositif intra-utérin dans les 10 minutes suivant la délivrance du placenta ou dans les 48 heures suivant la naissance, pose d'implant contraceptif avant le départ de la maternité), voire être anticipées (ligature des trompes dans le cas d'une césarienne programmée ou dans les 7

jours suivant l'accouchement, ou pose d'un DIU par voie abdominale en fin de césarienne).

La consultation postnatale de la 6^{ème} semaine après l'accouchement est également importante pour initier une contraception pour les femmes qui le souhaitent.

De nombreuses méthodes contraceptives existent et elles doivent être proposées et adaptées à chaque femme en fonction de sa santé, du mode d'alimentation de son enfant, de son souhait d'espacer ou d'arrêter les grossesses et de sa sexualité.

La double protection contre les IST/VIH et les grossesses par l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins doit toujours être expliquée et rendue accessible aux femmes. De plus, des informations sur la **contraception d'urgence** seront données afin que les femmes connaissent son existence et puissent en bénéficier si elles en ont besoin.

g) Le personnel compétent dans la prise en charge des nouveau-nés

Il existe parfois une fragmentation dans la prise en charge de la santé des nouveau-nés. Celle-ci peut s'effectuer à la fois par du personnel chargé des soins obstétricaux et du post-partum, mais aussi par du personnel chargé de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, notamment pour la vaccination. Pourtant, **les soins néonataux sont peu développés et nul**

99. OMS, Unicef, *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*, 2009.

100. Tinker A. et al., *Advancing newborn health: The Saving Newborn Lives initiative*, Global Public Health, 2009.

101. Cleland J. et al., *Contraception et santé*, The Lancet, Planification familiale, juillet 2012.

ne s'occupe réellement de leur suivi.

Tout d'abord, il semble nécessaire d'avoir du **personnel de santé qualifié pour l'accouchement capable de prendre en charge les soins immédiats du nouveau-né et de référer** en cas de complications. Il s'agit du premier maillon de la chaîne. De plus, il est depuis plusieurs années question d'inclure dans les formations de **prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME)** un module pour les nouveau-nés puisqu'actuellement la formation prend en charge seulement les nourrissons. Certains pays comme l'Inde, la Tanzanie et le Malawi ont déjà inclus le module néonatal¹⁰². Il est d'autre part essentiel de faire le lien entre les soins de la mère et ceux de l'enfant.

Pour les soins à domicile, si des agents de santé communautaires peuvent appuyer l'action du personnel qualifié notamment dans la promotion de comportements sains, ils ne doivent pas les remplacer.

La priorité sera donc de renforcer le nombre des personnels de santé ayant les capacités pour la prise en charge des nouveau-nés et de renforcer leurs compétences par de la formation continue.

h) Soins à domicile du nouveau-né¹⁰³

Une majorité des nouveau-nés nés à domicile ne reçoivent aucun soin postnatal. **Le peu d'accès des**

nouveau-nés aux soins postnataux, particulièrement lorsque la femme a accouché à domicile, pose la question des soins à domicile. Or les soins dans les 24 heures suivant la naissance réduisent significativement la mortalité néonatale. Cela conduit l'OMS et l'Unicef à encourager les soins à domicile permettant une plus large couverture des soins postnataux. L'OMS et l'Unicef incitent à l'appui du continuum de soins dans l'espace : dans la communauté/au domicile, dans les centres de soins de santé primaires et dans les structures de référence.

Le suivi du nouveau-né pour les mères ayant accouché à domicile et ne pouvant se rendre dans une structure de santé devrait **inclure trois visites à domicile** selon l'OMS et l'Unicef :

- ➔ dans les 24 heures suivant la naissance : surveillance à domicile par l'accoucheuse qualifiée qui a réalisé l'accouchement ou par un personnel qualifié lors d'une visite à domicile ;
- ➔ entre J7 et J14
- ➔ dans la 6^{ème} semaine suivant la naissance.

Selon le contexte, ces visites peuvent avoir lieu à domicile par l'intermédiaire de sages-femmes, d'autres professionnels de santé qualifiés ou d'agents de santé communautaires formés et encadrés selon les recommandations nationales du pays.

Une revue de différentes études a démontré que les activités à base

communautaire, réalisées par les personnes clés de la communauté, avaient un impact sur la réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales¹⁰⁴. Les actions des agents de santé communautaires et des groupes communautaires de promotion de la santé, en complémentarité avec les personnels de santé qualifiés, sont recommandées. Les thèmes ayant l'impact le plus fort sont la formation aux signes d'alerte et au référencement ainsi que l'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif. Il est important de sensibiliser les mères mais aussi les conjoints sur ces questions.

i) Vaccination

La vaccination permet de combattre et d'éliminer des maladies infectieuses potentiellement mortelles.

Il est établi que c'est **l'un des investissements les plus rentables dans le domaine de la santé**. La naissance et le suivi postnatal sont des moments essentiels pour l'initiation et la promotion de la vaccination. Les recommandations de l'OMS¹⁰⁵ sont présentées ici. Il est cependant conseillé de se référer également aux calendriers des programmes nationaux de vaccination quand ces derniers existent. Les vaccins peuvent généralement être coadministrés (plusieurs vaccins administrés à des sites d'injection différents lors de la même consultation, sauf recommandation contraire particulière).

À la naissance (< 24 heures de vie) :

- ➔ **BCG** : la vaccination est recommandée à la naissance pour les enfants vivant dans les pays où la charge de morbidité de la tuberculose est élevée. Le schéma vaccinal se compose d'une dose unique. Concernant les *enfants exposés au VIH*, il est recommandé de reporter la vaccination à l'obtention du résultat de la PCR (lorsque celle-ci est disponible) et en tout cas d'éviter la vaccination en cas de signes et de symptômes de l'infection à VIH ; ce du fait de l'augmentation du risque de BCGite disséminée en cas de contamination. Il est important de se reporter aux protocoles nationaux basés sur des facteurs nationaux et régionaux (prévalence de la tuberculose, du VIH, capacité de dépistage virologique des nouveau-nés, etc.) ;
- ➔ **hépatite B** : la transmission périnatale ou postnatale précoce de l'hépatite B est une cause importante d'infections chroniques dans le monde. Les recommandations sont donc en faveur d'une vaccination à la naissance, même dans les pays de faible endémie. Le schéma vaccinal pourra varier selon les calendriers nationaux de 3 à 4 doses espacées d'au moins quatre semaines. La vaccination est d'autant plus importante chez les nouveau-nés de mère antigène HBs positif ;
- ➔ **VPO** (vaccin anti-poliomyélite oral) : dans les pays où la poliomyélite est endémique, l'administration de VPO est recommandée à la naissance. Pour les autres pays, l'administration sera initiée à 6 semaines de vie. La primo-vaccination se compose de trois doses

102. Lawn J., *Donnons une chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The Partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

103. OMS, Unicef, *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*, 2009.

104. Lassi Z.S. et al., *Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010.

105. WHO, *Vaccine Position Papers*, octobre 2012, <http://www.who.int>

devant être espacées d'au moins quatre semaines.

À 6 semaines de vie :

La dernière consultation postnatale est l'occasion de compléter les schémas vaccinaux initiés à la naissance et d'administrer les autres vaccins. Les recommandations de l'OMS sont en faveur de l'initiation de la primo-vaccination à 6 semaines du DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche, schéma vaccinal en trois doses), du vaccin contre l'Haemophilus influenzae b (schéma vaccinal en trois doses), du vaccin contre le Pneumocoque (schéma vaccinal en deux ou trois doses) et du vaccin contre le Rotavirus (schéma vaccinal en deux ou trois doses).

4. MODALITÉS D'INTERVENTION^{106,107}

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

La période postnatale est une partie

106. WHO, *Postnatal care of mother and newborn*, 2013

107. Lawn J., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

108. Carole Dromer et al., *Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

essentielle du continuum de soins qui est souvent négligée.

MdM souhaite porter une vigilance particulière sur ces soins puisqu'ils ont un impact majeur sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles mais aussi infantiles puisque très fortement liés aux soins du nouveau-né. De plus, il s'agit d'une excellente porte d'entrée pour les femmes et leurs partenaires à la planification familiale.

△ Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins du post-partum soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain¹⁰⁸ » de MdM.

a) Formuler ou renforcer les politiques nationales en termes de soins du post-partum

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations internationales sont nécessaires et devraient détailler les composantes essentielles minimales des soins du post-partum, notamment le moment et la fréquence des soins. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles

telles que le ministère de la Santé ou de réaliser des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les femmes ont accès à des soins du post-partum (volet du continuum de soins souvent négligé) et à un congé maternité (plaidoyer) ;
- ➔ les femmes venant d'accoucher ont accès à la gratuité des soins pour elles et leurs enfants ;
- ➔ des protocoles nationaux de services et de soins du post-partum sont harmonisés et diffusés ;
- ➔ la collecte d'informations sur la période postnatale est améliorée via les registres d'état civil et l'intégration d'indicateurs sur les soins du post-partum dans le système national d'information sanitaire ;
- ➔ les soins du post-partum sont intégrés ou renforcés dans les curriculums des sages-femmes, infirmière.s, médecins ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) est intégrée dans le curriculum des personnels de santé chargés de l'accouchement et du post-partum afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés au niveau national.

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins

(axe création de milieux favorables)

Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire surtout pour les

services postnataux qui sont souvent sous-utilisés. La demande des femmes pour ces soins est faible et des retards à l'utilisation des services postnataux existent.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel avec une approche genre est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins postnataux pour la mère et l'enfant ainsi que les inégalités et les discriminations pouvant impacter le plein exercice des droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ le statut des femmes au sein des communautés est amélioré en faveur d'une meilleure égalité d'accès et d'exercice des droits en matière de SSR ;
- ➔ les femmes ont acquis des compétences pour reconnaître, exprimer et répondre à leurs besoins en matière de SSR et pour les besoins des nouveau-nés, pour elles-mêmes et dans le cadre de leurs couples. Les hommes ont acquis des compétences pour se coresponsabiliser de façon égalitaire et respectueuse, vis-à-vis de la santé de l'enfant, au sein du couple et notamment de la contraception du post-partum ;
- ➔ les barrières financières à l'accès aux soins postnataux pour les mères et les enfants sont levées ;
- ➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée.

c) Améliorer l'offre de soins du

post-partum

(axe réorientation des services de santé)

Ces services étant souvent sous-utilisés, il est essentiel d'**améliorer l'offre de soins au niveau des structures de santé et dans la communauté**. L'offre de soins doit être de qualité et adaptée aux besoins des femmes.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [l'accès à des méthodes de contraception efficaces](#) est intégrée dans les soins du post-partum ;
- ➔ lorsque des méthodes de [dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus](#) sont disponibles, le dépistage du CCU est proposé en consultation postnatale (à partir de 6 semaines du post-partum) ;
- ➔ [les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires](#) pour fournir des soins du post-partum de qualité ;
- ➔ les structures de santé offrent des [soins du post-partum culturellement adaptés](#) aux femmes, à leurs familles et à leur communauté ;
- ➔ les femmes enceintes et venant d'accoucher sont intégrées dans des [réseaux périnatalité](#) (ex. : en France) ;
- ➔ le [système de référence](#) entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- ➔ [les personnels de santé ont les compétences nécessaires à la prise en charge des soins postnataux](#) développées à travers la formation initiale et continue ;
- ➔ [les capacités des équipes cadres sont renforcées](#) pour la supervision des

acteurs de santé ;

- ➔ [le suivi des nouveau-nés est réalisé à domicile lors de la première semaine de vie](#) de façon à réduire la mortalité néonatale ;
- ➔ [la surveillance des décès maternels](#) et des « échappées belles » est mise en place via des audits et enquêtes, accompagnés de réponses adaptées.

d) Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé pour les mères, leurs partenaires, familles et communautés

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins postnataux et contribue à diminuer la mortalité maternelle et infantile. En effet, **le renforcement des compétences des femmes leur permet d'avoir plus d'autonomie et la capacité de changer leurs pratiques**. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [les femmes ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt des soins postnataux](#), les signes d'alerte pour elles et leurs enfants pendant le post-partum et les lieux ressources ;

- ➔ [l'allaitement maternel exclusif est promu](#) au sein des communautés via des éducatrices pairs ;
- ➔ [les hommes sont impliqués](#) au cours des sessions d'éducation pour la santé et sont sensibilisés sur l'importance des soins postnataux pour la mère et l'enfant.

e) Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge des femmes enceintes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales

(axe renforcement de l'action communautaire)

Pour être efficaces, **les interventions de maternité sans risque doivent être mises en œuvre à tous les niveaux du système de santé du pays**. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un **engagement conjugué de la communauté et du gouvernement**. Il est donc essentiel d'impliquer la communauté afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [les leaders et autres personnes influentes des communautés](#) (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseur.euse.s traditionnel.le.s, etc.) [appuient les messages d'éducation pour la santé](#) concernant l'importance des soins postnataux ;
- ➔ [des agents de santé communautaires sont formés et réalisent des séances d'éducation](#) pour la santé au sein des

communautés afin de favoriser les référencement des femmes ayant accouché vers les structures de santé ;

- ➔ [les associations de femmes sont soutenues](#) dans leurs actions communautaires de promotion de l'allaitement maternel exclusif ;
- ➔ [un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes et des nouveau-nés](#) présentant des complications dans la période du post-partum. Ce système inclut les accoucheuses traditionnelles dont les connaissances sont renforcées sur le dépistage des signes de complications liées au post-partum chez la mère et l'enfant.

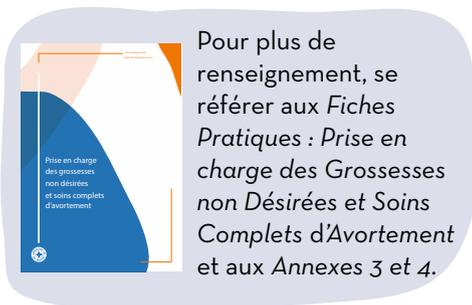
1. DÉFINITION

Comme mentionné dans le *chapitre 1. II. 5. Avortement*) il existe une diversité de terminologie en matière d'avortement. Les définitions présentées dans ce

VI. PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

chapitre sont reprises au sein des *Fiches pratiques MdM : Prise en charge des Grossesses Non Désirées et Soins Complets d'Avortement*¹⁰⁹.

Le terme **avortement désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine** (avant le terme de 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids inférieur à 500 grammes **Il peut s'agir d'un avortement spontané ou fausse couche sans intervention ou d'un avortement provoqué** lorsqu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse.



Pour plus de renseignement, se référer aux *Fiches Pratiques : Prise en charge des Grossesses non Désirées et Soins Complets d'Avortement* et aux *Annexes 3 et 4*.

Les différents types d'avortement provoqués sont les suivants :
L'avortement médicalisé correspond à une procédure d'interruption de la grossesse réalisée par un personnel qualifié dans de bonnes conditions de sécurité. Il peut s'agir d'un avortement thérapeutique

qui est pratiqué dans le cadre légal lorsque la grossesse met en péril la santé physique et/ou mentale de la femme. Il peut également s'agir d'un avortement volontaire pratiqué dans le cadre légal lorsqu'une femme, pour des raisons qui lui appartiennent, ne souhaite pas mener sa grossesse à terme. Ce type d'avortement peut être réalisé à différents moments de la grossesse. Lorsque les États acceptent la réalisation d'avortements médicalisés, ils fixent généralement un âge limite de la grossesse.

L'avortement médicalisé s'oppose à **l'avortement non sécurisé**, à risque ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, c'est-à-dire par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux. En 2017, la revue *The Lancet* a présenté des estimations sur les avortements sécurisés ou non à l'échelle mondiale¹¹⁰ et pour la première fois, elle a inclus des sous classifications à l'intérieur de la catégorie relative aux avortements non sécurisés, à savoir les avortements « moins sécurisés » ou « les moins sûrs ». Cette distinction permet une compréhension plus nuancée des différentes conditions d'avortement chez les femmes qui ne peuvent pas avoir accès à des avortements sécurisés pratiqués par un.e professionnel.le de santé qualifié.e. Cette nuance est particulièrement importante dans le cadre de certaines stratégies de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans

de mauvaises conditions, notamment dans le cadre de stratégies tendant à favoriser le recours à l'auto-administration du misoprostol jugée « moins sécurisée » qu'un avortement pratiqué par des professionnel.le.s de santé mais bien plus sûre que de nombreuses pratiques dangereuses.

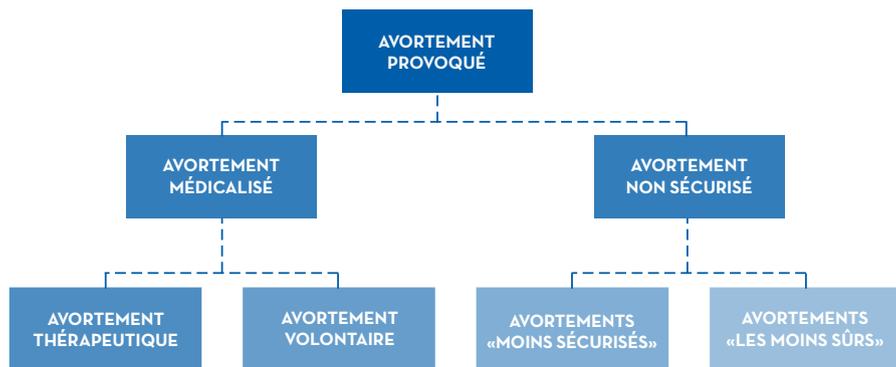
On définit ainsi les concepts suivants :

Avortements « moins sécurisés » : avortements soit pratiqués par un professionnel de santé qualifié utilisant une méthode à risque ou dépassée, soit par une personne non qualifiée même si celle-ci a recours à une méthode sûre telle que l'administration de misoprostol, (un médicament utilisable à des fins médicales diverses, notamment pour déclencher un avortement).

Avortements « les moins sûrs » : avortements pratiqués par des personnes non qualifiées à l'aide de méthodes dangereuses comme l'introduction d'objets et l'utilisation de préparations à base de plantes.

Les soins complets d'avortement (SCA) correspondent à un ensemble de soins fournis par un.e professionnel.le de santé qualifié.e : consultation pré-avortement, avortement médicalisé (médicamenteux ou chirurgical), soins après-avortement (SAA), et contraception du post-abortum. Rappelons qu'un avortement pratiqué dans de bonnes conditions d'hygiène par un.e professionnel.le formé.e ne présente qu'un faible risque de

SCHÉMA 6 : TYPES D'AVORTEMENT



109. MdM, *Fiches pratiques : Prise en charge des Grossesses non désirées et soins complets d'avortement*, 2019

110. The Lancet, *Global, regional and sub regional classification of abortion by safety, 2010-2014: estimates from a Bayesian hierarchical model*, 2017

complication.

Le concept de prise en charge des grossesses non désirées (GND) fait appel à la prise en charge proposée à une femme ou une adolescente dans le cadre d'une grossesse non désirée. Il pourra s'agir selon le choix de la femme / adolescente de continuer la grossesse et donc d'apporter des soins anténataux et un accompagnement psychosocial, ou d'avoir recours à une interruption de grossesse. Dans certains contextes, il s'agira d'avortement médicalisé avec un professionnel de santé, dans d'autres contextes, lorsque le cadre légal est restrictif, il pourra s'agir d'auto-administration de misoprostol dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques ou de mise en place de systèmes de référencement vers des partenaires.

MdM reconnaît comme essentiel de pouvoir offrir aux femmes le traitement adapté en cas d'avortement spontané, mais aussi de proposer l'accès à un avortement sans risque dans le cadre de la loi, de proposer une prise en charge des complications d'un avortement et des conseils adaptés avant et après un avortement. « Dans un contexte où l'avortement provoqué est encadré par des lois restrictives, le triptyque d'un projet pourra discuter au sein des instances décisionnelles de MdM de la pertinence, des responsabilités engagées et du risque pour l'association, pour ses membres et pour les usager.ère.s, de proposer l'accès à l'interruption de grossesse médicalisée soit à travers les services

que nous soutenons, soit à travers des partenaires engagés sur le terrain »¹¹¹.

Rappelons que les soins liés à l'avortement sûr pourront également permettre d'identifier d'autres besoins en santé sexuelle et reproductive et d'informer et conseiller les femmes sur la planification familiale:

2. PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

a) Objectifs

- Permettre aux femmes d'**accéder à leurs droits sexuels et reproductifs** ;
- **Réduire la mortalité maternelle** liée à des avortements à risque ;
- **Réduire le nombre de grossesses non désirées** et soutenir les femmes en situation de grossesse non désirée.

b) Interventions clés

Les interventions seront adaptées au contexte local ou national après une analyse de celui-ci.

1. **Mise en place d'activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes** avec l'ensemble des personnes impliquées dans le projet (indépendamment du cadre légal).
2. **Éducation pour la santé des individus** (y compris les adolescent.e.s) et des communautés sur la contraception et les services disponibles, les grossesses non désirées, les conséquences des rapports non protégés, les rapports

sexuels sous la contrainte, les conséquences des avortements à risque, la disponibilité des services de dépistage des grossesses et de prise en charge des grossesses à risque, y compris la pratique d'un avortement médicalisé.

3. Soins pré-avortement : réalisation d'une consultation préalable :

- 3.1 **discussion et conseils :** information sur les options possibles pour la suite de la grossesse (avortement, garder la grossesse, l'adoption), évaluer le soutien autour de la femme, vérifier qu'elle ne subit pas de contrainte, discussion si la femme le souhaite sur les raisons de son choix, informer sur les procédures, les risques et les effets secondaires des différentes procédures ;
- 3.2 **anamnèse et examen clinique** en vue d'établir un bilan de l'état clinique de la patiente ;
- 3.3 **diagnostic et datation de la grossesse** (date des dernières règles, examen clinique et si nécessaire, examen de laboratoire ou/et échographie) ;
- 3.4 **dépistage et traitement des IST** ;
- 3.5 **autres examens complémentaires selon les besoins :** test de grossesse, échographie en cas de suspicion de grossesse extra-utérine, recherche du taux d'hémoglobine, du rhésus. Précisons que la réalisation d'examen complémentaires de routine ne constitue pas un préalable obligatoire et qu'elle ne doit en aucun cas entraver l'accès rapide à des SCA ;
- 3.6 **traitement antibiotique prophylactique** selon le protocole local (recommandé par l'OMS et l'IPPF¹¹²

pour réduire le risque d'infection) en cas d'interruption de grossesse chirurgicale planifiée ;

3.7 **conseil en termes de contraception** ;

3.8 **dépistage et prise en charge ou référencement des femmes survivant.e.s de violences** liées au genre ;

3.9 **prescription d'antalgiques** (anti-inflammatoires) notamment lorsque l'avortement médicamenteux est réalisé à domicile ;

3.10 **recueil du consentement éclairé de la patiente** pour la procédure choisie ;

3.11 **Identification si nécessaire de potentielles mesures pour un accompagnement psychosocial** de la patiente selon ses besoins et les services disponibles.

4. Soins liés à l'avortement sans risque :

4.1 **prise en charge ou référencement** selon le contexte et les possibilités vers une structure prenant en charge les avortements après décision libre et éclairée de la femme. Quel que soit le contexte légal, une information complète doit être fournie à la femme ;

4.2 **choix de la procédure** (médicamenteuse / chirurgicale) selon la situation médicale de la patiente, la disponibilité des services et la volonté / préférence de la patiente après que celle-ci ait reçu une information éclairée sur les différentes méthodes ;

4.3 **suivi des protocoles nationaux ou/et internationaux pour la réalisation de l'avortement médicamenteux** (idéalement mifépristone + misoprostol ou misoprostol seul si mifépristone indisponible) ou chirurgical (aspiration manuelle ou électrique, ou dilatation et évacuation) en fonction de l'âge

111. Médecins du Monde, Positionnement SSR de l'organisation, validé en CA en 2012

112. International Planned Parenthood Federation.

gestationnel ;

4.4 soutien psychosocial de base, attitude bienveillante, utilisation d'une communication empathique, claire et sans jugement ;

4.5 prise en charge de la douleur des femmes (antalgiques type anti-inflammatoires ; anesthésies locales pour les méthodes chirurgicales via la réalisation d'un bloc para-cervical) ;

4.6 respect des précautions universelles et disponibilité de matériel adapté dans le cas d'avortement chirurgical (taille de canule adaptée à l'âge gestationnel et à la taille de l'utérus) ;

4.7 réconfort verbal pendant toute la durée de la procédure d'avortement chirurgical ;

4.8 identification rapide et prise en charge ou référencement des femmes présentant des complications immédiates ;

4.9 conseil puis mise à disposition de méthodes modernes de contraception ou référencement vers des structures de référence pour des méthodes contraceptives définitives ou de long terme non disponibles au niveau primaire ;

4.10 information de la femme sur les signes d'alerte, l'importance de ne pas rester seule dans les heures suivant la procédure et les services disponibles en cas de complications.

5. Activités en lien avec les stratégies de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions dans les contextes où celles-ci sont mises en place (cadre légal restrictif) et notamment stratégie d'information sur l'auto-administration du misoprostol.

6. Soins post-avortement (ces derniers doivent être disponibles quel que soit le contexte légal) :

6.1 prise en charge ou référencement des avortements incomplets pour administration de misoprostol ou aspiration manuelle ou électrique (selon l'état clinique, la disponibilité et la volonté de la patiente) ;

6.2 recherche des signes d'infection

6.3 prise en charge des complications liées à un avortement à risque (ou référencement vers un SONUC en cas de nécessité de transfusion et/ou prise en charge chirurgicale) ;

6.4 prise en charge adaptée de la douleur ;

6.5 conseil et mise à disposition de méthodes modernes de contraception ou référencement vers des structures de référence pour des méthodes contraceptives définitives ou de long terme non disponibles au niveau primaire ;

6.6 informer les femmes sur le processus de rétablissement et les signes d'alerte (pas de visite de suivi recommandée) ;

6.7 vaccination contre le tétanos lors de la prise en charge d'une femme ayant eu un avortement à risque (vaccin et sérum selon le statut vaccinal) ;

6.8 évaluation de l'état émotionnel et référencement vers des services de soutien psychologique selon les besoins ;

6.9 évaluation d'éventuels autres besoins en SSR et orientation vers les services compétents (par exemple dépistage du CCU).

7. Dans les contextes ou le cadre légal

est restrictif, mise en place de stratégies de plaidoyer nationales et/ou régionales en faveur d'un accès à l'avortement sûr et légal.

8. Accompagnement médical et psychosocial tout au long de la grossesse pour les adolescentes et les femmes vivant une GND et ne pouvant pas ou ne souhaitant pas interrompre leur grossesse.

9. Identification, prise en charge et soutien des survivantes de violences liées au genre :

➔ [identification des survivantes](#) de violences liées au genre ;

➔ [prévention primaire](#) des violences ;

➔ [référencement ou prise en charge des complications](#) résultant des violences (physiques, psychologiques, etc.).

10. Counseling et dépistage du VIH à base volontaire puis référencement pour une prise en charge médicale si nécessaire.

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

214 millions de femmes et de filles qui préféreraient différer ou éviter une grossesse dans le monde n'ont toujours pas accès à une contraception sûre et efficace. Selon les estimations, environ 89 millions de grossesses non désirées surviennent dans ces pays et plus d'un quart de ces grossesses aboutit à un avortement non médicalisé.

Chaque année, ces avortements à risque entraînent le décès de 22 800 à 31 000 femmes, soit 8 à 11% de la mortalité maternelle, tandis que 8 millions d'autres souffrent d'invalidités temporaires ou définitives¹¹³. Ces avortements à risque représentent la 3^e cause de mortalité maternelle, ils correspondent pourtant à des décès facilement évitables.

Aujourd'hui, la problématique des GND continue de se heurter à de fortes oppositions au niveau international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées.

Pourtant, les GND représentent un véritable enjeu de santé publique et figurent parmi les principaux facteurs de morbi-mortalité maternelle. Elles se traduisent dans la réalité par la multiplication des grossesses à plus haut risque, un nombre très important d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ou des ruptures dans le parcours de vie de jeunes filles ou de femmes n'ayant pas planifié leur grossesse ou ne souhaitant pas accueillir un enfant à ce moment-là.

Les obstacles entravant l'accès à des SCA de qualité sont multiples : barrière légale et administrative mais aussi barrières géographiques, financières, déterminants socioculturels et religieux, insuffisance de ressources humaines formées, manque d'équipements et de médicaments adaptés... Il est essentiel que ces différentes barrières soient prises en compte et que la question de la prise en charge des GND et de l'accès à des SCA puisse être intégrée à la réponse globale aux besoins de SSR que MdM tend à apporter avec la mise en

113. Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, 2018

œuvre de ses projets.

b) Les obstacles à l'accès à l'avortement

Les obstacles pour l'accès à des soins liés à l'avortement sécurisé peuvent être nombreux :

- ➔ [Barrières légales et administratives](#)- (lois sur l'avortement, difficulté des procédures, délais trop courts) ;
- ➔ [Insuffisance de professionnel.le.s](#) formé.e.s ;
- ➔ [Conflits de valeur](#) chez les professionnel.le.s de santé ;
- ➔ [Déterminants socioculturels](#) et religieux ;
- ➔ [Manque d'équipements](#) et de médicaments adaptés ;
- ➔ [Barrière financière](#) ;
- ➔ [Manque d'informations sur la disponibilité des services](#), sur le cadre légal (de la part des usagères et des professionnel.le.s de santé) ;
- ➔ [Peur d'être stigmatisée](#), jugée, dans sa communauté.

c) Les activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes

Plusieurs recherches suggèrent que **les attitudes de stigmatisation, qu'elles soient au niveau individuel, communautaire, des professionnel.le.s de santé ou au niveau national véhiculées par les politiques, représentent une barrière importante** à la prise en charge des GND et aux SCA. Ces attitudes peuvent potentiellement se retrouver au sein des propres équipes

de MdM.

Dans ce contexte, MdM recommande de mettre en place **des stratégies permettant d'influencer positivement les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis de l'avortement de façon systématique** avant le démarrage d'activités en lien avec la prise en charge des GND et ceci indépendamment du cadre légal. **Les méthodologies de clarification de valeurs et de transformation des attitudes (CVTA)** permettent cela¹¹⁴. Ces méthodologies reconnaissent que les valeurs influençant les attitudes et les convictions face à l'avortement et aux problèmes associés peuvent évoluer au fil du temps en réponse à de nouvelles expériences et à une compréhension plus approfondie des problèmes et du contexte. Elles peuvent également être utilisées pour recruter et sélectionner des professionnel.le.s de santé, des intervenants communautaires, des pharmaciens partenaires à associer à la mise en œuvre des projets.

Les activités de CVTA ont pour objectif d'inciter les participant.e.s à examiner les hypothèses et les mythes communs concernant l'avortement et les problèmes associés, de les aider à découvrir ou, éventuellement, à modifier leurs valeurs face à l'avortement et de les aider à exprimer leur intention d'agir en accord avec les valeurs ainsi affirmées. Elles doivent être organisées dans un environnement favorisant les échanges et la mise en place d'espaces de

confiance et facilitées par du personnel formé.

(Voir *Fiches Pratiques : Prise en charge des Grossesses non Désirées et Soins Complets d'Avortement pour des informations détaillées*).

d) Les méthodes d'avortement¹¹⁵

Il existe plusieurs méthodes d'avortement : médicamenteux et chirurgical. Le recours à l'une ou l'autre des méthodes dépendra de la disponibilité des services et d'intrants de qualité, de la formation du personnel, de l'état clinique de la patiente, de l'âge gestationnel, de potentielles contre-indications à l'une ou l'autre méthode mais aussi de la préférence de la patiente et de sa situation (difficulté à se déplacer plusieurs fois dans une structure de santé, isolement, peur d'être découverte en cas d'avortement médicamenteux à domicile, etc.).

Méthodes médicamenteuses

L'avortement médicamenteux est une méthode sûre, efficace, peu coûteuse et globalement bien acceptée par les patientes. Les complications associées à cette méthode sont rares. **Il existe deux principaux schémas thérapeutiques recommandés** selon la disponibilité des molécules^{116,117} :

- ➔ [la combinaison mifépristone + misoprostol](#) qui présente en moyenne une efficacité de 95% pour les avortements du 1^{er} trimestre ;

➔ [le misoprostol utilisé seul](#) qui présente en moyenne une efficacité de 85% pour les avortements du 1^{er} trimestre. Mifépristone et misoprostol font partie de la *Liste des médicaments essentiels de l'OMS*. Le format combiné mifépristone-misoprostol (combi-pack) dans lequel les dosages sont adaptés exclusivement pour son utilisation médicamenteux a été inclus également dans la liste des médicaments essentiels révisée en 2019¹¹⁸.

Il arrive encore que dans certains pays, d'autres molécules que la mifépristone et le misoprostol soient utilisées. Elles ne sont pas recommandées.

Indiqué également dans le traitement de l'hémorragie de la délivrance, le misoprostol est largement disponible au niveau mondial, faisant de son utilisation seule la méthode sûre la plus disponible dans les contextes où le cadre légal est très restrictif. Le recours à ce schéma de traitement est notamment utilisé dans le cadre de stratégie de réduction des risques liés aux pratiques dangereuses d'avortements. Le misoprostol est également recommandé dans les soins après avortement du 1^{er} trimestre. Du fait de son utilisation exclusivement dans le cadre d'avortement, la mifépristone reste globalement beaucoup moins disponible.

Les modalités d'action de la mifépristone et du misoprostol sont les suivantes :

115. OMS, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2013

116. OMS, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2013

117. IPAS, *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition*, 2017

118. WHO, *Essential medicines list*, 2019

114. IPAS, *Transformation des attitudes face à l'avortement : trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire*, 2019 : <https://www.ipas.org/resources/transformation-des-attitudes-face-a-l-avortement-trousse-a-outils-de-clarification-des-valeurs-destinee-aux-professionnels-de-lhumanitaire>

Les posologies à utiliser varient en fonction de l'âge gestationnel.

- Dans le cadre du schéma combiné

mifépristone / misoprostol, la mifépristone sera administrée par voie orale au cours de la consultation, suivie

TABLEAU 7 : MODALITÉS D'ACTION DE LA MIFÉPRISTONE ET DU MISOPROSTOL

	MIFÉPRISTONE	MISOPROSTOL
MODALITÉS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibe l'activité de la progestérone au niveau de l'utérus et entraîne le décollement du produit de conception. Ramollit le col de l'utérus et induit des contractions. • Son utilisation seule ne permet pas de provoquer un avortement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ramollit le col de l'utérus et provoque des contractions utérines. • Seul ou en association avec la mifépristone, il provoque l'avortement.

24 à 48h de la prise de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale qui pourra être effectuée à domicile¹¹⁹. La prise de misoprostol sera répétée en fonction de l'âge gestationnel.

• Pour le schéma avec du misoprostol seul, celui-ci sera également pris sous forme vaginale ou sublinguale. Plusieurs prises seront répétées selon l'âge gestationnel. A noter que l'utilisation du misoprostol seule est moins efficace que combinée avec la mifépristone. A partir de 10 SA, par sécurité et afin de prendre en charge de potentiels saignements abondants, on recommandera que l'interruption par méthode médicamenteuse ait lieu dans une structure de santé.

Au-delà de 14 SA on priorisera le recours à un avortement chirurgical (dilatation + évacuation) ; cependant

la méthode médicamenteuse est également possible (mais par soucis de sécurité elle devra également être organisée au sein d'une structure de santé et non pas à domicile). (Voir *Fiches Pratiques : Prise en charge des Grossesses non Désirées et Soins Complets d'Avortement* pour des informations détaillées).

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et aspiration électrique intra-utérine (AEIU)

L'aspiration intra-utérine est une procédure reconnue comme un service essentiel par l'OMS et la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO). C'est une alternative importante à l'avortement médicamenteux. C'est également une méthode de référence en cas d'échec d'avortement médicamenteux et pour les SAA. L'aspiration intra-utérine consiste

à évacuer le contenu de l'utérus via une canule en plastique ou en métal raccordée à une source de vide. Cette procédure peut être effectuée avec :
 ➔ un aspirateur manuel : aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
 ➔ une pompe électrique : aspiration électrique intra-utérine (AEIU).
 Le recours à l'un ou l'autre des systèmes dépendra du plateau technique disponible.

Parce qu'elle ne nécessite pas de source d'électricité, qu'elle est simple d'utilisation et qu'elle peut être mise en place au niveau soins de santé primaires, l'AMIU est la méthode chirurgicale la plus fréquemment disponible dans le cadre des projets de MdM. Elle peut être réalisée sous anesthésie générale ou locale ; dans la majorité des projets de MdM, il s'agira d'une prise en charge sous anesthésie locale. Ce chapitre se concentrera exclusivement sur la technique de l'AMIU sous anesthésie locale.

L'AMIU est extrêmement efficace et sûre (taux de réussite de 98 à 100%). Les complications liées à la méthode sont rares et le coût économique faible. C'est une procédure rapide (3 à 10 min) qui peut être pratiquée sous anesthésie

locale en ambulatoire. Enfin, elle est relativement bien acceptée par la plupart des patientes.

Le recours à un avortement médicamenteux ou à une AMIU dépendra de la disponibilité de la méthode et de la formation du personnel, de l'état clinique de la patiente (et de l'âge gestationnel de sa grossesse), de potentielles contre-indications à l'une ou l'autre méthode, ainsi que du choix/des préférences de la patiente.

La méthode dilatation et curetage n'est plus recommandée, car plus douloureuse et avec un risque important de complications, et doit donc être remplacée par la méthode AEIU ou AMIU ou par une méthode médicamenteuse.

En résumé, les méthodes préconisées pour l'avortement médicalisé en fonction du terme sont :
Pour les avortements incomplets, l'utilisation de l'AMIU ou AEIU est recommandée. La gestion des avortements incomplets peut aussi se faire à travers l'utilisation de misoprostol et le choix de l'une

TABLEAU 8 : MÉTHODES D'AVORTEMENT SELON LE TERME

≤ 14 SA	> 14 SA
Avortement médicamenteux : <i>Mifepristone associé au misoprostol (ou misoprostol seul)</i> OU AMIU/AEIU	Avortement médicamenteux : <i>Mifepristone associé au misoprostol (ou misoprostol seul)</i> OU (Dilatation et évacuation) * <small>*nécessité d'un niveau de formation du personnel soignant supplémentaire</small>

119. Attention l'administration par voie orale est inefficace

ou l'autre méthode dépendra principalement de l'état clinique de la patiente (saignement abondant, infection utérine, sepsis, etc.).

e) Le conseil tout au long des soins liés à l'avortement sécurisé

Un conseil de qualité et une écoute attentive et active de la femme et de ses besoins sont des éléments essentiels des soins pour un avortement sécurisé. Ils seront nécessaires à chaque étape de la prise en charge. Ils doivent être pratiqués par du personnel qualifié sans jugement ou discrimination à l'égard de la femme ou du couple souhaitant interrompre une grossesse.

Si la femme est accompagnée, il est important d'avoir un moment seul avec elle afin d'évaluer si elle est soumise à des pressions et si elle a été victime de violences liées au genre, particulièrement si elle est mineure.

Le conseil et l'écoute sont également le garant d'un consentement éclairé et libre de toute pression et de toute contrainte. La femme devra signifier son consentement éclairé soit par écrit soit par oral en fonction des contextes. **Le conseil doit aborder les thèmes suivants :** les différentes options liées à cette grossesse (adoption, interruption, la mener à terme), les différentes procédures d'interruption de grossesse, pour que la femme

puisse choisir lorsque c'est possible la procédure d'interruption de grossesse, y compris les étapes de soins, les bénéfices et risques ainsi que les effets secondaires des médicaments, les signes d'alerte lors du retour à domicile, la contraception, la prévention des IST, y compris le VIH.

De plus, il est important de garantir la confidentialité et le respect de l'intimité et de la culture des patientes. Il est aussi primordial de protéger les données personnelles et les dossiers des patientes¹²⁰.

f) La contraception post-avortement¹²¹

Il s'agit d'un élément essentiel des soins complets d'avortement. Des études ont montré que dans tous les pays, plus le taux de prévalence contraceptive est important, plus le taux d'avortements provoqués diminue. À l'inverse, plus les besoins non satisfaits en contraception sont importants, plus le taux d'avortements augmente¹²².

La question de la contraception doit être abordée à chaque visite (visite préalable, lors des suites immédiates de l'avortement et à la visite de contrôle et de suivi). Il s'agit de proposer un conseil approprié (voir chapitre 4. *II. Conseil et services proposant des méthodes de contraception efficaces*) en expliquant à la femme quand elle peut être à nouveau enceinte, les

différentes méthodes contraceptives et leurs risques et bénéfices, l'existence de la contraception d'urgence, l'espacement minimal entre un avortement et une nouvelle grossesse, qui est de trois à six mois, afin que la femme puisse récupérer physiquement (notamment dans le cadre d'un avortement spontané), les IST et la double protection. Il est primordial de discuter des difficultés rencontrées lors de l'utilisation de la méthode contraceptive utilisée par la patiente avant cette grossesse pour mieux la conseiller. **La femme devrait partir avec une méthode contraceptive qui lui convient, choisie par elle et qu'elle puisse se procurer facilement.** L'acceptation de la contraception est meilleure lorsqu'elle est proposée sur le lieu initial de traitement.

L'insertion immédiate d'un DIU après l'avortement (qu'il ait été provoqué ou signalé comme « spontané ») est à la fois sans danger et pratique¹²³. De même l'implant, les pilules et injectables œstro-progestatifs ou progestatifs, la stérilisation masculine ou féminine, les préservatifs, peuvent être utilisés tout de suite après un avortement¹²⁴.

g) Stratégie de réductions des risques liés aux pratiques dangereuses d'avortement

Dans certains contextes où la législation et/ou la pratique sont très restrictives

et les conditions d'accès sont limitées et où MdM n'a pas d'intervention directe, il est possible qu'un **modèle de réduction des risques** soit la meilleure option permettant de réduire la mortalité et la morbidité liées aux pratiques dangereuses.

Ce modèle a pour objectif de diffuser aux femmes et adolescentes souhaitant obtenir une IVG, une information complète sur les risques liés à certaines pratiques dangereuses d'avortement et sur les pratiques d'avortement médicamenteux recommandées et l'auto-administration du misoprostol. Ici, le terme de « réduction des risques » fait référence à une intervention de santé publique basée sur les droits qui cherche à réduire les dangers et les risques associés à une pratique particulière, comme l'avortement en dehors de structures de santé et non encadré par un.e professionnel.le de santé qualifié.e, plutôt que de la déconseiller à proprement parler.

Ce modèle d'intervention a pour vocation de permettre aux femmes d'obtenir via différents relais, les informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions éclairées et pour adopter des pratiques d'avortement plus sûres.

Pour que cela soit possible, il s'agit de mettre en place des partenariats au niveau communautaire, d'identifier des lieux, vendeuse.s, services auprès desquels du misoprostol de qualité est disponible, de diffuser une information

120. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

121. IPPF, *Interruption volontaire de grossesse au premier trimestre : protocoles et directives. Procédures chirurgicales et médicamenteuses*, 2009.

122. Gilda Sedgh et al., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, *The Lancet*, 2012;379:625-32.

123. Nguyen Thi Nhu Ngoc, *Insertion d'un dispositif intra-utérin immédiatement après l'avortement : Commentaire de la BSG* (dernière révision : 18 janvier 2005), OMS, 2005.

124. OMS, *Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programme*, 1997.

basée sur les évidences scientifiques et de renforcer l'accès à des soins avant et après l'avortement de qualité y compris le conseil et accès aux différentes méthodes contraceptives.

h) Le plaidoyer en matière de soins complets d'avortement

La mise en œuvre de la stratégie SSR de MdM s'articule à travers deux types d'interventions complémentaires, une offre de soins holistique et un plaidoyer en faveur du respect du droit des personnes d'accéder à des services de santé adaptés et à leurs droits sexuels et reproductifs.

L'accès à une prise en charge des GND et à des SCA ne peut se faire de manière pérenne que dans un environnement politique et légal favorable. Le plaidoyer est donc une composante essentielle des projets qui va permettre de renforcer l'impact de l'intervention à plus long terme, d'atténuer les barrières à l'accès aux SCA, notamment les barrières légales et administratives, et de transformer les bonnes pratiques en politiques durables, intégrant les droits sexuels et reproductifs.

L'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer doit de ce fait s'intégrer dans le cycle du projet, à chaque étape de la planification de projet, dès la phase de diagnostic, au cours de la programmation, du suivi et de l'évaluation.

Le plaidoyer « SCA » vise à provoquer des changements durables, qui peuvent être :

- ➔ [l'adoption de nouvelles politiques et/ou de pratiques permettant l'amélioration de l'accès à des SCA](#) ;
- ➔ [la remise en cause, la révision ou l'amendement de politiques et/ou de pratiques existantes ayant un impact négatif sur l'accès à des SCA](#) ;
- ➔ [le respect de politiques ou législations existantes mais non appliquées sur l'accès aux SCA](#).

Pour cela, une lecture claire et globale de l'environnement politique et légal est nécessaire.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

Il est important de rappeler ici que s'agissant de l'offre de soins pour la prise en charge des GND et les SCA, il est essentiel de mettre en place des réponses adaptées aux besoins, après une analyse approfondie de ces derniers mais aussi du contexte légal, culturel et sécuritaire. Selon les résultats de ces analyses, les équipes projets (siège et terrain)

peuvent décider de développer des activités de prise en charge des GND et de SCA y compris dans des contextes où le cadre légal en matière d'avortement est restrictif. Les risques légaux, sécuritaires et d'autres natures doivent être analysés, des mesures de mitigation de ces risques définies et mises en place, enfin, la stratégie opérationnelle mise en œuvre doit être assumée de façon institutionnelle.

L'ensemble des modes opératoires et des prérequis indispensables est disponible en *Annexe 4*.

△ Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins liés à l'avortement soient réalisés dans le respect des personnes. Les données médicales doivent être protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain¹²⁵ » de MdM.

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales de soins liées à l'avortement sûr

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

Les soins liés à l'avortement devraient être pris en compte dans les politiques nationales de santé. En effet, **quelle que soit la loi, les femmes et les filles devraient, à minima, être prises en charge pour des soins pré et post-avortement.** Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques vers une prise en compte et

un renforcement de ces services. La mise en place d'activités de plaidoyer est alors essentielle. Ces actions peuvent également se faire via un appui technique aux instances décisionnelles telle que le ministère de la Santé.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [l'environnement politique et légal au regard de l'accès aux SCA est analysé](#) afin que des stratégies opérationnelles et de plaidoyer adaptées soient développées ;
- ➔ [les politiques existantes ayant un impact négatif sur l'accès aux SCA sont remises en cause](#), discutées, révisées ou amendées ;
- ➔ [des politiques permettant l'amélioration de l'accès aux SCA sont adoptées](#) ;
- ➔ [le respect de politiques ou législations existantes mais non appliquées](#) concernant l'accès aux SCA est encouragé ;
- ➔ en cas de dépénalisation de l'avortement, [une réglementation claire et adaptée](#) favorise la mise en place des services de santé ;
- ➔ des [protocoles nationaux de soins](#) liés à l'avortement sécurisé sont établis et diffusés ;
- ➔ la politique de [formation de personnels de santé](#) qualifiés pour les SCA est renforcée ;
- ➔ [la contraception d'urgence est autorisée](#) dans le pays et accessible aux femmes et aux filles qui souhaitent l'utiliser ;
- ➔ [la prise en charge des complications post-avortement est réalisée de façon gratuite et non discriminante](#) dans les

125. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

services SONUC ;

➔ [l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs](#) ;

➔ [les associations de la société civile sont soutenues](#) par MdM afin de renforcer leur plaidoyer pour l'adoption de lois non restrictives sur l'avortement.

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins liés à l'avortement sûr

(axe création de milieux favorables)

Même si d'autres obstacles existent, la législation constitue une barrière particulièrement importante. Dans un grand nombre de pays, **les lois sont un frein à l'accès des femmes à des soins liés à l'avortement sûr**. Il paraît également essentiel que les femmes et les couples connaissent leurs droits en santé sexuelle et reproductive. Il

est important d'**analyser les différents freins** à l'accès à l'avortement sans risque et légal.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

➔ [le statut des femmes au sein de la communauté est amélioré](#) afin qu'elles aient le pouvoir de décider quand et combien d'enfants elles souhaitent avoir ;

➔ [les femmes et leurs partenaires ont acquis des connaissances sur leurs droits](#) en termes de santé sexuelle et reproductive, y compris concernant l'avortement ;

➔ [les femmes et les filles ayant droit \(selon la législation\) à un avortement y ont accès](#) dans des conditions médicales sûres et abordables financièrement ;

➔ [les leaders d'opinions, les politiques,](#)

[les journalistes, etc., sont encouragés à interroger leurs valeurs](#) sur les questions d'avortement via la mise en place d'activités de clarification des valeurs et transformation des attitudes.

c) Améliorer l'offre de soins liés à l'avortement sûr

(axe réorientation des services de santé)

Les services liés à l'avortement sûr doivent faire partie des éléments fondamentaux des soins de santé primaires pour en faciliter l'accès. C'est pour cela notamment que l'AMIU fait partie des SONUB. Il est essentiel que des soins de qualité liés à l'avortement sûr soient mis en place de façon à réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées à l'avortement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

➔ [la formation initiale et/ou continue du personnel de santé est renforcée](#) concernant la prise en charge des soins liés à l'avortement sûr, notamment sur l'AMIU ;

➔ [un large éventail de méthodes contraceptives modernes](#) (y compris la

contraception d'urgence) est proposé aux femmes dans les services proposant les soins liés à l'avortement ;

➔ [les structures de santé sont équipées en matériel et médicaments](#) pour réaliser les soins liés à l'avortement sûr ;

➔ [les femmes présentant un avortement incomplet ou des complications après un avortement sont prises en charge et référées](#) si nécessaire vers une structure adaptée ;

➔ [le personnel de santé est invité à travailler sur sa façon d'appréhender la question de l'avortement](#), via la mise

en place d'activités de clarification des valeurs et de transformation des attitudes, de façon à offrir une prise en charge appropriée et sans discrimination aux femmes souhaitant un avortement ;

➔ [les femmes souhaitant un avortement reçoivent une prise en charge de qualité](#)

dans les structures de santé (soins pré et post-avortement, mise à disposition des méthodes médicamenteuses et de l'aspiration manuelle intra-utérine, planification familiale post-avortement). Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins ou de la mise en place de service, les activités de prise en charge des GND au sein des projets de MdM

« Le continent africain possède l'un des instruments juridiques les plus progressistes et inclusifs au monde : le Protocole additionnel à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes, plus connu sous le nom de Protocole de Maputo (entrée en vigueur en 2003). Il contient notamment des dispositions explicites concernant le droit à la santé dont la SSR et le droit à l'avortement médicalisé dans des conditions assez larges. Médecins du Monde travaille activement aux côtés de la société civile dans plusieurs pays d'Afrique francophone - Burkina Faso, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Madagascar et République démocratique du Congo - ayant signé ou ratifié ce protocole, afin de rendre son application effective. Ainsi, en RDC, après de nombreuses actions de plaidoyer, le Protocole a été publié au journal officiel, le rendant effectif et poussant les autorités judiciaires et sanitaires du pays à tout mettre en œuvre pour permettre aux femmes un accès à l'avortement sécurisé. Au Burkina, c'est le Code pénal qui a été modifié pour se rapprocher des dispositions du Protocole, grâce à l'action du groupe de plaidoyer « Stop grossesses non désirées », appuyé par MdM. En Côte d'Ivoire, MdM agit au niveau local et national aux côtés de coalitions d'associations locales, lesquelles militent pour une intégration pleine et entière des dispositions du Protocole de Maputo dans l'avant-projet de loi sur la santé reproductive, actuellement en cours de discussion ».

Hélène Ménard, coordinatrice plaidoyer DSSR pour l'Afrique

« Depuis que je travaille sur le projet de prise en charge des grossesses non désirées, ma vision des choses en matière d'avortement a changé. Dans notre contexte, il y a d'importantes inégalités d'accès à des soins d'avortement sûrs : au final, c'est principalement les personnes à faible niveau socio-économique qui ont recours à des avortements à risques car elles n'ont pas d'autres choix. En tant que professionnel de santé, je considère l'intérêt de la personne et fais la différence avec mes valeurs personnelles. Aujourd'hui, je peux constater l'impact réel du projet. »

Un prestataire de soins dans un centre partenaire du projet MdM en RDC

se structurent donc autour de **4 modes d'intervention principaux** :

- ➔ [l'appui au système de santé](#) afin de renforcer l'accès et la qualité des soins en lien avec l'avortement selon les conditions prévues par la loi ;
- ➔ [l'intervention directe](#) où MdM met en place directement des services de soins complets d'avortement intégrés au sein d'une réponse de SSR et/ou de Soins de Santé Primaires y compris en dehors du cadre légal ;
- ➔ [le référencement](#) vers des services et acteurs fournissant des services de soins complets d'avortement qui est une réponse minimum dans les contextes où MdM ne veut pas ou ne peut pas développer des activités de prise en charge des GND et de SCA ;
- ➔ [l'approche de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions](#), via l'accès communautaire à une information complète sur les méthodes d'avortements médicamenteux et l'auto-administration du misoprostol. L'ensemble des modes opératoires et des prérequis indispensables est disponible en *Annexe 4*.

d) Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé pour les femmes, les couples et les communautés

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins liés à l'avortement sûr et contribue à diminuer la mortalité maternelle. En effet, le renforcement des connaissances

des femmes concernant leurs droits en santé sexuelle et reproductive leur permettra d'avoir plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes et filles aux soins.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [les femmes/adolescentes ainsi que les hommes/adolescents ont amélioré leurs connaissances](#) en matière de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées ;
- ➔ [les femmes connaissent leurs droits sexuels et reproductifs](#), notamment celui d'accéder à la planification familiale et à un avortement sûr ;
- ➔ dans les contextes où le cadre légal est restrictif et après analyse du contexte et validation institutionnelle, [des stratégies de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sont mises en place](#) : diffusion au niveau communautaire à destination des femmes souhaitant interrompre leur grossesse de messages concernant les risques des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et l'auto-administration du misoprostol comme pratique plus sûre.

e) Favoriser l'implication communautaire autour des

soins liés à l'avortement sûr

(axe renforcement de l'action communautaire)

Il peut être intéressant de **réfléchir les projets liés à l'avortement sûr avec les acteurs de la société civile afin d'avoir un impact plus important**. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté, de la société civile et du gouvernement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ [les leaders et autres personnes influentes des communautés](#) (associations de femmes, leaders communautaires et religieux, accoucheuses traditionnelles, guérisseur.euse.s traditionnel.le.s, etc.) [sont sensibilisés sur les DSSR](#), les services légaux d'avortement, et l'orientation des femmes et filles ;
- ➔ [des associations de la société civile se mobilisent](#) pour promouvoir les

droits sexuels et reproductifs des femmes et des couples ;

- ➔ dans les contextes où le cadre légal est restrictif et après analyse du contexte et validation institutionnelle, des stratégies de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions sont mises en place via la [création de réseaux](#) (de relais communautaires, de pharmaciens, de centres de santé, etc.) [favorisant l'accès à l'information concernant l'auto-administration du misoprostol et l'accès à du misoprostol de qualité](#), ainsi que les informations nécessaires en cas de complications liées à l'auto-avortement (où avoir accès à des SAA de qualité) et de conseil sur la contraception post-avortement.

« MdM met en place à Kinshasa un programme de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Il s'agit d'informer les femmes souhaitant accéder à un avortement sur l'auto-administration de misoprostol et sa disponibilité. Ici, les conséquences sanitaires des avortements à risque sont désastreuses. J'apprécie particulièrement ce projet pilote car il permet réellement de renforcer les capacités d'agir des femmes et de disposer de leur propre corps. Au-delà de la réduction des complications médicales, nous observons un réel impact chez les usagères du projet en matière de bien-être psychosocial. La mise en place d'un réseau de partenaires impliqués sur le projet (pharmaciens, relais communautaires, professionnel.le.s de santé) contribue également à faire évoluer les mentalités et les perceptions autour de la question de l'avortement ».

Dr Patrick Lunzayiladio Lusala, coordinateur médical, RDC



Chers parents, n'attendez pas que tout soit gâté ! Parlez de sexualité dès maintenant avec nous !

La contraception est un choix et c'est mon droit !

CHAPITRE 5

OFFRES DE SOINS TRANSVERSALES

I. PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. DÉFINITION
2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

II. VIOLENCES LIÉES AU GENRE

1. DÉFINITION
2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

III. PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION DES PRATIQUES TRADITIONNELLES NÉFASTES

1. DÉFINITION
2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

IV. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PARENT-ENFANT DU VIH

1. DÉFINITION
2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

V. FISTULES OBSTÉTRICALES

1. DÉFINITION
2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS
3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
4. MODALITÉS D'INTERVENTION

VI. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX ADOLESCENT.E.S ET AUX JEUNES

1. DÉFINITION
2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ
3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

VII. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX TRAVAILLEUR.EUSE.S DU SEXE

1. DÉFINITION
2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ
3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

VIII. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX MIGRANT.E.S

1. DÉFINITION
2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ
3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

IX. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX PERSONNES LGBTQ+

1. DÉFINITION
2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ
3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

I. PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. DÉFINITIONS

Dans le monde entier, **le cancer du col de l'utérus (CCU) est le second cancer par ordre d'importance chez les femmes**. C'est la principale cause de décès imputables au cancer chez les femmes dans les pays en développement. **Souvent marqueur d'inégalité d'accès aux soins, il frappe très inégalement.**

La persistance d'une infection par papillomavirus humain (HPV) est le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus¹. Le HPV constitue une condition préalable nécessaire au développement de lésions précancéreuses et du CCU. Le HPV est l'infection virale la plus courante de l'appareil reproducteur. La plupart des hommes et des femmes ayant une activité sexuelle seront infectés à un moment de leur vie et certains risquent de l'être à plusieurs reprises. **Extrêmement contagieux, le HPV se transmet essentiellement au cours des rapports sexuels.** Si la plupart des infections à HPV disparaissent d'elles-mêmes, une petite proportion

d'infections générées par certains types de HPV peut persister et évoluer vers des lésions précancéreuses puis si elles ne sont pas prises en charge vers un cancer. En absence de prise en charge, l'évolution entre l'infection au HPV vers des lésions précancéreuses puis des lésions cancéreuses se fait sur 15 à 20 ans. La quasi-totalité des cas de CCU sont attribuables à l'infection à HPV.

Pour autant, chaque année, **de nombreux décès pourraient être évités** via la mise en place d'activités de prévention primaire (notamment la vaccination) et la disponibilité de services de dépistage et de prise en charge des lésions précancéreuses intégrés aux autres services de SSR. En effet, des outils simples et peu coûteux de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses existent.

2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Ce tableau récapitule les différentes activités concernant la prévention du CCU à mener au long du continuum de soins :

ACTIVITÉS LIÉES À LA PRÉVENTION CCU DANS LE CONTINUUM DE SOIN	ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE	SOINS PRÉNATAUX	SOINS OBSTÉTRICAUX	SOINS POSTNATAUX	SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	SOINS POST-AVORTEMENT
Messages d'information concernant le cancer du col de l'utérus, la prévention primaire, le dépistage pré-coce, les services existants, les traitements	X	X	X	X	X	X
Dépistage des lésions précancéreuses selon l'algorithme de dépistage de MdM ou les recommandations nationales		X (a)	Jusqu'à 20 SA	X (b)	X	X (c)
Traitement des lésions précancéreuses selon le protocole de MdM ou les recommandations nationales (cryothérapie / thermocoagulation / RAD)			Jusqu'à 20 SA	X (b)	X	X (c)
Suivi des pertues de vue à la suite du dépistage		X	X	X	X	X
Système de référencement pour la prise en charge des cas de cancer		X		X	X	X

(a) Uniquement au 1^{er} trimestre de la grossesse (b) Au minimum 6 semaines après l'accouchement
(c) Au minimum 2 semaines après l'avortement

Le CCU est le cancer féminin le plus fréquent dans 45 pays. Ces pays sont majoritairement situés en Afrique subsaharienne, en Asie et pour certains, en Amérique centrale.

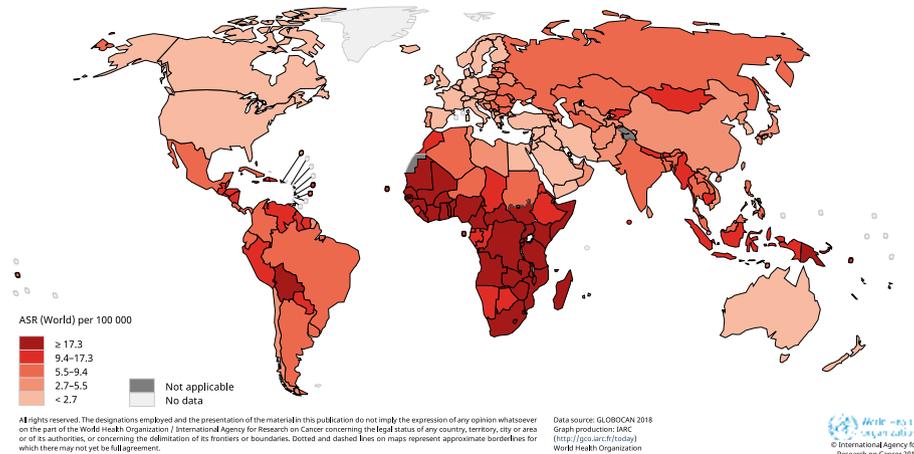
On constate de **très fortes disparités entre les femmes vivant dans les pays à revenu élevé et celles vivant dans**

les pays à faible revenu. En 2018, le nombre de nouveaux cas estimés était de 570 000 dans les régions les moins développées soit 84% des cas au niveau mondial. On a dénombré la même année 311 000 décès consécutifs à un CCU ; 85% de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible ou intermédiaire².

1. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide.* J Pathol. sept 1999;189(1):129

2. OMS, *Papillomavirus humain et cancer du col de l'utérus : Principaux faits*, 2019

CARTE 1 : INCIDENCE DE LA MORTALITÉ PAR CCU AU NIVEAU MONDIAL, OMS 2018



La principale raison des disparités constatées est l'absence relative de programme national efficace de dépistage dans les pays les plus touchés. Le CCU est alors très souvent diagnostiqué tardivement, ne permettant pas un traitement efficace. Dans les pays à revenu élevé, l'incidence et le taux de mortalité du CCU ont fortement diminué au cours des trente dernières années grâce à des programmes de prévention (vaccination anti HPV, dépistage, diagnostic et traitement précoce des cancers). **D'après l'OMS, le CCU tuera à partir de 2030 plus de 443 000 femmes par an dans le monde. Plus de 98% de ces décès surviendront dans les pays en développement, parmi lesquels 90% en Afrique subsaharienne.**

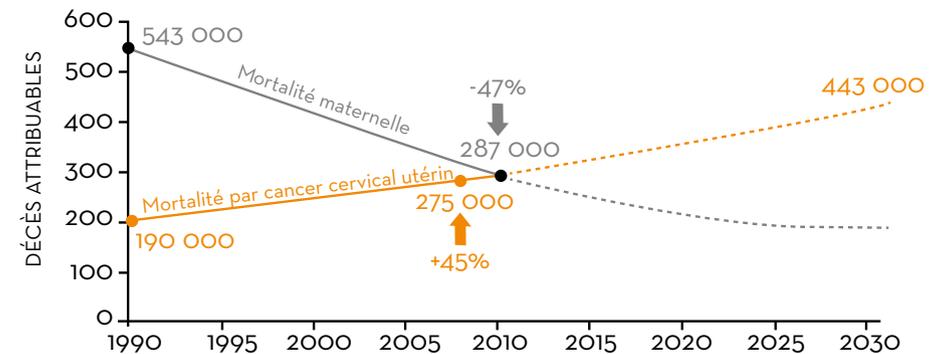
b) Papillomavirus et facteurs de risque

Les types de HPV sont nombreux

et ne posent pas tous de problème. Les infections à HPV disparaissent généralement sans aucune intervention en l'espace de quelques mois et environ 90% dans les deux ans qui suivent la date à laquelle elles ont été contractées. Une faible proportion d'infections générées par des types de HPV à haut risque oncogène (HPV HR, principalement 16 et 18) peuvent persister et évoluer vers un cancer. Les types de HPV non oncogènes (en particulier 6 et 11) peuvent quant à eux provoquer des condylomes acuminés et une papillomatose respiratoire (maladie au cours de laquelle se développent des tumeurs dans les voies respiratoires conduisant du nez et de la bouche aux poumons). Les condylomes acuminés sont très courants et hautement contagieux.

Ainsi, on distingue les HPV à haut risque oncogène et les HPV à bas risque. A noter, que les HPV à faible

FIGURE 3 : ESTIMATION MONDIALE DU NOMBRE DE DÉCÈS IMPUTABLES AU CCU D'ICI À 2030, OMS



risque oncogène peuvent coexister avec ceux à haut risque oncogène.

La transmission directe du HPV se fait essentiellement par contact sexuel, même sans pénétration. Le contact peau à peau des organes sexuels peut suffire à contaminer le partenaire. Le risque de contamination est maximal au début de l'activité sexuelle chez l'homme ou la femme. Du fait de sa grande résistance aux conditions environnementales, le HPV peut également se transmettre de façon

indirecte par l'intermédiaire de l'eau, du linge, d'objets...

Le HPV est donc responsable d'infections le plus souvent bénignes et asymptomatiques. Selon le type de virus, les lésions associées sont diverses : condylomes, verrues cutanées, papillomatose orale ou cancers du col de l'utérus, anal, vaginal ou de la vulve pour les types à haut risque oncogène. Le virus peut provoquer des lésions qui apparaissent quelques mois après

TABLEAU 9 : TYPES DE LÉSIONS ET HPV ASSOCIÉS

LÉSIONS	TYPE DE HPV ASSOCIÉS
Verrues cutanées	1, 2, 3, 7, 63, 26, 27...
Condylomes acuminés	6, 11, 16, 51...
Néoplasies cervicales intra-épithéliales, cancer du col, cancer anogénitaux	16, 18, 31, 45, 33, 68 ...
Papillomatose orale, papillomatose laryngée récurrente	6, 11
Carcinome laryngé	16, 18

contamination mais dans certains cas, les manifestations peuvent survenir des mois voire des années après. On parle de phase de latence, le virus est présent mais sommeille.

Si l'infection par HPV HR est nécessaire à la survenue du CCU, elle n'est pas suffisante. Plusieurs cofacteurs sont connus à ce jour³. Des facteurs exogènes :

- ➔ le risque de développer un CCU augmenterait avec le **nombre de partenaires sexuels** ;
- ➔ **l'âge précoce du premier rapport** jouerait également un rôle. Cependant, il est probable qu'il y ait un lien entre l'âge précoce et le nombre élevé de partenaires ;
- ➔ **le tabac** par son action cocarcinogène et son effet immunosuppresseur ;
- ➔ **la multiparité** expose une zone de l'exocol qui facilite l'infection par HPV ;
- ➔ un lien a été démontré entre la survenue du CCU et les **co-infections par une autre IST**, en particulier l'herpès (HSV-2), Chlamydia trachomatis et le VIH.

Pour ce qui est du VIH, il a été démontré que les femmes vivant avec le VIH ont plus de risque de présenter une infection HPV et un cancer du col de l'utérus. De plus, le cancer du col de l'utérus progresse plus rapidement chez les femmes avec le VIH. Par conséquent, le dépistage chez les femmes VIH+ doit être plus fréquent et démarrer dès le début de la vie sexuelle, quel que soit l'âge.

Il existe également des **cofacteurs viraux**. L'infection par un HPV HR est indispensable, mais il faut savoir que le potentiel oncogène diffère selon les génotypes : les HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 et 58 sont les plus souvent retrouvés dans les cas de cancer cervical ou ses précurseurs. Le génotype HPV 16 est un facteur majeur d'évolution vers la cancérisation.

Enfin certains **cofacteurs sont liés à l'hôte**. Les hormones endogènes (nombre de grossesses, statut ménopausique), les facteurs génétiques et les capacités de réponse immunitaire propres à l'individu (déficits immunitaires constitutionnels) jouent un rôle dans la carcinogénèse⁴.

Les symptômes liés à des lésions précancéreuses à un stade avancé se manifestent par :

- ➔ **des saignements vaginaux anormaux** en dehors des règles ou lors des rapports sexuels ;
- ➔ **des douleurs dorsales**, dans les jambes ou au niveau du bassin ;
- ➔ **une perte d'appétit et/ou perte de poids** ;
- ➔ **une fatigue** importante.

Pour davantage d'informations concernant la physiopathologie du cancer du col de l'utérus : voir *Manuel du participant - Formation Prévention du Cancer du Col de l'Utérus, MdM, 2019*

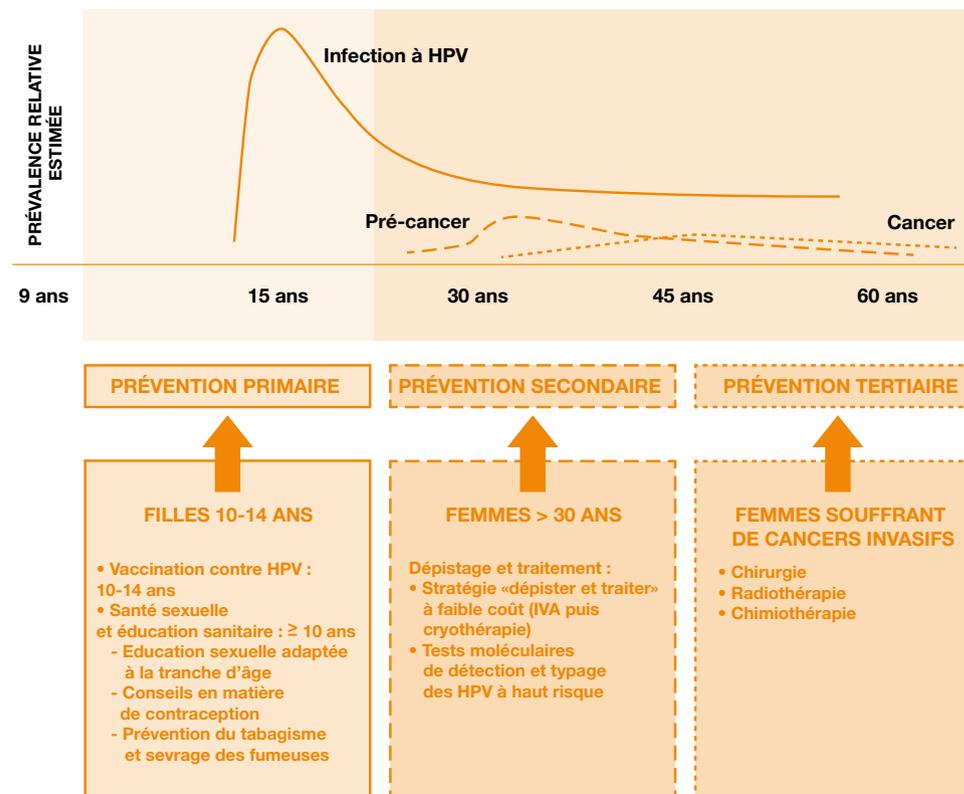
c) Modalités de prévention

La prévention primaire (vaccination), et secondaire (la détection des lésions précancéreuses, suivie d'un traitement approprié quand cela est nécessaire), constituent les approches élémentaires pour prévenir les 530 000 nouveaux cas de CCU diagnostiqués chaque année. L'OMS a d'ailleurs récemment reconnu l'importance de s'engager dans la prévention et le dépistage du

CCU. Certains pays commencent à intégrer cette problématique dans les plans de santé nationaux. Néanmoins, les moyens manquent pour la mise en œuvre effective des recommandations, et l'accès des femmes à des moyens simples et efficaces pour prévenir cette pathologie reste insuffisant.

Les différentes modalités de prévention sont présentées sur la figure suivante :

FIGURE 4 : PRÉVENTION DU CCU (SOURCE OMS)



3. Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Vaccine. août 2006;24: S110.

4. Faridi R, Zahra A, Khan K, Idrees M. Oncogenic potential of Human Papillomavirus (HPV) and its relation with cervical cancer. Virol J. 2011 ;8(6):18.

Prévention primaire : l'objectif de santé publique est de **réduire les infections par le HPV**.

Les interventions clés sont :

- ➔ la vaccination : l'OMS recommande d'administrer de manière systématique le vaccin contre le HPV aux jeunes filles de 9 à 14 ans, car dans la plupart des pays elles n'ont pas encore commencé à avoir une activité sexuelle. La tranche d'âge doit être adaptée au niveau du pays, d'après les informations dont on dispose sur l'activité sexuelle chez les jeunes. Il existe aujourd'hui, deux types de vaccin : un vaccin quadrivalent qui couvre aussi les verrues génitales (6, 11, 16, 18) et un vaccin bivalent (16, 18). A noter que certains pays ont commencé à intégrer la vaccination des garçons ; en effet, la vaccination prévient les cancers génitaux pour les deux sexes et deux des vaccins disponibles empêchent aussi le développement de condylomes génitaux chez les hommes et les femmes. Aujourd'hui, l'OMS recommande de vacciner les jeunes filles entre 9 et 14 ans, car c'est la mesure de santé publique la plus rentable pour lutter contre le cancer du col de l'utérus.
- ➔ l'intégration d'informations concernant la vaccination et l'utilisation du préservatif au sein d'activités d'éducation sexuelle complète ;
- ➔ la promotion de l'utilisation du préservatif.

Prévention secondaire : l'objectif de santé publique est de **diminuer la prévalence et l'incidence du CCU ainsi que la mortalité associée**, en faisant en sorte que les lésions précancéreuses n'évoluent pas vers un cancer invasif.

Les interventions clés sont :

- ➔ l'information sur l'importance et les modalités du dépistage ;
- ➔ le dépistage, qui correspond à l'utilisation systématique d'un test pour déceler les anomalies du col de l'utérus dans une population asymptomatique de manière organisée ou opportuniste (à l'occasion d'un contact avec le système de santé pour un autre motif). Les modalités de dépistage varient selon les recommandations nationales et les ressources disponibles : frottis cervico-vaginale et cytologie en milieu liquide, inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et/ou test de détection du HPV (pour lequel l'auto-prélèvement par la patiente est possible) permettant de rechercher les types à haut risque.
- ➔ le traitement des lésions précancéreuses dont les modalités varieront également selon les recommandations nationales et les ressources disponibles : résection à l'anse diadermique (RAD), cryothérapie ou thermocoagulation.

Lorsque cela est possible le « **Dépistage, triage et traitement / Screen, triage and treat** » est recommandé. Il s'agit d'utiliser un test de dépistage donnant des résultats immédiats (méthodes visuelles, IVA, par exemple) suivi d'un traitement « sur le champ » (par exemple par cryothérapie) des lésions détectées, sans autre test supplémentaire, sauf si l'on suspecte la présence d'un cancer. La détection et le traitement précoce des lésions précancéreuses permettent de prévenir la majorité des cancers du col.

Prévention tertiaire : l'objectif de santé publique est de **diminuer le nombre de décès dus au CCU**.

Les interventions clés sont :

- ➔ la mise en place de mécanismes d'orientation des patientes vers les structures adaptées. Ce réseau d'orientation peut varier d'un pays à l'autre en fonction des ressources et de l'organisation du système de santé ;
- ➔ le diagnostic précis et en temps opportun du CCU ;
- ➔ le traitement approprié à chaque stade en fonction du diagnostic. Dans les pays qui ne disposent pas des moyens pour traiter ce type de cancer, il est utile de connaître les accords intergouvernementaux d'orientation vers des pays voisins et d'en tirer parti.

d) Approche communautaire et messages de sensibilisation

L'un des objectifs de l'approche communautaire est de **maximiser la couverture et l'utilisation des services de lutte contre le cancer du col**. Il faut pour cela diffuser les messages correspondants de prévention du CCU aux groupes prioritaires :

- ➔ les femmes et les hommes adultes ;
- ➔ les jeunes et les adolescent.e.s filles et garçons (notamment en matière de prévention primaire) ;
- ➔ certains groupes vulnérables ou à risque : femmes vivant avec le VIH, les travailleuses du sexe, les migrantes et autres groupes marginalisés sans stigmatiser ;
- ➔ les leaders communautaires ;
- ➔ les organisations de la société civile à base communautaire.



Les **messages clés** à diffuser à l'aide de différents outils (brochures, jeux de rôle, radio, réseaux sociaux, etc.) sont les suivants :

- ➔ le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable ;
- ➔ il existe des tests qui permettent de détecter de manière précoce tout changement au niveau du col qui pourrait progresser vers un cancer s'il n'est pas traité ;
- ➔ il existe des traitements sûrs et efficaces pour ces changements précoces ;
- ➔ toutes les femmes âgées de 25 à 55 ans doivent être dépistées au moins une fois pour le cancer du col de l'utérus ;
- ➔ il existe un vaccin destiné aux filles (et garçons) qui permet de prévenir le cancer du col de l'utérus.

Un diagnostic socioculturel et de genre pour tâcher de comprendre les différentes barrières d'accès au dépistage et au traitement ainsi que les représentations autour du CCU, sera un préalable important à la mise en place d'activités à base communautaire adaptées.

e) Dépistage des lésions précancéreuses

L'OMS recommande les stratégies qui permettent la **prise en charge des femmes avec le moins de délai et de pertes de vue possibles** et donc l'utilisation de méthodes de **dépistage rapides**, permettant le rendu des résultats et le traitement des femmes dans une seule et unique visite. On parle alors de :

- ➔ « screen, triage and treat » : une à

deux visites, avec une méthode de dépistage (par exemple test HPV) et un examen de triage (IVA) qui permet un résultat immédiat et un traitement immédiat si nécessaire ;

➔ « **screen and treat** » : en une visite, avec une méthode de dépistage, permettant le rendu des résultats rapides (test IVA) et un traitement si nécessaire ;

➔ « **sequential testing** » : faire un premier dépistage, si positif un deuxième test de confirmation, et puis, si nécessaire, traiter. Les deux tests peuvent être réalisés au cours d'une seule visite ou deux visites séquentielles (par exemple test HPV + IVA).

La sélection de l'algorithme repose sur les 4 éléments suivants :

➔ **La définition de la population cible du programme** : l'OMS préconise de dépister les femmes de 30 à 49 ans, cette tranche d'âge peut être élargie en fonction de la prévalence liée à l'âge et de l'espérance de vie.

En effet, les infections à HPV HR sont très fréquentes chez les jeunes filles, mais la plupart de ces infections sont transitoires : elles sont éliminées spontanément. Seul un très faible pourcentage des infections HPV qui persistent pendant plusieurs années sera responsable d'un CCU. Toutefois, le dépistage pourra être proposé à des patientes plus jeunes ou plus âgées, selon leur risque de développer des lésions précancéreuses. Chez les patientes VIH+, le dépistage devra être proposé aux femmes et filles sexuellement actives dès lors que leur séropositivité est connue et ce quel

que soit leur âge. La population cible se définit en accord avec le plan national du pays.

➔ **Le choix du test de dépistage** : l'OMS recommande l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et / ou la recherche de HPV HR.

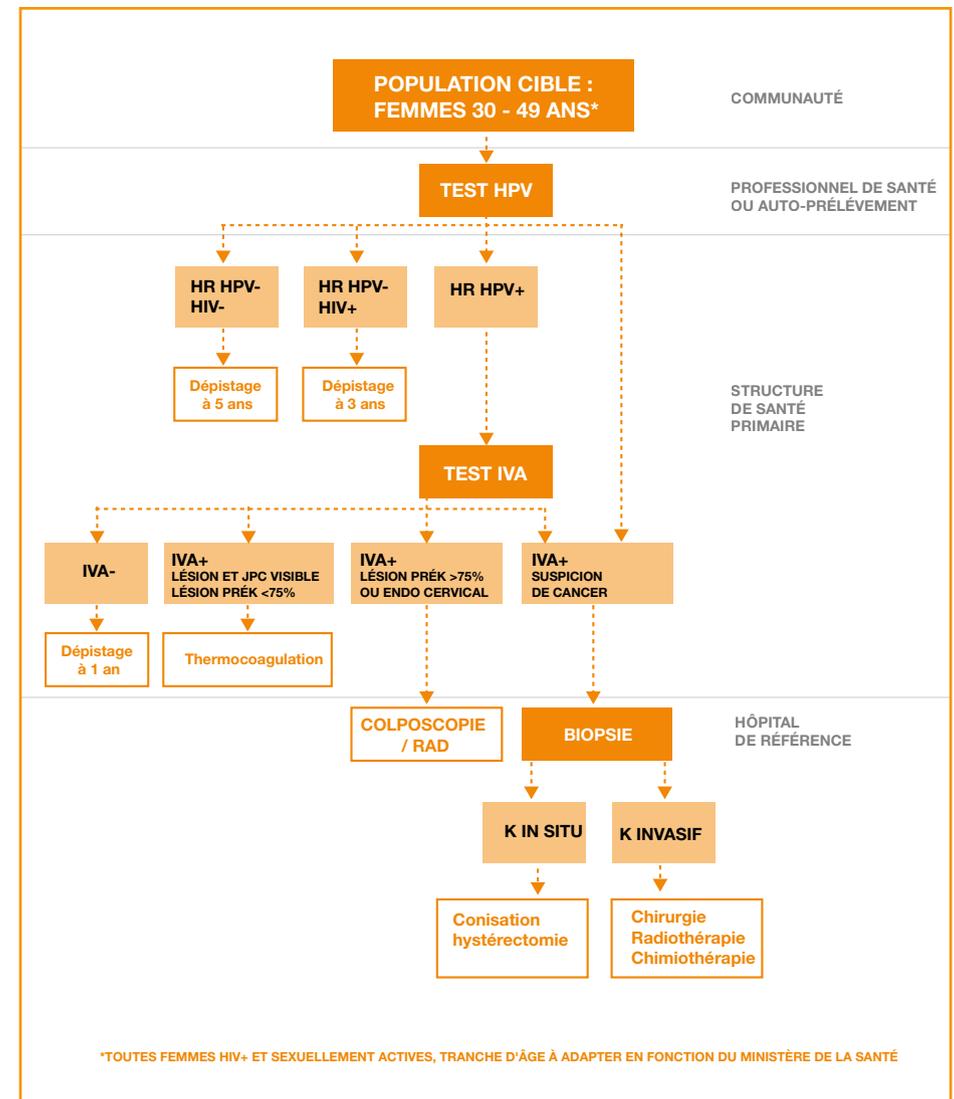
Cette méthode de choix est préconisée par l'OMS dans les pays à moyens revenus lorsque cela est économiquement envisageable, en complément ou en substitution des méthodes de visualisation directe. Le Test HPV HR va révéler la présence ou non d'un HPV HR, alors que l'IVA révélera la présence de lésions. Ainsi, l'OMS propose un triage des patientes HPV+ par un dépistage via une IVA : seules les patientes positives à la fois au test PVH HR et à l'IVA bénéficieront d'un traitement, alors que les patientes HPV HR+ mais négatives à l'inspection visuelle (IVA-) seront re-testées au bout d'un an.

➔ **La définition des modalités du dépistage** : la réflexion sur les modalités de dépistage du CCU s'articule autour de 2 axes, étroitement liés au choix du test de dépistage : l'utilisation d'auto-prélèvements en cas de dépistage par recherche HPV HR et la possibilité de mettre au point un programme de « screen, triage and treat ».

➔ **La définition de l'intervalle entre les dépistages** : selon le profil de la patiente (VIH+ ou non) et le résultat du dépistage précédent.

Dans plusieurs contextes, MdM a mis en place l'algorithme de dépistage et de traitement suivant :

SCHÉMA 7 : ALGORITHME DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT DÉVELOPPÉ AU SEIN DES PROJETS DE MDM AU BURKINA FASO ET EN CÔTE D'IVOIRE (2018)



Cet algorithme est susceptible de changer en fonction de l'actualisation des connaissances.

Dans le cadre de cet algorithme, les différentes étapes du dépistage sont les suivantes :

➔ **counseling pré-test** ;

➔ **test HPV HR** après prélèvement à l'aide d'un spéculum par un.e professionnel.le de santé ou via un auto-prélèvement vaginal réalisé par la patiente ;

➔ **conditionnement de l'échantillon** s'il n'est pas lu sur place et acheminement vers le laboratoire ;

➔ **réalisation de la PCR⁵** via un appareil GenExpert® ou CareHPV®. Ces appareils peuvent être disponibles au niveau de la structure de santé elle-même ou dans un laboratoire de référence ;

➔ **rendu du résultat** (négatif = faible risque de développer un CCU dans les 5 prochaines années, positif = nécessité d'effectuer une IVA, rassurer qu'un HPV+ signifie la présence d'un HPV mais pas nécessairement celle de lésions précancéreuses) ;

➔ **réalisation d'une IVA** en cas de test HPV+ ;

➔ **counseling post-test et information** sur le traitement en cas de résultat positif HPV+ IVA+.

Pour davantage d'informations concernant les modalités de dépistage : voir *Manuel du participant - Formation Prévention du Cancer du col de l'utérus, MdM, 2019*.

f) Traitement des lésions précancéreuses et suivi

La **détection précoce** par un dépistage ciblé, suivie par un **traitement des**

lésions précancéreuses qui ont été détectées **permet de prévenir la majorité des cas de CCU**. Dans le cadre de l'algorithme proposé par MdM (test HPV + triage à l'IVA), le traitement repose sur la positivité de l'IVA.

Les techniques recommandées par l'OMS pour le traitement des lésions précancéreuses sont présentées dans le tableau ci-contre.

Le choix de la technique de traitement dépendra du type de lésion, des recommandations nationales, des contraintes logistiques et du personnel disponible. Il convient dans tous les cas de dispenser une information complète avant et après l'intervention incluant les recommandations post-opératoires, les modalités de suivi mais aussi la mise en relation de la patiente avec d'autres services de SSR selon ses besoins.

g) Traitement des lésions cancéreuses et référencement

Un CCU correspond au **développement de cellules anormales dans le col de l'utérus, caractérisées par un pouvoir de prolifération anarchique**. Les principaux facteurs de risques sont le jeune âge au premier rapport, le nombre important de partenaires sexuels, le tabagisme et le déficit immunitaire (transplantation rénale ou séropositivité VIH).

Il est possible que le CCU ne cause aucun signe ni symptôme aux tous premiers stades de la maladie. En effet, le cancer est une maladie insidieuse, qui peut être silencieuse. Les symptômes

TABLEAU 9 : TECHNIQUES DE TRAITEMENTS DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES (issues du Manuel du participant : formation prévention du cancer du col de l'utérus - MdM)

	INDICATION	PROCÉDURE	AVANTAGES	LIMITES
CRYOTHÉRAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion visible • Couvrant moins de 75% • Lésion ne s'étend pas sur une surface plus grande que la sonde • JPC (jonction pavimento-cylindrique) visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutes de procédure • Sans anesthésie • Positionnement de la sonde au niveau du col • Application du gaz 2 fois pendant 3 minutes avec une pause de 5 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu chère • Rapide (15') • Pas de nécessité d'utiliser l'électricité 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de succès moindre avec les grandes lésions • Pas de confirmation histologique • Approvisionnement peu fiable (nécessite azote liquide ou neige carbonique)
THERMOCOAGULATION	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion visible • Couvrant moins de 75% • Lésion ne s'étend pas sur une surface plus grande que la sonde • JPC visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 minutes de procédure • Sans anesthésie • Positionnement de la sonde au niveau du col • Application de la sonde à 100°C sur la zone pendant 1 minute 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu chère car pas de besoin de consommable (gaz) • Rapide (2') • Équipement simple • Procédure facile • Peu de complications 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de succès moindre avec les grandes lésions • Pas de confirmation histologique
RAD	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions de plus 75% • Lésion dans l'endocol • JPC non visible 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 minutes sans compter l'anesthésie • Anesthésie (locale, locorégionale ou générale) • Réalisation à l'aide d'un bistouri 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une biopsie possible • Peu d'effets secondaires et de complications 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie • Équipement cher • Nécessité de plateau technique
CONISATION À FROID	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions de plus 75% • Lésion dans l'endocol • JPC non visible 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie (locale, locorégionale ou générale) • Réalisation à l'aide d'une anse diathermique d'une résection partielle du CU • Hémostase à la boule électro coagulante 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une biopsie possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie • Équipement cher • Nécessité de plateau technique

5. Polymerase Chain Reaction

apparaissent souvent une fois que la tumeur s'est développée dans les tissus et organes voisins. Les symptômes précoces consistent en des pertes vaginales anormales, des traces de sang ou des saignements irréguliers. Les symptômes tardifs sont divers et peuvent correspondre à une perte de poids, des signes urinaires, des œdèmes, des difficultés respiratoires, etc. D'autres affections médicales peuvent causer les mêmes symptômes que le cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi il est nécessaire d'**orienter les patientes dans un centre de référence afin de réaliser une biopsie permettant un diagnostic**. Les examens de diagnostic les plus souvent réalisés sont la biopsie, qui est indispensable pour affirmer le diagnostic, et le curetage endocervical. Des **systèmes de référencement clairs** doivent être développés en amont de la mise en œuvre des activités selon les acteurs et services disponibles dans le pays.

L'annonce d'une suspicion d'un cancer est un moment difficile pour toutes les patientes. **Parce qu'une information mieux vécue et comprise facilite l'adhésion de la patiente au parcours de soins qui lui est proposé, l'annonce du diagnostic doit permettre à la patiente de bénéficier d'un temps d'information et d'explication des étapes suivantes**. Il est important que ces informations soient adaptées, et compréhensibles et que la patiente reçoive les coordonnées de structures ou d'associations, afin qu'elle puisse y trouver le soutien nécessaire au moment où elle en aura besoin. Il s'agit de fournir à chacune une information

compréhensible et un counseling personnalisé afin que chaque femme puisse prendre ses propres décisions en toute connaissance de cause.

Le traitement du CCU comprend la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, lesquelles peuvent être utilisées en association, avec ou sans chimiothérapie. Les traitements proposés dépendront du stade de la maladie et des ressources disponibles dans le pays et /ou la région. Ces traitements ne seront pas détaillés ici. Pour davantage d'informations : voir *Manuel du participant - Formation Prévention du Cancer du col de l'utérus, MdM, 2019*.

MdM n'est pas spécialisé dans les traitements des cas de cancer, il est dès lors important de pouvoir établir des partenariats forts et des mécanismes de coordination avec les acteurs et services compétents. Un soutien matériel aux services existants, ainsi que la mise à disposition de fonds d'urgence pour faciliter la prise en charge des patientes pourront être envisagés.

La survie varie selon le stade du cancer du col de l'utérus. En général, plus on diagnostique et on traite le cancer du col de l'utérus à un stade précoce, meilleur est le pronostic. Le pronostic repose sur de nombreux facteurs dont ceux-ci : les antécédents médicaux, le type de cancer, le stade du cancer, les traitements choisis et comment le cancer réagit au traitement.

h) Prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie

Pour les cas de cancers avancés qui ne pourront être traités ou en cas d'échec de traitement, il est important que les patientes et leur entourage puissent être accompagnés. Pour cela, il est indispensable de développer des mécanismes de coordination entre les différents acteurs impliqués : acteurs communautaires et de la société civile, services de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Il s'agit alors que les éléments suivants puissent être assurés :

- ➔ prise en charge de la douleur via l'administration d'antalgiques adaptés, la prise en charge des symptômes pénibles, l'amélioration de l'hygiène alimentaire et potentiellement des méthodes de médecines alternatives notamment des pratiques traditionnelles en complément des antalgiques ;
- ➔ éducation thérapeutique ;
- ➔ soutien psychosocial de la patiente et son entourage ;
- ➔ système de soutien aux familles.

Si MdM n'est pas spécialisé dans l'accompagnement de la fin de vie, ni ne peut assurer à elle seule l'ensemble de ces éléments, il convient ici encore de mettre en place des partenariats et de se rapprocher d'acteurs légitimes sur ces questions. Un diagnostic socioculturel pour tâcher de comprendre les différentes représentations autour de la fin de vie et les acteurs impliqués au niveau

communautaire peut être un préalable intéressant à la mise en place de ce type de partenariat.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que la prévention du CCU soit réalisée en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁶ » de MdM.*

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales concernant la prévention du CCU

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

La prévention, le dépistage, le traitement des lésions précancéreuses et la prise en charge des cas de cancers

devraient être intégrés dans les politiques nationales de santé sexuelle et reproductive. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques à une attention particulière sur ce problème de santé publique. Ces actions peuvent se faire via un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou par des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action national pour la prévention du CCU sont encouragées par Mdm ;
- ➔ les protocoles nationaux sur la prévention du CCU sont harmonisés et diffusés ;
- ➔ le dépistage du CCU est intégré au continuum de soins en SSR ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage, la prise en charge des lésions précancéreuses et l'orientation des cas de cancers

(axe réorientation des services de santé)

Une attention particulière doit être portée tout au long du continuum de soins afin de sensibiliser les personnes concernant le CCU. Les services de santé sexuelle et reproductive sont une porte d'entrée privilégiée pour le dépistage du CCU :

- ➔ le personnel soignant des services

de santé sexuelle et reproductive est formé à la sensibilisation sur la question du CCU, au dépistage, au traitement des lésions précancéreuses et à l'orientation des suspicions de cancer ;

- ➔ les structures sanitaires sont équipées pour permettre la mise en œuvre d'activités de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses ;
- ➔ la coordination est encouragée entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des cas de cancer et l'accompagnement de fin de vie.

c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de CCU

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de droit et de santé permet de renforcer l'accès à l'information, au dépistage et à la prise en charge. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules destinataires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les adolescents, les hommes, les familles et les communautés soient également impliqués.

- ➔ la question du CCU et de la prévention primaire est intégrée à des programmes d'éducation sexuelle complète à destination des adolescent.e.s et des jeunes ;
- ➔ les individus connaissent les méthodes de prévention du HPV et l'importance du dépistage du CCU et de la prise en charge précoce des lésions précancéreuses, ainsi que les services disponibles.

d) Favoriser l'implication communautaire autour de la question du CCU

(axe renforcement de l'action communautaire)

L'engagement de la société civile et des communautés est essentiel dans la lutte contre le CCU. Il est donc primordial que la communauté participe aux programmes de prévention et prise en charge :

- ➔ un diagnostic socioculturel et de genre permet de mieux appréhender

les représentations autour de la SSR, du CCU et de la fin de vie ;

- ➔ les personnes clés de la communauté (agents de santé communautaires, leaders, accoucheuses traditionnelles, associations de femmes) sont sensibilisées sur la prévention du CCU ;
- ➔ les hommes sont impliqués sur la question de la prévention du CCU ;
- ➔ des acteurs communautaires impliqués dans l'accompagnement de fin de vie sont identifiés et renforcés.

« Au Burkina Faso le cancer du col de l'utérus est le premier cancer mortel de la femme avec 2600 décès évitables par an. Pour contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à ce cancer, Mdm renforce les capacités du district sanitaire de Baskuy aux dépistages et à la prise en charge des lésions précancéreuses. Ainsi, plusieurs formations des agents de santé ont été faites pour améliorer leur compétence dans le counseling, le prélèvement vaginal et l'analyse de l'échantillon à la technique du Polymerase Chain Reaction (PCR) grâce aux GeneXpert, à l'inspection visuelle des lésions précancéreuses à l'acide acétique et à la prise en charge par la thermocoagulation. La mise en œuvre de ce projet va permettre de détecter assez précocement et de prendre en charge les lésions précancéreuses du col de l'utérus afin d'éviter leur évolution vers le cancer invasif ».

Dr Claude Linda Traoré, cheffe de projet CCU, Burkina Faso

« Au Burkina Faso, Mdm débute une activité de dépistage du cancer du col de l'utérus basée sur le test HPV par auto-prélèvement. Cette technique s'est avérée efficace dans des essais cliniques d'envergure mais aucune étude n'a été menée sur la mise en œuvre de cette stratégie en cas de ressources limitées. L'intérêt d'une étude mixte associée à ce projet est de permettre de fournir des données exhaustives sur cette mise en place. L'analyse épidémiologique permettra de quantifier les femmes allant au bout du dépistage ainsi que les déterminants associés au dépistage. Le volet anthropologique permettra de renforcer la compréhension des phénomènes associés au dépistage (participation, complétude, expérience). L'ensemble de l'étude fournira des données probantes pour développer une stratégie adaptée au contexte ».

Keitly Mensag, doctorante au Centre Population et Développement

« Le Centre d'Accueil, d'Orientation et d'Accompagnement de MdM à Paris accueille une grande majorité de personnes en situation irrégulière sur le territoire, après un parcours d'exil souvent difficile. Les questions relatives à la SSR sont rarement ce qui motive leur consultation au CAO. Néanmoins, notre équipe profite de leur présence pour aborder ces sujets, parfois tabous, mais toujours au cœur de leurs préoccupations intimes. Cette activité de prévention en SSR a vu le jour lors de la participation du CAO à la recherche Inca portée par MdM en France sur le dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes précaires. Cette étude a montré l'intérêt des femmes à se faire dépister en facilitant leur accès à des consultations dédiées avec interprétariat mais également en leur proposant des auto-prélèvements de test HPV. Ces auto-prélèvements, qui ne sont pas encore présents en France hormis dans le cadre de projets pilotes, permettent de lever certaines barrières aux dépistages et s'avèrent être un outil facilitant l'accès aux soins. Formation, outils et partenariats ont été mis en place pour permettre aux femmes, au-delà du dépistage, de bénéficier d'une prise en charge globale en SSR. A l'issue de cette recherche et au vu de l'intérêt manifeste des patientes pour ces entretiens, nous avons décidé de maintenir cette activité qui accueille entre 5 et 10 femmes par semaine. Nous étudions la faisabilité d'étendre cette proposition d'entretiens en SSR aux hommes ».

Aline Merabtène, coordinatrice du programme CAO, Paris, France

II. VIOLENCES LIÉES AU GENRE

1. DÉFINITIONS

Selon l'OMS, la violence est définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations⁷ ».

Les violences liées au genre (VLG) peuvent se définir comme « tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne et qui s'appuie sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes »⁸ 9.

Tel que cela apparaît dans la Déclaration issue de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing de 1995, « la violence liée au genre est un reflet des inégalités historiques entre les genres, et notamment entre les hommes et les femmes, et a comme

racines les croyances et comportements culturels qui alimentent et perpétuent ces inégalités ». Le terme violence liée au genre a été initialement utilisé pour parler de violence faite aux femmes et aux filles. Actuellement, le terme a évolué et fait référence à tout acte de violence infligé à une personne en raison de son sexe et de la place que la société donne à son sexe/ genre. **Les hommes et les garçons peuvent donc aussi subir des violences liées au genre, notamment des violences sexuelles.** Néanmoins, **les femmes et les filles continuent à être les plus exposées à ce type de violence.** Les violences liées au genre sont une violation des droits humains et un problème de santé public, tel que reconnu par l'OMS¹⁰. Elles peuvent se manifester différemment selon le contexte socioculturel et historique dans lequel elles se produisent, l'âge, la classe sociale, la race, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et la situation de santé (en incluant l'existence ou non d'un handicap) des personnes qui les subissent.

7. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, 2002.

8. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

9. FNUAP, *Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence : Guide d'accompagnement à la formation en ligne*

10. OMS, *Violence à l'encontre des femmes : un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique*, Communiqué de Presse, 2013

Typologie de la violence

La violence peut être classée de différentes façons et notamment selon :

- ➔ la nature de l'agression : violences physiques, sexuelles, morales et psychologiques, économiques et sociales
- ➔ le lien entre la victime et l'agresseur : violence par le partenaire intime, violence intrafamiliale civile ou communautaire, étatique ou institutionnelle.

MdM propose la classification suivante qui combine la définition de l'UNFPA et la classification développée par le groupe interorganisations sur la SSR dans les situations de crise¹¹ :

- ➔ violence sexuelle, y compris le viol, les abus sexuels, l'exploitation sexuelle, le harcèlement sexuel et le travail du sexe forcé ;
- ➔ violence physique (coups, brûlures, morsures, tentative d'homicide, féminicide, etc) ;
- ➔ violence psychologique (insultes, chantage, harcèlement, rejet, etc) ;
- ➔ mariage précoce ou forcé et pratiques traditionnelles néfastes ;
- ➔ traite des êtres humains y compris le trafic sexuel et la traite des enfants ;
- ➔ déni de ressources et manque de perspectives sur la base du genre, l'orientation sexuelle et / ou l'identité de genre ;
- ➔ actes dommageables en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre (qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, économique, social, etc).

Les termes de victime et de survivant / survivante sont souvent utilisés de façon interchangeable et sont employés pour désigner les personnes ayant subi ou subissant des VLG. **Au terme de victime, MdM préfère le terme de survivant.e, une victime de violence devenant une survivante lorsque celui-ci/celle-ci cesse de subir ce préjudice.** Le terme de survivante est ainsi utilisé pour **souligner la force de la personne** et non seulement l'inscrire dans un processus de victimisation. Il implique donc la notion de résilience. Cependant, le processus de reconstruction n'étant pas linéaire, une personne ayant subi des VLG peut se sentir survivante à certains moments, mais victime à d'autres.

2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Les VLG peuvent entraîner des conséquences délétères sur la santé sexuelle et reproductive telles que les IST et le VIH/sida, les grossesses non désirées ou précoces, les avortements à risque, les fistules, les mutilations génitales et leurs conséquences, l'atteinte de la personne dans son intégrité... **La prise en compte de la problématique des VLG fait partie intégrante de la SSR, par conséquent tous les projets incluant des composantes SSR devraient inclure une sensibilisation sur cette question.**

L'intégration de la thématique VLG dans les projets se fera de façon plus ou moins approfondie en fonction du

contexte d'intervention. Cependant, **tous les projets ayant une composante en SSR devront intégrer au minimum :**

- ➔ une identification des survivant.e.s
- ➔ un accueil de qualité sans discrimination et en toute confidentialité ;
- ➔ le référencement des survivant.e.s de violences sexuelles et/ou physiques vers des services spécialisés identifiés dans le cas où la prise en charge médicale n'est pas possible et pour une prise en charge multisectorielle répondant aux besoins des personnes survivantes ;
- ➔ l'accompagnement et la prise en compte des personnes survivantes de violences dans les soins de santé sexuelle et reproductive.

Lorsque cela est possible, MdM recommande que les professionnel.le.s de santé soient formé.e.s sur les éléments suivants :

- ➔ l'identification des personnes victimes de violences ;
- ➔ la prise en charge médicale incluant la rédaction d'un certificat médical ;
- ➔ un premier appui psychosocial.

MdM a développé un modèle d'intervention dans les contextes de crise, centré sur une prise en charge holistique des survivant.e.s.

Il comprend un noyau dur d'activités minimums à mettre en place dans tous les projets d'urgence :

- ➔ prise en charge médicale et de santé mentale et de soutien psychosocial ;
- ➔ coordination avec les différents acteurs impliqués sur la thématique ;
- ➔ gestion de la confidentialité : lieux de soins sécurisés, données protégées.

Pour plus d'information : voir chapitre 6. *Interventions en situation de crise* et les *Fiches pratiques SSR et VLG en situation de crise, MdM 2016 (révision 2020)*.

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Les VLG représentent un vrai enjeu de santé publique au niveau mondial ainsi qu'une violation grave des droits humains. Les VLG se rencontrent parmi toutes les classes sociales et économiques. **Dans les situations de crise, résultant de conflit ou de catastrophe naturelle, les épisodes de VLG et notamment de violence sexuelle augmentent.** Si les données disponibles restent insuffisantes, au niveau mondial, on estime qu'une femme sur 3 expérimente au cours de sa vie des violences physiques et/ou sexuelles, et qu'une femme sur 5 est victime de viol. 20% des filles et 10% des garçons subissent des sévices sexuels pendant l'enfance. Au niveau mondial, 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin¹².

b) Causes et facteurs de vulnérabilité

Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes sont violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est plus fréquente dans certaines situations que dans d'autres. Il est néanmoins possible de dégager

11. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

12. OMS, *La violence à l'encontre des femmes : principaux faits*, 2017

un ensemble de causes communes aux diverses formes de violence, la principale cause profonde restant les inégalités de genre. L'explication de ces causes et facteurs ne déresponsabilise pas la personne qui commet un acte violent. Tout acte de VLG correspond à un exercice de pouvoir.

Environnement de violation des droits humains, abus de pouvoir, vulnérabilité socio-économique, discrimination, stigmatisation ; certains facteurs de vulnérabilité peuvent laisser présager la survenue d'actes de violence qui résultent de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux :

→ les situations de catastrophe naturelle, de conflit, de post-conflit et de déplacement des populations exacerbent la violence et occasionnent de nouvelles formes de violence à l'encontre des populations vulnérables et plus particulièrement des femmes et des mineurs. Les facteurs entraînant cette augmentation sont multiples : déplacement de populations, promiscuité, climat d'impunité, manque de système de protection, absence d'ordre public, changements dans les rôles de genre traditionnels dans la communauté, etc. ;

→ pendant la grossesse, il a été constaté une augmentation des actes de violences envers les femmes, notamment des violences domestiques. Ce type de violence touchait en moyenne entre 4 % et 12 % des femmes enceintes dans le monde en 2002, et 50 % de ces femmes subissaient des violences pour la première fois¹³ ;

→ concernant les personnes infectées par une infection sexuellement transmissible (IST) ou le VIH, la révélation du statut sérologique constitue un moment où la personne infectée est particulièrement à risque de VLG notamment de violences physiques et psychologiques ;

→ si peu de données existent aujourd'hui, plusieurs études ont également montré la magnitude des violences à l'encontre des personnes LGBTQ+. Dans de nombreux contextes, elles sont davantage exposées à des violences liées au genre en lien avec leur orientation sexuelle et / ou leur identité de genre : violences psychologiques et discrimination, violences physiques, violences sexuelles... ;

→ plusieurs études récentes ont démontré l'importance du problème des VLG chez les personnes migrantes, qu'il s'agisse d'actes de violence sur le parcours migratoire ou dans le pays « d'accueil » ;

→ les travailleurs et travailleuses du sexe sont fortement exposés à de multiples formes de VLG ;

→ les adolescent.e.s et les jeunes, du fait de leur vulnérabilité socio-économique et psychoaffective, sont également particulièrement exposés aux VLG, qu'elles soient intrafamiliales ou extrafamiliales y compris en milieu scolaire.

c) Conséquences

La violence peut conduire à court et long terme à de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et

reproductive, allant jusqu'au décès.

Les effets sur la santé peuvent être des troubles physiques (lésions, infections, handicaps, douleurs chroniques), des conséquences psychosomatiques (telles que des céphalées, des douleurs du dos, des douleurs abdominales...), des maladies chroniques (invalidité, VIH/sida, fistule obstétricale...).

Au niveau de la santé sexuelle et reproductive, les violences peuvent entraîner des GND, des problèmes gynécologiques, des avortements à risque et leurs conséquences et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

Les VLG ont également des conséquences sur la santé mentale (anxiété, dépressions, états de stress post-traumatique, troubles du sommeil, de l'alimentation, des perturbations émotionnelles et des tentatives de suicide).

La violence peut entraîner des comportements néfastes pour la santé tels qu'une augmentation du tabagisme, l'usage abusif de drogues et d'alcool et des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie. Les violences peuvent également avoir des conséquences sociales et économiques (isolement, rejet familial, perte de revenus, ...).

d) Prévention

Promouvoir des actions de prévention primaire est une des actions clés

de réduction des violences liées au genre. Il est important de réaliser une éducation pour la santé via du matériel d'information, éducation, communication (IEC) adapté culturellement. Des campagnes d'information par les médias, l'éducation sexuelle complète, l'implication des hommes dans la lutte contre les VLG sont autant d'activités à mettre en place pour prévenir les violences. La prévention primaire doit comprendre la lutte contre les discriminations à l'encontre des femmes, la promotion de l'égalité entre les genres et l'évolution des normes culturelles pour ne plus laisser de place à la violence¹⁴. Des mesures de prévention au sein des structures de santé soutenues (gestion confidentielle des données, luttes contre la stigmatisation, mise en place de mesures de sécurisation des locaux) ainsi que des mesures de prévention de l'exploitation et des abus sexuels (PEAS) sont également importantes. Cette prévention primaire sera bien sûr réalisée en parallèle de la prise en charge holistique des survivant.e.s de VLG et de la prévention des conséquences à court et moyen terme des violences.

e) Prise en charge

MdM s'attache à développer des stratégies de réponse pluridisciplinaires afin de permettre l'identification des survivant.e.s de VLG, leur accès à des services de prise en charge médicale, à des services de santé

13. WHO, *Intimate partner violence during pregnancy*, information sheet, 2011.

14. UNFPA, *Addressing violence against women and girls in sexual and reproductive health services: a review of knowledge assets*, 2010.

mentale et soutien psychosocial, à une assistance juridique et à des services de réinsertion sociale et économique. MdM ne pouvant à elle seule garantir tous les aspects de la prise en charge, il est essentiel de coordonner notre réponse avec les autres acteurs, de **mettre en place des mécanismes de référencement** et de favoriser une approche partenariale.

Il est important que les personnels des services de santé puissent **identifier les personnes survivantes de violences**. Pour cela, ils doivent connaître les signes laissant suspecter des actes de violence et maintenir une attitude proactive à ce sujet. De plus, les personnels de santé devraient savoir comment **prendre en charge les victimes détectées**, soit de façon directe soit par l'orientation vers d'autres services.

Selon le contexte, les services médicaux sont souvent la première porte d'entrée pour la prise en charge des personnes survivantes de violences. La capacité à identifier ces personnes ainsi que la qualité de l'accueil et les soins dispensés sont donc primordiaux pour garantir l'adhésion à une prise en charge globale.

Il est essentiel **d'assurer la confidentialité et le respect de l'intimité** des personnes victimes. Les personnels de santé doivent avoir un comportement approprié, traiter les personnes sans discrimination, et s'assurer de leur consentement libre et éclairé et de leur protection si nécessaire. Les principes d'éthique médicale sont

plus précisément expliqués et définis dans le guide « Pour une éthique de terrain » de Médecins du Monde¹⁵.

Pour plus d'informations concernant la prise en charge dans les urgences : voir *chapitre 6. Interventions en situation de crise et les Fiches pratiques SSR et VLG en situation de crise, MdM 2016 (révision 2020)*.

Les principales composantes de la prise en charge médicale en cas de violence sont les suivantes :

- ➔ **entretien** (anamnèse, identification et récit des faits) ;
- ➔ information pour obtenir le **consentement libre et éclairé** pour l'examen et la prise en charge ;
- ➔ **examen clinique** permettant la documentation des blessures et des examens complémentaires si nécessaire (la non disponibilité d'examens complémentaires ne doit pas retarder la prise en charge) ;
- ➔ **traitement** (prophylactique et/ou curatif) selon les blessures et le délai entre l'agression et la prise en charge médicale ;
- ➔ rédaction du **certificat médical** à la demande de la personne survivante par un personnel médical habilité à le faire ;
- ➔ **suivi médical et orientation** vers les services légaux et/ou sociaux ;
- ➔ premier **appui psychosocial**.

En cas de viol s'ajoutent :

- ➔ évaluation en matière d'**infections sexuellement transmissibles (IST)**, y compris pour le VIH/sida : dépistage et traitement préventif dont la prophylaxie post-exposition pour le VIH/sida et le

traitement antibiotique prophylactique pour les IST, vaccinations pour l'hépatite B et le tétanos (selon le type de lésion et le délai de prise en charge) si elles sont disponibles ;

- ➔ **prévention des grossesses non désirées** : dépistage de grossesse, mise à disposition de contraception d'urgence, accès à des soins complets d'avortement en cas de grossesse issue d'un viol (voir *chapitre 4. VI. Prise en charge des GND et soins complets d'avortement*).

Pour une **prise en charge holistique et centrée sur la personne survivante**, et selon ses besoins, peuvent s'ajouter :

- ➔ **une prise en charge en santé mentale** et un soutien psychosocial ;
- ➔ **un appui juridique** ;
- ➔ **une réponse de réinsertion socio-économique** incluant si nécessaire un hébergement d'urgence.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ **Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que la prise en charge de personnes survivantes de violences soit réalisée en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain¹⁶ » de MdM.**

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales concernant les violences liées au genre

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

La prévention, l'accueil, l'identification et la prise en charge des survivant.e.s de violences devraient être intégrés dans les politiques nationales de SSR. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques à une attention particulière sur ce problème de santé publique. Ces actions peuvent se faire *via* un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou le ministère de la Justice, ou par des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ **l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action national** pour la prévention de la violence sont encouragées par MdM ;
- ➔ **des services de prise en charge holistique** des survivant.e.s de violences sont mis en place par le gouvernement ;

15. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

16. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

- ➔ les survivant.e.s de violences ont un accès facilité aux démarches judiciaires et au certificat médical gratuit (plaidoyer) ;
- ➔ les protocoles nationaux sur la prise en charge des survivant.e.s de violences sexuelles sont harmonisés, basés sur les dernières recommandations internationales et diffusés ;
- ➔ les décideurs politiques montrent une tolérance zéro face aux acteurs de violence et combattent l'impunité ;
- ➔ la prise en charge des survivant.e.s de VLG est intégrée dans le curriculum des professionnel.le.s de santé (médecins, sages-femmes, infirmier.ère.s) ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des survivant.e.s de VLG

(axe réorientation des services de santé)

Une attention particulière doit être portée **tout au long du continuum de soins afin de prévenir, identifier et prendre en charge les survivant.e.s** de violences liées au genre. Les services de SSR sont une porte d'entrée privilégiée pour la prise en charge de ces personnes :

- ➔ le personnel soignant des services de santé sexuelle et reproductive est formé à la prévention, à l'accueil, à l'identification et à la prise en charge médicale, et au premier appui

- psychosocial des survivant.e.s de violences ;
- ➔ les personnes survivantes de VLG ont accès à des services de santé mentale et de soutien psychosocial ;
- ➔ les structures sanitaires sont équipées pour la prise en charge des personnes survivantes de VLG et notamment de violence sexuelle (équipement et médicaments, notamment la PPE et la contraception d'urgence) ;
- ➔ des mécanismes de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des VLG sont mis en place pour faciliter les référencement des survivant.e.s, tout en conservant une confidentialité totale.

c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de droits humains et de violences liées au genre

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de DSSR et de genre permet de prévenir les VLG et de renforcer l'accès des survivant.e.s de violences aux différents services de prise en charge. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules destinataires de ces sensibilisations, mais que **les partenaires, les adolescents, les hommes, les familles et les communautés soient également impliqués**. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès aux soins des personnes victimes de violences :

- ➔ des programmes d'éducation sexuelle complète pour les adolescent.e.s sur les DSSR, les inégalités de genre et les VLG sont développés ;
- ➔ les individus connaissent leurs droits et les droits de l'enfant ainsi que les lieux de ressources où recevoir de l'aide en cas de violences.

d) Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les violences liées au genre

(axe renforcement de l'action communautaire) :

L'engagement de la société civile et des communautés est essentiel pour mettre fin aux VLG. **Les inégalités et la discrimination au sein de la**

communauté sont des facteurs favorisant les violences. Il est donc primordial que la communauté participe à la lutte contre les VLG :
 ➔ un diagnostic socioculturel avec une approche genre permet de mieux appréhender les violences liées au genre et les barrières d'accès à une prise en charge ;
 ➔ les personnes clés de la communauté (agents de santé communautaires, leaders, associations de femmes, clubs scolaires, etc.) sont sensibilisées sur les violences liées au genre ;
 ➔ des personnes ressources sont identifiées et sensibilisées pour soutenir les personnes survivantes de VLG au sein de la communauté ;
 ➔ les hommes sont impliqués dans la lutte contre les VLG via des

« En 2015, nous avons lancé en France un programme de prévention et prise en charge des violences faites aux travailleur.se.s du sexe (TdS) dont les VLG. Ce programme a été élaboré en partenariat avec différents acteurs de la société civile dont le Lotus Bus de MdM, le Syndicat du Travail Sexuel, et les Amis du bus des femmes. Le point de départ a été la volonté de mutualiser les forces sur la question des violences dans un contexte où les ressources sur cette thématique manquaient. Initialement centré sur l'Île de France, le programme est devenu depuis national. Nous développons des outils et des ateliers d'information à destination des TdS sur que faire en cas d'agression / quels sont les services disponibles, nous avons organisé la formation de formateurs en autodéfense féministe par et pour les TdS ; nous avons développé des formations sur l'accompagnement juridique auprès des travailleurs sociaux. Nous avons également mis en place des permanences d'appui psychologique. Enfin, plus récemment le programme Jasmine a lancé un système d'alerte et d'informations pour combattre les violences faites aux travailleuses et travailleurs du sexe via la mise en place d'une plateforme en ligne qui permet de partager des informations sur les agresseurs et ainsi de prévenir de potentielles nouvelles violences ».

Sarah-Marie Maffesoli, coordinatrice du programme Jasmine, France

campagnes d'information, des groupes de parole...

e) Encourager le changement social, la valorisation de la position de la femme/adolescente au sein de la communauté et véhiculer des messages de masculinité positive (axe création de milieux favorables)

La question du genre et la position de la femme dans la société influencent grandement les violences liées au genre. La prise en compte de ce facteur et l'appui au changement social peuvent permettre de prévenir les violences liées au genre :

- ➔ les camps de réfugié.e.s sont conçus et planifiés de façon à prévenir les violences liées au genre ;
- ➔ des relais communautaires sont formés et diffusent des messages concernant les VLG et les services disponibles ;

- ➔ un partenariat est établi avec des associations locales qui traitent des violences liées au genre afin de les soutenir dans leur plaidoyer ;
- ➔ des campagnes de masse sur les questions de genre, de DSSR, de masculinité positive et de lutte contre les VLG sont mises en place par des associations locales soutenues par MdM ;
- ➔ des actions à destination des hommes et garçons de la communauté sont mises en place pour travailler des modèles de masculinité positive et égalitaire et pour les impliquer dans des mouvements de refus des violences liées au genre.

III. PRISE EN COMPTE ET PRÉVENTION DES PRATIQUES TRADITIONNELLES NÉFASTES

1. DÉFINITION

Les pratiques traditionnelles néfastes font partie des VLG et constituent une violation des droits humains. Elles ont des conséquences sanitaires, économiques et sociales graves. **Si les mutilations génitales féminines sont assez largement décrites dans la littérature, d'autres formes de pratiques néfastes dirigées majoritairement à l'encontre des femmes existent :**

- ➔ Repassage des seins
- ➔ Mariage précoce et/ou forcé
- ➔ Gavage des femmes
- ➔ Assèchement vaginal
- ➔ Crime dit d'honneur
- ➔ Violence liée à la dot
- ➔ Etc.

Il n'existe **pas de définition officielle** des pratiques traditionnelles néfastes et peu de données sont disponibles concernant certaines de ces pratiques.

Les **mutilations génitales féminines**, MGF ou MSF (Mutilations Sexuelles Féminines) « désignent **toutes les**

interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques¹⁷. »

Les mutilations génitales féminines sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. Elles comportent l'ablation de tissus génitaux normaux et sains ou le fait d'endommager ces tissus et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin et une sexualité satisfaisante.

Elles sont classifiées en **quatre types** par l'OMS :

- ➔ **type I : clitoridectomie** : ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris) ;
- ➔ **type II : excision** : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;

17. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, déclaration interinstitutions HCDH, OMS, Onusida, Pnud, Uncea, Unesco, UNFPA, UNHCR, Unicef, Unifem, 2008.

➔ **type III : infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris ;

➔ **type IV : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins** à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

On parle de « **mariage précoce forcé** » lorsque les parents / la famille arrangent le mariage d'un ou d'une mineure. La contrainte se concrétise par les pressions ou en ordonnant à un.e mineur.e de se marier et elle peut être liée à la dot ou à d'autres raisons. Le mariage forcé est une forme de VLG dans la mesure où le/la mineur.e n'est pas autorisé.e ou n'est pas assez âgé.e pour faire un choix informé¹⁸.

2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Le tableau ci-contre récapitule les actions concernant les pratiques traditionnelles néfastes à considérer tout au long du continuum de soins.^{19 20}

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

Si peu de données sont disponibles

concernant certaines pratiques traditionnelles néfastes, on estime que dans le monde, **environ 200 millions de jeunes filles et de femmes souffrent actuellement des séquelles de mutilations génitales** pratiquées dans 30 pays d'Afrique, du Moyen Orient et d'Asie. Ces mutilations peuvent être faites chez le nouveau-né, pendant l'enfance, l'adolescence, au moment du mariage ou lors d'une première grossesse selon les zones géographiques. Elles sont pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans²¹. **Ces pratiques ont le plus souvent lieu au sein des communautés**, notamment par des exciseur.euse.s traditionnel.le.s. Toutefois, plus de 18 % des mutilations génitales féminines sont **pratiquées par des soignant.e.s**, et cette tendance augmente. **En France**, si la pratique de l'excision est interdite, elle y a tout de même lieu ou lors de vacances au pays, notamment dans les communautés d'immigré.e.s originaires de pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines. Pour l'association *Excision, parlons-en*, les mutilations génitales concernaient « environ 60 000 femmes adultes contre 54 000 en 2009 » (il n'existe pas actuellement de données sur les enfants et adolescentes en France).

Concernant le mariage précoce, on estime à **14,2 millions le nombre de filles qui sont mariées chaque année avant leur majorité. Cela concerne au niveau mondial, 1 fille sur 5**. Dans les

ACTIVITÉS LIÉES AUX PRATIQUES TRADITIONNELLES NÉFASTES DANS LE CONTINUUM DE SOIN	ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE	SOINS PRÉNATAUX	SOINS OBSTÉTRICAUX	SOINS POSTNATAUX	SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	SOINS POST-AVORTEMENT
Messages d'information concernant les pratiques traditionnelles néfastes existants dans le contexte donné, leur impact sur la santé, les services d'aide disponibles, la désinfibulation	X	X	X	X	X	X
Messages d'éducation concernant l'anatomie féminine incluant le clitoris (selon les dernières données scientifiques), et les conséquences des MGF	X	X	X	X	X	
Identification des survivantes de pratiques traditionnelles néfastes		X	X	X	X	X
Orientation des survivantes vers les services existants selon leurs besoins	X	X	X	X	X	X
Information de la femme et du couple sur les complications liées aux MGF ainsi que sur les raisons et le moment de l'ouverture des MGF de type III et de la non-réinfibulation après l'accouchement		X	X	X		
Ouverture des MGF de type III ou désinfibulation durant le 2 ^{ème} trimestre de la grossesse pour prévenir les complications durant l'accouchement. Pas de réinfibulation après l'accouchement		X	X			
Prise en compte du risque de complications plus élevé en cas de MGF et élaboration d'une stratégie pour minimiser les traumatismes du périnée en fonction de la MGF, incluant l'ouverture d'une MGF si celle-ci n'a pas été réalisée pendant la grossesse		X	X	X		
Référence vers un SONUC pour une césarienne en cas de complications		X	X			
Référence vers des services de prise en charge holistique notamment psychosociale, de conseil en sexualité et de reconstruction lorsque ceux-ci existent		X	X	X	X	X

18. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018
 19. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018
 20. OMS, *Lignes directrices sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines*, 2016
 21. OMS, *Mutilation sexuelles féminines : Principaux faits*, 2018

pays en voie de développement, 40% des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 18 ans, 12% avant l'âge de 15 ans²².

D'autres pratiques, comme le repassage des seins, sont plus localisées. Cette pratique que l'on retrouve au Cameroun, en Guinée et au Togo est moins médiatisée que les mutilations génitales féminines mais a pourtant elle aussi, des conséquences graves. D'après une étude menée en 2013, elle concernerait par exemple 12% des jeunes filles et femmes au Cameroun²³.

b) Causes

Les raisons de ces pratiques varient selon les pratiques, d'une région à l'autre et évoluent dans le temps. Divers facteurs socioculturels au sein des familles et des communautés sont en cause. **Les raisons les plus fréquemment citées sont les suivantes :**

- ➔ les **conventions sociales**, la pression sociale qui incite à se conformer à ce que font ou ont toujours fait les autres, le besoin de reconnaissance sociale et la crainte du rejet par la communauté, constituent une forte motivation pour perpétuer cette pratique ;
- ➔ certaines pratiques sont considérées comme faisant partie de la **nécessaire éducation d'une jeune fille** et de sa préparation à l'âge adulte et au mariage ou pour protéger d'un mariage ou d'une grossesse trop précoce (repassage des seins) ;

- ➔ les mutilations sexuelles féminines sont souvent motivées par des croyances relatives à ce qui est considéré comme un **comportement sexuel approprié et visent à assurer la virginité prénuptiale et la fidélité conjugale**. Selon les croyances de nombreuses communautés, ces pratiques réduiraient les actes sexuels extraconjugaux. En cas d'infibulation, la crainte de douleurs en cas de réouverture et la peur que cette réouverture soit découverte, sont aussi censées décourager les femmes d'avoir des relations sexuelles hors mariage ;
- ➔ certaines pratiques peuvent être associées à des **idéaux culturels de beauté et de féminité** (gavage des femmes) ;
- ➔ les praticiens pensent souvent qu'elle a un **fondement religieux, bien qu'aucun texte religieux ne prescrive les mutilations génitales féminines** par exemple ;
- ➔ ces pratiques sont considérées comme une **tradition culturelle**, argument souvent avancé pour les perpétuer.

Pour l'intégralité des pratiques, la cause profonde principale reste les inégalités de genre.

c) Conséquences

Les conséquences varient selon le type de pratiques traditionnelles néfastes, elles sont **immédiates et sur le long terme** et sont d'ordre **sanitaire** mais aussi **psychologique** et social.

- ➔ **conséquences des MGF** : douleur violente, choc, hémorragie, tétanos ou septicémie (infection bactérienne), rétention d'urine, ulcération génitale et lésion des tissus génitaux adjacents, pouvant aller jusqu'au décès, risque de transmission du VIH et des hépatites, traumatisme psychologique, conséquences gynécologiques et obstétricales sur le long terme, à savoir risque majoré de complications obstétricales (dystocie du travail, hémorragie, rupture utérine) et néonatales, infections, conséquences urinaires, stérilité secondaire, altération du plaisir sexuel, trouble de l'estime de soi... ;
- ➔ **conséquences du mariage précoce** : grossesse précoce et complications obstétricales s'y rapportant notamment les fistules obstétricales, avortements à risque, morbi-mortalité néonatale, rupture dans le parcours de vie, déscolarisation et ses conséquences socio-économiques ;
- ➔ **conséquences du repassage des seins** : infections, brûlures, kystes, abcès, déformation des seins, douleurs chroniques, traumatisme psychologique, trouble de l'estime de soi...

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante du continuum de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que la prise en charge de personnes victimes de pratiques traditionnelles néfastes soit réalisée en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain²⁴ » de MdM.*

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales concernant les pratiques traditionnelles néfastes

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

La lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes, l'accueil, l'identification et la prise en charge des personnes survivantes de ces pratiques devraient être intégrés dans les politiques nationales de SSR. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques à une attention particulière sur ce problème de santé publique. Ces actions peuvent se faire via un appui technique aux instances décisionnelles

22. OMS, *Mariages précoces : 39 000 filles mariées par jour*, 2013

23. Institut pour la Recherche, le développement Socio-économique et la Communication, *Etude portant sur le repassage des seins au Cameroun*, 2013

24. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

telles que le ministère de la Santé ou le ministère de la Justice, ou par des actions de plaidoyer.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ l'élaboration et la mise en œuvre d'un [plan d'action national](#) pour la prévention des pratiques traditionnelles néfastes sont encouragées par MdM ;
- ➔ [des services de prise en charge holistique spécialisés](#) des personnes ayant vécu des pratiques traditionnelles néfastes sont mis en place par le gouvernement ;
- ➔ les décideurs politiques soutiennent la [criminalisation des pratiques](#) traditionnelles néfastes et notamment des mutilations génitales féminines et la lutte contre la médicalisation de ces pratiques. Ils sont encouragés à définir un âge légal adapté pour le mariage ;
- ➔ les [protocoles nationaux](#) sur la prise en charge des personnes survivantes de pratiques traditionnelles néfastes sont développés et mis en place ;
- ➔ la prise en charge des personnes survivantes de pratiques traditionnelles néfastes est intégrée dans le [curriculum des professionnel.le.s de santé](#) (médecins, sages-femmes, infirmier.ère.s) ;
- ➔ [l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.](#)

b) Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes

(axe réorientation des services de santé)

Une attention particulière doit être portée tout au long du continuum de soins afin de prévenir, identifier et prendre en charge les personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes. Les services de SSR sont une porte d'entrée privilégiée pour la prise en charge de ces personnes :

- ➔ [le personnel soignant des services de santé sexuelle et reproductive est formé à la prévention, à l'accueil, à l'identification et à la prise en charge](#) des personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes ;
- ➔ [le personnel médical est formé à la prise en charge obstétricale](#) des femmes présentant des mutilations génitales féminines et à la désinfibulation ;
- ➔ les personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes ont [accès à des services de santé mentale et de soutien psychosocial](#) ;
- ➔ des mécanismes de [coordination entre les différents acteurs](#) de la prise en charge (psychosocial, réinsertion économique, prise en charge médicale spécialisée, conseil juridique) des personnes ayant subi des pratiques traditionnelles néfastes sont mis en place pour faciliter leur orientation et les référencement.

c) Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de droits humains, de DSSR, de genre et de pratiques traditionnelles néfastes

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de DSSR permet de prévenir les pratiques traditionnelles néfastes et de renforcer l'accès des personnes ayant subi ces pratiques aux différents services de prise en charge. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules destinataires de ces sensibilisations, mais que les parents, les partenaires, les adolescents, les hommes, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes :

- ➔ [des programmes d'éducation sexuelle complète pour les adolescent.e.s](#) sur les DSSR, les inégalités de genre et les pratiques traditionnelles néfastes sont développés ;
- ➔ [des programmes de sensibilisation sur les DSSR intégrant la question des pratiques traditionnelles](#) et leurs conséquences immédiates et à long terme sont développés ;
- ➔ [les individus connaissent leurs droits et les droits de l'enfant](#) ainsi que les lieux de ressources ou recevoir de l'aide en cas de pratiques traditionnelles néfastes.

d) Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes

(axe renforcement de l'action communautaire)

L'engagement de la société civile et des communautés est essentiel pour mettre fin aux pratiques traditionnelles néfastes. Les inégalités et la discrimination au sein de la communauté sont des facteurs favorisant ces pratiques. Il est donc primordial que la communauté participe aux programmes de prévention :

- ➔ [un diagnostic socioculturel](#) avec une approche genre permet de mieux appréhender la question des pratiques traditionnelles néfastes et les barrières d'accès à une prise en charge holistique ;
- ➔ [les personnes clés de la communauté](#) (agents de santé communautaires, leaders, accoucheuses traditionnelles, associations de femmes, clubs scolaires, etc.) [sont sensibilisées](#) sur l'abolition des pratiques traditionnelles néfastes ;
- ➔ [des personnes ressources sont identifiées et sensibilisées](#) pour soutenir les personnes ayant vécu des pratiques traditionnelles néfastes au sein de la communauté ;
- ➔ [les hommes sont impliqués](#) dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes via des campagnes d'information, des groupes de parole, etc.

e) Encourager le changement social et la valorisation de la position de la femme/adolescente au sein de la communauté

(axe création de milieux favorables)

La question du genre et la position de la femme dans la société influencent grandement les pratiques traditionnelles néfastes. La prise en compte de ce facteur et l'appui au changement social peut permettre de les prévenir :

- des relais communautaires sont formés et diffusent des messages en faveur de l'arrêt des pratiques traditionnelles néfastes ;
- un partenariat est établi avec des associations locales qui luttent contre les pratiques traditionnelles néfastes afin de les soutenir dans leur plaidoyer ;
- des campagnes de masse sur les questions de genre, de DSSR, de droit des femmes et de l'enfant et de lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes sont mises en place par des associations locales soutenues par MdM.

IV. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION PARENT-ENFANT DU VIH

1. DÉFINITION

Le VIH ou virus d'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui détériore progressivement le système immunitaire. Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) est la phase ultime d'évolution de la maladie caractérisée par un certain nombre de symptômes et pathologies dites opportunistes. Les modes de transmission du VIH sont les rapports sexuels non protégés (vaginaux, buccaux, anaux), les contacts sanguins (échange de seringues ou transfusion de produits sanguins contaminés) et la transmission de la mère à l'enfant (appelée maintenant transmission parent-enfant).

Les trois phases de l'infection sont : la primo-infection ; la phase de latence clinique caractérisée par des symptômes cliniques mineurs ; et enfin la phase de sida (infections opportunistes majeures). La phase de latence peut durer en moyenne une dizaine d'années sans médication ou être allongée en cas de thérapie rétrovirale, avant que les symptômes liés aux infections opportunistes

n'apparaissent. Le suivi de l'infection se fera par le suivi des symptômes (quatre stades cliniques de l'OMS), la présence de maladies opportunistes, le taux de CD4 et la charge virale si elle est réalisable.

La **transmission parent-enfant du VIH** est la transmission du virus VIH depuis une mère infectée vers son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. Elle est aussi appelée transmission verticale ou périnatale. En l'absence de toute intervention, les taux de transmission peuvent aller de 15 à 45%. Au niveau mondial en 2017, l'OMS estimait que 80% des 1,1 million de femmes enceintes infectées par le VIH dans le monde ont reçu un traitement ARV²⁵. Grâce à la PTPE, le risque de transmission du VIH d'une femme séropositive à l'enfant peut être réduit à moins de 2 % dans le cas des femmes non allaitantes et à moins de 5 % pour les femmes allaitantes²⁶.

Un nombre croissant de pays sont parvenus à des taux très élevés de prévention de la transmission en ayant

25. OMS, *VIH / Sida : principaux faits*, 2019

26. OMS, *Recommandations rapides : l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, version 2, 2010.

validé l'élimination de la transmission parent-enfant (TPE) comme un problème de santé publique. En revanche, des efforts importants restent à entreprendre dans certains pays où les infections à VIH représentent une lourde charge.

La prévention de la transmission verticale du VIH ou PTPE est un terme désignant l'ensemble des services et interventions réalisés pour réduire le risque de transmission verticale du VIH, et fait partie du continuum de soins en SSR.

La notion de prévention de la transmission parent-enfant inclut le partenaire et pas seulement la mère, raison pour laquelle MdM utilise à présent cette terminologie.

Aujourd'hui, l'OMS préconise, lorsque c'est possible, un traitement antirétroviral à vie pour toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment du stade clinique de la maladie (d'après la numération des CD4) ; cette recommandation couvre aussi les femmes enceintes et allaitantes (option B+)²⁷.

2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Il est recommandé de considérer la prévention de la transmission verticale selon une **approche stratégique globale** comprenant **quatre piliers** incontournables²⁸.

Pilier 1 : prévention primaire de l'infection à VIH

Des efforts visant à prévenir les nouvelles infections à VIH doivent être renforcés en **prévenant la transmission par voie sexuelle ou par injection de drogue**. Les efforts de prévention primaire du VIH doivent aussi être intégrés aux services de SSR. Cette prévention doit **cibler particulièrement les adolescent.e.s** à travers une éducation sexuelle complète adaptée, la promotion de la double protection, la promotion du dépistage du VIH et des autres IST.

Pilier 2 : prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

Renforcer l'accès des femmes vivant avec le VIH aux services proposant des méthodes de contraception efficaces et adaptées afin de diminuer les besoins contraceptifs non satisfaits. Ces services permettent aux femmes d'éviter des grossesses non désirées et d'optimiser d'autres effets sur leur santé (nutrition, récupération entre deux grossesses, etc.). Les services de SSR devraient aussi permettre d'accompagner les femmes et couples séropositifs ou sérodiscordants qui désirent un enfant afin de définir le meilleur moment de la conception (statut immunitaire et charge virale, absence d'infections opportunistes en cours, choix d'ARV adaptés...).

Pilier 3 : prévention de la transmission du VIH des parents vivant avec le VIH à leurs enfants

Les femmes enceintes et leurs partenaires doivent régulièrement se voir proposer un dépistage et des conseils en matière de VIH, tandis que les femmes enceintes ou venant d'accoucher séropositives et leurs nouveau-nés doivent bénéficier d'un **accès garanti aux médicaments antirétroviraux** afin de réduire les risques de transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Des conseils et un accompagnement doivent être proposés en matière d'alimentation infantile et autres éléments essentiels pour la santé de la femme et du nouveau-né.

Pilier 4 : fournir un traitement, des soins et un soutien appropriés aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants ainsi qu'à leur famille

Les soins, le traitement et le soutien psychosocial en matière de VIH doivent être accessibles aux femmes, à leurs enfants vivant ou non avec le VIH et à leurs familles. Il faut inclure un diagnostic précoce chez les nourrissons, mais aussi la mise en place de thérapies antirétrovirales à vie pour les femmes enceintes ou venant d'accoucher séropositives le nécessitant.

Concernant le pilier 3, depuis 2016 les approches recommandées sont les suivantes^{29 30}:

- ➔ **option B+** : traitement antirétroviral à base de 3 ARV à vie pour les femmes VIH positives qui ont besoin de traitement ainsi que le traitement pour l'enfant indépendamment du stade clinique de la maladie d'après la numération des CD4 ;
- ➔ **option B** : traitement à base de 3 ARV maintenu au moins pendant toute la durée du risque de transmission à l'enfant. Les femmes qui répondront aux critères d'admission (CD4 < 500 cellules /mm³) devront continuer le traitement antirétroviral à vie.

L'option B+ est l'option préconisée par l'OMS. En juillet 2018, 163 pays avaient déjà adopté cette recommandation.

Les trois premiers piliers de la PTPE se retrouvent tout au long du continuum de soins³¹ :

27. OMS, Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, 2016

28. OMS, Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, 2016

29. OMS, Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, 2016

30. OMS, UNICEF, Toolkit : Etendre et simplifier le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH : les outils pour gérer la transition vers l'option B/ B+, 2015

31. OMS, Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, 2016

ACTIVITÉS À RÉALISER AU COURS DU CONTINUUM DE SOINS	ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE	SOINS PRÉNATAUX	SOINS OBSTÉTRICAUX	SOINS POSTNATAUX	SOINS DU NOUVEAU-NÉ	SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT
Éducation pour la santé sur les conséquences des rapports non protégés, les préservatifs masculins et féminins, la double protection, les IST et le VIH/sida, la négociation du port du préservatif	X	X	X	X		X	X
Counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes enceintes et de leur partenaire (initiés par le personnel soignant)		X	X				
Test CD4 ou suivi des stades cliniques de l'OMS des femmes séropositives		X	X	X		X (a)	
Mise sous traitement (ou référence pour mise sous traitement) ARV adapté pendant la grossesse en cas de séropositivité pour la femme et son partenaire, maintien du traitement toute la vie indépendamment du stade clinique (option B+)		X	X	X		X	
Prophylaxie cotrimoxazole pour les femmes enceintes séropositives dont les CD4 < 350 cell / mm ³ ou dans les contextes où le paludisme et les infections bactériennes sévères sont endémiques		X					
Éducation pour la santé, soutien et soins pour les mères infectées par le VIH (incluant les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant)		X	X	X	X	X	X
Respect des pratiques qui réduisent le risque de transmission (éviter la rupture artificielle des membranes, épisiotomies, les manœuvres invasives, réduire le risque d'hémorragie du post-partum)			X				
Traitement ARV pendant la période du travail (prophylaxie ou traitement ARV en cours)			X				
Conseil, mise en place et appui dans le mode d'alimentation du nouveau-né			X	X			
Counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes de sérologie inconnue et de leur partenaire				X		X	X
Administration de la prophylaxie ARV chez le nouveau-né					X		
Prophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole à partir de 6 semaines de vie jusqu'à un test confirmé négatif					X		
Réalisation de test virologique par PCR VIH chez l'enfant âgé de 4 à 6 semaines et référence pour mise sous traitement ARV si test positif					X		
Test sérologique 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement maternel					X		
Dépistage des enfants avec une suspicion clinique d'infection VIH					X		
Soutien des femmes séropositives avec une grossesse non désirée						X	X
Information, conseil et provision de contraceptifs adaptés				X		X	X

a) à renforcer si désir de grossesse

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités ^{32,33}

En 2017, on comptait dans le monde environ **36,9 millions de personnes vivant avec le VIH dont 1,8 million d'enfants et 1,1 million de femmes enceintes**. En 2017, on estimait à 940 000 le nombre de personnes décédées d'une ou de causes liées au VIH. Actuellement seulement 75% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique. En 2017, 21,7 millions d'individus porteurs du VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral. 25,7 millions des personnes infectées vivaient en Afrique.

Entre 2000 et 2017, le nombre de nouvelles infections a chuté de 36% et celui des décès liés au VIH de 38%. En 2017, 47% des nouvelles infections se sont produites chez des populations clés.

On estime que sur 10 femmes enceintes et enfants atteints du VIH, 9 vivent en Afrique. Grâce à des efforts considérables en matière de PTPE et à des services de plus en plus intégrés, en 2017, 80% des femmes enceintes séropositives ont accédé à un traitement ARV. Depuis 2016 de nombreux pays d'Asie et des Caraïbes ont reçu la validation de l'OMS concernant l'élimination de la transmission parent-enfant du VIH.

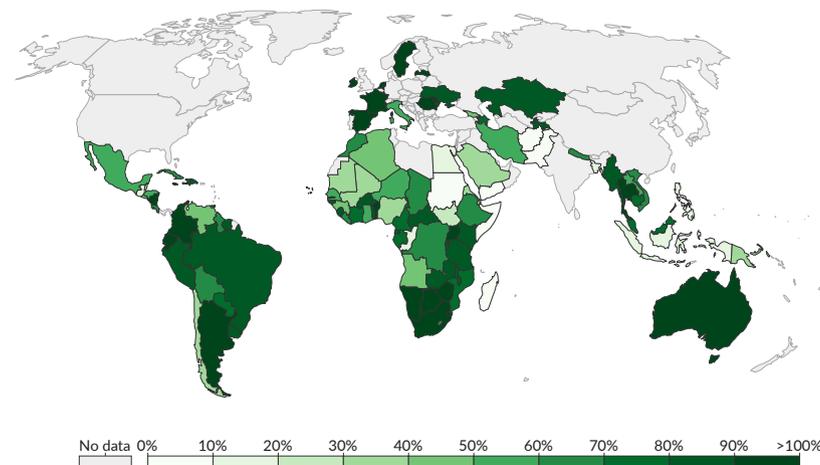
Néanmoins au niveau mondial d'importants progrès restent à faire. L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe où l'on trouve 50% des nouveaux cas d'infection au VIH chez les enfants, affichent les taux les plus élevés de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral efficace pour la PTPE soit 88%. En revanche, en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale la couverture de la PTPE n'atteint que 49%, ceci représentant 38% des nouveaux cas d'infections chez les enfants.

Si la prévention du VIH chez les enfants est un succès, le dépistage et le traitement du virus au sein de la population infantile restent largement insatisfaisants. En 2016, seuls 43% des nourrissons exposés au VIH ont fait l'objet d'un dépistage au cours de leurs deux premiers mois de vie. De même seuls 59% des enfants vivant avec le VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral en 2017. De façon générale, on observe également une lenteur importante des progrès en matière de prévention des nouveaux cas d'infection parmi les adolescent.e.s et l'amélioration de la mise en œuvre du dépistage reste prioritaire. Aujourd'hui, l'OMS estime que des efforts sont nécessaires pour élargir l'accès au traitement notamment pour les enfants et les adolescent.e.s.

Il existe un consensus mondial sur le fait que la planète doit faire tout son possible pour éliminer toute nouvelle infection. L'ONUSIDA estime que la

CARTE 2 : COUVERTURE DES FEMMES ENCEINTES AYANT ACCÈS À UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DANS LE CADRE DE LA PTPE DANS LE MONDE EN 2016*

Coverage of pregnant women receiving antiretroviral drugs (ARV) for preventing mother-to-child transmission (MTCT), 2016
Percentage of pregnant women with HIV/AIDS who received antiretroviral (ARV) drugs for preventing mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. Coverage may exceed 100% where the number of mothers receiving ARV (such as a preventative measure) is greater than the number with HIV.



Source: UNAIDS

CC BY

TABLEAU 10 : FACTEURS DE RISQUES DE TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH

PENDANT LA GROSSESSE	PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	PENDANT L'ALLAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Charge virale élevée (nouvelle infection, réinfection ou stade avancé) • Infection placentaire virale, bactérienne ou parasitaire, y compris le paludisme • IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Charge virale élevée • Procédure d'accouchement invasive qui augmente les contacts avec le sang ou les liquides biologiques maternels (épisiotomie, rupture artificielle des membranes, ventouse) • Chorioamniotite (provenant d'une IST ou autre infection) • Accouchement prématuré • Grossesse gémellaire • Naissance d'un enfant de petit poids (<2500 g) 	<ul style="list-style-type: none"> • Charge virale élevée • Allaitement maternel en absence de traitement antirétroviral • Alimentation mixte (consommation d'eau, d'autres liquides ou des aliments solides en plus de l'allaitement maternel) • Abscès du sein, crevasses, mastite • Infections buccales du nouveau-né (plaies, candidose)

* Our World in Data, d'après les données 2016 de l'ONUSIDA

32. OMS, VIH / Sida : principaux faits, 2019

33. UNICEF, Les enfants et le Sida : Mise à jour statistique 2017, 2017

lutte contre le VIH / Sida a un impact direct sur 10 des 17 Objectifs du développement durable.

Remarque : lorsque la charge virale maternelle est élevée, un accouchement par césarienne programmée, dans la mesure où la césarienne est réalisable (ressources en personnels ou matériels disponibles) et sûre, peut réduire le risque de transmission mère enfant du VIH. Cependant, le taux de morbidité dans le post-partum est plus important après une césarienne qu'après un accouchement par voie basse³⁴.

Pour prévenir la transmission parents-enfant, il est donc important d'assurer un suivi prénatal de qualité, la mise en place d'un traitement antirétroviral et que l'accouchement soit réalisé par du personnel qualifié et formé à la prise en charge du VIH. Un suivi efficace de la mère dans le post-partum et du nouveau-né dans les premiers mois de vie est aussi nécessaire (jusqu'à la fin de la période d'allaitement). Il est par ailleurs essentiel de renforcer l'éducation pour la santé : la prévention des IST et du paludisme, la nutrition de la mère et du nouveau-né, les méthodes d'allaitement maternel si c'est le mode d'alimentation choisi.

Il s'agit donc d'inclure la PTPE dans la globalité du continuum de soins.

b) Barrières à la PTPE

Accès aux services de PTPE

Un des problèmes majeurs pour la PTPE est l'accès insuffisant des femmes enceintes aux soins prénatals.

Dans les pays en développement, où ils constituent une porte d'entrée privilégiée pour le dépistage et le traitement, seulement 70 % des femmes bénéficient de consultations prénatales. **Différentes études ont prouvé l'intérêt d'inclure la PTPE dans les services de SSR.** De nombreuses enquêtes, notamment en Afrique du Sud, ont démontré que l'initiation des traitements antirétroviraux durant les soins prénatals était efficace et sûre³⁵.

Pour que la PTPE soit un succès, les femmes doivent avoir un accès élargi à des soins prénatals, à des accouchements par du personnel qualifié, aux soins du post-partum et à une planification familiale de qualité. Elles doivent également utiliser plus fréquemment les services déjà existants, et de façon plus précoce qu'elles ne le font actuellement quand elles sont enceintes. La régularité de fréquentation des services de santé pourra faciliter l'adhérence aux traitements.

Le renforcement de la PTPE est une excellente opportunité d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et d'augmenter l'utilisation du large éventail d'interventions qu'offrent ces services.

Enfin, les projets devraient considérer leurs contacts avec les femmes enceintes comme une occasion d'atteindre les familles, notamment en proposant des services de conseil et de dépistage aux couples.

Il faut donc renforcer l'accès à des services de SSR de qualité afin de pouvoir renforcer la PTPE.

Par ailleurs, la **décentralisation du paquet complet de PTPE** est un facteur important pour permettre de réduire les barrières géographiques à l'accès à la PTPE. Il est également important d'appuyer la **gratuité du dépistage et des traitements ARV** pour limiter les barrières financières.

Qualité du traitement

Une étude africaine³⁶ a démontré que lorsque les mères prenaient un traitement antirétroviral composé de trois médicaments (trithérapie) pendant la grossesse et l'allaitement, le risque de transmission du VIH était quasi divisé par deux par rapport aux femmes qui ne prenaient que deux médicaments. Si les 22 pays prioritaires concernant l'épidémie de VIH offraient à toutes les femmes de leurs programmes consacrés à la réduction de la transmission parent-enfant de passer de leur traitement actuel à ceux recommandés par l'OMS en 2010, il y aurait une réduction immédiate de 20 % du nombre de nouvelles infections chez les enfants³⁷.

Les femmes enceintes, pour réduire les risques de transmission parent-enfant, devraient donc recevoir un traitement selon les recommandations de l'OMS.

Stigmatisation

Il est essentiel de fournir des soins non stigmatisants afin que les femmes se sentent en confiance et qu'elles ne soient pas perdues de vue après l'annonce de la séropositivité³⁸. La difficulté de révéler son statut sérologique au partenaire ou aux proches est une des raisons fréquentes de l'abandon de soins. Elle est attachée aux inégalités de genre mais aussi aux croyances, à la stigmatisation et à la discrimination autour du VIH/sida et des personnes séropositives.

On sait depuis longtemps que le phénomène de stigmatisation lié au VIH/Sida est un obstacle majeur à l'efficacité des mesures de santé publique. **La peur d'être rejeté ou maltraité dissuade en effet de nombreuses personnes de faire un test de dépistage, et à plus forte raison de commencer ou de suivre un traitement.** Vaincre la stigmatisation constitue un élément moteur pour favoriser l'accès aux soins et l'adhérence aux traitements.

Des activités au niveau communautaire pour diminuer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH sont également importantes à mettre en

34. Read J.S., Newell M.L., *Efficacy and Safety of Caesarean Delivery for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.

35. Black V. et al., *Safety and efficacy of initiating highly active antiretroviral therapy in an integrated antenatal and HIV clinic in Johannesburg, South Africa*, Journal of AIDS, 2008 Nov;49(3):276-281.

36. Kesho Bora Study Group, *Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Kesho Bora study): a randomised controlled trial*, The Lancet, Infectious Diseases, vol. 11, Issue 3, 2011.

37. Onusida, *Rapport Mondial*, 2011

38. Duff P. et al., *Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda*, Journal of AIDS, 2010;13(37).

place pour faciliter l'adhérence au traitement et le suivi des femmes et des enfants dans le cadre de la PTPE.

c) Conséquences pour l'enfant

Espérance de vie des enfants infectés par le VIH

Les enfants infectés par le VIH ont un système immunitaire faible et sont donc **beaucoup plus vulnérables aux infections**. Le développement de la maladie peut être plus ou moins rapide, mais **en général si l'enfant n'a pas accès à un traitement, il décèdera avant l'âge de 5 ans**. Avec des soins et un traitement appropriés, les enfants infectés ont une bien meilleure espérance de vie (jusqu'à l'âge adulte).

Alimentation du nouveau-né

Le choix de l'alimentation de l'enfant est très important puisque l'allaitement pourrait être responsable d'environ 50 % des transmissions mère-enfant du VIH. L'utilisation de lait artificiel est la meilleure façon de réduire les risques de transmission, mais si cette méthode est facilement accessible dans les pays à revenu élevé, elle ne l'est pas toujours dans les pays en développement pour des raisons de disponibilité ou de risques pour l'enfant dans son utilisation (hygiène, eau propre...). L'OMS a mis en place les critères Afass³⁹ (acceptable, praticable, financièrement abordable, sûr et durable) qui permettent d'évaluer

si un allaitement artificiel peut être réalisé⁴⁰. Pour décider si les mères séropositives doivent ou non allaiter leur enfant, l'OMS recommande de comparer le risque de transmission du VIH via l'allaitement maternel au risque accru de décès par malnutrition, diarrhée et pneumonie auquel l'enfant est exposé s'il n'est pas exclusivement nourri au sein. Des recherches de plus en plus nombreuses montrent que l'administration de traitements antirétroviraux à la mère ou à l'enfant peut réduire de manière significative le risque de transmission du VIH par le lait maternel⁴¹.

Dans les pays en développement, où souvent l'allaitement artificiel ne correspond pas aux critères Afass, un allaitement maternel exclusif, qui permet de réduire les risques de transmission mère-enfant par rapport à une alimentation mixte, est recommandé. En effet, un allaitement artificiel qui ne correspond pas aux critères Afass est associé à un risque de mortalité infantile plus élevé que celui observé chez les nouveau-nés allaités au sein. De même, l'allaitement mixte est associé à un risque accru de transmission mère-enfant du VIH par le lait maternel⁴². On recommandera alors à la mère séropositive sous traitement antirétroviral, un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, en introduisant après ce délai des aliments de complément

adaptés, et de continuer à allaiter jusqu'aux 12 mois de l'enfant.

4. MODALITÉS D'INTERVENTIONS

Les éléments clés en matière de PTPE décrits dans les 4 piliers définis par l'OMS interviennent tout au long du continuum de soins, il est donc essentiel qu'ils puissent être pris en compte au sein des interventions. En fonction des projets, un focus spécifique sur l'un ou plusieurs des piliers pourra être mis en œuvre. **Les activités de Mdm doivent s'inscrire dans le droit des patients à la confidentialité, l'intimité, le choix éclairé et à des soins sans discrimination, quel que soit leur statut VIH.**

Les modalités d'intervention proposées ici, sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Mdm s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets.

S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

a) Appuyer des politiques de santé sexuelle et reproductive incluant la PTPE

(axe promotion d'une politique de santé saine de la Charte d'Ottawa)

Les politiques de santé doivent appuyer la mise en place de la PTPE. Leur soutien permet une **meilleure intégration de ces pratiques dans les services existants de SSR et facilite la pérennisation** de ces activités. De plus, Mdm soutient la mise en place de traitements antirétroviraux adaptés, efficaces et de qualité.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ l'accès aux services proposant des méthodes de contraception est possible sur tout le territoire afin de contribuer à prévenir les GND chez les femmes séropositives ; des protocoles nationaux pour les services proposant des méthodes de contraception incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés ;
- ➔ les politiques en place favorisent la mise en œuvre d'activités de prévention primaire du VIH notamment auprès des adolescent.e.s (Éducation sexuelle complète, disponibilité de préservatifs, services d'information et de dépistage volontaire) ;
- ➔ la PTPE est intégrée dans la stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive et l'application de cette politique ;
- ➔ des protocoles de PTPE efficaces et avec des traitements conformes aux dernières recommandations de l'OMS sont mis en place et diffusés.

39. Acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe.

40. WHO/Unaid/Unicef/UNFPA, *Guidelines on HIV and Infant Feeding, Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*, WHO, 2010.

41. OMS, Bibliothèque eLENA, *Alimentation des nourrissons pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*, consultée en juillet 2019

42. Groupe de travail Esther mère-enfant, *Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant : vers un allaitement sécurisé par les antirétroviraux*, GIP Esther, novembre 2008.

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins

(axe création de milieux favorables)

Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire en prenant en compte le fait que les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir une vulnérabilité accrue par rapport au reste de la population et sont parfois victimes de stigmatisation par la population ou par le système de santé.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins et la perception du VIH/sida ;
- ➔ les barrières financières à l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH sont levées ;
- ➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés.

c) Appuyer la mise en place ou le renforcement de la PTPE dans les services de santé sexuelle et reproductive

(axe réorientation des services de santé)

La PTPE doit être incluse dans des services de SSR. Pour cela, il faut que les services de SSR soient disponibles et de qualité avec le matériel et les médicaments nécessaires, mais aussi un personnel compétent tant au niveau médical que psychosocial.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ la disponibilité et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive (incluant des activités d'éducation sexuelle complète à destination des jeunes et adolescent.e.s, et des services d'information et de dépistage volontaire et des services proposant des méthodes de contraception ;
- ➔ les professionnel.le.s de santé sont formés à la prise en compte des besoins spécifiques des femmes séropositives en matière de SSR ;
- ➔ le counseling et le dépistage du VIH initiés par le personnel soignant sont intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment aux services proposant des méthodes de contraception et des soins prénataux ;
- ➔ les femmes vivant avec le VIH, leur partenaire et leurs enfants ont accès aux traitements antirétroviraux selon les recommandations nationales en matière de PTPE ;
- ➔ un appui psychosocial des patientes vivant avec le VIH ainsi que de leur partenaire est mis en place au sein des services de SSR ;
- ➔ la formation continue ou initiale des personnels de santé est renforcée sur la PTPE ;
- ➔ les structures de santé sont équipées avec le matériel, les tests et les médicaments nécessaires à la prise en charge des femmes séropositives pour le VIH et des nouveau-nés exposés.

d) Renforcer l'éducation pour la santé sur la PTPE et la SSR

(axe acquisition d'aptitudes individuelles)

L'objectif de ces activités est d'améliorer les connaissances des individus afin d'adopter des pratiques à moindres risques de transmission du VIH ainsi que de rechercher des soins adaptés aux besoins de chacun.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les connaissances des individus et notamment des adolescent.e.s concernant le VIH/sida et les IST (prévention, dépistage, traitement) ainsi que la prévention de la transmission parent-enfant du VIH sont améliorées via des activités d'éducation pour la santé par les personnels de santé ou les agents de santé communautaires ;
- ➔ l'utilisation des préservatifs féminins et masculins est promue au sein des communautés, une attention particulière est accordée au conseil et à l'information en terme de négociation du port du préservatif.

e) Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge de la PTPE

(axe de renforcement de l'action communautaire)

Il est important que la communauté s'implique dans la PTPE de façon à éduquer à la santé et accompagner les femmes séropositives, et lutter contre

les problèmes psychosociaux et la stigmatisation qu'elles rencontrent au sein de leur communauté.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les actions de sensibilisation auprès des communautés permettent de réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ;
- ➔ des personnes ressources dans la communauté sont formées sur la prévention du VIH et des IST et l'adhérence aux traitements (travailleurs pairs, agents de santé communautaires ou autres personnes clés de la communauté), une attention particulière pour les activités de prévention primaire est accordée aux adolescent.e.s et aux jeunes ;
- ➔ des organisations à base communautaire (organisations non gouvernementales, associations ou réseaux de personnes vivant avec le VIH) sont soutenues de façon à mettre en place des interventions relatives à la PTPE, notamment concernant l'appui nutritionnel et le support psychosocial.

V. FISTULES OBSTÉTRICALES

1. DÉFINITION

La fistule obstétricale (FO)⁴³ est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, par lequel l'urine et/ou les matières fécales fuient constamment.

Marqueur de difficultés importantes d'accès aux soins pendant l'accouchement et bien souvent de grossesses trop précoces, les fistules pourraient pourtant être évitées. La cause principale est le travail dystocique et prolongé (pouvant durer jusqu'à plusieurs jours). En effet, lorsque le travail se prolonge, la pression constante de la tête du bébé contre les parois pelviennes peut réduire drastiquement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant la vessie, le vagin et le rectum. Lorsque la mère survit, ce type de travail se termine souvent par la mort du fœtus dont la macération progressive est suffisante pour permettre l'expulsion spontanée par le vagin. Le tissu pelvien délabré par l'ischémie s'escarifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre les organes adjacents. **Les femmes**

souffrant d'une fistule obstétricale sont donc incontinentes pour les urines et/ou les matières fécales et gaz.

De nombreuses classifications des FO existent ne prédisant pas toutes du pronostic du traitement. MdM recommande l'utilisation au sein des projets des classifications utilisées par les autorités nationales de la santé. Il s'agit la plupart du temps de la classification de l'Association de traitement des fistules obstétricales en Afrique (AFOA) ou de la classification de l'OMS.

La classification de l'AFOA distingue trois groupes de complexité croissante :

- ➔ la fistule vésicale simple (FVS), qui est une fistule vésico-vaginale siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, et en tissu souple, de taille inférieure à 3 cm ;
- ➔ la fistule vésicale complexe (FVC), qui regroupe :
 - la fistule intéressant la région trigono-cervico-urétrale en

respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre,

- la fistule n'intéressant ni le col ni l'urètre mais qui, soit a déjà été opérée, soit a une taille supérieure à 3 cm ;

- ➔ la fistule vésicale grave (FVG), qui regroupe :
 - la destruction totale de l'urètre,
 - la destruction des parois antérieure et postérieure de la vessie (transsection ou section circulaire) avec urètre partiellement détruit, souvent obturé,
 - la destruction totale du vagin associée à une sclérose importante.

Les fistules hautes et les fistules recto-vaginales sont classées à part : fistule urétéro-vaginale, fistule vésico-utérine, fistule recto-vaginale haute et fistule rectale basse.

Les conséquences des FO sont graves. Les femmes présentant cette affection souffrent d'une incontinence urinaire et/ou fécale permanente. Cela conduit bien souvent à des situations d'isolement social, et de souffrance psychologique et peut être à l'origine d'infections cutanées, de troubles rénaux, voire de décès en l'absence de traitement.

2. PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

La prévention des fistules obstétricales doit se faire tout au long du continuum de soins via l'éducation pour la santé des femmes, mais aussi des hommes

et des communautés. Il est important qu'ils sachent ce qu'est la fistule, comment elle se crée et comment la prévenir et la soigner. Il est donc essentiel de promouvoir le suivi de grossesse et l'accouchement dans une structure de santé avec du personnel qualifié. Les efforts engagés dans la prévention des grossesses non désirées, la lutte contre les grossesses précoces et la mise en œuvre d'activités d'Éducation Sexuelle Complète sont clés pour prévenir les FO.

Une bonne connaissance de la problématique des FO est essentielle pour l'accompagnement des femmes tout au long du continuum de soins. Ainsi, les professionnel.le.s de santé peuvent identifier rapidement les cas de FO et organiser des référencement vers les services adaptés.

Les services de prise en charge de la fistule devraient offrir de l'éducation pour la santé, des interventions chirurgicales avec des chirurgiens formés, la prise en charge psychosociale, des soins postopératoires de qualité, des consultations de suivi et de la rééducation (par un kinésithérapeute). Il est important de noter que la prise en charge nécessite une **équipe pluridisciplinaire** (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, animateurs psychosociaux, sages-femmes...) et que le traitement chirurgical des fistules est une **chirurgie de pointe**, qui peut demander plusieurs opérations qui seront espacées dans le temps (cicatrisation). La formation des chirurgiens locaux est un élément important de la prise en charge. Pour

43. OMS, *Fistule obstétricale, Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes*, 2009.

Le tableau ci-après récapitule les différentes activités concernant la fistule à mener au long du continuum de soins :

ACTIVITÉS LIÉES À LA FISTULE DANS LE CONTINUUM DE SOIN	ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE	SOINS PRÉNATAUX	SOINS OBSTÉTRICAUX	SOINS POSTNATAUX	SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	SOINS POST-AVORTEMENT
Éducation pour la santé sur la fistule avec notamment information sur les dangers des grossesses précoces, les pratiques traditionnelles néfastes, promotion du suivi de grossesse et de l'accouchement avec du personnel qualifié	X	X	X	X	X	X
Dépistage des cas de violences liées au genre		X	X	X	X	X
Mise en place de SONUB et de SONUC avec du personnel de santé qualifié et le matériel adéquat			X			
Utilisation du partogramme et prise en charge adaptée des travaux dystociques (ex. césarienne)			X			
Système de référencement efficace des femmes de la communauté vers les structures de santé et des SONUB vers les SONUC			X			
Pose d'une sonde urinaire pendant une semaine chez les femmes à risque de développer une FO			X	X		
Promotion de l'accès à la contraception		X	X	X	X	X
Prévention des grossesses précoces	X				X	X
Conseil et mise à disposition de méthodes contraceptives pour les femmes venant d'être opérées d'une FO	X				X	

cela, des acteurs spécialisés sur ces questions et des centres de formations existent.

Des soins postopératoires de qualité sont aussi un élément essentiel de la réussite du traitement et peuvent durer jusqu'à un mois après chaque opération. La mise en place d'activités de rééducation périnéale est nécessaire ainsi que, dans certaines situations, de la rééducation motrice.

Enfin, la prise en charge psychosociale des femmes atteintes de fistule est essentielle. L'apparition d'une fistule les a souvent mises en marge de la société, il faut donc les aider à se réinsérer. Des activités variées peuvent être mises en place telles que des groupes de parole, des entretiens individuels, des médiations familiales, des sensibilisations sur le thème de la fistule dans le village de la femme, le soutien des associations de femmes atteintes de fistule (guérie ou pas), le soutien des initiatives de microfinance ou d'activités génératrices de revenus. Pour cela, il est important que des mécanismes de coordination entre les différents acteurs proposant ce type d'activités et les services de santé soient développés.

Le document de capitalisation « Mille femmes de Mopti - Rapport sur la prise en charge de 1 000 femmes victimes de fistules obstétricales en région de Mopti de 1993 à 2010, Médecins du Monde » met en lumière les dix-sept années d'expérience de ce projet de MdM au Mali.

44. OMS, 10 faits sur la fistule obstétricale, 2014
45. ONU Info, d'après les données de l'OMS, 2018

3. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a) Généralités

On estime à plus de 2 millions le nombre de femmes souffrant d'une fistule obstétricale non traitée et au moins 50 000 à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année⁴⁴. Il est extrêmement difficile d'obtenir des données précises sur la fistule puisque la majorité des femmes porteuses d'une fistule ne sont pas diagnostiquées. Ces chiffres sont probablement sous-estimés. On estime que parmi les femmes affectées par des FO, aujourd'hui 1 sur 50 a accès à un traitement chirurgical⁴⁵. La prévention est le meilleur moyen pour éliminer les FO. Pour cela, il est essentiel que les droits sexuels et reproductifs soient respectés et notamment de :

- ➔ [prévenir les grossesses précoces](#) et permettre un accès universel à des méthodes de contraception ;
- ➔ permettre un [accès universel aux SONU](#) ;
- ➔ [mettre fin aux pratiques traditionnelles néfastes](#) dont certaines représentent un facteur de risque des FO ;
- ➔ permettre un [accès à des soins complets d'avortement de qualité](#) ;
- ➔ [prévenir et prendre en charge les VLG](#).

b) Causes et données épidémiologiques

Afin de prévenir les FO, des mesures simples doivent être mises en place :

Repousser l'âge de la première grossesse

Les grossesses précoces sont souvent en lien avec les mariages précoces et le manque d'accès à l'éducation sexuelle complète et à des services proposant des méthodes de contraception efficaces adaptées aux besoins spécifiques des adolescent.e.s ; ces grossesses augmentent le risque de FO car les femmes de moins de 18 ans enceintes sont plus à risque d'accouchement dystocique de par leur immaturité physique.

En Éthiopie et au Nigeria⁴⁶, par exemple, plus de 25 % des patientes vivant avec une FO ont été enceintes avant l'âge de 15 ans, et plus de 50 % avant l'âge de 18 ans. 65 % des femmes atteintes d'une fistule le sont à la suite d'une grossesse adolescente⁴⁷.

La constitution d'une FO se produit généralement lors du premier accouchement. Dans les pays en développement, de nombreuses adolescentes peuvent également être victimes de sous-alimentation et avoir un poids insuffisant, ce qui augmente également le risque de FO.

Permettre l'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive de qualité

Dans les pays développés, la FO due à une dystocie mécanique et à une stagnation de la dilatation appartient désormais au passé, la disproportion fœto-pelvienne pouvant être évaluée lors de la consultation prénatale, les anomalies du travail pouvant être diagnostiquées grâce au partogramme et la césarienne pouvant être pratiquée.

Dans les pays manquant de ressources, la réalité est différente : la grande majorité des femmes qui décèdent ou qui développent une FO pendant l'accouchement n'ont pas eu accès aux soins obstétricaux dont elles avaient besoin, soit par manque de service, soit par difficulté d'accès.

En Afrique, seulement 8 % à 35 % des femmes présentant des complications pendant le travail recevraient des soins dans une structure appropriée.

En Afrique subsaharienne, l'incidence de la fistule obstétricale a été estimée à environ 124 cas pour 100 000 accouchements en zone rurale, alors qu'elle est pratiquement nulle dans les grandes villes⁴⁸. La plupart des femmes qui développent des FO non traitées accouchent à domicile et sans l'assistance d'un personnel compétent pour les aider.

Les grossesses non désirées, le nonaccès à des services proposant des méthodes de contraception,

les inégalités de genre (accès et contrôle inégal en matière de SSR) ont également un impact sur la demande et l'accès aux soins et donc sur l'apparition d'une fistule. Les mutilations génitales féminines sont également un facteur de risque de la FO.

D'autres causes médicales à la fistule peuvent être les complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, le traumatisme chirurgical (généralement une lésion vésicale lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie).

Les VLG telles que les abus sexuels et viols sont aussi une cause majeure de FO. Dans les situations de guerre, les violences sexuelles sont fréquentes, et le viol utilisé comme un moyen d'intimidation ou de contrôle, voire d'arme de guerre et de destruction massive des femmes et de leur communauté.

c) Conséquences

Les femmes vivant avec une FO sont extrêmement gênées par le fait de ne pas pouvoir contrôler leurs fonctions organiques, d'être constamment salies et mouillées et de sentir mauvais.

Elles sont très souvent **victimes de stigmatisation, de discrimination et, au bout du compte, d'exclusion sociale** pouvant aller de la non-participation aux moments clés de la vie sociale (cérémonies) à la répudiation ou au bannissement de la communauté. Les répercussions sociales sont plus ou

moins fortes en fonction des contextes. Cela a non seulement des conséquences psychologiques individuelles, mais signifie aussi que **les femmes vivant avec une FO sont souvent cachées et donc plus difficiles à atteindre** lorsque des services de chirurgie de la FO sont disponibles.

Leur douleur et leur honte peuvent être encore renforcées par des infections à répétition, une stérilité, des lésions vaginales pouvant rendre les rapports sexuels douloureux ou impossibles, et parfois une paralysie musculaire des membres inférieurs secondaire à la dystocie prolongée pouvant rendre la marche difficile.

4. MODALITÉS D'INTERVENTION

Parce qu'elles ont de graves conséquences sanitaires, psychologiques et sociales, il est essentiel de pouvoir prendre en considération les FO tout au long du continuum de soins. **La stratégie de MdM en matière de FO se concentre essentiellement sur la prévention**, en travaillant sur la question des GND en particulier chez les adolescentes, en renforçant l'accès à des services de SSR de qualité incluant les SONU et les SCA, et en proposant des activités de prévention et de prise en charge des VLG. Parce que les modalités de traitement chirurgical restent hautement spécialisées, il est important de mettre en place des mécanismes de partenariat, de collaboration et de coordination avec les acteurs qualifiés pour la prise en charge chirurgicale, et

46. Ampofo E.K. et al., *Risk factors of vesico-vaginal fistulae in Maiduguri, Nigeria: A case-control study*, Tropical Doctor, 1990.

47. WHO, *Why is giving special attention to adolescent.e.s important for achieving Millennium Development Goal 5?*, Fact sheet, WHO/MPS/O8.14, 2008.

48. Vangeenderhuysen C. et al., *Obstetric fistulae, Incidence estimates for sub-Saharan Africa*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001.

le suivi post-opératoire. Enfin, MdM tend également à collaborer avec des acteurs communautaires pour la lutte contre la stigmatisation et l'isolement des femmes souffrant de FO.

Les modalités d'intervention proposées ici sont présentées en suivant les différents axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. MdM s'appuie sur cette charte pour la programmation de ses projets. S'il ne s'agit pas de mettre en place toutes les modalités d'intervention proposées, il est important de pouvoir toutes les envisager lors de la programmation d'un projet incluant cette composante de soins, afin de s'assurer de n'en oublier aucune.

.....
 Δ *Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins liés aux FO soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité de la patiente. Les données médicales seront protégées. Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁴⁹ » de MdM.*

a) Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales sur la fistule obstétricale

(axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa)

Il est essentiel que des politiques et stratégies nationales en faveur de l'accès aux DSSR soient en place. La prévention, le dépistage et la prise

en charge de la fistule obstétricale devraient être pris en compte dans ces politiques nationales de santé sexuelle et reproductive. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer en matière de DSSR.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ l'accès à des services complets de SSR de qualité incluant des services proposant des méthodes de contraception, des services de SONU, de SCA et de prise en charge des survivantes de VLG est possible sur tout le territoire, notamment auprès des populations en situation de plus grande vulnérabilité afin de prévenir le risque de FO ;
- ➔ l'environnement politique est favorable à l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

b) Réduire les barrières à l'accès aux soins

(axe création de milieux favorables)

Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire puisque les FO sont liées au manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence. De plus, les femmes porteuses ne sont souvent pas informées de l'existence d'un traitement pour leur maladie.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ un diagnostic socioculturel avec une approche genre est réalisé pour

identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux services de SSR et la perception de la fistule au sein de la communauté ;

- ➔ les barrières financières à l'accès aux soins des femmes enceintes (grossesse et accouchement) sont levées ;
- ➔ le lien entre les soignant.e.s et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés.

c) Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des femmes porteuses d'une fistule obstétricale

(axe réorientation des services de santé)

Un effort devra être fait sur les différentes parties du continuum de soins afin de prévenir la constitution de fistules. Parallèlement, il faudra développer des partenariats pour la prise en charge des femmes présentant une fistule de façon globale.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ la qualité des services de santé sexuelle et reproductive est améliorée pour permettre à toute femme enceinte d'avoir accès aux consultations prénatales et à des soins obstétricaux d'urgence ;
- ➔ des activités d'éducation sexuelle complète sont mises en place afin de contribuer à la prévention des grossesses précoces ;
- ➔ les services de SSR sont adaptés aux besoins spécifiques des adolescent.e.s et des méthodes de contraception efficaces sont disponibles

afin de contribuer à la prévention des grossesses précoces ;

- ➔ la FO, sa prévention et son traitement (y compris la prise en charge du travail, l'utilisation du partogramme, le travail dystocique, etc.) sont introduits dans les programmes de formation initiale et continue du personnel soignant ;
- ➔ des partenariats sont mis en place avec des acteurs spécialisés dans le traitement chirurgical de la FO et la rééducation et des systèmes de référencement sont organisés pour la prise en charge des patientes rencontrées sur nos projets ;
- ➔ l'intégration effective des femmes porteuses d'une fistule au sein de leur communauté est facilitée via un suivi psychosocial, pour cela des partenariats peuvent être mis en place.

d) Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé pour les femmes, les couples et les communautés

(axe acquisition des aptitudes individuelles)

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des individus aux différents services du continuum de soins et de diminuer la mortalité et la morbidité maternelles. En effet, le renforcement des connaissances des femmes sur leurs droits sexuels et reproductifs leur permet d'avoir plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent, et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules

49. Dromer C et al., *Pour une éthique de terrain: Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive. De plus, **la connaissance par tous de la fistule obstétricale permet de diminuer la discrimination et le rejet social qui pèse sur ces femmes, et facilite l'accès à la prise en charge.**

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ la population a amélioré ses connaissances sur la FO, ses causes, comment la prévenir et notamment sur le risque des grossesses précoces, informer les populations concernant la disponibilité des services de prise en charge des FO ;
- ➔ la population a amélioré ses connaissances sur les droits sexuels et reproductifs ;
- ➔ sensibiliser les hommes (dans une approche d'égalité des genres et de co-responsabilisation) à l'importance pour les femmes d'accéder à des services de SSR complet, et d'accéder à des SONU pour l'accouchement.

e) Favoriser l'implication communautaire autour de la fistule obstétricale
(axe renforcement de l'action communautaire)

La fistule obstétricale est méconnue dans les communautés. Cela a un impact sur la vision et le comportement de la communauté par rapport aux

femmes porteuses d'une fistule, mais aussi sur la prévention et le dépistage de la fistule obstétricale. Il est donc essentiel d'inclure la communauté dans les activités liées à la fistule obstétricale.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- ➔ les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseur.euse.s traditionnel.le.s...) appuient les messages d'éducation pour la santé sur les droits en santé sexuelle et reproductive, les risques des grossesses précoces, les dangers des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, l'importance des soins prénataux, obstétricaux et postnataux, la contraception et la prévention et le référencement des femmes porteuses d'une fistule ;
- ➔ des agents de santé communautaires sont formés aux messages clés pour la prévention des FO notamment l'importance de retarder la première grossesse, la détection et le référencement des femmes présentant une fistule obstétricale ;
- ➔ un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes enceintes présentant des complications.

VI. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX ADOLESCENT.E.S ET AUX JEUNES

1. DÉFINITION

L'OMS définit l'adolescence comme la période qui correspond aux 10-19 ans. Les adolescent.e.s comprennent l'ensemble des personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes celles de 20 à 24 ans. Il s'agit d'un continuum de changements physiques, cognitifs, comportementaux qui est caractérisé par une augmentation des niveaux individuels d'autonomie, un sens accru de son identité, une estime de soi renforcée et une indépendance progressive vis-à-vis des adultes. L'expérimentation et la prise de risque sont des attitudes normales durant l'adolescence et font partie du processus de développement des compétences pour la prise de décisions. Notons que les termes adolescent.e et jeune sont des termes couramment utilisés dans les programmes mais ne font pas forcément sens auprès des populations ou bien recouvrent des réalités différentes. Ainsi, sur certains terrains, le terme adolescent.e n'est pas utilisé par la population et le terme jeune pourra désigner des jeunes personnes jusqu'à 30-35 ans.

2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ

Les adolescent.e.s représentent un cinquième de la population mondiale. Beaucoup sont en bonne santé mais un grand nombre est confronté à toute une série de difficultés qui ont des répercussions immédiates ou à terme sur leur santé et qui ont des incidences non seulement pour cette génération mais aussi pour la prochaine. Il peut s'agir de l'infection à VIH, des grossesses précoces, de la violence, de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, des traumatismes ou des problèmes de santé mentale. **Les besoins non satisfaits en contraception sont 2 fois plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes mariées.** 19% des jeunes femmes des pays en développement sont enceintes avant 18 ans. En Afrique de l'Ouest et du Centre, c'est 28 % de femmes. Dans le monde, 16 millions de filles âgées de 15 à 19 ans et 1 million de filles de moins de 15 ans accouchent chaque année (11% des naissances dans le monde). 95% de ces cas surviennent dans des pays en développement. Chaque année 70.000 adolescentes meurent des suites de complications

de la grossesse et de l'accouchement et 3,2 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans subissent un avortement à risque. 40% des avortements dans le monde concernent des jeunes femmes de 15 à 24 ans. De plus, **les moins de 14 ans représentent un groupe à risque négligé, les projets s'adressant essentiellement aux 15-19 ans**⁵⁰. On manque de données pour les moins de 14 ans qui souvent ne sont pas intégrées aux enquêtes de santé. Les grossesses précoces ont un impact à différents niveaux : sanitaire, socio-éducatif, économique, et psychologique. Elles « peuvent être attribuées à de nombreux facteurs, dont une éducation sexuelle incomplète, des normes sociales concernant les femmes contribuant aux grossesses précoces, le mariage précoce, des situations fréquentes de violence sexuelle et de relations sexuelles tarifées, l'absence de services de santé tenant compte des besoins des jeunes, l'absence de moyens de contraception peu coûteux et accessibles, ou un ensemble de ces facteurs »⁵¹.

Les causes des grossesses adolescentes sont multiples : mariages précoces, inégalités de genre, pauvreté, manque d'accès à l'éducation et aux services de santé, politiques nationales limitant l'accès à l'éducation sexuelle complète ou aux méthodes contraceptives, pouvoir de contrôle et décision limité des adolescentes sur leur propre sexualité... Un grand nombre d'adolescent.e.s et jeunes ont

des rapports sexuels précoces et à risque dans un cadre environnemental limitant fortement leur capacité d'agir pour se prémunir des risques de grossesses non désirées.

a) Mariages précoces⁵²

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, plus de 30 % des jeunes filles se marient avant l'âge de 18 ans, et près de 14 % avant l'âge de 15 ans (60 millions de femmes mariées avant 18 ans dans le monde) et 9 accouchements d'adolescentes sur 10 ont lieu dans le cadre d'une union. Selon l'UNICEF, au Bangladesh, Tchad et Niger, environ un tiers des femmes de 20 à 24 ans étaient déjà mariées à l'âge de 15 ans. Le mariage ou l'union de l'adolescente peut précéder une grossesse mais aussi faire suite à une grossesse non désirée afin de légitimer celle-ci.

b) Influence des pairs et de la pornographie

Le plus souvent, les parents, les référent.e.s socio-éducatifs et les soignant.e.s ne parlent pas spontanément aux adolescent.e.s et aux jeunes de la sexualité. **Face à leurs questionnements en sexualité, les adolescent.e.s et les jeunes vont rechercher des réponses entre pairs, dans les médias, sur les réseaux sociaux et à travers le visionnage de la pornographie.** Les messages sur la sexualité véhiculés par les pairs,

les médias, les réseaux sociaux et la pornographie deviennent donc une des premières formes d'apprentissage des codes régissant la sexualité. L'hypersexualisation présente dans les médias (publicités, clips musicaux, etc.) et la pornographie, dont le visionnage par les adolescent.e.s et les jeunes est particulièrement prégnant, véhiculent ainsi des normes incitant à une sexualité précoce, avec partenaires multiples. **Elle incite à la recherche du plaisir individuel masculin en instrumentalisant le corps des femmes et la sexualité à cette fin. Les inégalités et les VLG y sont banalisées, même le viol.** Les adolescent.e.s et les jeunes reçoivent donc ainsi une première forme d'apprentissage des codes régissant les rapports affectifs et sexuels qui est contraire à des relations basées sur la non-violence, l'égalité, le respect et le consentement mutuelle.

c) Manque de structures adaptées

La sexualité des adolescent.e.s et des jeunes est souvent perçue par les communautés comme favorisée par le manque de structures adaptées qui seraient en capacité de prendre le relais des structures familiales et traditionnelles pour encadrer les adolescent.e.s et les jeunes. Les communautés peuvent ainsi percevoir le manque d'écoles, de centres de formation, le manque d'emploi et le manque de centres de loisirs comme une des causes des grossesses précoces.

d) Obstacles à l'accès à des services proposant des méthodes de contraception efficaces

La faible prévalence contraceptive, le peu de présence des nullipares dans les services de PF et la précocité de la première grossesse, suivie de grossesses nombreuses et rapprochées, sont différents constats alertant sur la faible capacité d'agir des adolescent.e.s et des jeunes pour se prémunir des risques de GND. **Différentes barrières socioculturelles peuvent freiner l'accès à la contraception des adolescent.e.s et des jeunes** : le manque d'accès à l'information, la peur des effets secondaires, la stigmatisation de la célibataire prenant des contraceptifs, le possible refus du partenaire, l'avis défavorable des parents sur l'accès à la contraception pour les adolescent.e.s et les jeunes et la non identification des célibataires comme cibles de la contraception du fait des **normes sociales et religieuses d'abstinence** avant le mariage.

La qualité déficiente des services PF des centres de santé participe également à compliquer l'accès à la contraception des adolescent.e.s et des jeunes. Le manque de confidentialité, le mauvais accueil, les conflits de valeurs, les demandes d'autorisation parentale, le coût (une gratuité annoncée peut ne pas être effective), le manque de confiance dans la qualité des produits, les horaires et temps d'attente inadaptés aux disponibilités des adolescent.e.s et des jeunes sont des obstacles à la fréquentation des

50. FNUAP, *La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*, 2013

51. UN, Conseil des droits de l'Homme, *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'Homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables*, 2012

52. UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2011 : l'adolescence - l'âge de tous les possibles*, 2011

services proposant des méthodes de contraception efficaces.

e) Vulnérabilité psychoaffective et socio-économique

La précarité socio-économique des familles des adolescent.e.s et des jeunes, la fréquence des tensions et violences intrafamiliales ou tout simplement l'absence de soutien familial sont des facteurs de vulnérabilité psycho-affective et socio-économique des adolescent.e.s et des jeunes. Leurs passages à l'acte sexuel peuvent s'inscrire dans une recherche de soutien moral et affectif ou/et dans une recherche d'avantages matériels. Certains parents ou tuteurs peuvent également exercer une pression pour que l'adolescent.e ou jeune participe aux charges financières du foyer à travers des relations sexuelles d'intérêt. La recherche par les adolescent.e.s et les jeunes d'avantages matériels à travers les relations sexuelles a également été montrée par différentes études.

f) Complications obstétricales et néonatales⁵³

Les grossesses adolescentes représentent 13% de la mortalité maternelle mondiale. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la 2^{ème} cause de décès des filles de 15-19 ans dans le monde et la 1^{ère} cause dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. Le risque de décès maternel des adolescentes est

le double de celui des femmes plus âgées et pour les 10-15 ans le risque est multiplié par 5. **La mortalité à la naissance et jusqu'au 1^{er} mois de vie est deux fois plus élevée pour les enfants nés de mères adolescentes** que pour les mères de 20 à 29 ans. **65 % des femmes victimes de fistule obstétricale le sont après une grossesse adolescente. En cas d'avortement à risque, les complications sont plus fréquentes chez les adolescentes.**

Les caractéristiques des mères adolescentes sont les mêmes dans les différentes régions du monde : elles sont peu scolarisées, vivent en milieu rural, vivent dans la pauvreté. Pour toutes ces raisons, les grossesses adolescentes sont des grossesses considérées comme à haut risque et nécessitent un suivi rapproché.

g) Violences Liées au Genre

Les adolescent.e.s et les jeunes, du fait de leur vulnérabilité socio-économique et psychoaffective, sont particulièrement exposés aux violences sexuelles, qu'elles soient intrafamiliales ou extrafamiliales. Les études sur les violences sexuelles montrent que la grande majorité de celles-ci sont commises par une personne connue de la victime et ayant un ascendant sur elle, en dehors des viols systématiques en période de guerre. Les périodes d'instabilité sociale sont reconnues pour être des périodes où les violences sexuelles sont accrues. De plus, dans différents pays, de nombreuses études⁵⁴ ont montré la fréquence des violences

sexuelles en milieu scolaire et leur impact sur la déscolarisation ainsi que sur le nombre de grossesses non désirées chez les élèves.

h) Les IST et le VIH/sida

La moitié des nouvelles infections à VIH a lieu chez les 15-24 ans et on note une vulnérabilité plus grande des jeunes filles par rapport aux garçons.

En effet, à cette période, les taux d'infection à VIH sont plus élevés pour les jeunes filles.

Les adolescent.e.s manquent souvent d'information sur les IST, dont le VIH, mais aussi sur les moyens de se protéger. De plus, les différences liées au genre et la pression qui existent sur les jeunes filles font que les adolescentes n'ont généralement pas le pouvoir de refuser des rapports sexuels ou d'imposer l'utilisation de préservatifs.

Les problématiques d'addictions étant plus présentes chez les jeunes (usages de drogues, alcool, tabac), les risques de contamination des adolescent.e.s par le VIH ou d'autres IST (hépatite B) dans le cadre de l'usage de drogues par voie intraveineuse via le partage du matériel d'injection sont également très importants.

i) Conflit de valeur

Donner accès à une information en SSR et à la contraception pour des adolescent.e.s et des jeunes peut générer des conflits de valeurs, notamment lorsque les normes sociales et religieuses sont défavorables à

une sexualité active hors mariage ou/et à l'accès à la contraception. Ces conflits de valeurs potentiels vécus au sein de la société, des partenaires et des programmes - quand il s'agit de prendre en considération la sexualité active des adolescent.e.s et des jeunes - vont freiner la mise en place d'actions efficaces (éducation sexuelle complète, protection contre les IST et les grossesses précoces, contraception...) pour informer les adolescent.e.s et les jeunes en matière de SSR. **Ces réticences vont participer notamment à exposer les adolescentes et les jeunes confrontées à une GND à la déscolarisation, aux mariages précoces ou à la stigmatisation en tant que mères célibataires.**

3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

Les adolescent.e.s sont une population vulnérable en termes de santé sexuelle et reproductive. Presque tous les pays sont signataires de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, laquelle déclare clairement que les adolescent.e.s ont droit aux informations sanitaires ainsi qu'aux services de santé dont ils ont besoin. Pourtant, **les services de santé ne sont pas toujours accueillants envers les adolescent.e.s et ne prennent pas toujours en compte leurs besoins spécifiques** en termes de santé.

Afin d'améliorer la SSR des jeunes et des adolescent.e.s (SSRAJ), il est essentiel de pouvoir mettre en place des approches multisectorielles basées sur l'autonomisation des filles

53. FNUAP, *La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente*, 2013

54. UNESCO, *Les violences de genre en milieu scolaire font obstacle à la réalisation d'une éducation de qualité pour tous*, 2015

et la réduction des inégalités de genre, ainsi que les respects des DSSR. Il est alors essentiel de prendre en compte différents éléments au sein des projets :

- ➔ adopter une approche de promotion de la santé avec une approche genre qui favorise l'empowerment ;
- ➔ protéger l'exercice des droits à la santé, à l'éducation, à la sécurité, etc. et promouvoir un cadre légal habilitant en SSRAJ ;
- ➔ renforcer l'éducation sexuelle complète ;
- ➔ offrir des services de SSR intégrés adaptés aux adolescent.e.s et jeunes là où ils se trouvent ;
- ➔ prévoir des interventions préventives auprès des 10-14 ans ;
- ➔ impliquer les hommes et garçons pour les aider à contribuer à la résolution du problème en promouvant des actions de promotion de masculinité positive et égalitaire et des actions qui favorisent la co-responsabilisation en termes de santé et de santé sexuelle et reproductive ;
- ➔ agir avec les partenaires locaux et les services publics ;
- ➔ promouvoir l'implication du secteur de l'Éducation dans la prévention des grossesses précoces et non désirées et dans la lutte contre les inégalités de genre et les VLG ;
- ➔ travailler avec des pairs éducateurs en milieu scolarisé et non scolarisé pour renforcer les connaissances et aptitudes ;
- ➔ faire participer les jeunes à l'élaboration des projets les concernant ;
- ➔ prendre en compte les groupes

d'adolescent.e.s et de jeunes les plus vulnérables et les moins touchés par les programmes (non scolarisés, etc.) ;

- ➔ lutter contre la vulnérabilité psycho-affective et socio-économique des adolescent.e.s et des jeunes ;
- ➔ lier les services de contraception des adolescent.e.s et des jeunes avec des interventions complémentaires telles que l'éducation complète à la sexualité, le soutien des familles et communautés, l'autonomisation des filles et la coordination multisectorielle.

a) Améliorer la qualité des services de santé

Huit normes mondiales définissant le niveau de qualité requis dans la fourniture des services de santé aux adolescent.e.s et aux jeunes ont été définies par l'OMS en 2016⁵⁵ et sont présentées dans le tableau ci-contre.

En matière de contraception, rappelons que **l'âge (comme l'absence d'enfant déjà né) ne constitue pas une contre-indication à des méthodes contraceptives et les critères médicaux d'accessibilité s'appliquent comme pour les adultes**. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent.e. Le choix de la méthode peut également être influencé par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports, la nécessité de dissimuler une activité sexuelle et le recours à une contraception. Il est essentiel de **renforcer le conseil pour**

TABLEAU 11 : NORMES MONDIALES CONCERNANT LE NIVEAU DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX ADOLESCENT.E.S (source OMS)

CONNAISSANCES DES ADOLESCENT.E.S ET DES JEUNES EN MATIÈRE DE SANTÉ	Norme 1 : l'établissement de santé met en œuvre des systèmes destinés à garantir une bonne information des adolescent.e.s sur leur propre santé et s'assurer qu'ils / elles savent où et quand obtenir des services de santé.
SOUTIEN DE LA COMMUNAUTÉ	Norme 2 : l'établissement de santé met en œuvre des systèmes pour s'assurer que les parents, tuteurs et autres membres de la communauté ainsi que les organisations communautaires reconnaissent l'intérêt de fournir des services de santé aux adolescent.e.s et encouragent la fourniture et l'utilisation des services par les adolescent.e.s.
ENSEMBLE APPROPRIÉ DE SERVICES	Norme 3 : l'établissement de santé fournit un ensemble de services d'informations, de conseils, de diagnostics, de traitements et de soins qui répond aux besoins de tous les adolescents. Les services sont fournis au sein de l'établissement et par l'intermédiaire d'un réseau d'orientation-recours et de structures de proximité.
COMPÉTENCES DES PRESTATAIRES	Norme 4 : les personnels de santé ont les compétences techniques requises pour fournir des services de santé efficaces aux adolescent.e.s. Ils respectent, protègent et garantissent les droits des adolescent.e.s à l'information, à l'intimité, à la confidentialité, à la non-discrimination, à une attitude dénuée de jugement et au respect.
CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT	Norme 5 : l'établissement de santé a des horaires d'ouverture commodes, offre un environnement propre et accueillant et préserve l'intimité et la confidentialité. Il dispose des équipements, médicaments, fournitures et technologies nécessaires pour garantir l'efficacité des services fournis aux adolescent.e.s.
ÉQUITÉ ET NON-DISCRIMINATION	Norme 6 : l'établissement de santé fournit des services de qualité à tous les adolescent.e.s quels que soient leur solvabilité, leur âge, leur sexe, leur situation maritale, leur niveau d'instruction, leur origine ethnique et religieuse, leur orientation sexuelle ou toute autre caractéristique.
DONNÉES ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	Norme 7 : l'établissement de santé collecte, analyse et utilise des données sur l'utilisation des services et la qualité des soins, ventilées par âge et par sexe, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité. Le personnel de santé est encouragé à contribuer à l'amélioration continue de la qualité.
PARTICIPATION DES ADOLESCENT.E.S	Norme 8 : Les adolescent.e.s participent à la planification, au suivi et à l'évaluation des services de santé et à la prise de décision relative aux soins les concernant ainsi qu'à certains aspects pertinents de la fourniture de services.

55. OMS, ONUSIDA, Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents, Guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents, 2016

les adolescent.e.s afin de les aider à choisir une méthode qui corresponde à leurs besoins et qui leur convienne.

Les taux d'abandon des méthodes contraceptives sont plus importants chez les adolescentes que chez les adultes. L'adolescente peut aussi chercher au sein des services proposant des méthodes de contraception des informations sur ses changements corporels liés à la puberté, les menstruations, la sexualité, les IST, etc.

b) Promouvoir l'Éducation Sexuelle Complète (ESC)

Il s'agit d'un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants, les adolescent.e.s et les jeunes des connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie »⁵⁶.

Différentes études ont montré l'incidence de l'ESC sur les comportements sexuels et la santé des adolescent.e.s et des jeunes. L'ESC accroît les connaissances des adolescent.e.s / jeunes et améliore leurs attitudes en matière de comportements sexuels et reproductifs. Elle développe

leur capacité à prendre des décisions éclairées et s'y conformer. Elle favorise la communication avec les parents et d'autres adultes de confiance. **L'ESC n'entraîne pas de hausse de l'activité sexuelle, des comportements sexuels à risque ou des taux d'IST et de VIH. Centrer les programmes sur l'abstinence n'a pas retardé l'âge des premiers rapports sexuels, ni réduit la fréquence des rapports ou le nombre de partenaires sexuels. Au contraire, viser simultanément à retarder l'activité sexuelle, à promouvoir l'usage du préservatif et des méthodes contraceptives s'est montré efficace.**

Développer les programmes d'ESC avec une approche genre et de promotion de l'égalité de genre augmente de beaucoup leur efficacité notamment pour la réduction du taux d'IST, de VLG et de GND. L'ESC a une plus grande incidence lorsque les programmes proposés à l'école sont complétés par des services adaptés aux adolescent.e.s / jeunes et font participer les parents et les enseignants. Pour une meilleure acceptabilité socioculturelle et une meilleure efficacité de l'ESC, il s'agit d'impliquer les adolescent.e.s / jeunes ainsi que les parents, leaders communautaires et religieux, professionnel.le.s de santé, enseignants et autres référents socio-éducatifs dans la réflexion et les prises de décision lors des différentes phases du projet ESC. Dans la plupart des contextes, il est pertinent de faire alliance plus particulièrement avec les pairs adolescent.e.s / jeunes, les parents et

les enseignants. Les sensibiliser et les former au dialogue intergénérationnel et à la mise en œuvre de l'ESC améliore l'ESC en milieu scolaire, en famille et entre pairs.

Pour plus d'information sur l'ESC, voir chapitre 4. I. Education Sexuelle Complète.

c) Promouvoir l'implication du secteur de l'Éducation dans la prévention des GND chez les adolescentes et les jeunes et dans la lutte contre les inégalités de genre et les VLG

Le secteur de l'Éducation a un rôle particulièrement important dans la prévention et la prise en charge des grossesses précoces et non désirées et dans la lutte contre les inégalités de genre et VLG. L'UNESCO a développé des recommandations au secteur de l'Éducation en ce sens⁵⁷. Il est important de réfléchir en parallèle à des stratégies permettant de toucher

les adolescent.e.s et les jeunes non scolarisé.e.s qui sont le plus souvent les plus vulnérables et les moins impacté.e.s par les programmes.

« Dans notre contexte, lorsqu'il s'agit d'accès à la contraception, de nombreuses barrières existent notamment pour les jeunes et adolescent.e.s. Pour faciliter l'accès de ce public à des services de qualité, nous avons souhaité mettre en place dans un centre de santé pilote un espace dédié aux jeunes et adolescent.e.s. Les sages-femmes ont été formées à la question de la contraception chez les jeunes et aux besoins spécifiques de ce public. De nombreuses croyances erronées circulent lorsqu'il s'agit de la contraception chez les adolescent.e.s et il était important de diffuser les bons messages. Ce centre fonctionne bien et les taux de fréquentation des adolescent.e.s sont élevés ».

Florence Koni Kouadio, coordinatrice terrain RCI

56. UNESCO, *Éducation sexuelle complète : nouveaux éléments d'information, enseignement et pratiques*, 2015

57. UNESCO, *Grossesses précoces et non désirées. Recommandations à l'usage du secteur de l'éducation. Objectifs de développement durable. Éducation 2030*, 2018

VII. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX TRAVAILLEUR.EUSE.S DU SEXE

1. DÉFINITION

Le terme de travailleur.euse du sexe⁵⁸ renvoie aux **personnes dont l'activité, choisie ou contrainte se définit dans des échanges economico-sexuels dont les transactions économiques peuvent être explicites** (prestations sexuelles contre de l'argent) **ou implicites** (services sexuels contre protection, logement, produits psychoactifs, aide à la migration...)⁵⁹. MdM a choisi de privilégier l'emploi de cette terminologie qui est en vigueur dans de nombreuses institutions internationales et dans des organisations de personnes directement concernées. La majorité des travailleur.euse.s du sexe sont des femmes mais il existe également des hommes et des personnes transgenres.

Il est important de noter que **le travail du sexe est très diversifié et comprend une multitude de profils et pratiques. Si certaines personnes exercent cette profession de manière consentie et assumée, d'autres sont contraintes**

voire exploitées. De fait, il existe autant de situations qu'il existe de travailleur.euse.s du sexe et l'exercice du travail du sexe se décline selon de multiples modalités en France et dans le monde (modalités de lieu : intérieur / extérieur, rues, maisons closes, bars... ; modalités de durée et de temporalité : périodes longues, de façon occasionnelle, le soir, la journée... ; modalités d'organisation : indépendantes, groupes, réseaux d'exploitations, filières de migration...). Les rémunérations des travailleur.euse.s du sexe sont aussi extrêmement variables. Ainsi, il convient de ne pas placer les personnes exerçant le travail du sexe dans une même case, tant leurs réalités, statuts, et besoins sont divers.

En décembre 2017, MdM a défini un positionnement relatif à la santé et aux droits des travailleur.euse.s du sexe, le présent document se base sur les principes fondamentaux et les recommandations établies au sein de ce positionnement. **Au sein de ce positionnement MdM réfute toute**

approche victimisante et s'oppose au fait de considérer les travailleur.euse.s du sexe comme étant par nature des délinquants, des malades ou des victimes.

2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ : STIGMATISATION ET CRIMINALISATION

Dans de très nombreux contextes, y compris dans les situations d'urgence et de crises, **les travailleur.euse.s du sexe sont socialement stigmatisé.e.s et marginalisé.e.s, et ainsi souvent accusé.e.s d'être la cause de la transmission des maladies, en particulier de la transmission du VIH, de l'augmentation de la criminalité, voire de la dégradation de l'image des femmes. Ces accusations sont renforcées par les inégalités liées au genre.** Elles peuvent difficilement faire valoir leurs droits d'accès à des services de santé de qualité à cause de ce qu'elles font.

De plus, **dans de nombreux pays, le travail du sexe est criminalisé ;** cela engendre des conséquences néfastes sur la santé des personnes proposant des services sexuels tarifés. **Du fait de la stigmatisation, marginalisation et criminalisation, les travailleur.euse.s du sexe sont exposé.e.s à de nombreux risques augmentés d'infections sexuellement transmissibles, cancer du col de l'utérus, grossesses non désirées, violences, harcèlement par les services de police, exploitation (prostitution des enfants, traite humaine, exploitation des personnes migrantes).** Cela peut

entraîner une diminution de l'estime de soi, des troubles psychosociaux, l'utilisation de substances psychoactives et la diminution de l'accès aux services publics, notamment les services de santé.

Tout cela a également un impact important sur les liens sociaux et peut conduire au rejet de la part de la famille et/ou des amis, entraînant des difficultés pour se loger et se déplacer.

Ces risques encourus ne sont donc pas limités à un risque d'exposition accrue à diverses maladies telles IST/VIH ou les hépatites, ils s'envisagent globalement en termes de sécurité et de répercussions sanitaires, sociales et économiques. Les personnels des structures de santé peuvent aussi être discriminants à l'encontre des travailleur.euse.s du sexe, ce qui va influencer sur l'accès de celles-ci aux soins.

L'approche développée par MdM auprès des travailleur.euse.s du sexe est la réduction des risques (RdR) fondée sur la santé publique et les droits humains. Au-delà de leur pertinence en termes de santé publique, les programmes menés auprès de et avec les personnes ont pour objectif principal de contribuer au **développement d'une réponse communautaire, au renforcement des capacités d'agir des personnes, et à leur participation active et libre, pour développer des réponses de santé et pour lutter contre la marginalisation, l'exclusion, la criminalisation et les autres formes de violation de leurs droits.** Afin de garantir un accès

58. À noter que nous n'employons volontairement pas le terme « prostitution », moralement chargé et associé à la déviance, la débauche. Parler de travail favorise la distinction entre l'activité économique et la personne elle-même et contribue à sortir la prostitution de l'invisibilité, vecteur de stéréotypes et stigmatisation. De plus, de nombreuses personnes se prostituant revendiquent, à travers le monde, le statut de travailleur du sexe afin d'obtenir reconnaissance et droits sociaux.

59. MdM, *Santé et droits des travailleur.euse.s du sexe : note de positionnement*, 2017

inconditionnel à la santé et aux droits, MdM plaide pour la réforme des lois et réglementations ainsi que des politiques qui criminalisent et sanctionnent les pratiques et les modes de vie des travailleur.euse.s du sexe.

a) Les IST et le VIH/sida

Les travailleur.euse.s du sexe sont l'une des populations les plus exposées au risque d'IST dont le VIH et l'hépatite B. **Cette exposition est liée à la nature du travail du sexe mais aussi aux actes violents auxquels ils / elles sont trop souvent confrontés et qui limitent leur capacité à se protéger.** L'exposition à des problèmes sanitaires peut aussi être liée aux risques qui peuvent être pris lors de rapports sexuels non protégés dans leur vie privée, afin de marquer une différence entre leurs pratiques sexuelles d'ordre professionnel et d'ordre privé. L'infection de nombreuses travailleur.euse.s du sexe par des IST (gonorrhée, syphilis, chlamydia, trichomonas notamment) contribue à augmenter leur risque d'infection au VIH. De plus, les IST, les violences et la multiplicité des partenaires sexuels sont des facteurs favorisant une infection par le papillomavirus qui peut être à l'origine d'un cancer du col de l'utérus et ceci dans des contextes où l'accès au dépistage reste encore limité.

b) L'usage de substances psychoactives (drogues, alcool)

Il est important de noter que travail du sexe et consommation de drogues/

alcool ne vont pas nécessairement de pair. En effet, le mythe selon lequel toutes les personnes se prostituant consommeraient des drogues n'est pas fondé et la réalité est autrement plus complexe.

Sans établir de généralisation, la consommation de drogues et alcool est un facteur de risque et de vulnérabilité chez certains travailleur.euse.s du sexe, pouvant mettre en danger leur sécurité et leur santé. En effet, le risque de subir des violences (physiques et sexuelles) est accru.

Une surconsommation de drogues et/ou d'alcool peut également entraîner une diminution de l'utilisation efficace des préservatifs et des rapports sexuels non protégés risquent d'être plus facilement acceptés (vecteur de contamination des IST).

En cas de partage de seringues, le risque de contamination par le VIH, les hépatites B et C et la syphilis (dans de rares cas) est élevé.

c) Problèmes psychologiques

Les travailleur.euse.s du sexe peuvent faire face à des problèmes psychologiques qui peuvent prendre des formes variées (Syndrome de stress post-traumatique, dépression, addictions...). Ces problèmes psychologiques ne sont pas systématiquement liés à l'exercice du travail du sexe mais peuvent découler d'un parcours migratoire traumatique, d'une situation administrative précaire, de violences et de propres difficultés personnelles.

d) Violences Liées au Genre⁶⁰

Les travailleur.euse.s du sexe sont fortement exposé.e.s à de **multiples formes de violences y compris les VLG.** La fréquence des violences, dont les violences sexuelles, auxquelles sont confronté.e.s les travailleur.euse.s du sexe augmentent significativement les risques de pathologies physiques et de souffrances psychologiques. Les violences vécues augmentent les risques d'exposition aux VIH / IST et / ou de survenue de GND. Il peut s'agir de violences sur le lieu de travail, mais aussi de violences exercées par le partenaire intime ou des membres de la famille.

Par ailleurs, les systèmes juridiques qui criminalisent le travail du sexe et répriment les travailleur.euse.s du sexe favorisent une plus grande précarité et une clandestinité accrue de l'activité. **Les violences qu'ils / elles subissent peuvent être liées à la pratique du travail du sexe mais aussi être induites par les systèmes judiciaires répressifs qui légitiment le harcèlement policier et forcent les personnes à se cacher,** facilitant les potentielles violences exercées par des tiers⁶¹.

e) Grossesses non désirées et accès à la contraception

Les rapports sexuels non protégés (ou accidents de rupture de préservatifs) peuvent conduire à des grossesses non désirées. Les travailleur.euse.s du sexe n'ayant parfois pas accès aux services de santé, il est rare qu'ils/

elles aient accès à des services offrant des méthodes de contraception. De nombreuses barrières entravent cet accès : **barrière financière, stigmatisation, manque d'information concernant les services disponibles et parfois horaires incompatibles.** De plus, de nombreuses **fausses idées et représentations concernant la contraception circulent chez les travailleur.euse.s du sexe mais aussi parfois chez des professionnel.le.s de santé peu formé.e.s.** De même, l'utilisation de pilule d'urgence reste encore trop souvent limitée et peu connue ; sa disponibilité n'est pas toujours généralisée au sein des projets. Dans de nombreux contextes, les grossesses non désirées conduisent à des pratiques d'avortement à risques qui peuvent avoir des conséquences graves sur la santé.

f) Insuffisance de suivi de grossesse et du post-partum

Le manque de suivi au cours de la grossesse et de la période post-partum est également identifié comme un problème par les travailleuses du sexe elles-mêmes. Là encore elles se heurtent à une multitude de barrières entravant l'accès à des services de qualité. L'absence de suivi régulier pourra alors retarder l'identification de certaines complications et ainsi exposer la mère et l'enfant à des risques sanitaires graves.

60. Rekart M., *Sex-work harm reduction*, The Lancet, 2005; 366: 2123-34.

61. MdM, *Santé et droits des travailleur.euse.s du sexe : note de positionnement*, 2017

3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

MdM a défini un **cadre d'intervention** pour les programmes de réduction des risques liés au travail du sexe. **Basé sur une approche d'empowerment, une démarche communautaire et la mise en place de partenariats, il est représenté sous la forme d'un parapluie rouge.**

Ce cadre est basé sur une **approche holistique, dont l'accès à des services de SSR fait partie intégrante comme on peut le voir sur la seconde branche du parapluie.** Ainsi MdM encourage la mise en place au sein des projets de RdR d'activités permettant de renforcer l'accès à des services de SSR. De la même façon, il est essentiel que les projets de SSR puissent prendre en compte les besoins spécifiques des travailleur.euse.s du sexe afin de proposer des services adaptés.

Dans ce cadre, les principes de base à respecter sont :

- ➔ le respect de la confidentialité et de l'anonymat ;
- ➔ le non-jugement et l'acceptation des différents modes de vie et pratiques des personnes rencontrées : création de liens de confiance ;
- ➔ un accueil favorable ;
- ➔ l'accès gratuit aux soins ;
- ➔ une information complète et éclairée basée sur les dernières recommandations scientifiques en matière de méthodes de contraception ;
- ➔ l'accès gratuit au matériel de prévention ;
- ➔ l'accès gratuit à la contraception d'urgence ;

- ➔ les horaires d'ouverture adaptés ;
- ➔ un travail de proximité avec des activités d'outreach, de cliniques mobiles ;
- ➔ une offre de soins la plus globale possible incluant les aspects psychosociaux ;
- ➔ l'empowerment ;
- ➔ l'inscription dans la durée (la durée d'un financement ne devant pas déterminer la durée du projet).

Les personnes travaillant avec les travailleur.euse.s du sexe doivent répondre à leurs besoins, respecter leur autonomie et dignité quels que soient l'âge, l'origine, l'orientation sexuelle ou le statut sérologique de la personne. **Le non-jugement est donc un principe clé.** De plus, les travailleur.euse.s du sexe elles-mêmes disposent d'une réelle connaissance du terrain, de leurs réalités et besoins ; leur implication permet donc au projet d'être plus pertinent dans la mesure où il est orienté par ceux à qui sont destinés les services. **Les projets doivent être élaborés pour et par les usager.ère.s.** Ainsi, l'implication des travailleur.euse.s du sexe dans les projets est un atout incontournable. Cela se fait à différents niveaux : le plus classique étant les « intervenant.e.s pairs », qui réalisent un travail de sensibilisation de proximité auprès des communautés et peuvent assurer la pérennité, l'acceptabilité du projet ainsi que donner lieu à un partage de savoir expérientiel. Ils sont ainsi des intermédiaires essentiels pour la diffusion des messages de prévention (eux seuls connaissent réellement les pratiques) et l'instauration de relations de confiance. **La collaboration avec les personnels de**

santé est doublement profitable, usager.ère.s et professionnel.le.s s'enrichissent des compétences de l'autre pour ajuster leurs pratiques.

Pour faciliter la confiance et l'utilisation des services par les travailleur.euse.s du sexe, il est essentiel de gagner leur confiance par la **continuité, la faisabilité et la flexibilité des services.**

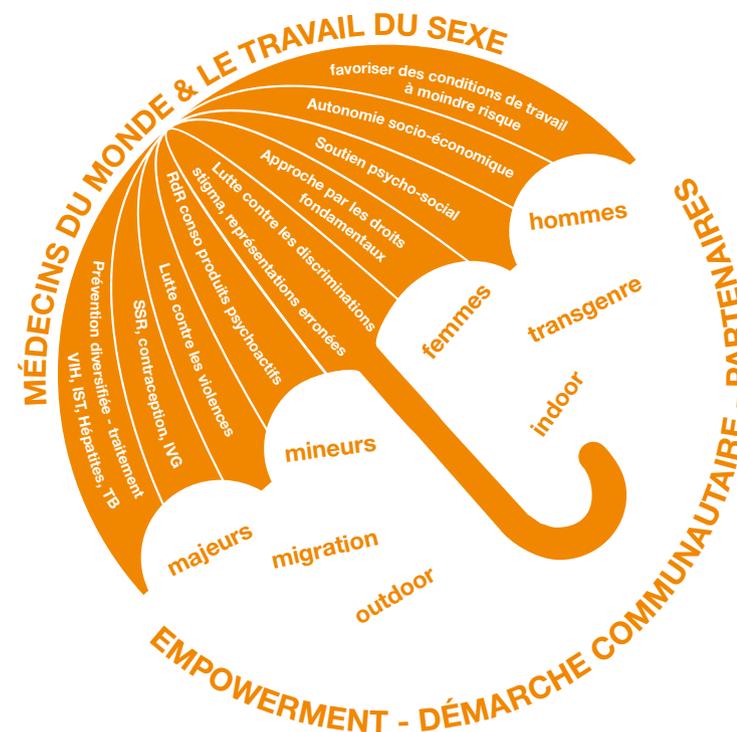
Les **cliniques mobiles** offrant des services médico-sociaux permettent de réduire les barrières géographiques d'accès aux soins.

D'autres modalités d'intervention sont possibles telles que l'utilisation des **nouvelles technologies** (SMS, e-counseling...).

Exemples d'activités menées sur des projets de RdR et de SSR :

- ➔ animations thématiques dans le local d'accueil de MdM, avec des jeux de rôles/de situation où les travailleur.euse.s du sexe sont les acteurs et actrices ;
- ➔ discussions autour de l'ensemble des méthodes de contraception efficaces avec démonstration à l'aide de modèles anatomiques (« vaginette », utérus en 2D, etc.), discussions autour de la question de négociation du port du préservatif ;
- ➔ ateliers de co-construction avec les travailleuses du sexe d'outils IEC concernant la SSR et notamment la

SCHÉMA 8 : CADRE D'INTERVENTION DE MDM POUR LES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AU TRAVAIL DU SEXE



contraception ;

➔ ateliers de discussion autour de la perception des travailleuses du sexe en matière de contraception ;

➔ mise à disposition de pilule d'urgence et fourniture par avance aux travailleuses du sexe le souhaitant de pilules contraceptives d'urgence pour s'assurer qu'elles auront ces pilules à disposition en cas de besoin et qu'elles seront en mesure de les prendre dès que possible après un rapport non protégé ;

➔ distribution et promotion des digues dentaires (carré de latex souple, notamment utilisé pour se protéger des maladies et IST lors d'un rapport bucco-génital entraînant un contact avec la vulve ou l'anus du/de la partenaire) ;

➔ entretiens individuels et discussions (notamment dans le bus se rendant sur les lieux de travail des travailleuses du sexe) sur divers sujets concernant la santé, les IST (que faire lors d'une rupture de préservatif par exemple), la

contraception, les GND, leurs droits, leur sécurité (que faire lors d'une arrestation par la police par exemple), mais également leur vie, projets... ;

➔ formation / sensibilisation des intervenants sur les projets de RdR en matière de SSR (continuum de soins, GND, contraception, CCU, etc.) ;

➔ formation / sensibilisation des professionnel.le.s de santé aux besoins spécifiques des travailleur.euse.s du sexe ;

➔ activité de dépistage du cancer du col de l'utérus notamment via le test HPV HR en auto-prélèvement et orientation pour la prise en charge des lésions précancéreuses ;

➔ cours d'autodéfense féministe animés par des pairs ;

➔ mise en place d'un système d'alerte et d'information concernant les violences incluant les VLG chez les travailleur.euse.s du sexe via la mise en place d'une plateforme en ligne d'échange d'informations.

« La participation du public des travailleuses du sexe chinoises au projet INCA (prévention du CCU) était intéressante, la particularité étant qu'on observait une participation importante les mois avec auto-prélèvement (pour le dépistage des lésions pré-cancéreuses) et une baisse lors des mois avec orientation directe vers une consultation gynécologique. Sans que nous le précisions, les femmes se passaient le mot.

Sur le même principe que le TROD, la popularité de l'auto-prélèvement montre l'importance des outils de dépistage qui permettent d'aller vers les populations les plus éloignées de l'accès aux soins ou celles qui rencontrent des barrières importantes dans leur accès à la santé dans le cadre du droit commun ».

Nora Martin-Janko, coordinatrice programme Lotus Bus, France

« Mon travail est d'informer les travailleuses du sexe sur la santé sexuelle et les droits, notamment en cas de violences. Tout d'abord je leur donne des informations sur le système de santé en France, où toutes les femmes ont le droit de faire des contrôles gynécologiques réguliers et des dépistages, et leur explique comment faire si elles sont infectées par une IST. Avec certaines personnes, la communication est complexe car elles ne veulent/peuvent pas perdre du temps de leur travail pour aller voir le médecin. Cette attitude rend ma tâche plus difficile, mais j'essaie de contourner l'obstacle en tentant de créer un lien de confiance en parlant d'expériences de vie communes, par exemple de la famille. J'ai trouvé un moment très opportun pour communiquer avec elles et les informer sur la santé et les droits, c'est lorsqu'elles ont leurs règles et qu'elles sont plus disponibles car elles ne travaillent pas. J'en profite pour leur faire connaître l'hôpital, pour qu'elles sachent où aller s'il y a une urgence. Mon travail se confronte donc à certaines difficultés, mais c'est là toute l'importance de mon rôle ».

Julan Huang, animatrice de prévention sur le programme Lotus Bus, France

« Nous avons constaté que plusieurs usagères du projet de réductions des risques auprès des travailleuses du sexe étaient confrontées à des grossesses non désirées. En Russie, il n'y a pas vraiment de politiques d'information autour des questions de contraception. Un large choix de méthodes de contraception existe mais l'accès à l'information concernant ces méthodes est un réel problème. Cela a été le point de départ de notre réflexion pour inclure davantage de messages concernant la SSR et adopter une approche intégrée incluant la question des DSSR au sein de notre projet RdR et des activités de prévention du VIH. L'équipe a développé en collaboration avec des travailleuses du sexe, un outil IEC sur la contraception sous la forme d'un livret : « Alice au pays de la contraception ». Cet outil est très utile pour travailler sur les préjugés et fausses idées très répandues en matière de contraception. Nous mettons également à disposition des travailleuses du sexe, au sein de nos unités mobiles, des pilules d'urgence. Nous parlons de la négociation du port du préservatif et des questions de VLG. Nous informons aussi les travailleuses du sexe concernant certaines pratiques à risques assez répandues comme les douches vaginales ».

Svetlanna Tsukanova, coordinatrice de projet, Russie

VIII. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX MIGRANT.E.S

1. DÉFINITION

Actuellement, environ 70,8 millions de personnes dans le monde sont déplacées, dont 25,9 millions ont traversé les frontières internationales à la recherche d'une protection⁶².

La migration est un fait social. MdM l'envisage comme tel et est engagée auprès des personnes exilées depuis longtemps, tant en France que dans d'autres pays en Europe et sur d'autres continents : Amérique latine, Afrique, Moyen-Orient, Asie. La migration (départ volontaire) et l'exil (départ contraint) forment des mouvements de population qui se déroulent dans un contexte général de « crise de l'accueil » dans de nombreux pays de destination ou de transit. **Alors que les migrations sont en progression, l'accès aux droits et à la santé des personnes migrantes ne cesse de régresser à de nombreux endroits dans le monde.** La fermeture et le contrôle des frontières et la criminalisation des personnes, avec tout ce qu'elles induisent (pratiques d'enfermements, de rétentions et d'expulsions, de renvois

dans les pays d'origine ou de transit), engendrent des problèmes de santé et des difficultés d'accès aux soins rencontrés par les personnes exilées.

2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ

Au cours du parcours migratoire, envisagé ici plus largement que le simple déplacement (départ du pays, aux frontières, dans le pays de destination), **les individus déplacés font face à un grand nombre de difficultés qui portent atteinte au respect de leurs DSSR.** S'il n'existe pas de pathologies spécifiques aux exilé.e.s à leur départ, ceux-ci rencontrent des événements, barrières et obstacles spécifiques durant leur parcours et dans leur accès à la santé⁶³. Les personnes migrantes et en particulier les femmes ont, comme toutes les autres, des besoins et le droit d'accéder aux services de base, comprenant la santé, le bien-être physique et mental. De plus, **l'analyse des parcours migratoires féminins montre que les motifs poussant les femmes à quitter leur pays d'origine**

sont souvent intimement liés au non-respect des droits fondamentaux et notamment des DSSR (mariages forcés, mutilations génitales, violences sexuelles ou domestiques, exploitation sexuelle, grossesses non désirées...). Alors qu'elles nécessitent un suivi particulier, celui-ci ne peut leur être accordé faute d'infrastructures dédiées, notamment dans les centres de transit ou d'accueil. Par conséquent, **leur vulnérabilité s'accroît au cours de leur périple** car elles sont davantage confrontées aux VLG, à un accès limité à la contraception et à l'avortement non sécurisé. Par ailleurs, dans les pays d'arrivée, elles sont pour la plupart exclues des systèmes de santé sur la seule base de leur statut de résidence, creusant davantage les inégalités à travers l'Europe⁶⁴.

a) Difficultés d'accès aux soins

Les obstacles sont multiples et complexifiés par les expériences de déplacement et s'additionnent aux différentes problématiques de santé : barrières socioculturelles, administratives, financières, linguistiques, stigmatisation, peur des contrôles, etc. Malgré les conventions des droits humains qui protègent les droits des migrant.e.s, nombreux sont ceux et celles qui n'ont pas accès aux services sociaux et sanitaires. Il existe peu de données sur la santé des migrant.e.s, néanmoins il ressort

que les migrant.e.s ont un accès moindre aux services de santé que la population générale. En général, les soins de santé primaires sont peu utilisés et le recours aux services est réalisé tardivement et en urgence. On remarque notamment que la **mortalité maternelle** des femmes migrantes est 2.5 fois supérieure à celle des femmes nées en France (voire 3.5 supérieure pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne⁶⁵). On constate également, dans le rapport de santé des migrant.e.s et réfugié.e.s élaboré par l'OMS Europe, **un risque plus élevé du cancer du col de l'utérus** pour les personnes migrantes que pour les populations des pays d'accueil⁶⁶.

En France, 28 % des hospitalisations de femmes bénéficiant de l'AME (aide médicale d'État) sont liées à des complications de la grossesse, en lien avec un retard de suivi (40% des femmes enceintes accueillies dans nos programmes ont un retard de suivi de grossesse). Une autre étude de périnatalité en France a montré un risque accru de mortalité maternelle chez les femmes de nationalité étrangère, pouvant en partie être expliqué par un moindre recours aux soins. Une situation irrégulière sur le territoire ou une arrivée récente en France sont des facteurs de surveillance insuffisante de la grossesse⁶⁷. Chez les populations vivant en

62. UNHCR, *Aperçu statistique*, 2019

63. OMS, *10 éléments à savoir sur la santé des réfugiés et des migrants*, janvier 2019

64. MdM, *Note interne : Droits et santé sexuels et reproductifs des filles et des femmes tout au long du parcours migratoire*, 2018

65. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), *Les morts maternelles en France : Mieux comprendre mieux prévenir*, 2012

66. WHO, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region: No public health without refugee and migrant health*, 2018

67. MdM, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, rapport 2010, octobre 2011.

bidonvilles en France, en 2007, seules 8,3 % des femmes étaient suivies pendant leur grossesse, le taux de prévalence contraceptive était de 10 %. Plus de 60 % des femmes rencontrées dans le centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Saint-Denis⁶⁸ n'ont jamais utilisé de contraception.

b) Violences Liées au Genre

Tout au long des différentes étapes du processus migratoire, les personnes peuvent être exposées davantage à des VLG.

Les conditions dans lesquelles se réalisent la migration ainsi que les conditions d'accueil sont des facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité des personnes à subir ce type de violences. La situation de rue ou les logements précaires, certaines infrastructures publiques vers lesquelles se tournent les migrant.e.s les **exposent davantage aux viols et agressions sexuelles mais aussi à l'exploitation et au trafic, notamment pour les femmes voyageant seules**⁶⁹. Selon une étude d'Amnesty International⁷⁰, entre 60% et 80% de femmes d'Amérique centrale se déplaçant vers les États-Unis et transitant par le Mexique ont été victimes de violences sexuelles. Plus récemment, de nombreux témoignages de migrant.e.s étant passés par la Libye ont révélé l'ampleur des violations

des droits humains et des violences sexuelles⁷¹. L'enquête de MdM sur les violences subies pendant le parcours migratoire par les personnes ayant transité par la Libye, l'Italie et la France, réalisée au CASO de Saint Denis en 2018, relève d'ailleurs que les agressions sexuelles ont touché près de 50% des femmes et 18% des hommes pendant leurs parcours migratoires.

Ces violences ont des conséquences dramatiques pour la santé et la vie des survivants et survivantes : blessures, douleurs chroniques, handicaps, grossesses non désirées, IST dont le VIH, conséquences psychologiques, conséquences sociales... Cependant, **le risque est tout aussi élevé à l'arrivée dans le pays de destination.** L'enquête menée par ANRS PARCOURS⁷² ainsi que l'étude DSAFIR⁷³ ont par exemple montré que les femmes migrantes subsahariennes en France avaient un risque 6 fois plus élevé de subir un rapport sexuel forcé après leur arrivée en France. L'étude montre alors que les violences sexuelles subies sur le territoire français par ces femmes multiplient par 4 leur risque d'infection par le VIH. **Par manque d'infrastructures et de mesures prises à cet effet, les filles et les femmes sont rarement en mesure de dénoncer les violences qu'elles subissent.**

68. MdM, *La mission Banlieue*, rapport d'activité 2010, juillet 2011.

69. Bautista Cosa, O. *Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France*. Cahiers du Social n° 40- Avril 2018, FTDA

70. Amnesty International, *Invisible victims : Migrants on the move in Mexico*, 2010

71. Amnesty International, *En Libye, les réfugiés et les migrants fuient les sévices sexuels, les violences et l'exploitation*, 2016

72. Pannetier, Julie et al., *Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study*, The Lancet Public Health, Volume 3, Issue 1

73. *Parcours migratoire, violences déclarées et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France*. Enquête Dsafhir, BEH, Santé Publique France, 2019

c) Difficultés d'accès aux services de santé reproductive

Les femmes migrantes sont davantage confrontées aux complications liées à la grossesse. Au cours du programme mené par MdM en France en 2014 auprès des populations vulnérables, seules 42% des femmes enceintes avaient reçu une consultation prénatale.

A l'arrivée dans le pays de destination, différentes barrières se dressent contre le libre accès des femmes migrantes aux DSSR :

- ➔ **lois nationales restrictives en matière d'accès aux soins**, au-delà des soins d'urgence ;
- ➔ **lourdes procédures administratives** complexifiant l'accès à ces services (preuve de résidence) ;
- ➔ **coût élevé des soins** rendant les DSSR ineffectifs ;
- ➔ **régimes d'assurance-maladie** qui excluent les femmes migrantes sans papiers ;
- ➔ **absence de pare feu entre fourniture en soins de santé et contrôle de l'immigration** ;
- ➔ **barrières socioculturelles et linguistiques** des systèmes nationaux non adaptés aux besoins spécifiques.

Ces obstacles à l'exercice des droits sexuels et reproductifs contribuent à renforcer les inégalités sociales et de genre existantes et à fragiliser lourdement les femmes et les filles.

74. WHO Regional Office for Europe, *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*, 2010.

d) GND et accès à la contraception

L'accès à la contraception et l'avortement pour les femmes migrantes est **limité car elles font face à des difficultés financières, de mobilité, à la barrière linguistique et la méconnaissance des services de santé** qui compliquent davantage l'accès aux services dispensant des méthodes de contraception et aux services d'avortement et perpétuent les inégalités sociales existantes. De plus, l'accès à la contraception ou à l'avortement est souvent très différents entre le pays d'origine et le pays « d'accueil » : conditions légales différentes, coûts différents, méthodes disponibles, etc. Dans ce contexte, **l'accès à l'information pourtant essentiel est trop souvent limité.**

3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

En Europe, les femmes représentent **40 % des migrant.e.s**. L'OMS Europe définit les personnes migrantes **comme une population prioritaire en SSR**. Il est donc essentiel de leur offrir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité afin de réduire la vulnérabilité de ces populations. Points clés de la prise en charge des migrant.e.s⁷⁴ :

- ➔ **améliorer la qualité des services de soins** via des consultations transculturelles (réduction des barrières liées à la langue, utilisation de médiateurs sanitaires, sensibilisation

et formation des personnels de santé sur les problématiques de santé et les droits des migrant.e.s et sur la non-discrimination) ;

➔ organiser la médiation sanitaire⁷⁵

entre les populations migrantes et les structures sanitaires étatiques ;

➔ développer des projets de proximité

« allant vers » les plus exclus des soins et du système de soins de droit commun ;

➔ informer et éduquer à la santé les populations migrantes sur leurs droits

en santé, la disponibilité des services et la SSR dans leur langue et avec du matériel IEC adapté culturellement.

La promotion de la santé devrait inclure une stratégie avancée au sein des populations afin d'augmenter la couverture ;

➔ réduire les barrières financières à l'accès aux soins de SSR en limitant

le paiement direct du soin et en encourageant la gratuité pour les plus vulnérables (femmes enceintes migrantes, enfants migrants) ;

➔ réduire les risques liés à l'environnement physique ;

➔ suivre et analyser l'utilisation des services de santé des personnes

migrantes et mettre en évidence les barrières à l'accès aux soins. Le manque de données est un frein à un appui plus approprié pour les migrant.e.s ;

➔ mettre en place un réseau de partenaires, sensibiliser les structures médicosociales à la prise en charge des migrant.e.s ;

➔ appuyer les changements politiques en faveur de la protection des migrant.e.s et d'un accès égalitaire des services de santé.

« A Oran, MdM, en partenariat avec quatre associations algériennes, a mis en place le Jardin des Femmes : un lieu dédié aux femmes, dans lequel elles peuvent trouver un accompagnement multidisciplinaire sur les questions de SSR. Principalement destinée aux femmes vulnérables, la structure accueille aussi bien des algériennes que des personnes migrantes d'origine subsaharienne. Les partenariats ont permis la mise en place de permanences de psychologues qui assurent des entretiens individuels, l'animation de groupes de paroles thérapeutiques, des ateliers d'expression artistiques et la mise en place de séances de conseils juridiques. Les femmes peuvent également consulter une sage-femme pour des entretiens de counseling notamment sur les questions de suivi de grossesse, de contraception et de prévention des IST. Cette sage-femme facilite également l'orientation et l'accès vers les structures de soins publiques. Le Jardin des Femmes est un des rares lieux de la ville où des algériennes et des migrantes se rencontrent et peuvent échanger sur leurs parcours, leurs histoires de vie mais aussi sur leurs cultures mutuelles ».

Sarah Belkacem, coordinatrice terrain Oran, Algérie

« En 2019, la mission Italie a démarré un programme ciblant spécifiquement la prise en charge des survivant.e.s de VLG dans 3 régions du pays. Depuis 2015, selon le HCR plus de 470 000 personnes sont arrivées en Italie depuis la méditerranée centrale : parmi eux 50 000 femmes et 80 000 mineurs. Au cours du parcours migratoire, la plupart des personnes ont fait face à des situations de violences extrêmes : violence physique, torture, viols et agressions sexuelles, etc. A leur arrivée, les individus n'ont pas connaissance de leurs droits et de la possibilité d'accéder à des services de santé et de protection. Ils ne savent pas où obtenir de l'aide, ni à qui faire confiance. De plus, les acteurs et services prenant en charge les migrant.e.s à leur arrivée ne sont pas toujours en capacité d'apporter une réponse adaptée et par conséquent de nombreuses personnes n'ont pas accès à une prise en charge. Afin de mieux répondre aux besoins des survivant.e.s MdM a donc décidé de développer différentes activités : cartographie des acteurs et analyse de la qualité des services, renforcement de capacités des acteurs impliqués dans la prise en charge immédiate, mise en place de sessions de sensibilisation pour les migrant.e.s sur leurs droits et les services disponibles, et appui aux mécanismes de coordination entre les différents acteurs et les services de prise en charge immédiate ».

Jean-Pierre Foschia, coordinateur médical, Italie

75. La médiation sanitaire s'inscrit dans la médiation sociale définie comme suit : « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose. »

IX. OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX PERSONNES LGBTQ+

1. DÉFINITIONS

a) Identité de genre, expression de genre et orientation affective-sexuelle⁷⁶

Le terme « **identité de genre** » fait référence à la façon dont la personne s'identifie, se sent, se pense et se reconnaît elle-même en tant que femme, homme ou personne transgenre. Cette identification peut correspondre avec le sexe avec lequel la personne est née ou pas. Ainsi, une personne peut être née avec un sexe féminin et s'identifier dans une identité de genre « homme » ou à l'inverse.

Le terme « **expression de genre** » fait référence à la façon dont une personne va exprimer son identité de genre à travers sa façon de s'habiller, de parler, de bouger. Cette expression de genre peut être masculine, féminine ou androgyne et peut correspondre ou pas à son identité de genre ou à son sexe.

Concernant l'**orientation affective-sexuelle**, on peut parler

d'hétérosexualité, d'homosexualité ou de bisexualité. Il s'agit de l'attraction sexuelle et affective qu'une personne peut ressentir pour quelqu'un de son propre sexe, pour quelqu'un du sexe opposé ou bien pour des personnes des deux sexes. Elle est toujours indépendante de son expression de genre et de son identité de genre.

b) Personnes LGBTQ+

Le sigle LGBTQ+ fait référence aux définitions suivantes :

- **L = Lesbienne** : une personne qui s'identifie à une femme et qui est attirée sexuellement et romantiquement par d'autres personnes qui s'identifient à une femme
- **G = Gay** : une personne qui s'identifie à un homme et qui est attirée sexuellement et romantiquement par d'autres personnes qui s'identifient à un homme. De manière plus générale, le terme « gay » signifie toute personne attirée par des personnes ayant la même identité sexuelle
- **B = Bisexuel.le** : une personne

qui est attirée sexuellement et romantiquement aussi bien par des personnes qui s'identifient comme des hommes que par des personnes qui s'identifient comme des femmes

→ **T = Transgenre** : une personne dont le genre ne correspond pas au sexe avec lequel il ou elle est né.e

→ **Q = Queer** : terme inclusif désignant une personne qui ne veut pas être identifiée selon son orientation sexuelle ou son sexe

→ Il n'y a pas vraiment de consensus sur le + qui fait mention à différentes autres catégories.

2. ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ ⁷⁷

S'il n'existe encore que peu de données en la matière, l'**adaptation des services de santé et notamment de SSR aux besoins spécifiques des personnes LGBTQ+ reste un enjeu important dans de nombreux contextes, y compris dans les pays développés.**

Si la plupart des besoins médicaux des personnes LGBTQ+ reflètent les standards habituels de prise en charge médicale, il convient cependant de prendre en compte certaines spécificités. Ainsi, des recherches montrent que **les personnes LGBTQ+ sont particulièrement touchées par certains problèmes de santé physique, mentale et sexuelle.** Elles font souvent face à différentes barrières d'accès, notamment la peur de la stigmatisation et de la discrimination. Dans la grande majorité des pays,

les services de santé y compris les services de SSR demeurent hétérocentriques, c'est-à-dire fondés sur des présupposés hétérosexuels et négligeant les besoins spécifiques des personnes provenant des minorités sexuelles. **La majorité des professionnel.le.s de santé sont peu / pas formés à ces besoins ;** pourtant le peu de données disponibles établissent un lien entre l'expérience minoritaire LGBTQ+ et des vulnérabilités spécifiques en terme de santé. **Craignant de subir des discriminations, les personnes LGBTQ+ évoquent rarement leur orientation sexuelle et / ou identité de genre avec les professionnel.le.s de santé.**

a) Les IST et le VIH/sida

En termes d'IST les personnes gays et transgenres constituent historiquement deux des groupes de la population parmi les plus touchés par les IST et notamment le VIH. En particulier, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) présentent un risque accru de contracter le VIH et d'autres IST par rapport aux hommes exclusivement hétérosexuels. En 2017, on estimait au niveau régional que les HSH représentaient 12% des nouvelles infections à VIH en Afrique et 57% des nouvelles infection en Europe et Amérique du Nord. Les relations sexuelles entre femmes comportent un risque faible de transmission du VIH, mais ce risque est

76. European Evaluation Society and the Latin America and Caribbean Evaluation Network (RELAC) Guide to including a gender+ perspective in VOPEs: innovating to improve institutional capacities, 2015

77. WHO, 52nd Directing council, Addressing the causes of disparities in health services access and utilization for lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) persons, 2013

avéré pour d'autres IST et notamment le HPV. De plus, certaines lesbiennes continuent à avoir des relations sexuelles avec des hommes mais ont pour autant un accès moindre aux services de prévention.

b) VLG et notamment basées sur l'orientation affective-sexuelle et l'identité de genre

Si là encore, les données restent insuffisantes, on sait que les personnes LGBTQ+ sont nombreuses à subir des violences en lien avec leur identité de genre et / ou leur orientation sexuelle et notamment des violences psychologiques, physiques mais aussi sexuelles. D'ailleurs, dans certains contextes les études ont décrit des viols homophobes dit « correctifs » chez les personnes lesbiennes.

c) Accès inadéquat aux services de SSR

Peu de professionnel.le.s de santé sont sensibilisés aux besoins spécifiques des personnes LGBTQ+ en matière de SSR. De même, les personnes ont bien souvent un accès trop limité à des informations de qualité concernant la SSR et les services de prévention. Ainsi, les **lesbiennes, bisexuelles ou transgenres ont souvent un suivi SSR inadéquat**. Considérées par les professionnel.le.s de santé comme n'ayant pas de relations pénétratives, elles ont moins recours au dépistage du CCU par exemple. De même, l'accès à des méthodes de

contraception pour les personnes LGBTQ+ est souvent inadéquat et empreint de fausses croyances y compris de la part des professionnel.le.s de santé. Les personnes transgenres sous testostérone peuvent par exemple tout de même faire face à une GND en cas de relations sexuelles non protégées. De la même façon, la question de la contraception n'est souvent pas suffisamment abordée avec les personnes lesbiennes alors qu'il arrive que certaines d'entre elles continuent à avoir des relations sexuelles avec des hommes, les exposant également à des GND en cas de rapport non protégé.

d) Comportements addictifs

Certaines études ont montré que les personnes LGBTQ+ peuvent présenter, en comparaison avec la population générale, un **risque accru de développer des comportements addictifs** (tabac, alcool et drogues)⁷⁸. L'usage d'alcool et de substances psychotropes pourra augmenter le recours à des comportements sexuels à risque.

3. OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

Considérant les différentes barrières d'accès à des services de santé de qualité et notamment à des services de SSR pour les personnes LGBTQ+, il est important que MdM puisse **encourager l'accompagnement des professionnel.le.s de santé pour une prise en charge**

plus adaptée au sein des projets de l'organisation.

Dans le cadre d'une offre de services adaptée, les principes de base à respecter sont :

- ➔ **le respect de la confidentialité** et de l'anonymat ;
- ➔ **le non-jugement** et l'acceptation des différents modes de vie, identité de genre, orientation affective-sexuelle des personnes rencontrées ;
- ➔ la création de **liens de confiance** ;
- ➔ un **accueil favorable** ;
- ➔ l'**accès gratuit** aux soins ;
- ➔ **une information complète et éclairée** basée sur les dernières recommandations scientifiques en matière de méthodes de contraception ;
- ➔ l'**accès gratuit au matériel de prévention** ;
- ➔ l'**accès gratuit à la contraception d'urgence** ;
- ➔ un **travail de proximité avec des activités d'outreach**, de cliniques mobiles ;
- ➔ **une offre de soins la plus globale possible** incluant les aspects psychosociaux ;
- ➔ l'**empowerment**.

Les personnes travaillant avec des personnes LGBTQ+ doivent répondre à leurs besoins, respecter leur autonomie et dignité quels que soient l'âge, l'origine, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre de la personne. **Le non-jugement et la non-discrimination restent donc deux principes clés**. De plus, les personnes LGBTQ+ elles-mêmes disposent d'une réelle connaissance de leurs réalités, des

difficultés rencontrées et de leurs besoins ; leur implication permet donc au projet d'être plus pertinent dans la mesure où il est orienté par celles et ceux à qui sont destinés les services. **Les projets doivent être élaborés pour et par les usager.ère.s**. Ainsi, l'implication des personnes LGBTQ+ dans les projets est un atout incontournable. Cela peut se faire à différents niveaux : le plus classique étant les « travailleurs pairs », qui réalisent un travail de sensibilisation de proximité auprès des communautés et peuvent assurer la promotion du projet. Ils sont ainsi des intermédiaires essentiels pour la diffusion des messages de prévention (eux seuls connaissent réellement les pratiques) et l'instauration de relations de confiance. La collaboration avec les personnels de santé est doublement profitable : usager.ère.s et professionnel.le.s s'enrichissent des compétences des uns et des autres pour ajuster et affiner leurs pratiques. Pour faciliter la confiance et l'utilisation des services par les personnes LGBTQ+, il est essentiel de gagner leur confiance par la **continuité, la faisabilité et la flexibilité des services**.

Exemples d'activités à mener au sein des projets pour une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes LGBTQ+ :

- ➔ **encourager les professionnel.le.s de santé à explorer leurs propres croyances et représentations** au sujet des personnes LGBTQ+ au cours d'ateliers, les aider à prendre conscience de l'impact que ces représentations peuvent avoir sur les

78. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, et al. Eds. *The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Philadelphia : American college of physicians, 2008.

pratiques professionnelles ;

➔ formation des professionnel.le.s de santé aux besoins spécifiques

des personnes LGBTQ+ en matière de SSR et notamment concernant la prévention des IST, et les méthodes contraceptives efficaces adaptées en fonction des besoins et des profils (par exemple DIU au cuivre ou autre méthode non hormonal pour les personnes sous testostérone) ;

➔ encourager les professionnel.le.s de santé à adopter un langage neutre

(utilisation par exemple du terme de partenaire et pas de « petit ami » ; utilisation des mêmes termes que la personne utilise pour la désigner : prénom / genre de son choix) ;

➔ ateliers de co-construction avec les personnes LGBTQ+ d'outils IEC

concernant la SSR ;

➔ en fonction du contexte, développer des outils de communication pour annoncer que les professionnel.le.s de santé d'une structure donnée sont sensibilisés à la thématique LGBTQ + (poster par exemple) ;

➔ discussions autour de l'ensemble des méthodes de contraception efficaces avec démonstration à l'aide de modèles anatomiques (« vaginette », utérus en 2D, etc.), discussions autour de la question de négociation du port du préservatif ;

➔ entretiens individuels et discussions

sur divers sujets concernant la santé, les IST (que faire lors d'une rupture de préservatif par exemple), la contraception, les GND, leurs droits, leur sécurité, mais également leur vie, leurs projets...

➔ activité de dépistage du cancer du col de l'utérus ciblant particulièrement

les personnes lesbiennes, transgenres, queer, notamment via le test HPV HR en auto-prélèvement et orientation pour la prise en charge des lésions précancéreuses.



CHAPITRE 6

INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE

I. SSR EN SITUATION DE CRISE

1. DÉFINITIONS
2. GÉNÉRALITÉS
3. IAWG ET LE MANUEL INTERORGANISATIONS

II. DISPOSITIF MINIMUM D'URGENCE

1. OBJECTIFS
2. LES ACTIVITÉS PRIORITAIRES DU DMU
3. AUTRE PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SSR :
LES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT
4. MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

III. FOCUS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES VLG

1. DÉFINITION
2. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE
3. MODÈLE D'INTERVENTION DE MDM
4. ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE RELATIFS AU NOYAU DUR

I. SSR EN SITUATION DE CRISE

1. DÉFINITIONS¹

On définit une **situation d'urgence** comme un événement brusque et généralement imprévu qui requiert des mesures immédiates pour minimiser ses conséquences néfastes².

On entend par **crise humanitaire** un événement ou une série d'événements qui constitue une grave menace à la santé, à la sécurité ou au bien-être d'une communauté ou d'un groupe de personnes. Des conflits armés, des épidémies, des catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence majeures peuvent tous être accompagnés d'une crise humanitaire ou y mener.

Une **catastrophe** est une grave interruption de fonctionnement d'une société, causant des pertes humaines, matérielles ou environnementales que la société affectée ne peut surmonter avec ses seules ressources propres.

Les catastrophes sont souvent classées en fonction de leur mode d'occurrence (brusque ou progressive) ou de leur

origine (naturelle ou relative à l'activité humaine)³.

Le **conflit** est défini comme une situation où des acteurs en interdépendance, soit poursuivent des buts différents, défendent des valeurs contradictoires, ont des intérêts divergents ou opposés, soit poursuivent simultanément et compétitivement un même but. Les conflits armés ont des répercussions à la fois sur la santé des populations, sur les systèmes de santé et sur la capacité des populations à avoir accès aux services de santé.

2. GÉNÉRALITÉS

On estime que 128 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire dont 25% sont des filles ou des femmes en âge de procréer. **Dans les contextes de crises humanitaires, les filles et les femmes sont particulièrement exposées à des risques accrus de grossesse non désirée, de décès maternel, de VLG ou d'infections sexuellement**

1. MdM, *Cadre de référence des Soins de Santé Primaires dans les contextes d'urgence et de crises*, 2017

2. ONUG / DHA, *Glossaire international multilingue agréé de termes relatifs à la gestion des catastrophes*, 1992

3. ONUG / DHA, *Glossaire international multilingue agréé de termes relatifs à la gestion des catastrophes*, 1992

transmissibles. Par conséquent, les besoins en services et soins de SSR augmentent également. Pourtant, l'accès aux services de SSR demeure rarement priorisé par les acteurs humanitaires dont les réponses sont généralement concentrées sur les soins de base, l'accès à la nutrition, à l'eau et au logement. Face à l'ampleur, à la durée des situations de conflit et au nombre de personnes ayant besoin d'assistance humanitaire, la communauté internationale a progressivement reconnu les difficultés spécifiques liées à l'absence de soins en SSR auxquelles étaient confrontés les individus, et plus particulièrement les femmes et les filles.

Cependant, sur le terrain, les besoins restent peu couverts et les complications liées au manque de soins en SSR, menant à une augmentation importante de la morbi-mortalité de la population affectée, continuent de mettre gravement en danger la santé et la vie de milliers de personnes et surtout de filles et femmes. Assurer la disponibilité et l'accès à l'information et aux services en SSR est donc indispensable pour une réponse humanitaire efficace, le respect des droits humains fondamentaux et l'empowerment des filles et des femmes.

Aujourd'hui, plus de 32 millions de filles et de femmes⁴ en âge de

procréer ont besoin d'une aide humanitaire. Il est indispensable de se concentrer sur les DSSR en contexte de crise. Premièrement parce que lorsque les systèmes sociaux, judiciaires et sanitaires s'effondrent, les filles et les femmes sont les plus exposées à un risque accru de VLG et notamment de violence sexuelle⁵, de morbidité et mortalité maternelles mais aussi aux complications liées à la grossesse, l'accouchement ou l'avortement non sécurisé. Deuxièmement parce que les besoins en SSR ne s'interrompent pas soudainement lors d'un conflit mais au contraire, se multiplient, les relations sexuelles consenties se poursuivant, tandis que les moyens de subsistance s'effondrent, et les violences sexuelles augmentent.

En situation de crise, l'objectif de MdM est de restaurer l'accès aux soins des populations en se concentrant sur les Soins de Santé Primaires. Depuis 2014, MdM intègre la SSR comme une priorité absolue et systématique de ses interventions d'urgence. Afin d'encadrer au mieux cette réponse intégrée, MdM a conçu et mis en place des *Fiches pratiques SSR et VLG en situation de crise*⁶ destinées à l'ensemble des personnels de MdM impliqués sur le terrain (à consulter pour des informations plus détaillées).

MdM axe ses interventions sur :

- ➔ la mise en place du Dispositif Minimum d'Urgence en SSR qui correspond à un ensemble coordonné d'activités à mettre en place dès le début des réponses d'urgence ;
- ➔ l'élaboration de stratégies de réponses pluridisciplinaires concernant les VLG afin de permettre l'identification des survivantes et survivants et leur accès à des services de prise en charge multisectorielle.

3. IAWG ET LE MANUEL INTERORGANISATIONS

En 1995, un consortium d'ONG, de bailleurs, de gouvernements et d'agences des Nations Unies ont créé le groupe de travail interorganisations en SSR en situations de crise humanitaire (IAWG - *Inter-Agency Working Group*). Cette coalition a depuis joué un rôle crucial dans le plaidoyer, la recherche et l'appui technique pour faire progresser l'accès aux services de SSR lors d'un conflit ou à la suite d'une catastrophe naturelle. L'IAWG œuvre pour :

- ➔ documenter les lacunes, les progrès et les leçons apprises ;
- ➔ évaluer la situation de la SSR sur le terrain ;
- ➔ instaurer des normes techniques pour la prestation de services de SSR ;
- ➔ développer et diffuser des données probantes auprès des décideurs, des responsables et des praticiens ;
- ➔ plaider pour l'inclusion des personnes affectées par les crises dans les programmes de développement mondial et l'action humanitaire.

Sa contribution la plus importante a été de développer des directives pour la prestation de services de SSR dans les urgences avec la publication d'un **Manuel de terrain interorganisations (IAFM)**. Ce manuel définit un ensemble d'activités minimum à mettre en place dès le début de la réponse : le Dispositif Minimum d'Urgence en SSR (DMU). Depuis 2004, le DMU est devenu une norme internationale et est intégré aux standards Sphère. L'IAFM a été révisé en 2018, la nouvelle version tient compte des dernières données probantes concernant la pratique clinique et la mise en œuvre des programmes. Ce chapitre se base sur cette version du manuel⁷.

MdM est membre d'IAWG depuis 2015 et contribue particulièrement aux groupes de travail VLG, Avortement, Contraception et Plaidoyer.

4. IAWG, *The needs of crises-affected women and girls must be mainstreamed across family planning summit commitments*

5. UNFPA, *Maternal mortality in humanitarian crises and in fragile settings*, Novembre 2015 : "The number of maternal deaths in the 35 countries currently affected by a humanitarian crisis or fragile conditions is estimated at 185 000 in 2015, which is 61 per cent of the global estimate of maternal deaths (303 000)."

6. MdM, *Fiches pratiques : SSR et VLG en situation de crise*, 2016 (révision 2020)

7. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

8. IAWG, *MISP Cheatsheet*, 2019 : <https://iawg.net/resources/misp-reference>

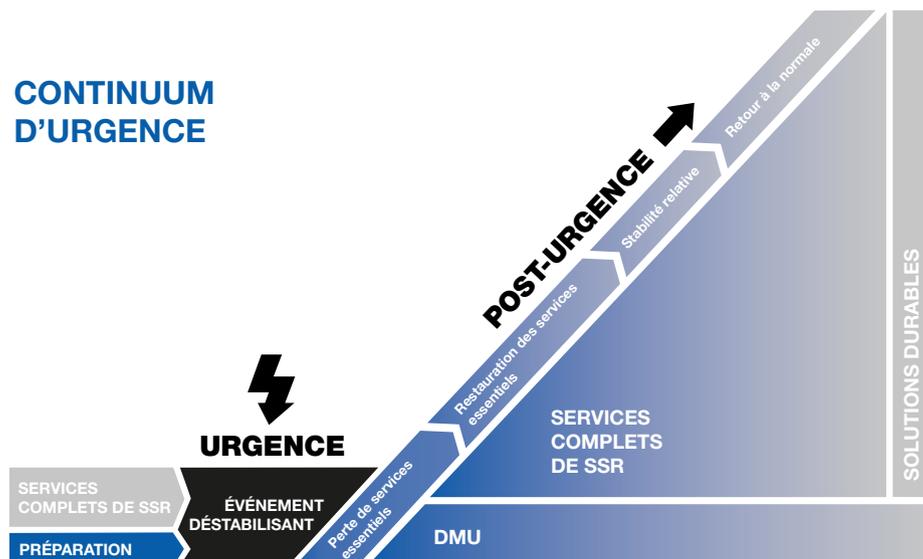
II. DISPOSITIF MINIMUM D'URGENCE

1. OBJECTIFS

Les situations de crises aboutissent souvent à l'interruption de l'accès de la population affectée à de nombreux - voire à l'ensemble des services de SSR. Si le rétablissement d'une offre de soins complets constitue un objectif global, il est souvent nécessaire de prioriser dans un premier temps.

Le Dispositif Minimum d'Urgence⁹ définit ainsi les services de SSR qui sont les plus importants pour prévenir l'augmentation inévitable de la morbi-mortalité, tout en protégeant le droit à la vie dans la dignité. Le DMU doit être mis en place dès le début de la réponse sans nécessiter d'évaluation approfondie.

SCHÉMA 9 : CONTINUUM D'URGENCE EN SSR (SOURCE IAFM D'IAWG)



Les composantes du DMU constituent une condition minimale et systématique dans toutes les circonstances, même lorsque d'autres composantes de services de SSR sont déjà dispensées. Les acteurs nationaux et internationaux doivent, en parallèle, œuvrer pour le rétablissement de services de SSR complets dès que la situation le permet, idéalement dans les 3 à 6 mois suivant le début de la crise.

- Le DMU comporte 6 objectifs :**
- ➔ veiller à ce que le secteur de santé identifie une organisation pour assurer la coordination de la mise en œuvre du DMU (agence cheffe de file de la SSR) ;
 - ➔ prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales ;
 - ➔ prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et d'autres IST ;
 - ➔ assurer la prévention de la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant.e.s ;
 - ➔ prévenir les grossesses non désirées (y compris garantir l'accès à des soins sécurisés d'avortement) ;
 - ➔ planifier des services de SSR complets, intégrés au sein des soins de santé primaires, dès que possible.

« Au Nigéria, MdM travaille à la mise en œuvre du Dispositif Minimum d'Urgence en SSR via la création de 4 cliniques SSR au sein de camp de réfugiés. Dans chaque clinique, les services sont délivrés par 2 sages-femmes expérimentées. Des sessions de sensibilisation sont généralement la première activité de la journée. Elles traitent de l'importance d'accéder à des soins prénataux, des signes de danger pendant la grossesse, de l'importance d'accoucher avec un personnel qualifié, de l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant, de la planification familiale, etc. Nous délivrons également des consultations prénatales et postnatales ainsi que des services de planification familiale. Pour ce qui est des Soins Obstétricaux d'Urgence, ils ne sont pas disponibles au sein de la clinique mais nous avons mis en place des mécanismes de coordination avec les autres acteurs et un système de référencement vers plusieurs structures ouvertes 24h/24 7j/7. Enfin, nos sages-femmes sont également formées à l'identification et à la prise en charge des survivant.e.s de VLG et notamment de violence sexuelle ».

Dr Zainab Jibril Adam, référente technique SSR / VLG, Nigéria

9. IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018

2. LES ACTIVITÉS PRIORITAIRES DU DMU¹⁰

a) Coordination de la mise en œuvre du DMU

En situation de crise, **une organisation doit être désignée cheffe de file en matière de SSR/ DMU pour assurer la coordination entre les acteurs offrant des services sanitaires.** Elle est en charge de l'état des lieux des services de SSR disponibles sur place, du qui fait quoi (4W), de l'organisation de réunions régulières avec les différentes parties prenantes,

de l'aide à l'approvisionnement coordonné du matériel et de la diffusion d'informations concernant les politiques de santé et les protocoles nationaux en matière de SSR. MdM n'est habituellement pas l'organisation en charge de cette coordination, mais prend une part active aux réunions de coordination. C'est généralement l'UNFPA qui est en charge de la coordination.

OBJECTIF DU DMU : VEILLER À CE QUE LE SECTEUR / PÔLE DE SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR ASSURER LA MISE EN ŒUVRE DU DMU.

L'AGENCE CHEFFE DE FILE DE LA SSR :

- ➔ Nomme un coordinateur SSR pour apporter un soutien technique et opérationnel aux organisations qui fournissent des services de santé
- ➔ Accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée afin de garantir la mise en œuvre du DMU
- ➔ Rend compte au pôle, sous-groupe de travail / secteur sur la VLG, et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de certaines questions liées à l'application du DMU
- ➔ Assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants avec les mécanismes de coordination de la santé / VLG / VIH
- ➔ Partage les informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- ➔ Veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et la localisation des services de santé reproductive

b) Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales

La mortalité maternelle est une cause majeure de décès chez les femmes en âge de procréer dans les situations de crise. Les conditions sanitaires dégradées augmentent la morbidité et la mortalité associées aux complications obstétricales. **On estime à environ 4% la proportion de femmes enceintes au sein d'une population. On peut s'attendre à ce que 15% de ces femmes présentent des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement.** Les causes les plus fréquentes de décès maternel sont l'hémorragie, la septicémie du post-partum, la pré-éclampsie et l'éclampsie,

les complications de l'avortement, ainsi que le travail prolongé avec dystocie. **Ces complications sont souvent imprévisibles.** Il est donc indispensable de prendre en compte les besoins en soins spécifiques des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés, ceci dès le début de la situation de crise pour prévenir une hausse de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales. Rappelons que l'OMS préconise que toutes les naissances soient assistées par du personnel qualifié et qu'elles aient lieu au sein d'une structure de santé possédant l'équipement et le personnel nécessaires pour la gestion des complications. **Les interventions clés pour prévenir la hausse de la morbi-mortalité maternelles et néonatales sont donc :**

OBJECTIF DU DMU : PRÉVENIR LA SURMORBIDITÉ ET LA SURMORTALITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES :

- ➔ Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, de soins néonataux essentiels, et de SONU y compris :
 - + au niveau des hôpitaux de référence : personnel médical qualifié et fournitures pour la mise à disposition des SONUC ;
 - + au niveau des établissements de santé : les accoucheur.euse.s qualifié.e.s et les fournitures destinées aux accouchements vaginaux non compliqués et la prestation de SONUB ;
 - + au niveau communautaire : communication d'informations à la communauté concernant la disponibilité de services d'accouchements hygiénique et de SONU et l'importance du recours aux soins administrés par les établissements de santé. Les kits d'accouchements hygiéniques doivent être fournis aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheur.euse.s afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à une structure n'est pas possible.
- ➔ Établir un système d'orientation vers d'autres services 24 heures / 24 et 7 jours / 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital.
- ➔ Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux.
- ➔ Assurer la disponibilité de fournitures et de produits pour des accouchements hygiéniques et des soins néonataux immédiats dans le cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable.

Pour plus d'information sur les SONUB et les SONUC : voir chapitre 4. IV. Soins obstétricaux et néonataux immédiats.

10. IAWG, MISP Cheatsheet, 2019 : <https://iawg.net/resources/misp-reference>

c) Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST

Les situations de crise entraînent une augmentation de la vulnérabilité aux IST et notamment au VIH. De multiples facteurs contribuent à cette augmentation, d'autant plus importante dans un environnement où les personnes sont déplacées :

- ➔ [mauvais état des infrastructures de santé et rupture de matériel de protection](#) rendant difficile l'application des précautions standards universelles
- ➔ [engorgement des structures de santé](#) et faible attention donnée aux mesures de précaution standards
- ➔ [difficultés / interruptions d'accès à des traitements antirétroviraux \(ARV\)](#),
- ➔ [accès limité à des préservatifs](#) de qualité
- ➔ [augmentation des VLG](#) : exploitation sexuelle, violences sexuelles utilisées

comme arme de guerre, violences opportunistes...

➔ [augmentation des comportements à risque](#) : travail du sexe, début d'activité sexuelle précoce chez certain.e.s adolescent.e.s, comportements à risque, mariages précoces, souvent avec une différence d'âge importante entre les époux, etc.

De plus, parmi les personnes affectées par une situation de crise, une proportion significative vit avec le VIH.

Les difficultés d'accès à des structures de santé et à des traitements ARV peuvent entraîner une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Il est alors nécessaire de mettre en place des activités essentielles afin de réduire la transmission du VIH mais aussi afin de limiter les effets de la crise sur la santé des personnes vivant avec le VIH. Les activités principales sont :

OBJECTIF DU DMU : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ DUES AU VIH ET À D'AUTRES IST :

- ➔ Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité
- ➔ Assurer l'application de précautions standards
- ➔ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits, le cas échéant assurer la mise à disposition des préservatifs féminins (si déjà utilisés par la population)
- ➔ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux afin de continuer le traitement pour les personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant l'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTPE
- ➔ Offrir la prophylaxie post-exposition aux survivant.e.s de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- ➔ Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- ➔ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST

d) Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant.e.s

Les VLG sont un problème de santé publique majeur, ainsi qu'une grave violation des droits humains fondamentaux. Elles se rencontrent parmi toutes les conditions sociales et économiques et sont profondément enracinées dans les cultures du monde entier.

Dans les situations de crise, résultant d'un conflit armé ou d'une catastrophe naturelle, les épisodes de VLG augmentent et notamment les violences sexuelles. Afin de prévenir la violence sexuelle et de répondre aux besoins des survivants et survivantes dès le début d'une situation de crise, les activités suivantes doivent être envisagées :

OBJECTIF DU DMU : ASSURER LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES SURVIVANT.E.S

- ➔ Travailler avec d'autres pôles, surtout le sous-groupe de travail sur la VLG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts, notamment les établissements de santé, pour protéger les populations affectées, en particulier les femmes et les filles, à l'égard de la violence sexuelle
- ➔ Mettre les soins et les références cliniques et autres services de soutien à la disposition des survivant.e.s de violence sexuelle
- ➔ Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les survivant.e.s de violence sexuelle et leur dispenser des soins et références cliniques adaptées

Les éléments relatifs à la stratégie d'intervention de MdM en matière de prise en charge des VLG dans les contextes de crise sont détaillés dans la section III. de ce chapitre : *Focus sur la prévention et la prise en charge des VLG.*

e) Prévenir les grossesses non désirées

En situation de crise, l'accès à des méthodes de contraception efficaces peut être limité : destruction des infrastructures de santé, rupture d'intrants, engorgement des structures de santé, manque de ressources humaines compétentes, barrière financière... Pourtant, la demande en méthodes contraceptives demeure, et des personnes utilisant des contraceptifs avant la crise n'y ont plus accès. De plus, les situations de crise peuvent augmenter le nombre de personnes souhaitant avoir recours à des méthodes contraceptives (précarité des conditions de vie, risques sécuritaires, bouleversement des structures sociales, etc.) et peuvent également augmenter les comportements à

risque (échange de services sexuels contre un logement, de la nourriture, une protection par exemple). Dans ces contextes où l'accès aux services peut être limité, la disponibilité des méthodes de contraception de long terme et de la contraception d'urgence représente une priorité afin de prévenir les GND et de potentiels avortements à risques. Les activités clés sont alors :

OBJECTIF DU DMU : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES :

- ➔ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- ➔ Fournir des informations, notamment les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) et les conseils en matière de contraception qui mettent l'accent sur le choix informé et le consentement, l'efficacité, le respect de l'intimité et la confidentialité des clients, l'équité et la non-discrimination
- ➔ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescent.e.s et les hommes

Il est également essentiel que les femmes puissent accéder à des services proposant des Soins Complets d'Avortement. Cette activité fait partie des activités additionnelles au DMU recommandées par IAWG.

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

Le DMU est le point de départ de la réponse et de la programmation en SSR. Il définit des activités prioritaires sur lesquelles viennent se greffer dès que possible la mise en œuvre de services de SSR complets.

Pour planifier cette transition il s'agira de s'attacher à :

- ➔ [recueillir les données de base](#) (mortalité maternelle et néonatale, prévalence des IST dont le VIH, taux d'utilisation des méthodes contraceptives, attitudes et comportements de la population affectée en matière de SSR) nécessaires à la mise en place de services complets ;
- ➔ [déterminer les endroits adéquats pour la prestation future de services](#)

[complets de SSR](#) via l'élaboration et l'analyse d'une cartographie des structures existantes et/ou la définition de lieux adéquats pour la mise en place de nouvelles structures (permanentes ou semi permanentes via des cliniques mobiles par exemple) ;

- ➔ [réaliser une estimation des besoins en équipements et médicaments](#) essentiels génériques ;
- ➔ [évaluer les capacités du personnel de santé en matière de SSR](#) (ressources suffisantes en quantité, niveau de compétences et de connaissance) ;
- ➔ [se coordonner avec les structures de référence et d'autres acteurs pour la mise en place de soins spécialisés](#) ; MdM pouvant rarement garantir à elle-seule la mise en place des différents niveaux de soins.

OBJECTIF DU DMU : PLANIFIER DES SERVICES DE SSR COMPLETS, INTÉGRÉS DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DÈS QUE POSSIBLE. TRAVAILLER AVEC LES PARTENAIRES DU SECTEUR / PÔLE DE SANTÉ POUR ABORDER LES SIX COMPOSANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ, NOTAMMENT :

- ➔ la prestation de service
- ➔ le personnel de santé
- ➔ le système d'informations sanitaires
- ➔ les produits médicaux
- ➔ le financement
- ➔ la gouvernance

3. AUTRE PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SSR : LES SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

Une fois que les activités prioritaires du DMU présentées ci-avant sont mises en place, elles doivent être complétées par d'autres activités et notamment l'accès à des soins complets d'avortement. Idéalement, IAWG recommande que les soins liés à l'avortement sécurisés dans les limites prévues par la loi soient mis en place au plus tard dans les 3 mois suivant le début de la crise. Il est essentiel de pouvoir accompagner l'inclusion de ces services lors de la transition vers des services complets. Rappelons que dans la plupart des contextes, les soins complets d'avortement sont légalement autorisés à minima pour certaines raisons et dans certaines conditions et notamment lorsque la santé de la femme est en danger ou en cas de viol. Dans les pays où le cadre légal est restrictif, en fonction de la stratégie d'intervention de MdM dans la zone

et après une analyse complète du contexte y compris du cadre légal, des activités en lien avec l'avortement pourront tout de même être mises en œuvre (voir chapitre 4. VI. Prise en charge des GND et soins complets d'avortement et Fiches Pratiques : Prise en charge des GND et soins complets d'avortement, de MdM).

4. MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Dans la plupart des contextes de crise, on pourra recevoir les Kits SSR interorganisations. Pour y avoir accès, il s'agira de se rapprocher du Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) dès le début de l'intervention. Si les kits ne sont pas disponibles auprès du FNUAP ou de l'OMS ou si les délais sont trop importants, les intrants SSR devront être intégrés aux commandes internationales, sous forme de kits ou en vrac (pour cela on se référera aux listes d'intrants proposées

« En Ouganda, MdM met en œuvre l'ensemble des activités prioritaires du DMU. Afin d'intégrer les Soins Complets d'Avortement, nous avons organisé en collaboration avec l'ONG IPAS des ateliers de clarification des valeurs et de transformation des attitudes à destination de l'ensemble des équipes et du personnel de l'hôpital soutenu par MdM. Cela a été l'occasion de présenter le positionnement institutionnel de MdM sur la question des GND et de l'avortement mais aussi de clarifier le cadre légal en Ouganda. Ces activités ont été un réel succès. Plusieurs professionnel.le.s de santé qui étaient pourtant réticents au début, se sont ensuite portés volontaires pour être formés à l'avortement médicamenteux et à l'AMIU. On peut dire que ces ateliers ont été déterminants pour la réussite du projet. La présentation du positionnement a également largement contribué à créer un sentiment de sécurité au sein des équipes vis-à-vis des activités mises en œuvre ».

Blandine Britis Betbeder, coordinatrice médicale, Ouganda

en Annexe 2). Le stock Urgence de MdM contient également un module SSR.

Le tableau suivant présente les différents kits SSR interorganisations disponibles auprès du FNUAP. La liste

détaillée de chaque kit est disponible dans l'IAFM¹¹, ainsi que la manière de calculer les quantités nécessaires au regard de la taille de la population dont les besoins sont à couvrir.

TABLEAU 12 : LISTE DES KITS SSR INTERORGANISATIONS (SOURCE IAWG)

Niveau communautaire/poste de santé : les kits du niveau communautaire/postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins de SSR à l'échelon communautaire. Chaque kit est censé répondre aux besoins de 10 000 personnes sur une période de 3 mois. Les kits contiennent principalement des médicaments et des éléments jetables.		
Numéro du kit	Nom du kit	Code couleur
Kit 1A	Préservatifs masculins	Rouge
Kit 2	Accouchement hygiénique (A et B)	Bleu foncé
Kit 3	Traitement post-viol	Rose
Kit 4	Contraceptifs oraux et injectables	Blanc
Kit 5	Traitement des infections sexuellement transmissibles	Turquoise
Niveau des établissements de soins de santé primaire (SONUB) : les kits des établissements de soins de santé primaires (SONUB) contiennent des éléments à la fois jetables et réutilisables pour les prestataires formés ayant des compétences dans la pratique de sage-femme et dans le domaine obstétrique et néonatal au niveau des centres de santé ou des hôpitaux. Ces kits sont censés être utilisés pour une population de 30 000 personnes sur une période de 3 mois. Ces kits peuvent être commandés pour une population de moins de 30 000 personnes. Dans ce cas-là, les fournitures dureront plus longtemps.		
Numéro du kit	Nom du kit	Code couleur
Kit 6	Kit d'accouchement clinique (A et B)	Marron
Kit 8	Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou à un avortement	Jaune
Kit 9	Suture des déchirures (col de l'utérus et vagin) et examen vaginal	Violet
Kit 10	Accouchement avec extraction par ventouse	Gris
Niveau des hôpitaux de référence (SONUC) : les kits des hôpitaux de référence (SONUC) contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour fournir des soins obstétriques et néonataux d'urgence complets au niveau de référence (chirurgie obstétrique). En situations de crise humanitaire grave, les patientes des populations concernées sont orientées vers l'hôpital le plus proche qui peut avoir besoin d'un appui en termes d'équipements et de fournitures pour être en mesure de fournir les services nécessaires afin de gérer cette nouvelle charge de travail. On estime à 150 000 le nombre de personnes couvertes par un hôpital de cet échelon. Les fournitures de ces kits couvriraient cette population sur une période de 3 mois.		
Numéro du kit	Nom du kit	Code couleur
Kit 11	Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A et B)	Vert fluorescent
Kit 12	Transfusion sanguine	Vert foncé
NOTE : les kits de santé reproductive sont classés selon les trois niveaux de prestation de service. Les kits sont censés être utilisés pendant 3 mois pour la taille de la population ciblée. Des produits complémentaires peuvent être commandés en fonction des facteurs favorables et des capacités des prestataires. Ces kits n'étant pas spécifiques à un contexte ou complets, les organisations ne doivent pas dépendre uniquement des kits de SR et ils doivent planifier l'intégration de l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leur système d'approvisionnement sanitaire de routine dès que possible. Bien que cela ne garantis pas la durabilité des fournitures, cela permettra en revanche de faciliter la transition des services du DMU vers la SSR complète.		

11. IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018

III. FOCUS SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES VLG

1. DÉFINITION

Les violences liées au genre (VLG) peuvent se définir comme « **tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne et qui s'appuie sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes** »^{12, 13}.

Les VLG sont une conséquence des inégalités de genre dans la société et de la vulnérabilité de certaines personnes notamment les femmes. Le terme est majoritairement utilisé pour faire référence aux violences vécues par ces dernières, les femmes et les filles étant les plus touchées par les VLG. En revanche, il est important de rappeler que les hommes et les garçons peuvent également être victimes de VLG et notamment de violences sexuelles.

Concernant les types de violences, **MdM propose la classification suivante** qui combine la définition de l'UNFPA et la classification développée par le groupe interorganisations sur la SSR dans les situations de crise¹⁴ :

- ➔ **Violence sexuelle**, y compris le viol, les abus sexuels, l'exploitation sexuelle, le harcèlement sexuel et le travail du sexe forcé
- ➔ **Violence physique** (coups, brûlures, morsures, tentative d'homicide, féminicide, etc.)
- ➔ **Violence psychologique** (insultes, chantage, harcèlement, rejet, etc.)
- ➔ **Mariage précoce ou forcé et pratiques traditionnelles néfastes**
- ➔ **Traite des êtres humains** y compris le trafic sexuel et la traite des enfants
- ➔ **Déni de ressources et manque de perspectives** sur la base du genre, l'orientation sexuelle et / ou l'identité de genre
- ➔ **Actes dommageables en fonction de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre** (qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, économique, social, etc.)

A des fins de monitoring, et en cohérence avec le GBVIMS développé par l'UNFPA, MdM utilise les 6 catégories ci-dessous dans le cadre de ses interventions en situation de crise :

- ➔ Viol
- ➔ Agression sexuelle
- ➔ Violence physique
- ➔ Mariage forcé
- ➔ Déni de ressources et d'opportunités
- ➔ Violences psychologiques

Le GBVIMS¹⁵ est un système de gestion de l'information mis en place par l'UNFPA, IRC et le HCR. Il permet aux acteurs fournissant des services aux survivant.e.s de VLG de collecter, stocker, analyser et partager de manière sûre les données relatives aux situations de violence rapportées. Le système permet également la compilation des données entre les différents acteurs et ainsi la production de données globales dans un contexte donné.

2. COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

Les inégalités et discriminations liées au genre ainsi que les représentations et les abus de pouvoir se retrouvent dans toutes les sociétés. **L'apparition d'une crise aggrave les schémas et les normes préexistantes et ajoute de nouveaux facteurs de risque en multipliant les situations de vulnérabilité économique, de promiscuité, de surpopulation, d'isolement (notamment des femmes et des enfants et adolescent.e.s), de déplacement et d'insécurité.** Se développe alors un **environnement propice à l'augmentation des VLG et**

notamment des violences sexuelles, psychologiques ou physiques. Ces violences peuvent être perpétrées par les partenaires intimes, les membres de la famille, des voisins ou membres de la communauté, des participants au conflit, des acteurs étatiques et non étatiques. Les violences sexuelles peuvent également être utilisées comme une tactique de guerre et de répression.

En situation d'urgence, **mesurer la prévalence des VLG est extrêmement difficile.** D'abord, l'accès aux données sanitaires en général est limité. **Une majorité de survivants et survivantes de VLG n'ont pas recours aux soins.** La peur de représailles (de la part du ou des auteurs, mais aussi de la famille), la honte, l'impuissance, la stigmatisation, l'insécurité, le manque de connaissance des services disponibles ou de confiance envers les acteurs humanitaires et les services publics sont autant de barrières à la prise en charge. D'où la **nécessité pour MdM d'être proactif pour permettre l'identification des survivantes et survivants.**

En situation de post-conflit, lorsque l'accès aux services de santé se rétablit progressivement, les filles et les femmes continuent de subir des niveaux importants de VLG. En outre, les filles et les femmes qui ont été exposées pendant la crise à des violences, notamment sexuelles, font face à de nombreux obstacles pour se réintégrer à la société compte tenu de la stigmatisation sociale.

12. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

13. FNUAP, *Prise en charge de la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence : Guide d'accompagnement à la formation en ligne*

14. IAWG, *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018

15. <http://www.gbvims.com>

3. MODÈLE D'INTERVENTION DE MDM

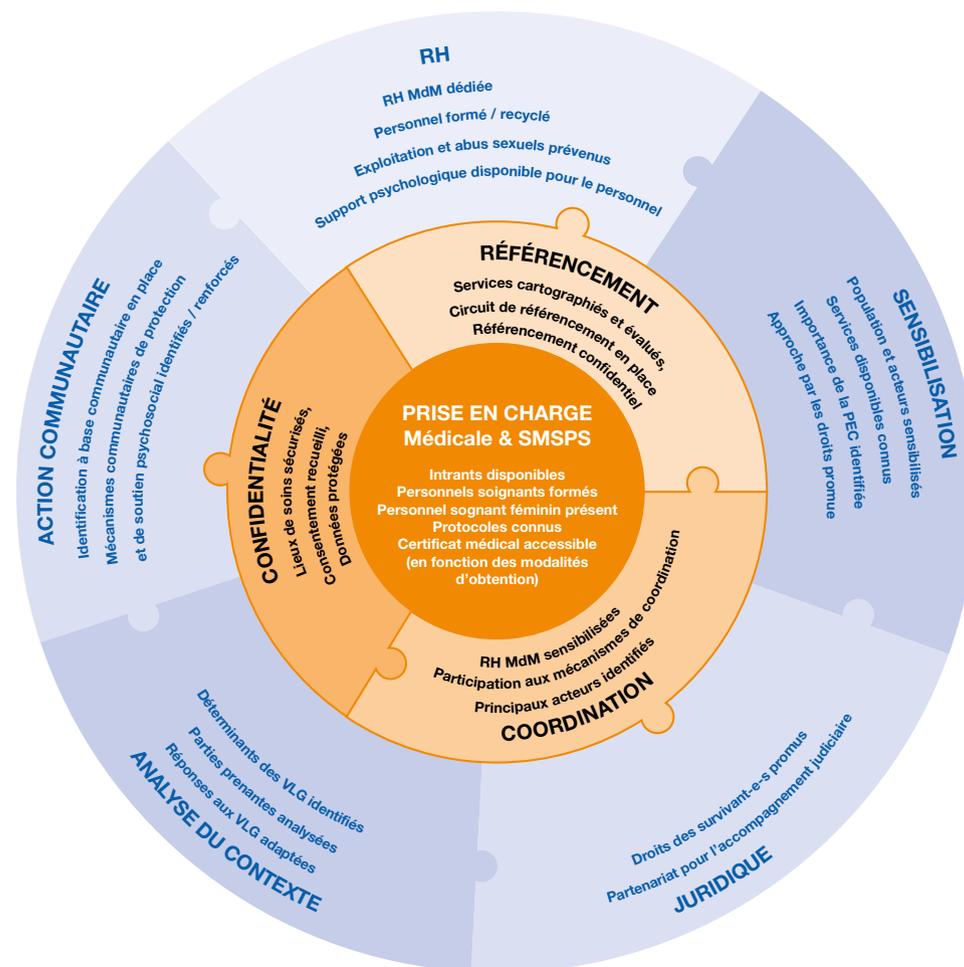
Dans les contextes de crise, Mdm s'attache à développer des stratégies de réponse pluridisciplinaires qui doivent permettre l'identification des survivant.e.s de VLG, leur accès à des services de prise en charge médicale, à des services de santé mentale et soutien psychosocial, à une assistance juridique, à la protection, et à des services de réinsertion sociale et économique. Mdm ne pouvant à elle seule garantir tous les aspects de la prise en charge, il est essentiel de coordonner notre réponse avec les autres acteurs de l'aide humanitaire, de mettre en place des mécanismes de référencement et de favoriser une approche partenariale tout en gardant une approche centrée sur la survivante ou survivant. Les différents éléments de la stratégie de Mdm en matière de SSR dans les situations de crise et notamment de prise en charge des VLG sont développés dans les *Fiches Pratiques, SSR et VLG dans les situations de crise*.

Pour Mdm, la réponse aux VLG implique de mettre en place de façon systématique un noyau dur d'activités dès la réponse initiale aux situations de crise. Ce noyau dur permettra de garantir l'accès, au niveau des structures soutenues par Mdm et/ou des cliniques mobiles, à une prise en charge médicale et en santé mentale et soutien psychosocial. La question de la délivrance du certificat médical doit également être considérée à ce stade et les survivantes et survivants le désirant doivent pouvoir y avoir accès. À ce noyau dur d'activités, viendront s'ajouter au cours du projet des activités complémentaires qui permettront d'étendre la réponse apportée. Ces activités seront mises en œuvre en fonction des contraintes et opportunités du contexte, comme les pièces d'un puzzle que l'on va ajouter au fur et à mesure. Ces activités ne doivent pas être considérées comme optionnelles, simplement dans un contexte de crise elles pourront prendre un peu plus de temps à être mises en place. Le schéma de la page suivante représente le noyau et les activités complémentaires.

« Le projet en RCA s'est d'abord concentré sur l'ouverture de services de prise en charge médicale des VLG (sexuelles et physiques), via la formation, l'accompagnement et l'équipement des services de SSR des centres de santé. Ensuite, de nouveaux partenariats avec l'Association des femmes juristes de Centrafrique et le CIAF, ont permis d'installer, au sein même des centres de santé, des services de prise en charge juridique et psychosociale. Cela a favorisé l'accès des survivant.e.s à une prise en charge holistique et également permis d'améliorer l'identification de cas de VLG par la multiplication des portes d'entrée possibles pour les survivant.e.s. La présence des trois services dans un même endroit a également contribué à renforcer la coordination des prestataires et à les sensibiliser sur les enjeux de l'accès à une prise en charge multisectorielle, en sensibilisant par exemple les prestataires de santé aux enjeux de la délivrance des certificats médicaux. »

Lucille Terré, coordinatrice VLG, RCA

SCHEMA 10 : NOYAU DUR D'ACTIVITÉS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DES VLG À INITIER DÈS LA RÉPONSE INITIALE



● NOYAU DUR D'ACTIVITÉS

● ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES

Source : Mdm, Fiches pratiques, SSR et VLG en situation de crise.

4. ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE RELATIFS AU NOYAU DUR

a) Prise en charge médicale

Afin de prévenir les conséquences individuelles sur leur santé, les **survivantes et survivants de viol (violen**ce sexuelle avec pénétration) **doivent avoir accès à une prise en charge médicale dans les meilleurs délais et idéalement dans les 72h après l'agression**. En effet pour être efficace, la prévention de la transmission du VIH doit intervenir dans les 72 heures après l'agression. La contraception d'urgence permettant d'éviter une grossesse doit être administrée le plus tôt possible pour une efficacité maximale et au plus tard 5 jours après l'agression (efficacité diminuée). La prise en charge médicale repose sur des principes

éthiques stricts. Elle correspond à une succession d'étapes essentielles qui guident la pratique des professionnels de santé et garantissent une prise en charge de qualité. Il s'agit donc de pouvoir au sein des programmes :

- ➔ assurer la disponibilité des intrants nécessaires à la prise en charge médicale dans les structures soutenues par le projet ou les cliniques mobiles ;
- ➔ former le personnel de santé aux protocoles médicaux de prise en charge, en veillant à ce que du personnel féminin soit recruté ;
- ➔ garantir la disponibilité de protocoles de prise en charge répondant aux recommandations nationales et/ou internationales en la matière.

Les principales étapes de la prise en charge médicale sont :

- ➔ l'évaluation initiale ;
- ➔ le recueil du consentement éclairé ;

« Au Nigéria, dans l'État du Borno, MdM offre des services de santé aux populations affectées par la crise liée au groupe armé Boko Haram. Le paquet de soins intègre le DMU et notamment la prise en charge des survivant.e.s de VLG et notamment de violences sexuelles. Ces services proposent une prise en charge médicale et un appui psychosocial. Malgré les sensibilisations communautaires, les services restent faiblement utilisés et de nombreux.se.s survivant.e.s de violence sexuelle se présentent dans la structure de santé plusieurs semaines ou mois après l'agression. Ce délai trop long ne permet pas de mettre en place une prophylaxie post-exposition au VIH, qui doit être débutée dans les 72h, ou de prévenir une potentielle grossesse en prescrivant une contraception d'urgence dans les 120h après le viol. Pour mieux comprendre les différents facteurs influençant l'accès à une prise en charge médicale rapide, MdM a entrepris une recherche socio-anthropologique, en partenariat avec l'organisation Population Council. Grâce à des méthodes qualitatives, la recherche analysera les normes sociales qui entourent les VLG, les comportements en matière de soins et les barrières auxquelles font face les survivant.e.s pour accéder à une prise en charge. Alors qu'il existe très peu de recherches sur les VLG en situation de crise, cette étude permettra à MdM et à la communauté humanitaire de mieux répondre aux besoins des survivant.e.s ».

Aurélié Leroyer, chargée de programme VLG et crises

- ➔ le récit des faits et l'anamnèse ;
- ➔ l'examen clinique ;
- ➔ les examens complémentaires lorsqu'ils sont disponibles (attention, l'indisponibilité des examens complémentaires ne doit en aucun cas retarder ou limiter la prise en charge) ;
- ➔ l'administration de traitements prophylactiques et curatifs selon la situation du/de la survivant.e ;

- ➔ l'élaboration d'un certificat médical si le ou la survivante le souhaite ;
- ➔ le référencement vers des services multisectoriels selon les besoins du ou de la survivante et/ou vers des services de SSR complémentaires en cas de besoin.

Les différents éléments de traitement sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU 13 : ÉLÉMENTS DE TRAITEMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

ÉLÉMENT DE LA PRISE EN CHARGE	COMMENTAIRES
TRAITEMENT DES BLESSURES	Inclut la prise en charge de la douleur, le nettoyage des plaies, la suture des plaies, la prise en charge des fractures, l'administration d'antibiotiques en cas d'infection et la prévention du tétanos selon le délai entre l'agression et la prise en charge, le statut vaccinal, et le type de plaies.
PROPHYLAXIE VIH (PEP)	Si prise en charge dans les 72h suivant l'agression : prophylaxie à base de 3 ARV à prendre pendant 28 jours. Peut être commencée en absence de test VIH.
PROPHYLAXIE IST	Prescription d'antibiotiques dans les 72h, passé ce délai, traitement symptomatique.
PROPHYLAXIE HÉPATITE B (VACCIN)	Dans les 24h suivant l'agression, selon le statut vaccinal.
PRÉVENTION DES GROSSESSES	Prescription de contraception d'urgence (de préférence l'acétate d'ulipristal) au plus tard dans les 5 jours suivant l'agression. Peut être prescrit en l'absence de test de grossesse.
PRISE EN CHARGE DES GND (SCA)	Selon cadre légal et stratégie mission : a minima référencement vers des acteurs proposant des soins complets d'avortement sûrs.

Pour plus de détails : voir *Fiches Pratiques, SSR et VLG en situation de crise : Fiche 2.5 Prise en charge médicale.*

b) Intervention en santé mentale et soutien psychosocial

Les situations de crise entraînent une multitude de changements psychologiques et sociaux qui affectent à la fois les individus, les familles et les tissus communautaires et conduisent à des situations de fragilité et une incapacité à répondre aux besoins les plus basiques. Ajoutées à cela, les violences renforcent les risques de détresse psychologique et compromettent l'équilibre psychique et social des populations. La santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) sont des éléments essentiels de la prise en charge des survivant.e.s de VLG. Les interventions mises en place doivent tendre vers une prise en charge globale répondant aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux et doivent être autant que possible intégrées aux services de soins de santé primaires et/ou à d'autres services tels que les services de santé sexuelle et reproductive, les mécanismes de support communautaire existants, etc.

Pour une prévention et prise en charge efficace des troubles de santé mentale, les activités doivent être mises en œuvre aussi bien au niveau communautaire qu'individuel. Les interventions ciblant la communauté cherchent à renforcer le bien-être des survivant.e.s en améliorant leur environnement.

Au niveau individuel, l'objectif est d'améliorer les capacités de résilience des survivant.e.s et leurs stratégies d'adaptation. Les capacités de

résilience dépendent des facteurs de risques auxquels les individus sont exposés mais aussi des facteurs de protection qui permettent aux individus et aux communautés de répondre aux situations de difficulté et de détresse.

Les activités de soutien psychosocial visent à créer ou restaurer le fonctionnement social des populations affectées ainsi que l'équilibre affectif et psychique des individus au sein de leur environnement social. Il s'agit essentiellement de **répondre aux besoins primaires des personnes, y compris assurer l'accès des survivant.e.s à la prise en charge médicale.**

En matière de SMSPS, cela inclut les activités suivantes :

- ➔ [cartographier les services disponibles](#) afin d'orienter les survivant.e.s vers des acteurs pouvant répondre à leurs différents besoins (abri, nourriture, protection, SMSPS, etc.) ;
- ➔ [former, dès la réponse initiale, les personnels de santé effectuant la prise en charge médicale aux Premiers Secours Psychologiques \(PSP\)](#) et les sensibiliser aux qualités indispensables d'entretien clinique (empathie, écoute active et confidentialité) ;
- ➔ [encourager la prise en compte des besoins en SMSPS dans les différents secteurs d'intervention](#) : protection, santé, nutrition, sécurité alimentaire, gestion de camps, eau et assainissement, etc. ;
- ➔ [promouvoir la mise en place de mesures de protection des survivant.e.s de VLG](#) et d'espaces sécurisés.

c) Gestion de la confidentialité

Le respect de la confidentialité est un prérequis indispensable à la mise en place de toute intervention de prise en charge des VLG. Pour cela, il est essentiel que **l'ensemble du personnel soit sensibilisé** à cette question et s'engage formellement à la garantir (MdM a développé un document écrit à signer, d'engagement de confidentialité pour le traitement des données sensibles : voir *Fiches pratiques SSR / VLG en situation de crise : 2.10 Gestions des données*). Il est également nécessaire que les **locaux soient organisés de façon à maintenir la confidentialité** et disposent d'une bonne isolation phonique et visuelle. Le circuit patient doit être pensé de façon à être discret et non stigmatisant. De plus, **les données relatives aux VLG sont des informations très sensibles** car relatives à la santé, à la vie sexuelle ou à l'origine géographique des survivant.e.s et permettent l'identification d'une personne, sa reconnaissance, sa traçabilité. La gestion de ces données suppose donc d'appliquer des mesures strictes de sécurité en respect des principes directeurs définis par l'OMS régissant la protection des données personnelles et la vie privée des personnes, notamment le principe de confidentialité, le principe de ne pas nuire, les droits et les libertés fondamentales et plus particulièrement le respect du consentement. Au regard de la nature des données et des risques présentés par leur traitement, **il est indispensable de mettre en**

place des mesures de sécurité garantissant la confidentialité des informations, c'est-à-dire empêchant que les données soient déformées, endommagées ou que des personnes non autorisées y aient accès. La sécurisation de ces informations se concrétise à chaque étape du suivi de la personne, dès la première étape de prise en charge et tout au long de celle-ci et concerne à la fois le recueil, le stockage, l'analyse et la destruction des données. Tout acteur intervenant de façon directe ou indirecte dans la gestion et le suivi des données d'une survivante ou survivant de VLG doit appliquer ces mesures de précautions. Il engage par là sa responsabilité car toute rupture de confidentialité peut avoir des conséquences graves pour la personne, sa survie, sa santé, son intégrité, et également pour le personnel de santé lui-même.

d) Mécanismes de coordination

La réponse aux VLG nécessite une **approche multisectorielle**. Aucune structure, agence, organisation ou groupe d'acteurs ne dispose à elle seule du mandat, de la capacité ou des ressources pour apporter une réponse complète. La coordination est donc essentielle.

Pour cela, il est nécessaire :

- ➔ [d'identifier l'organisation en charge de coordonner la réponse aux VLG](#) (chef de file du sous-cluster VLG s'il est en place) ;
- ➔ [d'identifier les acteurs intervenant dans la prise en charge médicale et psychosociale des VLG](#) ;

➔ [de participer activement aux mécanismes de coordination.](#)

La coordination s'effectue à différents niveaux :

➔ [au niveau national avec les acteurs de la réponse humanitaire](#) :

lorsque les clusters sont activés, cette coordination a lieu au sein du sous-cluster VLG ;

➔ [au niveau bilatéral](#) : il s'agit ici de coordonner la prise en charge des survivant.e.s (gestion des cas) ;

➔ [dans le cadre d'une approche partenariale](#) : en fonction du contexte, des partenariats formalisés notamment avec des acteurs locaux pourront permettre d'élargir l'offre de services tout en favorisant la pérennisation de l'action, l'acceptation par la population et la complémentarité des activités.

e) Système de référencement

Il est essentiel que les survivant.e.s de VLG aient accès rapidement et de façon sûre à une prise en charge médicale, et à une prise en charge en santé mentale et support psychosocial, mais aussi à des services de protection, et lorsque cela est possible à un appui juridique. **La mise en place d'un système de référencement pour compléter la prise en charge proposée par MdM est essentielle.** Ceci nécessite un **travail en réseau** avec les acteurs intervenant dans la prise en charge. L'établissement de circuits de référencement doit détailler les lieux de prise en charge et les modalités d'accès.

Un système de référencement doit être mis en place rapidement sur la

base d'une cartographie des acteurs et d'une évaluation de la qualité des services fournis par les différents acteurs (via la visite des structures, des rencontres régulières).

Afin de favoriser une prise en charge multisectorielle des survivant.e.s

de VLG, dans l'idéal un service de référence doit être identifié par zone d'intervention et pour les domaines suivants :

➔ [prise en charge médicale lorsque celle-ci n'est pas disponible au sein des projets de MdM](#) ;

➔ [prise en charge en santé mentale et support psychosocial](#) lorsque celle-ci n'est pas disponible au sein des projets de MdM ;

➔ [soins de santé secondaires](#) ;

➔ [accompagnement judiciaire](#) ;

➔ [protection et centres d'hébergements temporaires.](#)



CHAPITRE 7

DEVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTES

I. DÉFINITIONS / CONCEPTS

1. L'EMPOWERMENT
2. LA CONSCIENCE CRITIQUE
3. LE POUVOIR
4. LA PARTICIPATION
5. APPROCHE PAR LES DROITS ET EMPOWERMENT
6. APPROCHE GENRE ET EMPOWERMENT

II. QUATRE DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES POUR DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR

1. LA PARTICIPATION DANS LE CYCLE DE PROJET
2. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LES VALEURS ET ATTITUDES DES PROFESSIONNELLES
3. LE SOUTIEN AUX INDIVIDUS ET AUX COMMUNAUTÉS DANS LEUR PLAIDOYER
4. LE SOUTIEN À L'ÉMERGENCE ET AU DÉVELOPPEMENT DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

III. ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE EMPOWERMENT DANS LES PROJETS DE SSR

I. DÉFINITIONS / CONCEPTS

1. L'EMPOWERMENT¹

Le développement du pouvoir d'agir ou *l'empowerment* est à la fois un objectif et un processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action et de transformation de leur environnement et leur contexte de vie. Appliqué au domaine de la santé, c'est le processus par lequel un individu ou un groupe développe son pouvoir d'agir sur les facteurs déterminants de sa santé. Ce processus repose sur le développement de la conscience critique individuelle et collective, l'identification et le questionnement des relations de pouvoir et de domination qui sont les racines de l'inégalité, avec pour but l'équité et la justice sociale.

L'empowerment est un processus dans lequel les individus et groupes s'engagent par et pour eux même.

Ce processus commence avant l'intervention de MdM et continuera après son départ. La question que nous devons nous poser est, pendant ce temps de rencontre, comment contribuons-nous à ce processus d'empowerment ?

2. LA CONSCIENCE CRITIQUE

Les inégalités, l'exclusion, la pauvreté, la mauvaise santé sont souvent attribuées aux caractéristiques intrinsèques des individus exclus (« le pauvre l'est car il ne fait pas d'effort », « la malade car elle ne prend pas soin de sa santé... » etc.). Cette attitude a pour effet de banaliser et de perpétuer les inégalités et d'invisibiliser les relations de pouvoir et de domination qui les sous-tendent. Cela contribue également à la stigmatisation et à l'auto-stigmatisation des personnes exclues qui peuvent avoir le sentiment qu'elles sont, individuellement, les uniques responsables de leur exclusion.

Le développement de la conscience critique est un élément fondamental du processus d'empowerment qui consiste en l'acquisition de différents niveaux de conscience :

- ➔ **la conscience collective** : « l'individu n'est pas le seul à être confronté à ses problèmes » ;
- ➔ **la conscience sociale** : « les problèmes individuels ou collectifs sont influencés par des facteurs structurels, sociaux et culturels » ;

1. Voir : « Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde ? » (2019)

➔ **la conscience politique** : « la solution aux problèmes d'ordre structurel passe par le changement social ».

Développer la conscience critique, c'est inviter et encourager les individus et collectifs à questionner et analyser leur quotidien et les déterminants de leur SSR, aider à construire une conscience que le changement est possible, et soutenir l'action collective pour le réaliser.

3. LE POUVOIR

« Power » ou « Pouvoir » est le mot clef dans empowerment². **La SSR est intimement liée aux enjeux de pouvoir** qui s'exercent dans différents lieux (dans la sphère intime, au sein de la famille, au travail, dans la sphère politique ou religieuse). **Le pouvoir s'exerce de façon visible** (dans les lois, les institutions, la force physique), **de façon cachée** (par la corruption, le népotisme et le favoritisme) ou bien **de façon invisible** (au travers des traditions et normes culturelles ou sociales, de la socialisation, des stéréotypes, de la morale etc.). Dans le cadre de nos projets pour promouvoir les DSSR nous devons avoir une lecture fine des enjeux de pouvoir à l'œuvre et analyser comment nous pouvons contribuer à les transformer. Les 4 formes du pouvoir suivantes peuvent être utiles à cette analyse :

a) Le « pouvoir intérieur »

Le « pouvoir intérieur » renvoie à la dignité, la confiance en soi, l'estime de

soi, et à la capacité de se libérer des effets de l'oppression intériorisée. Les personnes systématiquement exclues des sphères d'influence et de décision internalisent et banalisent des messages qu'elles reçoivent sur comment elles sont censées se comporter. Ceci a un impact très important sur leur capacité à faire des choix, exercer leurs droits ou accéder aux services. A titre d'exemple, les femmes et les filles sont traditionnellement socialisées de telle sorte que leur sexualité soit au service du désir de leur partenaire. De ce fait, elles ont moins de connaissances sur leur corps, leur sexualité, leurs désirs et leurs besoins. Diverses actions peuvent contribuer à renforcer le « pouvoir intérieur » en matière de SSR : la valorisation et mobilisation des forces et des compétences des personnes, la création d'espaces et d'opportunités de participation active, des activités pour promouvoir les connaissances, l'estime de soi, l'autonomie dans la gestion de sa SSR, des activités de formation et de sensibilisation sur la santé et les droits, le soutien par les pairs, un travail de clarification des valeurs et de transformation des attitudes des professionnel.le.s...

b) Le « pouvoir de »

Le « pouvoir de » est le processus par lequel l'individu ou le groupe accède à la capacité de prendre des décisions et faire des choix. Cela comprend la capacité de décider, d'avoir de l'autorité, de résoudre les problèmes. Cela repose également sur un sentiment

d'auto-efficacité – la croyance que nos actions puissent induire des effets. Les professionnel.le.s peuvent à leur tour nuire à l'auto-efficacité en considérant les personnes inaptes à faire des choix pour elles-mêmes et en prenant des décisions à leur place, c'est par exemple souvent le cas en ce qui concerne les adolescent.e.s et les jeunes. Des activités qui peuvent contribuer au développement du « pouvoir de » sont : les activités psychosociales et ateliers autour des 'life skills' ou compétences de vie³, la formation à la négociation, formation à l'autodéfense, le counseling, l'information et la participation des personnes dans les choix thérapeutiques ou préventifs et la proposition de multiples choix, la reconnaissance, la valorisation et le renforcement des compétences et des capacités d'analyse de sa propre situation. Cela passe également par un travail sur l'accès aux ressources et aux services et sur les attitudes des professionnel.le.s.

c) Le « pouvoir avec »

Le « pouvoir avec » est la capacité d'agir collectivement par la solidarité et l'action en commun. C'est un pouvoir collectif et politique qui est mobilisé notamment au sein des organisations communautaires de base. Des activités qui peuvent contribuer au « pouvoir avec » sont la création d'espaces d'échanges collectifs, la mobilisation communautaire, le soutien

à l'organisation communautaire, la promotion de l'auto-soutien, la mise en réseau des différentes organisations et groupes, la formation autour des problématiques pour les politiser.

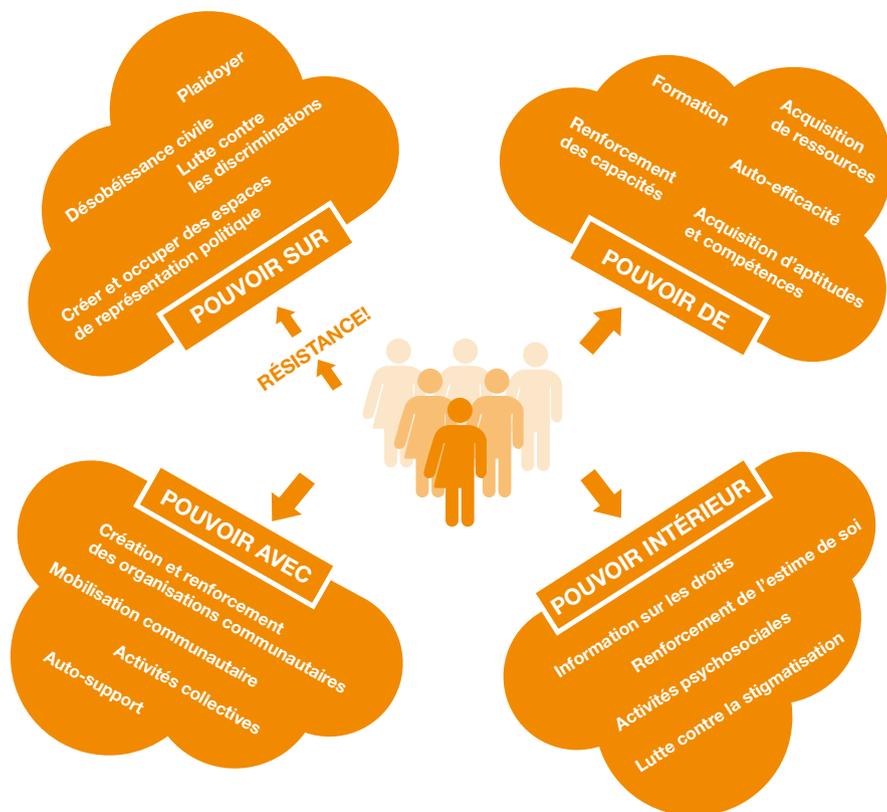
d) Le « pouvoir sur »

Lorsque nous évoquons le « pouvoir » il est associé la plupart du temps au seul « **pouvoir sur** » - **c'est-à-dire le pouvoir d'un individu ou un groupe sur un autre** (par la force, le contrôle des ressources, le contrôle des mécanismes de décision etc.). Ce « pouvoir sur » est exercé de façon disproportionnée par les hommes sur les femmes, et par les classes sociales dominantes sur les classes marginalisées. Dans une démarche d'empowerment, nous devons promouvoir la participation et la représentation politique des populations marginalisées pour qu'elles accèdent aux sphères décisionnelles. Nous devons également identifier et renforcer les capacités de résistance et de résilience des populations exclues face au pouvoir exercé sur elles de façon arbitraire. Le rééquilibrage du "pouvoir sur" peut être soutenu par des actions de plaidoyer, de désobéissance civile, des actions juridiques, de lutte contre les discriminations et par l'occupation des espaces politiques existants ou la création de nouveaux espaces qui intègrent les populations marginalisées.

3. Le terme 'life skills' fait référence aux compétences et aux capacités des individus à s'adapter aux défis et aux besoins de la vie quotidienne. Les « life skills » sont catégorisables en plusieurs groupes : 1. les compétences cognitives ou la pensée critique permettant d'analyser et d'utiliser à bon escient l'information ; 2. les compétences liées à la résolution de problèmes ou de conflits ; 3. les compétences personnelles qui renforcent la capacité à s'écouter, à prendre des décisions pour soi-même et à s'autoréguler ; 4. les compétences interpersonnelles pour communiquer, et interagir de façon efficace avec les autres.

2. Pour cette raison il est préférable de traduire empowerment par « développement du pouvoir d'agir » en français.

SCHÉMA 11 : LES DIFFÉRENTES FORMES DE POUVOIR ET LES ACTIVITÉS QUI PEUVENT CONTRIBUER À LES DÉVELOPPER



4. LA PARTICIPATION

« Transformer la société repose sur la participation y compris le travail en collaboration entre les communautés et les services de santé pour atteindre des objectifs communs »⁴

La participation des personnes directement concernées dans nos projets et le soutien à leur participation dans l'élaboration des politiques de

santé qui les affectent est un des principes fondamentaux de MdM⁵. La participation s'entend aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif et communautaire. Chaque individu a le droit de participer aux décisions qui affectent sa propre santé, y compris aux choix thérapeutiques et préventifs concernant sa SSR. Cela nécessite notamment l'accès à des informations fiables, basées sur les évidences scientifiques, compréhensibles et

4. Marston C. et. al., *Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health*. Bull World Health Organ 2016 ;94:376-382

5. MdM, *Plan d'Action - Renforcer les capacités d'Agir*, 2018.

appropriées à son contexte de vie. Elle repose également sur un partage du pouvoir et des savoirs et la codécision du personnel médical avec leurs patient.e.s. Au niveau communautaire la participation nécessite que nous soutenions activement la participation des personnes concernées dans l'ensemble des cycles de nos projets :

lors de l'identification des priorités, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation. Enfin nous devons soutenir les communautés à faire valoir leurs droits à la participation auprès des institutions et autres acteurs de la santé pour qu'elles soient durablement associées à l'élaboration des services et politiques de santé qui les concernent.

QU'EST-CE QUE LA PARTICIPATION EN SANTÉ ?

Selon l'OMS : "Pour atteindre une véritable participation il est nécessaire que les individus aient le droit de participer aux décisions qui les impactent directement, y compris la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions en santé. En pratique, la participation peut prendre diverses formes dont : fournir des informations équilibrées et objectives, consulter la communauté pour avoir le point de vue des personnes directement concernées, impliquer ou travailler directement avec les communautés, collaborer en partenariat avec les communautés concernées dans chaque aspect de la prise de décision y compris dans la recherche des alternatives et l'identification des solutions afin de développer le pouvoir d'agir des communautés pour qu'elles soient véritablement en contrôle des décisions clefs qui impactent leur bien-être."*

* Gender, Equity and Human Rights: Participation URL: <https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/>

5. APPROCHE PAR LES DROITS ET EMPOWERMENT

Les DSSR émanent de différents droits inscrits dans des traités et autres instruments internationaux et régionaux (comme le cadre politique des ODD) auxquels les États sont liés ou engagés juridiquement.

L'approche par les droits implique la reconnaissance de ces droits à travers le plaidoyer pour l'application des différents textes de référence sur les

droits humains et le respect de ces droits au niveau national, régional et international.

Ces droits restent encore trop souvent théoriques, et sont régulièrement remis en cause. Pour qu'ils soient une réalité, chaque individu et chaque communauté doit être en capacité de les faire valoir. Cela nécessite d'être informé sur ses droits, de pouvoir mesurer l'écart entre les droits consacrés dans les lois et la réalité de leur application ou non-application dans la vie quotidienne,

et d'utiliser l'ensemble des leviers (plaidoyer, actions en justice, actions collectives, désobéissance civile etc.) pour les faire valoir. En contribuant au développement du pouvoir d'agir des individus et communautés dans nos projets nous visons à ce que chacun et chacune, en tant que titulaires de droits, puissent revendiquer et jouir de l'ensemble de ses droits humains.

6. APPROCHE GENRE ET EMPOWERMENT

Les termes "empowerment" et "empoderamiento" ont été repris par les activistes des mouvements féministes du Sud dans les années 80 pour proposer **une alternative aux récits des politiques de développement qui présentaient les femmes du Sud comme étant uniquement des victimes.**

Elles ont développé une approche qui n'homogénéise pas les femmes du Sud, **qui prend en compte dans l'analyse des contextes les multiples causes qui sont à l'origine des situations d'oppression** des femmes du Sud (sociétés patriarcales et dépendances coloniales et néocoloniales). Les réponses proposées s'orientent vers l'accompagnement des femmes et des hommes dans l'acquisition d'un pouvoir intérieur plus important (estime de soi, bien-être psychologique et physique), et d'un meilleur accès et contrôle des ressources naturelles, sociales, financières, éducatives, politiques. Il s'agit également de **développer la conscience sur la réalité et les problématiques que les individus vivent**

et de leur propre capacité à prendre des décisions et changer cette réalité. Enfin, il s'agit de développer le pouvoir décisionnel pour agir et exercer un contrôle plus important sur ses propres décisions.

La mise en place d'une méthodologie d'empowerment est incontournable dans le continuum de l'approche genre et dans la réponse à donner face aux inégalités de genre. Il a été également reconnu dans la Déclaration de Beijing de 1995 :

"Le renforcement du pouvoir d'action des femmes et leur pleine participation sur un pied d'égalité à tous les domaines de la vie sociale, y compris aux prises de décisions et leur accès au pouvoir, sont des conditions essentielles à l'égalité, au développement et à la paix;⁶"

Les besoins d'empowerment des femmes ont été définis sur **trois sphères** :

- ➔ **droits sexuels et reproductifs** (contrôle de sa sexualité et de son corps en termes de naissances, réduction et élimination de toutes les formes de violences faites aux femmes, etc.)
- ➔ **sphère économique** (lutter pour réduire la vulnérabilité et la dépendance économique des femmes, augmenter le bien-être de la femme et de la famille)
- ➔ **sphère politique et juridique** (avoir plus d' accès et de contrôle sur la gestion de la communauté et la transformation des institutions, lois, etc.).

« Pour le poste d'animatrice de prévention au Lotus Bus, Médecins du Monde avait besoin d'une femme chinoise qui connaisse bien la vie des travailleuses du sexe chinoises et qui puisse mieux communiquer avec celles qui ont besoin de notre aide.

Cependant, le travail que je peux faire à moi seule a des limites. Pour faire un travail de prévention efficace, il faut qu'il y ait plus de personnes qui le fassent. Les travailleuses du sexe chinoises ont en général plus confiance en leurs copines. Donc, j'ai encouragé certaines des femmes chinoises usagères de notre programme à devenir bénévoles au Lotus Bus. Grâce à cela, notre travail de prévention est beaucoup plus efficace ».

Julan Huang, animatrice de prévention sur le programme Lotus Bus, France

6. ONU, Déclaration et Programme d'Action de Beijing, 1995

II. QUATRE DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES POUR DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR

MdM a ciblé quatre domaines prioritaires pour contribuer à l'empowerment dans nos actions :

1. LA PARTICIPATION DANS LE CYCLE DE PROJET

« Lorsque l'opportunité leur est offerte, les communautés peuvent développer des stratégies efficaces pour répondre à leurs besoins et réduire la mortalité et la morbidité. Ces stratégies sont souvent innovantes, pratiques et culturellement appropriées... Ce que nous pouvons transférer n'est pas la solution mais le processus par lequel des communautés sont soutenues pour développer leurs propres solutions. »⁷

Nous devons adopter des **méthodologies de projet participatives** pour **permettre aux personnes et aux communautés directement concernées d'être de véritables acteurs dans nos projets dès leur conception et jusqu'à leur évaluation et transfert**. Il s'agit également de favoriser la participation des personnes, communautés et organisations communautaires directement concernées dans le

pilotage et la gouvernance des projets et de les associer systématiquement à l'évaluation des projets. Cette approche nécessite de la flexibilité et le respect du rythme des individus et des communautés.

a) Diagnostic et élaboration

L'utilisation de **méthodologies participatives de diagnostic et de priorisation impliquant les personnes et communautés les plus concernées** permet d'avoir la meilleure connaissance possible du contexte d'intervention. Elle permet aux personnes d'être actrices dès le début d'un projet, assurant une plus grande appropriation et implication par la suite, et contribue à renforcer la capacité des personnes à analyser et comprendre leur propre situation. Au-delà de l'identification de problèmes de santé il est également nécessaire d'identifier les forces et ressources des individus et des communautés qui pourront être mobilisées pour atteindre les objectifs du projet.

SCHÉMA 12 : LES QUATRE DOMAINES PRIORITAIRES POUR DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR



b) Planification et mise en œuvre

Durant cette phase nous devons veiller à la **participation continue des personnes concernées** dans le projet, à travers tous les aspects de redevabilité. Il s'agit également de **créer des opportunités pour les personnes concernées d'être impliquées dans le suivi et le pilotage de nos projets** en intégrant des représentant.e.s dans un comité de pilotage et/ou dans la gouvernance. Par ailleurs, nous devons créer autant que possible des opportunités de participation active dans la mise en œuvre des actions grâce à des politiques de recrutement et d'accompagnement proactives pour favoriser l'emploi des ressources et compétences des communautés. Enfin,

nous devons veiller à déléguer autant que possible la gestion des ressources aux communautés.

c) Évaluation et capitalisation

Plus la participation des personnes directement concernées dans l'évaluation d'un projet est grande, plus il sera possible de prendre la mesure de l'impact réel des actions. **La participation dans l'évaluation doit essayer d'aller au-delà de la simple consultation et intégrer les personnes dans la définition de ce qui doit être évalué et comment le mesurer**. Il s'agit également d'intégrer les personnes dans l'analyse des informations recueillies et les propositions de changement et ajustements des actions.

7. Rosato, M. et al., *Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health*. Lancet 2008 372: 9642, P962-971.

2. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET LES VALEURS ET ATTITUDES DES PROFESSIONNEL.LES

Dans une approche d'empowerment, l'éducation pour la santé fait référence aux pratiques qui renforcent le pouvoir et la liberté des individus et des communautés à adopter des comportements et des modes de vie favorables à leur santé. Elle ne se résume pas à une information pour la santé. Elle va plus loin, en cherchant à **donner aux personnes à la fois les savoirs, les savoir-être et les savoir-faire nécessaires pour pouvoir, si elles le souhaitent, changer de comportements.**

Elle implique nécessairement une prise en compte des contextes des individus et des communautés, des déterminants socioculturels de leur santé et des dynamiques de pouvoir qui enfreignent leur capacité

à adopter des comportements favorables à la santé. **Une approche d'éducation pour la santé reconnaît les individus comme étant experts de leur propre santé et se construit à partir de leur savoir, leurs forces et leurs expériences.** En pratique cela passe par la **sensibilisation et la formation des professionnel.le.s** pour qu'ils et elles adoptent une posture de facilitateur.rice centrée autour des choix et des droits des personnes directement concernées. Des formations sur le counseling, la relation d'aide, les techniques d'écoute et d'accueil et les droits des patient.e.s sont autant d'activités qui peuvent y contribuer.

Nous devons aussi **assurer la participation des membres de la communauté** à l'élaboration des stratégies et des supports d'information, d'éducation et de communication pour la santé. Cette participation peut

prendre plusieurs formes : recherche participative pour étudier les connaissances, attitudes et pratiques de la communauté en lien avec la SSR, focus groupes et ateliers pour élaborer des messages clefs et identifier des moyens de communication appropriés, constitution de « groupes tests » pour évaluer et affiner des supports de communication, participation des membres de la communauté dans la création ou réalisation des supports (films, scènes de théâtre, émission de radio, podcast, création de visuels etc.), diffusion des informations entre pair.e.s. Lors de la constitution de ces groupes une attention doit être portée sur leur représentativité (en termes de niveau d'éducation, de langues, d'alphabétisation, etc.).

La participation des personnes permet d'une part d'assurer que les messages « font sens » dans la culture locale et de reconnaître et valoriser d'autre part leur expertise, leurs compétences. Bien souvent les personnes ayant participé à l'élaboration des supports joueront un rôle dans la diffusion des messages auprès de leur entourage.

Ces mécanismes doivent **favoriser**

l'échange et l'apprentissage mutuel entre la communauté et les professionnel.le.s extérieur.e.s et peuvent donner lieu à des négociations sur ce qui peut se dire et se faire au vu du contexte local. Les professionnel.le.s veillent à ce que les contenus développés soient techniquement exacts et qu'ils ne contribuent pas au renforcement de stéréotypes. Du côté des populations, cela permet de rompre avec l'image négative de l'éducation pour la santé souvent ressentie comme une forme d'imposition de savoir ou de contrôle. Enfin, les membres de la communauté peuvent participer aussi bien à l'élaboration des supports de communication auprès de leur communauté que dans l'élaboration des outils de communication et de formation auprès des professionnel.le.s. Cela peut contribuer à une meilleure prise en compte par les professionnel.le.s de santé du point de vue et des réalités de leurs patient.e.s. Une des meilleures façons de promouvoir la participation des personnes dans l'éducation pour la santé est l'implication des pair.e.s en tant que relais auprès de leur communauté, en tant qu'éducateurs et éducatrices,

EXEMPLE DE PROJET PARTICIPATIF AUTOUR DE LA SSR AU NÉPAL

"Une recherche à grande échelle menée en zone rurale au Népal en 1998 a démontré que des séances d'éducation destinées aux nouvelles mères n'avaient peu ou pas du tout d'impact sur la mortalité néonatale". Cinq ans plus tard le même groupe de chercheurs a réalisé une recherche à grande échelle sur l'impact de programmes de santé participatifs qui ont démontré un impact très significatif sur la santé maternelle et une réduction de 30% de la mortalité néonatale par rapport aux zones n'ayant pas d'approche participative. Dans chaque communauté participante une dizaine de réunions ont été organisées avec des groupes de femmes qui étaient accompagnées à identifier des problèmes de santé en lien avec la maternité et y apporter des solutions. Des financements et un soutien étaient fournis pour les aider à réaliser leurs projets. Il est frappant de constater que, bien que seulement une minorité de femmes aient participé aux groupes, ce projet a eu un impact bien au-delà des seules participantes sur la communauté en général. Par ailleurs, l'impact a été durable puisqu'un an après la fin de la recherche, 95% des groupes étaient toujours actifs dans le soutien extérieur."

* Bolam A. et al., *The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised, controlled trial.* BMJ 1998; 134: 805-10.

** Manandhar DS Osrin D Shrestha B et al., *Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial.* Lancet. 2004 ; 364: 970-979

« Pour faciliter la mise en œuvre d'activités de sensibilisation à destination des jeunes et adolescent.e.s nous avons souhaité développer une boîte à images sur le thème de la SSR. Pour l'élaboration de cet outil, nous avons collaboré directement avec les prestataires de soins et avec les jeunes et les adolescent.e.s eux-mêmes. Pour cela, nous avons travaillé avec les clubs scolaires pour identifier les images à utiliser et formuler les messages. L'ensemble de la boîte a ensuite été validée au cours d'un atelier avec des représentants de clubs scolaires et des prestataires de santé. Nous avons des retours très positifs sur l'utilisation de la boîte. L'implication des jeunes a permis une réelle adaptation de l'outil au public ciblé ».

Florence Koni Kouadio, coordinatrice terrain, République de Côte d'Ivoire

et en tant qu'agents de santé. **Ces agents communautaires doivent bénéficier d'un soutien** (en termes de formation, de supervision, de reconnaissance etc.) adapté et suffisant pour leur permettre de jouer leur rôle essentiel sans mettre en péril leur santé, leur sécurité ou leur bien-être.

3. LE SOUTIEN AUX INDIVIDUS ET AUX COMMUNAUTÉS DANS LEUR PLAIDOYER

Il s'agit d'**accompagner les individus et les communautés dans la formulation et l'expression de leurs propres politiques et de favoriser l'élaboration et la structuration de leur propres stratégies de plaidoyer**. Ceci implique notamment la formation, la mise en réseau, et la mise à disposition des moyens nécessaires. Pour permettre aux personnes de construire et mener leur plaidoyer, nous devons veiller à **créer un environnement qui y est favorable** : promouvoir les espaces d'échange et de partage collectifs, informer les personnes sur leurs droits, et les former aux outils pour les faire valoir, en s'associant lorsque cela est possible aux personnes compétentes localement pour appuyer la communauté dans la défense de ses droits (juristes, associations militantes, avocats etc.). D'autres activités qui peuvent contribuer à la structuration et la mise en œuvre du plaidoyer sont la **formation à la prise de parole, la formulation d'argumentaires, l'identification des leviers et des cibles, le media training, etc.** Nous devons soutenir les communautés à développer leurs réseaux d'alliés et de soutiens et favoriser les coalitions. En parallèle du soutien fourni aux

communautés pour qu'elles puissent mener leur propre plaidoyer, nous devons veiller à la participation des personnes dans le plaidoyer mené par MdM en matière de DSSR. **Les décideur.euse.s sont plus ou moins enclins à entendre la parole des personnes concernées.**

Certains préfèrent dialoguer avec une ONG qui sert de « filtre », or, accepter ce rôle revient parfois à cautionner l'exclusion politique et sociale des populations. Tout en faisant part de notre expertise nous devons aussi défendre le droit à la parole et à l'autoreprésentation des populations marginalisées et dénoncer l'incapacité des décideurs à prendre en compte leur parole. Fidèle au principe « rien pour nous, sans nous » nous devons veiller à ne jamais parler à la place des personnes directement concernées au risque de les priver d'une opportunité de développer leur pouvoir d'agir et de se faire entendre.

4. LE SOUTIEN À L'ÉMERGENCE ET AU DÉVELOPPEMENT DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

Il s'agit d'**accompagner l'émergence et la structuration d'organisations communautaires et de renforcer la capacité de ces organisations**. Dans la phase de diagnostic et durant la mise en œuvre de nos projets nous devons identifier l'ensemble des groupes et organisations informels et formels préexistants susceptibles de contribuer au développement du pouvoir d'agir des personnes et les

associer autant que possible. Il peut s'agir de groupes de la société civile (d'auto-support, groupes de jeunes ou de femmes, associations d'usager.ère.s ou associations communautaires) ou bien des institutions ou instances représentatives de la population (comités de quartier, comités de santé, élus locaux).

Lorsque de tels groupes n'existent pas nous pouvons contribuer à leur émergence en facilitant la création d'espaces d'échange collectifs et la conscientisation d'une problématique commune et d'un manquement aux droits. En mettant à disposition nos propres ressources, en sollicitant l'appui d'autres acteurs et sur la base d'un diagnostic partagé, nous pouvons renforcer la capacité de ces organisations par un appui administratif, par la formation (sur les DSSR, sur la planification de projet, sur le plaidoyer

etc.) et par un soutien logistique. Nous pouvons également contribuer à **renforcer les réseaux d'acteurs de la société civile** (plateformes inter-associatives, coalitions de plaidoyer) au niveau local, national, régional et international autour de valeurs et objectifs partagés. **Dans une logique d'intersectionnalité nous devons également promouvoir les coalitions d'acteurs d'horizons diverses**. Enfin, pour assurer la pérennité et l'autonomie des organisations de la société civile nous devons les appuyer dans le développement de leurs stratégies financières et dans la recherche de financements. En parallèle nous devons identifier et sensibiliser les bailleurs potentiels pour les encourager à financer les acteurs de la société civile et soutenir les démarches d'empowerment.

EXEMPLE DES JEUNES AMBASSADEURS EN AFRIQUE DE L'OUEST

En Afrique de l'Ouest les jeunes font face à de nombreux obstacles pour être acteurs et actrices de leur santé sexuelle et reproductive. La moitié des femmes ont leur premier enfant pendant l'adolescence et sur l'ensemble de la sous-région, 225 femmes meurent chaque jour de complications liées à l'accouchement. La prévalence de la contraception est aussi très faible - seulement 11% chez les jeunes et adolescent.e.s y ont accès. Jusqu'à présent les politiques de santé et d'accès à la contraception sont décidées principalement par des hommes âgés, peu représentatifs de la population. Les jeunes, et à fortiori les jeunes femmes, n'ont pas voix au chapitre. De nombreux acteurs de la société civile ont plaidé pour une plus grande participation des jeunes dans l'élaboration des politiques au travers de la création d'un réseau de Jeunes Ambassadeurs.

Ces jeunes, âgés de 15 à 30 ans, sont issus pour la plupart des organisations de la société civile. Ils sont volontaires et militants. Ils défendent les intérêts et droits des jeunes dans l'élaboration des politiques d'accès à la contraception, veillent au financement de ces politiques et représentent les jeunes dans diverses instances de décision (commissions, comités de pilotage etc.). MdM et d'autres organisations les appuient par la formation et le renforcement de compétences pour qu'ils puissent porter et faire entendre la voix des jeunes.*

*Pour plus d'information voir *Empowerment en Pratique #2 : Les jeunes ambassadeurs : Quand les jeunes sont acteurs du changement social* (lien URL)

III. ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE EMPOWERMENT DANS LES PROJETS SSR

S'il y a plein de bonnes raisons pour que nous soyons résolument attachés au principe de l'empowerment dans nos projets, il existe autant de (mauvaises) raisons pour que cela passe au deuxième plan dans le feu de l'action : les contraintes financières, le manque de temps, la gestion des urgences, la

pression des autorités, le sentiment que c'est trop complexe...

Ne soyons jamais découragés ! Nous sommes toutes et tous capables de mettre ou remettre de l'empowerment dans nos actions. En voici quelques repères clefs pour vous guider :

E	<p>POUR ECOUTER <i>« Nous sommes né-e-s avec deux oreilles et une bouche. C'est parce que nous devons écouter deux fois plus que nous ne parlons. »</i> Ecouter c'est se mettre à la place de l'autre, comprendre le monde de son point de vue. C'est le fondement d'une approche d'empowerment qui doit être au cœur de toutes nos relations individuelles mais également dans l'organisation et la structuration de nos projets.</p>
M	<p>POUR MOBILISATION La mobilisation en santé est un processus de renforcement des capacités au travers duquel les individus, des groupes ou des organisations planifient, mettent en œuvre et évaluent des activités de façon participative et continue. La finalité de la mobilisation communautaire n'est pas uniquement la résolution d'un « problème » de santé mais le renforcement de la capacité des communautés à agir ensemble pour répondre à leurs besoins et agir sur leur environnement.</p>
P	<p>POUR PARTICIPATION Si l'empowerment ne peut se réduire à celle-ci, la participation, au sens du passage de l'assistance muette à la participation aux débats puis aux décisions, est en un levier essentiel du processus d'empowerment. Pour atteindre une véritable participation il est nécessaire que les individus aient le droit de participer aux décisions qui les impactent directement, y compris la conception, la mise en œuvre et le suivi des interventions en santé.</p>
O	<p>POUR OPPORTUNITÉS Accompagner le processus d'empowerment des populations marginalisées c'est accepter d'être dans une certaine impuissance car nous ne sommes pas maîtres de leur destin. Il est alors difficile de mesurer notre contribution à la lumière de là où ce processus aboutit car ce n'est pas nous qui décidons de la destination. Ce que nous pouvons mesurer en revanche c'est toutes les opportunités que nous créons et que nous saisissons pour permettre aux personnes d'avancer sur leur chemin d'empowerment. Il faut nécessairement une grande flexibilité et un certain opportunisme pour y parvenir.</p>

W	<p>POUR VALEURS ET POUR VOIX Une approche d'empowerment est fondée sur certaines valeurs socles que nous devons incarner, promouvoir et défendre telles que la notion de justice sociale, la solidarité, la démocratie et le droit de chacun.e de participer aux décisions qui le/la concerne. L'empowerment c'est aussi être une caisse de résonance pour que les voix des populations exclues et marginalisées puissent être exprimées et entendues.</p>
E	<p>POUR EGALITÉ La santé est révélatrice des inégalités profondes qui traversent nos sociétés. L'empowerment des populations marginalisées doit contribuer à l'égalité réelle devant la santé et à une égalité réelle en termes de droits.</p>
R	<p>POUR RÉCIPROCITÉ Une approche d'empowerment exige une remise en cause des relations de pouvoir aussi bien entre « aidé-e » et « aidant-e » qu'entre MdM et ses partenaires locaux. Elle nécessite une reconnaissance de la capacité de chacun.e à contribuer à la construction collective, de pouvoir donner et non pas être dans la situation univoque de recevoir. La création et la reconnaissance de ces liens de réciprocité est une composante essentielle de la participation qui permet de contribuer à l'empowerment.</p>
M	<p>POUR MILITANCE Favoriser l'empowerment n'est pas simple. Parfois il peut nous paraître plus simple ou plus rapide de faire ou décider à la place des personnes concernées. Si nous nous engageons dans cette approche ce n'est donc pas par facilité mais par militance car nous sommes convaincus qu'elle est la clef du changement social.</p>
E	<p>POUR ÉQUITÉ L'équité en santé implique que tou.te.s jouissent des mêmes opportunités d'atteindre leur plein potentiel de santé et que personne ne soit désavantagé. Veiller à l'équité dans l'empowerment nécessite des mécanismes de consultation inclusive et volontariste qui cherchent toujours à impliquer les personnes les plus exclues. Lorsque nous favorisons le développement du pouvoir d'agir des un.e.s nous devons veiller à ce que cela ne soit jamais aux dépens du pouvoir de ceux et celles qui sont encore plus exclu.e.s.</p>
N	<p>POUR NÉGOCIATION Nos priorités et nos méthodes ne sont pas forcément celles des populations concernées. Il faut être prêt à la négociation non seulement avec les personnes et communautés directement concernées, mais aussi entre professionnel-le-s, au sein d'une équipe, et avec soi-même : où je me situe, quelles sont mes motivations véritables, qu'est-ce que j'accepte, qu'est-ce que je refuse ? Nous devons savoir parfois « lâcher prise » et accepter les compromis que la négociation entraîne. Cette condition, ainsi que la capacité à redéfinir, réévaluer et réadapter en permanence nos actions est un gage important de qualité et un facteur déterminant de toute démarche d'empowerment.</p>
T	<p>POUR TEMPS Il faut respecter le rythme des personnes et des communautés et s'y adapter et non pas chercher à imposer notre rythme. Il faut reconnaître et accepter que le processus d'empowerment est parfois lent, être patient, et adapter nos projets en fonction. Cela ne doit pas être considéré comme un frein à l'efficacité mais comme le temps nécessaire au changement social durable.</p>

1. Proverbe attribué au philosophe grec Epictète (1^{er} siècle de notre ère)

SIGLES ET ACRONYMES

AEIU : Aspiration électrique intra-utérine
AFOA : Association de traitement des fistules obstétricales en Afrique
AME : Allaitement maternel exclusif
AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine
ARV : Antirétroviraux
ASC : Agent de santé communautaire
AT : Accoucheuses traditionnelles
BCG : Bacille Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CAP : Connaissance attitude pratique
CASO : Centre d'accueil de soins et d'orientations
CCU : Cancer du col de l'utérus
CEDEF : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CICR : Comité international de la Croix-Rouge
CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement
CPN : Consultation prénatal
CPoN : Consultation postnatale
DSC : Déterminants socioculturels
DHS : Enquête démographique de santé
DIU : Dispositif intra-utérin (stérilet)
DMU : Dispositif minimum d'urgence
DSSR : Droits et santé sexuels et reproductifs
DTC : Diphtérie, tétanos, coqueluche
ESC : Éducation sexuelle complète

FNUAP : Fond des Nations unies pour la population
FP2020 : Family Planning 2020
GBVIMS : Gender-Based Violence Information Management System
HAS : Haute autorité de santé (France)
HCR : Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés
HEADSSS : Habitat, éducation, activités, drogues, sexualité, sécurité et suicide/dépression
HPV* : Papillomavirus humain
IAWG : Groupe de travail inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise
IEC : Information, éducation, communication
IPPF : International planned parenthood federation
IM : Intramusculaire
IST : Infections sexuellement transmissibles
IRC : International Rescue Committee
IV : Intraveineux
IVA : Inspection visuelle à l'acide acétique
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LGBTQ : Lesbienne, gay, bi-sexuel, transgenre, queer
MAMA : Allaitement maternel exclusif et de l'aménorrhée

MdM : Médecins du Monde
MGF : Mutilations génitales féminines
MSF : Médecins sans frontières
ODD : Objectifs de développement durable
OMD : Objectifs du millénaire pour le développement
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
P-CCU : Prévention du cancer du col de l'utérus
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PPE : Prophylaxie post-exposition
PIDCP : Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PTPE : Prévention de la transmission parent enfant du VIH
PVH* : Papillomavirus Humain
RdR : Réduction des risques
SA : Semaine d'aménorrhée
SCA : Soins complets d'avortement
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS : Système national d'information sanitaire
SONUB : Soins obstétricaux et néonataux de base
SONUC : Soins obstétricaux et néonataux complets
SSR : Santé sexuelle et reproductive

SSRAJ : Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescent.e.s
TARV : Traitement antirétroviral
TdS : Travailleur.euse du sexe
TPI : Traitement préventif intermittent
TMN : Tétanos maternel et néonatal
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
VLG : Violence liée au genre
VPH* : Virus du papillome humain
VPO : Vaccin anti-poliomyélite oral

*synonymes



ANNEXES

ANNEXE 1 :

INDICATEURS DE RÉFÉRENCE SSR

VOIR ADDENDUM : «CATALOGUE DES INDICATEURS»

ANNEXE 2 :

MÉDICAMENTS ESSENTIELS GÉNÉRIQUES, CONSOMMABLES ET MATÉRIEL

Rappelons que les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets doivent être mis en place dans chaque structure de santé. Concernant la Prévention et le Contrôle des Infections et la Stérilisation on se réfère aux Fiches 3.14 et 3.15 du Cadre de référence des soins de santé primaires dans les contextes d'urgence et de crises de MdM.

Pour ce qui est des généralités en matière de Pharmacie et Médicaments essentiels on se réfère à la fiche 3.17 du Cadre de référence des soins de santé primaires dans les contextes d'urgence et de crises de MdM. Les achats de médicaments et de matériels doivent être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées (cf. fiches techniques de MdM : « Qualité / sécurité / efficacité des produits pharmaceutiques - Actions sur l'ensemble du cycle de gestion »).

Les tableaux suivants présentent les médicaments essentiels génériques, les consommables et le matériel recommandé de base et les intrants nécessaires par type de services / soins¹, les listes y figurant sont proposées à titre d'exemple et doivent être adaptées en fonction des contextes et des ressources disponibles. Les quantités nécessaires doivent être déterminées selon la population cible.

Voir aussi : *Catalogue Médical de MdM*.

1. La liste des médicaments, consommables et matériels médicaux nécessaires a été établie à partir des publications suivantes :

- IAWG, Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018
- IPAS, Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition, 2017
- MSF, Soins obstétricaux et néonataux essentiels, éditions 2015
- OMS, Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 2015
- OMS, Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2017
- OMS, Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, 2017
- WHO, Family planning: a global handbook for providers, 2018
- WHO, Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018
- WHO, Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 201

TYPE DE CONSOMMABLES / MATÉRIEL	COMPOSITION
CONSOMMABLES DE BASE EN SSR	<input type="checkbox"/> Gants stériles et non stériles (plusieurs tailles) <input type="checkbox"/> Compresses ou gaze <input type="checkbox"/> Sparadrap <input type="checkbox"/> Seringues et aiguilles (IM et IV) <input type="checkbox"/> Cathéters 20 et 22G <input type="checkbox"/> Tubulures <input type="checkbox"/> Sonde urinaire évacuatrice 12, sonde urinaire 12 et 14
CONSOMMABLES LIÉS AUX PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES ET À L'HYGIÈNE	<input type="checkbox"/> Savon <input type="checkbox"/> Collecteur objet tranchant ou coupant <input type="checkbox"/> Poubelle Dasri (déchets d'activité de soins à risques infectieux) <input type="checkbox"/> Eau de javel <input type="checkbox"/> Gants à usage unique
MATÉRIELS ESSENTIELS EN SSR	<input type="checkbox"/> Matériel IEC <input type="checkbox"/> Stéthoscope, sphygmomanomètre, thermomètre <input type="checkbox"/> Stéthoscope de Pinard <input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> Mètre mesureur, balances adulte et nouveau-né <input type="checkbox"/> Toise adulte et nourrisson <input type="checkbox"/> Table d'examen gynécologique <input type="checkbox"/> Speculums <input type="checkbox"/> Roulette de suivi de grossesse

TYPE DE SERVICES / SOINS : PLANIFICATION FAMILIALE / SERVICES PROPOSANT DES MÉTHODES DE CONTRACEPTION	
MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> Fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> Contraceptifs : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilules œstroprogestatives (per os) <input type="checkbox"/> Pilules progestatives (per os) <input type="checkbox"/> Pilule d'urgence : lévonorgestrel, acétate d'ulipristal <input type="checkbox"/> Progestatifs injectables (IM : Dépoprovera®) / (Sous-cutané : Sayana Press®) <input type="checkbox"/> Œstro-progestatifs injectables (IM) <input type="checkbox"/> DIU au cuivre (type CU380A) ou avec progestatif (type Mirena®) <input type="checkbox"/> Implants contraceptifs sous cutanés (type Jadelle® 2 implants, Implanon® 1 implant) <input type="checkbox"/> Anneau vaginal à base de progestérone <input type="checkbox"/> Méthodes locales (spermicides...) <input type="checkbox"/> Préservatifs externes et internes (masculins / féminins) <input type="checkbox"/> Anesthésiant local : lidocaïne (injectable et ou spray dermique) ; <input type="checkbox"/> Solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> Traitement des IST (à adapter en fonction des protocoles nationaux) : Benzathine-pénicilline (IM), Érythromycine (IV), Azythromycine (per os), Cefixime (per os), Ceftriaxone (IV), Métronidazole (per os), Acyclovir (per os), Clotrimazole (comprimé ou crème vaginale) ; <input type="checkbox"/> Traitement VIH : selon protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques).
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fils de sutures résorbables (vicryl 3,0), lames de bistouri ; <input type="checkbox"/> champs propres ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : carnet de santé, registres.
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> pose / retrait DIU : 1 boîte en inox, 1 cupule, 1 pince Rochester péan 24 cm, 1 pince de Pozzi 24 cm, 1 pince à pansement droite (longuette) 24 cm, 1 sonde utérine/hystéromètre, 1 speculum de 30 mm, 1 speculum de 35 mm, 1 paire de ciseaux de Sims 20 cm, carte de rappel DIU ; <input type="checkbox"/> pose / retrait d'implant : Scalpel, Pince à disséquer, Pince mosquito, Carte de rappel d'implant ; <input type="checkbox"/> matériel pour mini-laparotomie pour ligature des trompes (SONUC uniquement) : 1 boîte en inox, 1 scalpel, 1 élévateur utérin, 1 porte-aiguille, 1 paire de ciseau mousse, 1 pince à disséquer ; <input type="checkbox"/> matériel pour vasectomie (SONUC uniquement) : 1 pince Babcock, 1 pince de dissection, 1 paire de ciseaux de Sims.
TEST MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> Test de grossesse ; <input type="checkbox"/> matériel nécessaire à la réalisation d'un dépistage CCU (voir ligne CCU).

**TYPE DE SERVICES / SOINS :
CONSULTATION PRÉNATALE**

MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> antipyrétique : paracétamol (per os) ; <input type="checkbox"/> anémie : fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> solutés : ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml ; <input type="checkbox"/> antibiotiques : amoxicilline (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM) ; <input type="checkbox"/> traitement de la pré-éclampsie et éclampsie : sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV) ; <input type="checkbox"/> anticonvulsivants : diazépam (IV, IM, intrarectal) ; <input type="checkbox"/> anesthésiant local : lidocaïne (injectable et ou spray dermique) ; <input type="checkbox"/> vermifuge : albendazole ou mebendazole (per os) ; <input type="checkbox"/> antipaludéen : sulfadoxine/pyriméthamine (per os) pour la prévention et artéméter/luméfanantrine (per os) pour le traitement ; <input type="checkbox"/> anti-hypertenseur : hydralazine (IV) et méthyldopa (selon MSF) ou nédidipine (selon OMS) (per os) ; <input type="checkbox"/> traitement VIH : selon protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> utéro-toniques : ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal) ² ; <input type="checkbox"/> solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> vitamines : vitamine K pour le nouveau-né (per os ou IM), vitamine A pour la femme allaitante (per os) ; <input type="checkbox"/> traitement des IST (à adapter en fonction des protocoles nationaux) : benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale).
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : registres CPN, carnet de vaccination de la mère, formulaires de référencement, dossier de suivi de la mère.
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels : (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fournitures : brancard, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> réfrigérateur ; <input type="checkbox"/> stérilisateur.
TESTS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> tests rapides VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> tests rapides syphilis ; <input type="checkbox"/> tests rapides paludisme ou microscope et lame pour goutte épaisse (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> bandelette urinaire avec détection de la glycosurie et de la protéinurie.
VACCINS :	<input type="checkbox"/> vaccin antitétanique

2. Dans la mesure du possible les deux molécules doivent être présentes étant donné que leurs indications diffèrent mais cela n'étant pas toujours envisageable (ex. : absence de chaîne de froid ou d'enregistrement du Misoprostol), la disponibilité d'au moins une des deux molécules doit être assurée.

**TYPE DE SERVICES / SOINS :
SONUB**

MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> antipyrétique : paracétamol (per os) ; <input type="checkbox"/> anémie : fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> solutés : ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml ; <input type="checkbox"/> antibiotiques : amoxicilline (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM) ; <input type="checkbox"/> traitement de la pré-éclampsie et éclampsie : sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV) ; <input type="checkbox"/> anticonvulsivants : diazépam (IV, IM, intrarectal) ; <input type="checkbox"/> anesthésiant local : lidocaïne (injectable et/ou spray dermique) ; <input type="checkbox"/> vermifuge : albendazole ou mebendazole (per os) ; <input type="checkbox"/> antipaludéen en fonction des contextes épidémiologique) : artéméter/luméfanantrine (per os) ; <input type="checkbox"/> anti-hypertenseur : hydralazine (IV) et méthyldopa (selon MSF) ou nédidipine (selon l'OMS) (per os) ; <input type="checkbox"/> traitement VIH : selon protocoles nationaux et en fonction des contextes épidémiologiques ; <input type="checkbox"/> utéro-toniques : ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal) ; <input type="checkbox"/> solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> vitamines : vitamine K1 pour le nouveau-né (per os ou IM), vitamine A pour la femme allaitante (per os) ; <input type="checkbox"/> contraceptifs ; <input type="checkbox"/> traitement des IST : benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os) clotrimazole (comprimé ou crème vaginale) ; <input type="checkbox"/> soins oculaires pour le nouveau-né : pommade ophtalmique tétracycline 1 % ou polyvidone iodée à 2,5 % ; <input type="checkbox"/> PTPE : selon protocoles nationaux.
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> clamps de Barr ou fils pour nouer le cordon ; <input type="checkbox"/> fils de sutures résorbables (vicryl 3.0, 2.0 et 0) ; <input type="checkbox"/> champs propres à placer sous la mère ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : carnet de santé enfant, registres d'accouchement, carnets de vaccination mère et enfant, formulaires de référencement.

TYPE DE SERVICES / SOINS : SONUB	
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels : (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fournitures : brancard, lits d'hospitalisation, plan de travail pour la réanimation du nouveau-né, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> table d'examen gynécologique et table d'accouchement ; <input type="checkbox"/> boîte d'accouchement : 1 boîte en inox, 2 paires de ciseaux de Mayo, 2 pinces Kocher ; <input type="checkbox"/> boîte de sutures : 1 boîte en inox, 1 porte-aiguille, 1 paire de ciseaux mousse, 1 pince à dissection ; <input type="checkbox"/> boîte de désinfibulation : 1 boîte en inox, 1 paire de ciseaux de Mayo, 1 pince à disséquer, 1 porte-aiguille ; <input type="checkbox"/> perce-membrane ; <input type="checkbox"/> matériel d'aspiration manuelle intra-utérine : aspirateur + lubrifiant + set de canules + dilateur mécanique progressif ; <input type="checkbox"/> ventouse obstétricale (modèle Kiwi® si disponible) ; <input type="checkbox"/> matériel de réanimation néonatale : masque facial et ballon autogonflant (ambu) nouveau-né, aspirateur de mucosité ; <input type="checkbox"/> protection de personnel soignant : tablier de protection et lunettes de protection ; <input type="checkbox"/> réfrigérateur ; <input type="checkbox"/> stérilisateur ; <input type="checkbox"/> (bouteille d'oxygène ou concentrateur à oxygène).
TEST MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> test rapide paludisme ou microscope et lame pour goutte épaisse (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> bandelette urinaire avec détection de la protéinurie.
VACCINS :	<input type="checkbox"/> BCG ; <input type="checkbox"/> vaccin anti-hépatite B ; <input type="checkbox"/> poliomyélite ; <input type="checkbox"/> Vaccin anti tétanique.

TYPE DE SERVICES / SOINS : SONUC	
POUR LA CÉSARIENNE :	<input type="checkbox"/> table de bloc opératoire ; <input type="checkbox"/> scialytique ; <input type="checkbox"/> blouses, bonnets, masques et sabots de bloc opératoire ; <input type="checkbox"/> draps et linge stérilisables ; <input type="checkbox"/> brosses et savon antiseptiques ; <input type="checkbox"/> compresses stériles ou compresses stériles abdominales ; <input type="checkbox"/> champs opératoires stériles ou stérilisables ; <input type="checkbox"/> pansements adhésifs rouleaux ; <input type="checkbox"/> instruments chirurgicaux : 1 boîte en inox, 1 panier à instruments, 4 pinces à champ de Backhaus, 2 pinces à hémostase Bengolea, 2 pinces à hémostase de Kelly, 2 pinces de Kocher, 1 pince anatomique, 4 pinces à tissu de Duval, 1 pince chirurgicale standard, 1 cupule 100 ml, 1 porte-aiguille de Mayo-Hégar, 1 écarteur de Farabeuf (paire), 1 manche de bistouri N°4, 1 paire de ciseaux de Metzemaubum, 1 paire de ciseaux de Mayo courbe <input type="checkbox"/> rampe chauffante pour les nouveau-nés ; <input type="checkbox"/> appareil à succion ; <input type="checkbox"/> bouteille d'oxygène ou concentrateur à oxygène.
POUR L'ANESTHÉSIE :	<input type="checkbox"/> matériel médical : extracteur d'oxygène, laryngoscope, pince de Magill, insufflateur manuel avec valve, stéthoscope et sphgmomanomètre, monitoring maternel (pouls, tension artérielle, saturation) ; <input type="checkbox"/> consommables : lunette ou masque à oxygène, tuyau en silicone, sonde endotrachéale, sonde gastrique, aiguille spinale ; <input type="checkbox"/> médicaments : substitut de plasma, atropine, bupivacaïne, éphédrine, adrénaline, naloxone, furosémide ; <input type="checkbox"/> médicaments réglementés : diazépam, kétamine, fentanyl, morphine, thiopental.
POUR LA TRANSFUSION :	<input type="checkbox"/> consommables : carte de contrôle au lit du patient, aiguilles 21G, tubes sous vide EDTA, poche à sang de 150, 250 et 450 ml ; <input type="checkbox"/> tests nécessaires : photomètre hémoglobine (Hémocue) avec lancettes et microcuvettes, tests VIH (2 tests), test hépatite B, test hépatite C, test paludisme, test syphilis, tests groupe sanguin (anti A, anti B anti AB, anti D (rhésus) ; <input type="checkbox"/> matériel : réfrigérateur, balance électronique, minuteur.

TYPE DE SERVICES / SOINS : SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT	
MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> anémie : fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> anesthésiant local : lidocaïne (injectable) ; <input type="checkbox"/> analgésiques : anti-inflammatoires ; <input type="checkbox"/> misoprostol + mifépristone selon la disponibilité ; <input type="checkbox"/> solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> contraceptifs ; <input type="checkbox"/> traitement des IST ; <input type="checkbox"/> antibiotiques.
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> champs propres ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : carnet de santé, registres.
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> matériel pour AEIU, AMIU et dilatation et évacuation : 1 boîte à instruments, une pince porte tampon de Cheron, un spéculum de Colin 35 et un spéculum de Colin 25 mm, un hystéromètre de Martin flexible, une cupule 100 ml, une pince Pozzi à bouts ronds, une pince de Muzeux, 1 set de dilateurs mécaniques progressifs (bougie de Hégar de 3 à 16 mm de diamètre ou dilateurs de Pratt ou Denniston), une pince Longuette, une pince en cœur, le matériel d'aspiration ; pour AMIU : un aspirateur homologué (par exemple IPAS AMIU Plus®) et un set de canules d'aspiration adapté de 4 à 12 mm de diamètre, du lubrifiant ; pour AEIU : accord métallique, tuyau souple, aspirateur électrique et silencieux, permettant d'obtenir une dépression réglable jusqu'à 800 mbars ou d'une seringue d'aspiration à butée permettant d'obtenir une dépression de 600 mbars ; une passoire ; <input type="checkbox"/> matériel pour installation des contraceptifs ; <input type="checkbox"/> Échographe (optionnel).
TESTS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> test de grossesse urinaire ; <input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques).
VACCINS :	<input type="checkbox"/> vaccin et sérum antitétanique.

TYPE DE SERVICES / SOINS : CONSULTATION POST-NATALE	
MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> antipyrétique : paracétamol (per os) ; <input type="checkbox"/> anémie : fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> solutés : ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml ; <input type="checkbox"/> antibiotiques : amoxicilline (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM), métronidazole (IV) ; <input type="checkbox"/> traitement de la pré-éclampsie et éclampsie : sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV) ; <input type="checkbox"/> anticonvulsivants : diazépam (IV, IM, intrarectal) ; <input type="checkbox"/> anesthésiant local : lidocaïne (injectable et ou spray dermique) ; <input type="checkbox"/> vermifuge : albendazole ou mebendazole (per os) ; <input type="checkbox"/> antipaludéen en fonction des contextes épidémiologique) : artéméter/ luméfantrine (per os) ; <input type="checkbox"/> anti-hypertenseur : hydralazine (IV) et méthyl dopa (selon MSF) ou nédipidine (selon l'OMS) (per os) ; <input type="checkbox"/> traitement VIH : selon les protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> utéro-toniques : ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal) ; <input type="checkbox"/> solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> contraceptifs ; <input type="checkbox"/> traitement des IST : benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale).
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> fils de sutures résorbables (vicryl 3,0 2,0 et 0) ; <input type="checkbox"/> champs propres à placer sous la mère ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : carnet de santé de l'enfant et de la mère, carnet de vaccination mère et enfant, formulaires de référencement.
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fournitures : brancard, lits d'hospitalisation, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> boîtes d'instruments : boîte de sutures ; <input type="checkbox"/> protection de personnel soignant : tablier de protection et lunettes de protection ; <input type="checkbox"/> réfrigérateur ; <input type="checkbox"/> stérilisateur.

TYPE DE SERVICES / SOINS : CONSULTATION POST-NATALE	
TESTS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> test rapide paludisme ou microscope et lame pour goutte épaisse (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> bandelette urinaire avec détection de la protéinurie ; <input type="checkbox"/> matériel nécessaire à la réalisation d'un dépistage CCU (voir ligne CCU).
VACCINS :	<input type="checkbox"/> vaccin antitétanique.

TYPE DE SERVICES / SOINS : P-CCU	
MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> antalgiques: paracétamol (per os) ; <input type="checkbox"/> traitement des IST : benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale).
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> écouvillons en nylon floqué ; <input type="checkbox"/> spatule en bois ; <input type="checkbox"/> solution d'acide acétique (3 à 5%) et solution de lugol ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : dossier patient, formulaires de référencement ; <input type="checkbox"/> matériel de conditionnement pour acheminement des test PVH HR vers un laboratoire (bons, sachet).
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fournitures : table d'examen, source de lumière adaptée, spéculum bivalve <input type="checkbox"/> protection de personnel soignant : tablier de protection et lunettes de protection ; <input type="checkbox"/> stérilisateur ; <input type="checkbox"/> appareil de thermocoagulation ; <input type="checkbox"/> pinces languettes ; <input type="checkbox"/> chronomètre ; <input type="checkbox"/> glacière pour l'acheminement des test PVH HR vers un laboratoire <input type="checkbox"/> Système permettant la réalisation de test de biologie moléculaire type PCR (Genexpert® / Care HPV®).
TESTS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> test PVH HR.

TYPE DE SERVICES / SOINS : PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES VIOLENCES LIÉES AU GENRE	
MÉDICAMENTS :	<input type="checkbox"/> fer + acide folique (per os) ; <input type="checkbox"/> pilule d'urgence : lévonorgestrel, acétate d'ulipristal ; <input type="checkbox"/> anesthésiant local : lidocaïne (injectable et ou spray dermique) ; <input type="checkbox"/> solutions antiseptiques : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ; <input type="checkbox"/> traitement des IST (à adapter en fonction des protocoles nationaux) : Benzathine-pénicilline (IM), Érythromycine (IV), Azythromicine (per os), Cefixime (per os), Ceftriaxone (IV), Métronidazole (per os), Acyclovir (per os), Clotrimazole (comprimé ou crème vaginale) ; <input type="checkbox"/> traitement VIH : selon protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques).
CONSOMMABLES :	<input type="checkbox"/> de base (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> fils de sutures résorbables (vicryl 3,0), lames de bistouri ; <input type="checkbox"/> champs propres ; <input type="checkbox"/> liés aux précautions universelles et à l'hygiène (voir 1er tableau) ; <input type="checkbox"/> pour le suivi des patients : carnet de santé, registres ; <input type="checkbox"/> certificats médicaux.
MATÉRIELS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> les essentiels (voir 1 ^{er} tableau) ; <input type="checkbox"/> boîte de sutures : 1 boîte en inox, 1 porte-aiguille, 1 paire de ciseaux mousse, 1 pince à dissection ; <input type="checkbox"/> pose DIU : 1 boîte en inox, 1 cupule, 1 pince Rochester péan 24 cm, 1 pince de Pozzi 24 cm, 1 pince à pansement droite (languette) 24 cm, 1 sonde utérine/hystéromètre, 1 spéculum de 30 mm, 1 spéculum de 35 mm, 1 paire de ciseaux de Sims 20 cm, carte de rappel DIU.
TESTS MÉDICAUX :	<input type="checkbox"/> test rapide VIH (en fonction des contextes épidémiologiques) ; <input type="checkbox"/> test rapide syphilis ; <input type="checkbox"/> test de grossesse.
VACCINS :	<input type="checkbox"/> vaccin et sérum antitétanique ; <input type="checkbox"/> vaccin hépatite B.

ANNEXE 3 :

PRINCIPAUX INSTRUMENTS DU DROIT INTERNATIONAL SE RAPPORTANT À LA QUESTION DE L'AVORTEMENT

Les conventions internationales de protection des droits humains ne font pas expressément référence aux droits sexuels et reproductifs mais ces derniers sont ancrés dans les droits humains universels et impératifs.

Les droits sexuels sont apparus progressivement à l'occasion des conférences mondiales sur les droits humains et le développement, en vue de protéger les femmes. Les droits humains doivent être respectés, protégés et réalisés. Les droits humains sont universels, inaliénables, indivisibles et interdépendants.

Le droit à la vie tel qu'il est consacré par les principaux traités internationaux des droits humains ne s'applique pas avant la naissance et le droit international relatif aux droits humains ne reconnaît aucun « droit prénatal à la vie ».

	Déclaration universelle des droits de l'Homme 1948	Pacte international relatif aux droits civils et politiques 1966	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 1966	Convention des droits de la femme 1979	Convention relative aux droits de l'enfant 1989	Convention américaine relative aux droits de l'Homme 1969	Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples 1981	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales 1950	Déclaration et programme d'action de Vienne 1993	Programme d'action de la CIPD du Caire 1994	Déclaration et programme d'action de Pékin 1995	Protocole de Maputo (2005) et son plan d'action (2015)
Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité	Art. 3	Art. 6.1 Art. 9.1			Art. 6.1 Art. 6.2	Art. 4.1 Art. 7.1	Art. 4 Art. 6	Art. 2.1 Art. 5.1		Principe 1 \$7.3 \$7.17 \$8.34	\$96 \$106 \$108	
Droit d'être libre de toute forme de torture, peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant	Art. 5	Art. 7			Art. 37	Art. 5.1 Art. 5.2	Art. 5	Art. 3	56			
Droit de ne pas subir de discriminations sexuelles	Art. 2	Art. 2.1	Art. 2.2	Art. 1 Art. 3	Art. 2.1	Art. 1 Art. 17.4	Art. 2 Art. 3 Art. 18.3	Art. 14	\$18	Principe 1 Principe 4	\$214	
Obligation pour l'État de modifier les coutumes discriminatoires envers les femmes				Art. 2 Art. 5	Art. 24.3				\$18 \$38 \$49	\$5.5	\$224	
Droit à la santé, à la santé de la reproduction et à la planification familiale			Art. 10.2 Art. 12.1 Art. 12.2	Art. 10 Art. 11.2 Art. 11.3 Art. 12.1 Art. 14.2	Art. 24.1 Art. 24.2		Art. 16 Art. 18.1		\$41	Principe 8 \$7.45	\$89 \$92 \$267	Art. 14.
Droit au respect de la vie privée		Art. 17.1			Art. 16.1 Art. 16.2	Art. 11		Art. 8			\$106 \$107	
Droit au choix d'avoir ou non des enfants, de déterminer le nombre de ses enfants et l'espacement entre les naissances		Principe 1			Art. 16.1					Principe 8 \$7.45	\$223	

« The World's Abortion Laws », de Center for Reproductive Rights, est le document de référence sur le statut

juridique de l'avortement dans les pays du monde entier. Les données sont régulièrement mises à jour sur : <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>

ANNEXE 4 :

MODALITÉS D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DESIRÉES ET SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT, PRÉREQUIS ET MODALITÉS DE VALIDATION

Les éléments suivants sont issus des Fiches Pratiques : *Prise en charge des Grossesses Non Désirées et Soins Complets d'Avortement*, de MdM.

La réponse de MdM en matière d'avortement se concentre sur la prise en charge des GND au cours du premier trimestre de la grossesse (14 semaines d'aménorrhée). Cette prise en charge s'intègre au sein de services de SSR complets. Quand les opportunités de fournir des services d'avortements au niveau des structures de santé sont limitées voire inexistantes, des approches de réductions des risques liés aux pratiques dangereuses peuvent être mises en place afin de réduire la mortalité et la morbidité en lien avec les avortements les moins sûrs.

Les activités de prise en charge des GND au sein des projets de MdM se structurent donc autour de **4 modes d'intervention principaux** :

- ➔ **L'appui au système de santé** afin de renforcer l'accès et la qualité des soins en lien avec l'avortement selon les conditions prévues par la loi
- ➔ **L'intervention directe** où MdM met en place directement des services de Soins Complets d'Avortement intégrés au sein d'une réponse de SSR et/ou de Soins de Santé Primaires y compris en dehors du cadre légal
- ➔ **Le référencement** vers des services et acteurs fournissant des services de Soins Complets d'Avortement qui est une réponse minimum dans les contextes où MdM ne veut pas ou ne peut pas développer des activités de prise en charge des GND et de SCA
- ➔ **L'approche de réduction des risques liés aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions** via l'accès communautaire à une information complète sur les méthodes d'avortements médicamenteux et l'auto-administration du misoprostol.

1. L'APPUI AU SYSTÈME DE SANTÉ AFIN DE RENFORCER L'ACCÈS ET LA QUALITÉ DES SOINS EN LIEN AVEC L'AVORTEMENT SELON LES CONDITIONS DU CADRE LÉGAL

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Diagnostic complet incluant une analyse à minima du cadre légal ;
- Ateliers de clarifications de valeurs et de transformation des attitudes au sein des équipes MdM et avec le personnel des structures de santé soutenues et des autres partenaires de mise en œuvre du programme ;
- Appui à l'élaboration et/ou la révision de protocoles nationaux et locaux selon les dernières recommandations internationales ;
- Formation des professionnel.le.s de santé des structures soutenues aux SCA, incluant les soins après avortement (SAA) selon les conditions de la loi ;
- Fourniture ou appui à l'approvisionnement en intrants et équipements de qualité pour la mise en place de SCA ;
- Mise en place / appui aux mécanismes de référence pour la prise en charge des complications ;
- Mise en place d'activités de sensibilisation au niveau communautaire et informations sur les services existants.

PRÉREQUIS

- Volonté des autorités de santé de renforcer les services de SCA disponibles dans le cadre de la loi ;
- Disponibilité d'intrants de qualité pour l'avortement médicamenteux et l'aspiration intra-utérine.

Forces

- Risque légal et sécuritaire limité ;
- Renforcement du système de santé et pérennisation possible ;
- Travail sur la transformation des attitudes avec les professionnel.le.s de santé du système public contribuant à un changement des pratiques ;
- Stratégie de sortie plus simple à planifier.

Faiblesses

- Couverture limitée des besoins ;
- Le modèle proposé doit se conformer uniquement à la politique de santé nationale (selon les critères d'éligibilité à l'avortement énoncés par la loi) ;
- Influence limitée sur la qualité des services mis en place, MdM n'intervenant qu'en appui et pas en tant qu'acteur direct ;
- Dépendance forte de la volonté des autorités locales de santé à assurer la mise en œuvre des activités.

Opportunités

- Complémentarité possible avec le mode d'intervention d'approche de réduction des risques ;
- Les SCA pratiquées dans le cadre des conditions prévues par la loi peuvent être une porte d'entrée pour diffuser plus largement des pratiques de qualité en matière d'avortement ;
- Développement d'une connaissance aiguë des applications réelles de la loi sur le terrain qui pourront nourrir considérablement la stratégie de plaidoyer au niveau local, national, régional et institutionnel.

Risques

- Manque d'implication potentiel des professionnel.le.s de santé si les SCA ne sont pas priorités par les autorités de santé ;
- Réticences des femmes et adolescentes à se rendre dans les structures de santé ;
- Difficulté d'approvisionnement en mifépristone et misoprostol d'autant plus si ces molécules ne font pas partie de la liste des médicaments essentiels génériques du pays ;
- Réticence potentielle de certain.e.s professionnel.le.s de santé vis-à-vis de la gratuité des soins, dans des contextes où les avortements sont parfois pratiqués en dehors du cadre légal par les professionnel.le.s de santé eux.elles-mêmes et facturés souvent à des prix élevés.

2. L'INTERVENTION DIRECTE OÙ MDM MET EN PLACE DIRECTEMENT DES SERVICES DE SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT Y COMPRIS EN DEHORS DU CADRE LÉGAL

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Ateliers de clarifications de valeurs et de transformation des attitudes au sein des équipes MdM ;
- Formation des équipes MdM aux protocoles de SCA ;
- Dotation en intrants, équipements et consommables de qualité nécessaires pour la prise en charge des SCA.

PRÉREQUIS

- Analyse approfondie du cadre légal ;
- Analyse des risques légaux, sécuritaires et d'autres natures, et développement de stratégies de mitigation ;
- Si en dehors du cadre légal, validation institutionnelle via une soumission du projet en Comité de Direction et communication complète concernant la validation aux équipes de terrain.

Forces

- Meilleure couverture des besoins, prise en charge de l'ensemble des demandes d'IVG du premier trimestre au-delà des critères de la loi dans les contextes où la législation est restrictive ;
- Influence forte sur la qualité des services mis en place ;
- Impact plus immédiat sur la réduction de la mortalité et la morbidité en lien avec les avortements ;
- Possible à mettre en œuvre dans les contextes où il n'y pas de services de santé fonctionnels.

Faiblesses

- Absence de renforcement des services publics de santé ;
- Impact à court terme, possibilité de pérennisation limitée ;
- Nécessite de nombreuses ressources humaines ;
- Coût souvent plus élevé que les autres modes d'intervention.

Opportunités

- Intégration d'une composante souvent négligée dans les contextes de crise ;
- Complémentarité forte avec l'approche de MdM en matière de prise en charge des survivantes de Violences Liées au Genre (VLG) et possibilité d'inclure cette activité comme activité additionnelle venant compléter le noyau dur ;
- Développement d'une expertise forte permettant de nourrir le plaidoyer institutionnel ;
- Lorsque des organisations médicales de la société civile mettent en œuvre des soins directs, possibilité de les renforcer sur les SCA.

Risques

- Risques légaux, sécuritaires et d'autres natures plus importants et variables selon le contexte ;
- Difficulté d'importation de mifépristone et misoprostol.

3. L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX PRATIQUES DANGEREUSES D'AVORTEMENT VIA L'ACCÈS COMMUNAUTAIRE À UNE INFORMATION COMPLÈTE SUR LES MÉTHODES D'AVORTEMENTS MÉDICAMENTEUX ET L'AUTO-ADMINISTRATION DU MISOPROSTOL

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Mise en place de réseaux de partenaires pour la diffusion d'une information complète, basée sur les évidences, concernant les risques liés aux pratiques dangereuses d'avortement ;
- Mise en place de réseaux de partenaires pour la diffusion d'une information complète, basée sur les évidences, concernant l'avortement médicamenteux et l'auto-administration du misoprostol ;
- Mise en place d'activités de clarification des valeurs et transformation des attitudes avec les équipes MdM et les partenaires du projet ;
- Renforcement de structures de santé pour la prise en charge des soins post-avortements et la prise en charge des complications et mise en place de systèmes de référencement ;
- Identification de points de vente / fourniture de misoprostol de qualité.



Voir : *Prise en charge des GND et Soins Complèts d'Avortement*
fiche 5. *Stratégie de réduction des risques liés aux pratiques dangereuses d'avortement.*

PRÉREQUIS

- Analyse du cadre légal ;
- Analyse des risques sécuritaires et d'autres natures ;
- Enquête socio-culturelle sur les déterminants des GND et les pratiques d'avortement à base communautaire ;
- Analyse de la disponibilité et de la qualité du misoprostol (pharmacies, structures de santé) ;
- Renforcement de structures de santé partenaires concernant les soins après avortement ;
- Validation institutionnelle via une soumission du projet en Comité de direction, et communication complète concernant la validation aux équipes de terrain.

Forces

- Implication de la société civile et de partenaires communautaires ;
- Couverture plus large des besoins non pris en charge au sein du système de santé ;
- Développement des capacités d'agir des femmes et des adolescentes en lien avec leur SSR et la prise en charge des GND.

Faiblesses

- Renforcement des services publics de santé limité ;
- Accompagnement médical limité au cours de l'auto-administration du misoprostol.

Opportunités

- Renforcement potentiel de la société civile sur la question de la prise en charge des GND ;
- Possibilité de développer des activités de recherches opérationnelles permettant d'influencer les pratiques de santé au niveau global et de nourrir le plaidoyer institutionnel.

Risques

- Risques potentiels légaux, sécuritaires et d'autres natures selon les contextes ;
- Difficultés d'accès à une prise en charge rapide de potentielles complications.

4. LE RÉFÉRENCIEMENT VERS DES SERVICES ET ACTEURS FOURNISSANT DES SERVICES DE SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Définition d'un circuit de référencement vers des services de qualité ;
- Sécurisation d'une ligne budgétaire (si possible sur fonds propres pour limiter les problèmes d'éligibilité des coûts) pour la prise en charge des SCA via les services fournissant des SCA lorsque ceux-ci sont payants ;
- Ateliers de clarifications de valeurs et de transformation des attitudes au sein des équipes MdM et autres partenaires impliqués dans le projet.

PRÉREQUIS

- Diagnostic complet incluant une analyse à minima du cadre légal ;
- Cartographie des acteurs et des services fournissant des SCA ;
- Analyse de la qualité de services fournis ;
- Coordination avec les différentes structures de référence et définition des modalités de référencement.

Forces

- Risque légal et sécuritaire limité pour MdM ;
- Réponse minium dans les contextes où MdM ne veut pas ou ne peut pas développer des activités de prise en charge des GND et de SCA.

Faiblesses

- Couverture limitée des besoins ;
- Influence limitée sur la qualité des services mis en place (dépendant des acteurs fournissant des SCA) ;
- Délai potentiel de prise en charge.

Opportunités

- Mise en place possible dans le cadre de projets qui n'ont pas de focus spécifique sur la prise en charge des GND (crises et conflits, migration, réduction des risques (RdR) ;
- Complémentarité possible avec le mode d'intervention d'approche de réduction des risques liés aux pratiques dangereuses d'avortement.

Risques

- Mise en œuvre impossible si pas d'acteurs fournissant des SCA dans la zone d'intervention ;
- Lorsque MdM intervient en appui au système de santé, la mise en œuvre des référencements dépend potentiellement des professionnels de santé du système public. Dans un cadre légal restrictif, il peut être complexe d'organiser les référencements sans exposer les partenaires, les patientes et les professionnels de santé eux-mêmes.

ANNEXE 5 :

GRILLE D'ÉVALUATION EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Questionnaire No :	
Date de la visite : __/__/__	
Nom et adresse (ville/district/région) de la structure de santé évaluée :	
Evaluateur.ice(s) :	

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Type de structure de santé :	
Horaires d'ouverture :	

Accès à la structure

Moyens de transport :	
Temps depuis la base/le centre de référence :	Préciser si différences selon les saisons :

Infrastructure

Type de murs et état	
Type de toit et état	
Propreté de la structure	
Accès à l'eau	Oui / Non
Si oui :	Quelle distance ? Quel type d'accès ? Eau potable : Oui/Non Eau pour le lavage des mains : Oui/ Non
Type d'énergie ?	
Régularité de l'accès à l'énergie	Oui / Non
Latrines	Oui / Non ; si oui combien :
Incinérateur	Oui / Non
Fosse à placenta	Oui / Non
Système de gestion des déchets	Oui / Non
Boîtes à objets tranchants et coupants à disposition dans les services	Oui / Non

Population cible

Zone de couverture : (Km)	Nombre de villages/quartiers couverts :
Rural/ Urbain	
Population totale couverte	
Nombre de femmes en âge de procréer (15-45 ans)	
Nombre de femmes enceintes attendues	
Nombre d'enfants de moins de 5 ans	
Groupes ethniques	
Population déplacée	Oui/ Non Nombre :
Population réfugiée	Oui/ Non Nombre :

Transport et communication

Mode de communication	Radio Téléphone mobile/ fixe Internet Autres:
Équipement informatique	Oui / Non
Transport disponible au niveau de la structure	Oui / Non lequel :

II. RESSOURCES HUMAINES

Prendre le temps de compléter/connaitre avant l'évaluation les recommandations nationales ou internationales en termes de ressources humaines pour le niveau de soins évalué. C'est la comparaison avec ce qui est attendu dans les recommandations et ce qui est effectivement mis en place qui nous permet d'évaluer la structure.

TYPE DE PERSONNELS	PRÉSENCE DANS LA STRUCTURE	NOMBRE DE PERSONNES	NOMBRE DE PERSONNELS RECOMMANDÉ pour le niveau de soins évalué	COMMENTAIRES (diplômes valides/ faisant fonction, temps pleins / temps partiels...)
Gynécologue-obstétricien	Oui / Non			
Médecin	Oui / Non			
Sage-femme	Oui / Non			
Infirmier	Oui / Non			
Assistant infirmier	Oui / Non			
Pharmacien	Oui / Non			
Technicien en pharmacie	Oui / Non			
Technicien de laboratoire	Oui / Non			
Anesthésiste	Oui / Non			
Accoucheuse traditionnelle	Oui / Non			
Agent de santé communautaire	Oui / Non			
Personnel de ménage	Oui / Non			
Gardiens	Oui / Non			
Autres	Oui / Non			

Remarques :

III. SERVICES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Prendre le temps de compléter/connaitre avant l'évaluation les recommandations nationales ou internationales en termes de services SSR pour le niveau de soins évalué. C'est la comparaison avec ce qui est attendu dans les recommandations et ce qui est effectivement mis en place qui nous permet d'évaluer la structure.

SERVICES	SELON LES RECOMMANDATIONS NATIONALES OU INTERNATIONALES		COMMENTAIRES	COÛT DES SOINS
	Oui	Non		
Soins prénataux	Oui	Non		
Prévention de la transmission parents enfant du VIH/SIDA	Oui	Non		
Prise en charge de l'éclampsie	Oui	Non		
Utilisation d'utérotoniques	Oui	Non		
Administration d'antibiotiques par voie parentérale	Oui	Non		
Accouchement eutocique	Oui	Non		
Accouchement assisté	Oui	Non		
Réalisation d'une délivrance artificielle	Oui	Non		
Césarienne	Oui	Non		
Transfusion	Oui	Non		
Soins néonataux dont la réanimation du nouveau-né	Oui	Non		
Soins postnataux	Oui	Non		
Soins post-avortement dont aspiration manuelle intra-utérine	Oui	Non		
Soins complets d'avortement (AMIU et/ou médicamenteux)	Oui	Non		
Services proposant au moins 3 méthodes de contraception	Oui	Non		
Prise en charge des IST	Oui	Non		
Promotion et éducation pour la santé	Oui	Non		
Dépistage du CCU	Oui	Non		
Prise en charge des lésions précancéreuses	Oui	Non		
Prise en charge des VLG	Oui	Non		
Services adaptés aux publics jeunes et adolescent.e.s (formation des professionnel.le.s de santé, outils IEC, horaires, etc.)	Oui	Non		
Prise en charge des fistules	Oui	Non		
Service de référencement	Oui	Non		
Activités en stratégie avancée	Oui	Non	Préciser :	
Vaccination	Oui	Non		
Laboratoire	Oui	Non		
Banque de sang	Oui	Non		
Pharmacie	Oui	Non		

Remarques :

- Niveau SONUB (Soins Obstétricaux d'Urgence de Base)
 Niveau SONUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complet)

Équipement

EQUIPEMENT	OUI	NON	ETAT		
			Bon	Moyen	Inutilisable
Table d'examen					
Tensiomètre					
Stéthoscope					
Stéthoscope obstétrical					
Doppler (Soni Caid)					
Thermomètre					
Kit de suture					
Source d'oxygène					
Kit d'accouchement					
Partogramme					
Ventouse obstétricale					
Kit Aspiration manuelle intra-utérine					
Spéculums vaginaux					
Masque facial et ballon autogonflant pour réanimation néonatale					
Balance pédiatrique					
Périmètre brachial					
Toise					
Carnet de vaccination					

Pharmacie

Existe-t-il une liste standard de médicaments (si oui en prendre une copie)	Oui	Non
Fréquence et fournisseur des médicaments		
Les médicaments sont-ils gratuits ?	Oui	Non
Quels sont les médicaments gratuits ?	<input type="checkbox"/> Tous <input type="checkbox"/> Médicaments Essentiels <input type="checkbox"/> Liste restreinte	
Les médicaments sont-ils stockés dans un lieu propre et rangé ?	Oui	Non
Les médicaments sont-ils dans un endroit fermé à clé ?	Oui	Non
La température et l'humidité sont-elles acceptables (environ 20°C) ?	Oui	Non
Existe-t-il un frigo pour les médicaments et vaccins ?	Oui	Non
Y-a-t-il des outils de suivi de consommation et du stock de médicaments mis en place ?	Oui	Non
Existe-t-il des ruptures de stock ?	Oui	Non

Médicaments (voir kits UNFPA)

MÉDICAMENTS, CONSOMMABLES, TESTS	PRÉSENCE DANS LE CENTRE	RUPTURE DE STOCK DANS LES 3 MOIS PRÉCÉDENTS (cocher si rupture)
Fer + acide folique (cp)		
Paracétamol 500 mg (cp)		
Albendazole ou mebendazole		
Artesunate/ luméfantrine		
Ocytocine 10 UI ampoule		
Misoprostol cp		
Sulfate de magnésium ampoule		
Gluconate de calcium ampoule		
Métronidazole flacon		
Ampicilline flacon		
Ringer lactate		
Fils de suture		
Tétracycline 1%		
Polyvidone iodée		
Au moins 3 contraceptifs : (citer)		
-		
-		
Contraceptifs d'urgence :		
Préservatifs		
Tests rapides VIH		
Tests rapides syphilis		
Tests rapides malaria		
Bandelette urinaire (avec protéinurie)		
Tests urinaires de grossesse		

Référencement

Existe-il une structure de référence fonctionnelle identifiée ?	Oui	Non
Laquelle ? et à combien de temps est-elle située ?		
Est-elle ouverte 24h sur 24, 7j sur 7 ?		
Est-ce que la structure possède un véhicule en cas d'urgence ?	Oui	Non
Si non, est-ce que la structure de référence possède une ambulance ?	Oui	Non
Les coûts de transport sont-ils gratuits ? Si non combien ?	Oui	Non
Commentaires:		

IV. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET D'UTILISATION DES SERVICES

INDICATEURS	DONNÉES POPULATION GÉNÉRALE (>24 ANS)	DONNÉES CHEZ LES JEUNES ET ADOLESCENTES VENTILÉES PAR ÂGE (lorsque possible : 10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans)
Nombre de décès maternels au sein de la structure dans l'année précédente		
Nombre de décès néonataux au sein de la structure dans l'année précédente		
Nombre moyen de consultations par jour et par soignant		
Taux de CPN1 (ou nombre de CPN1 par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Taux de CPN4 (ou nombre de CPN4 par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Taux de CPN8 (ou nombre de CPN8 par mois) selon nouvelles recommandations OMS	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Taux de vaccination pour TT2		
Nombre d'accouchements institutionnels	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre de césariennes	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Taux de césarienne (dernier trimestre)		
Taux de consultations postnatales (ou nombre de CPoN par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre d'aspirations manuelles intra-utérines réalisées par mois	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre de consultations de contraception pour de nouvelles patientes	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre de consultations de contraception pour des anciennes patientes	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre de cas de fistules dépistés par an		
Nombre de cas de violences liées au genre pris en charge dans l'année précédente		

Nombre de soins après avortement	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre d'IVG pratiquées dans le cadre de la loi (SCA)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	
Nombre de dépistages du CCU effectués	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :	

SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATIONS SANITAIRES (SNIS)

Les registres de consultation et d'accouchement sont-ils correctement remplis ?	Oui / Non
La structure de santé possède-t-elle le format SNIS en vigueur ?	Oui / Non
Les rapports SNIS sont-ils transmis mensuellement ?	Promptitude : Oui / Non Complétude : Oui / Non
Les données sanitaires sont-elles suivies/ analysées?	Oui / Non

V. SUPERVISION DES STRUCTURES

ACTIVITÉS		PERSONNES RESPONSABLES (exemple: directeur de la structure, équipe cadre de district, COGES, COSAN...), timing des supervisions, checklist utilisée ...
Suivi des activités de la structure en interne	Oui / Non	
Monitoring et supervision des activités de la structure en externe	Oui / Non	
Supervision et suivi des agents de santé communautaires	Oui / Non	

VI. LIENS AVEC LA COMMUNAUTÉ

TYPE D'AGENTS COMMUNAUTAIRES	NOMBRE	FONCTIONS

Remarques :

ANNEXE 6 :

GRILLES ANALYSE GENRE ET CONTINUUM DU GENRE

Pour réaliser un diagnostic du contexte avec une perspective de genre, l'Institut de Développement de Harvard a développé et publié à la fin des années 80, le **Cadre d'Analyse de Genre**. Il s'agit d'un outil qui incorpore trois grilles d'analyse différentes :

➔ **La grille des profils d'activité** : elle analyse **qui fait quoi dans un contexte donné en termes de rôle reproductif, productif et communautaire**. Cela permet de connaître la répartition des tâches par genre et les inégalités qui pourraient exister dans cette répartition.

➔ **La grille d'accès et contrôle aux ressources** : elle analyse **quels types de ressources sont accessibles selon le genre** et qui a plus ou moins de contrôle sur ces ressources. Cela permet d'analyser les inégalités en termes de répartition et utilisation des différentes ressources existantes dans une communauté et nécessaires pour la vie et la survie des personnes.

➔ **La grille des facteurs d'influence** : elle analyse **les différents facteurs contextuels qui peuvent avoir une influence positive ou négative** sur les personnes en termes de genre et en termes de relations de genre. Cela permet d'identifier les facteurs contextuels à faire évoluer si on veut transformer les inégalités et discriminations de genre dans nos projets et d'identifier les facteurs d'opportunité pour ce changement.

GRILLE DES TROIS RÔLES

ACTIVITES	HOMMES	FEMMES
Activités productives :		
Génération de revenus :		
Emploi informel :		
> Agriculture :		
> Bâtiment :		
> Le travail du sexe :		
> ...		
Emploi formel :		
Activités reproductives :		
En rapport avec l'eau		
Liées au carburant		
Préparation des aliments		
Garde d'enfants		
Soins aux personnes âgées		
Liées à la santé		
Nettoyage et réparation		
Activités communautaires :		
Activités sociales, politiques et religieuses		
Administration/justice/enregistrement		

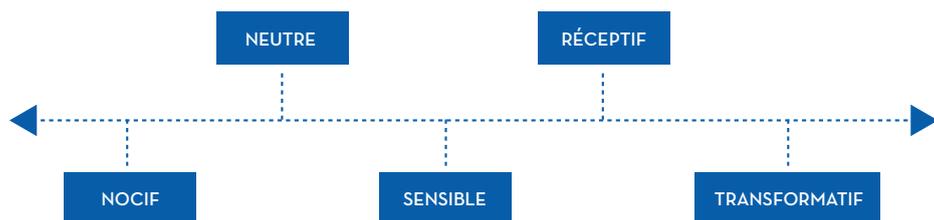
GRILLE ACCÈS ET CONTRÔLE

	Accès		Contrôle	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Ressources :				
Terrain				
Équipement				
Travail				
Liquidités				
Éducation / formation				
Crédit				
Autre				
Bénéfices :				
Revenus externes				
Patrimoine / biens				
Besoins essentiels (nourriture, vêtements, logement...)				
Éducation				
Pouvoir politique / prestige				
Autre				

GRILLE FACTEURS D'INFLUENCE

Facteurs d'Influence	Contraintes	Opportunités
Normes communautaires et hiérarchie sociale		
Facteurs démographiques		
Facteurs économiques		
Facteurs politiques		
Paramètres légaux		
Éducation		

CONTINUUM DE GENRE



NOCIF

L'approche générale du projet et/ou de certaines activités renforce les stéréotypes d'inégalité entre les sexes ou réduit l'autonomie des décisions des personnes.

Exemples :

Migration : renforcer le rôle des femmes en tant que personnes qui s'occupent des enfants, en fournissant des services de santé infantile qui ne sont pas attrayants pour les hommes, plutôt que d'encourager l'égalité en termes de responsabilités parentales.

Consommation de drogues : conseiller systématiquement aux femmes enceintes toxicomanes de ne pas avoir d'enfants.

Le travail du sexe : plaider en faveur de lois interdisant le travail du sexe et condamnant les clients.

SSR : montrer seulement des hommes forts et virils dans les publicités pour les contraceptifs masculins.

NEUTRE

Approches ou activités qui ne remettent pas activement en question les stéréotypes sexistes et la discrimination. Une planification neutre en termes de genre est un pas en avant sur le continuum car, au moins, de telles approches/activités n'ont pas de conséquences négatives. Cependant, elles ne sont souvent pas très efficaces parce qu'elles ne sont pas en mesure de répondre à des besoins spécifiques liés au genre.

Exemples :

Migration : les services de soutien juridique et psychosocial neutres du point de vue du genre peuvent ne pas reconnaître que les femmes peuvent préférer les conseillères et les prestataires de services féminins.

Consommation de drogues : les services de drop-in-center qui sont neutres, ignorent les besoins spécifiques des femmes en matière de SSR.

Travail du sexe : unités mobiles de santé pour les professionnel.le.s du sexe qui offrent des soins de santé primaires, y compris la SSR, sans information ni lieu de discussion sur les VLG.

SSR : messages de prévention qui ne ciblent pas spécifiquement un sexe en particulier. Par exemple : « être fidèle » ne fait aucune distinction entre les besoins des hommes et ceux des femmes.

SENSIBLE

Approches ou activités qui reconnaissent les différents besoins et contraintes des individus en fonction de leur sexe et/ou de leur orientation sexuelle, et qui y répondent. Ces activités améliorent sensiblement l'accès des femmes (ou des hommes) à la prévention, au traitement et aux soins. En elles-mêmes, cependant, elles ne contribuent guère à modifier les programmes contextuels plus larges qui sont fondés sur les inégalités entre les sexes. Elles sont insuffisantes pour changer fondamentalement la division du pouvoir en termes de relations de genre.

Exemples :

Migration : les efforts visant à intégrer le traitement des IST dans les services proposant des méthodes de contraception aident les femmes à accéder à ces services sans crainte de stigmatisation.

Consommation de drogues : la mise en place de services drop-in-center proposant des espaces, des horaires et des offres de services spécifiques pour les femmes avec du personnel de sexe féminin pourrait augmenter la fréquentation des femmes consommatrices de drogues.

Travail du sexe : des unités mobiles de santé avec des professionnel.le.s formé.e.s pour répondre aux besoins de santé spécifiques des travailleuse.s femmes, hommes ou trans, avec une approche non critique, faciliteront l'accès aux services pour tou.te.s.

SSR : donner des contraceptifs féminins aux femmes ; il est reconnu que les contraceptifs masculins sont contrôlés par les hommes et que le déséquilibre du pouvoir rend difficile pour les femmes de négocier les contraceptifs. Cela n'a cependant pas d'impact sur le pouvoir de négociation des femmes à l'égard des hommes.

RECEPTIF

Approches ou activités qui aident les hommes, les femmes et les personnes non binaires à examiner les attentes de la société à l'égard de tous les genres, les stéréotypes, la discrimination et leur impact sur la SSR de chaque sexe.

Exemples :

Migration : la formation aux compétences de la vie courante, la possibilité de négocier qui encourage les participant.e.s à s'interroger sur les raisons pour lesquelles les individus se comportent comme ils le font. Les participant.e.s sont encouragé.e.s à prendre leurs responsabilités pour eux-mêmes et pour les autres en vue de promouvoir des comportements plus sains.

Consommation de drogues : séances de groupe pour questionner les relations entre les couples d'usager.ère.s de drogue ou le rôle/les relations avec le partenaire.

Le travail du sexe : faciliter les réunions de groupes de pairs/organisations communautaires et/ou leur donner des ressources (financement, renforcement des capacités, matériel...) pour organiser et initier des actions visant à promouvoir les droits et l'autonomisation des travailleur.euse.s du sexe.

SSR : projets travaillant avec des hommes et des femmes pour redéfinir les normes de genre et encourager une sexualité saine pour les deux sexes.

TRANSFORMATIF

Approches ou activités qui visent activement à construire des normes et des structures sociales égalitaires entre les sexes, au-delà des comportements individuels des participant.e.s.

Exemple :

Les projets qui remettent en question les relations sociales de genre et engagent le dialogue pour les changer au sein d'un groupe, d'une communauté ou, plus largement, dans la société par le biais du plaidoyer.



AFD
AGENCE FRANÇAISE
DE DÉVELOPPEMENT



Guide DSSR 2021 - FR 978-2-918362-91-3