

La santé reproductive en situations de réfugiés

Action contre la faim

African Medical and Research Foundation

Agency for International Development (États-Unis)

American Refugee Committee

CARE

Center for Population and Family Health – Columbia University's Mailman School of Public Health

Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters

Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos

Département d'État (États-Unis)

Department of Health and Human Services (États-Unis)

Family Health International

Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Fédération internationale pour la planification familiale

Fonds des Nations Unies pour la population

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

International Centre for Migration and Health

International Organization for Migration

International Rescue Committee

IPAS

JSI Research and Training Institute

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Marie Stopes International

Médecins du monde

Médecins sans frontières

MERLIN (Medical Emergency Relief International)

Organisation Mondiale de la Santé

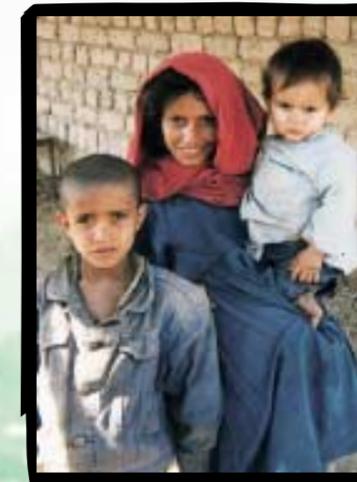
Population Council

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Save the Children (Royaume-Uni)

Women's Commission for Refugee Women and Children

World Association of Girl Guides and Girl Scouts



**Manuel
de terrain
interorganisations**



La santé reproductive

en situations de réfugiés

**Manuel
de terrain
interorganisations**



Le présent Manuel de terrain interorganisations remplace la version test ci-dessus.

D'autres exemplaires du manuel peuvent être commandés auprès des organisations citées en page IV de couverture.

Vous pouvez adresser vos commentaires et observations auprès des agences suivantes :

- Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
Bureau des opérations d'urgence, Genève
- Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Département Santé reproductive et recherche

© **Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés**
1999 pour la version anglaise,
2001 pour la version française.

Le présent manuel est à diffusion générale.
Tous droits réservés. Reproduction et traduction autorisées, sauf à des fins commerciales et en citant les sources.

La santé reproductive est un *droit*. Comme tous les autres droits de l'homme, il s'applique également aux réfugiés et aux personnes en situation de réfugiés. Pour exercer ce droit, les personnes confrontées à un conflit ou vivant dans une situation d'urgence doivent bénéficier d'un environnement favorable et avoir accès à des informations et à des services complets de santé reproductive de façon à pouvoir faire des choix libres et éclairés. Elles doivent également se sentir à l'aise et en sécurité pour évoquer leurs problèmes personnels les plus intimes avec les professionnels qui cherchent à les aider.

Des services de santé reproductive de qualité doivent tenir compte des besoins des réfugiés, en particulier de ceux des femmes. Ces services doivent également respecter les diverses croyances religieuses, les convictions morales ainsi que les références culturelles des réfugiés tout en appliquant, pour ce qui est des droits de l'homme, les normes internationalement reconnues. Il faut donc fournir aux réfugiés des informations complètes sur les choix qui s'offrent à eux et faciliter l'accès aux services de santé reproductive, chacun d'eux restant maître de ses décisions.

Les soins de santé reproductive recouvrent un vaste ensemble de services. Ceux-ci sont définis dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire (Égypte) en septembre 1994 : conseils, information, éducation, communication et services de planification familiale; consultations pré et postnatales, accouchements en toute sécurité et soins prodigués à la mère et à l'enfant; prévention et traitement approprié de la stérilité; prévention de l'avortement et prise en charge de ses conséquences; traitement des infections génitales, maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA; le cancer du sein et les cancers génitaux, ainsi que tout autre trouble de santé reproductive; et dissuasion active de pratiques dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines.

Pour fournir des services de santé reproductive complets et de qualité, il faut adopter une approche intégrée multisectorielle. Les personnels chargés de la protection, de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de la protection sociale ont tous un rôle à jouer dans la planification et la mise en œuvre des services de santé reproductive.

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

Ce *Manuel interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés* est le résultat d'une collaboration fructueuse et coordonnée entre des agences des Nations Unies, des organisations gouvernementales et non gouvernementales et des réfugiés eux-mêmes. Les informations qu'il contient reposent sur les normes et les recommandations techniques de l'Organisation Mondiale de la Santé. Une version provisoire, publiée en 1996, a fait l'objet de tests approfondis sur le terrain. Cette nouvelle version peut et doit être modulée aux exigences particulières de chaque situation de réfugiés au fur et à mesure que celle-ci se développe et évolue.

Nous sommes satisfaits des progrès réalisés par les réponses apportées aux besoins en matière de santé reproductive des réfugiés et des personnes en situation de réfugiés, mais nous savons également qu'il est trop tôt pour relâcher nos efforts. Nous espérons que ce manuel permettra d'améliorer la santé et le bien-être des réfugiés et de fournir des réponses plus ciblées et adaptées aux problèmes rencontrés sur le terrain.



Dr. Gro Harlem Brundtland
Directeur général
de l'OMS



Dr. Nafis Sadik
Directeur exécutif
du FNUAP



Sadako Ogata
Haut Commissaire
des Nations Unies pour les réfugiés

Lors du colloque interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés qui s'est tenu à Genève en juin 1995, plus de 50 agences des Nations Unies et Organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) se sont engagées à améliorer les services de santé reproductive des réfugiés. À la suite de ce colloque, un *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés* a été élaboré, distribué et testé sur le terrain dans différentes régions du monde.

Cette révision (1999) du manuel est le résultat de deux années de tests approfondis et d'utilisation sur le terrain sous la direction du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive des réfugiés. Plus de 100 professionnels représentant 50 institutions travaillant avec les réfugiés dans 17 pays ont utilisé le manuel dans le cadre de leurs programmes et ont fourni des observations et suggestions en vue d'en améliorer le contenu.

Ce manuel facilite la mise en place de services de santé reproductive de qualité. Les normes techniques qu'il contient sont celles fixées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans plusieurs domaines importants, le manuel fournit des indications pratiques en renvoyant souvent à d'autres documents qu'il serait souhaitable d'obtenir et d'utiliser pour offrir aux réfugiés des services complets et de qualité en matière de santé reproductive.

Ce manuel est destiné en priorité aux personnes qui gèrent sur le terrain les services de santé destinés aux réfugiés. Les responsables des services communautaires et de sécurité ainsi que tous ceux qui répondent aux besoins des réfugiés devraient également bénéficier des conseils prodigués par ce manuel.

Le manuel se fixe les objectifs suivants :

- Servir d'outil facilitant la discussion et la prise de décisions permettant la planification, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des activités de santé reproductive ;
- Conseiller le personnel de terrain sur la façon de lancer et/ou d'améliorer les activités de santé reproductive destinées aux réfugiés, en fonction des besoins et des demandes de ces derniers, dans le respect total de leurs croyances et de leurs valeurs ;
- Recommander une approche multi-sectorielle permettant de répondre aux besoins de santé reproductive des réfugiés et favoriser la coordination entre tous les partenaires.

Le premier chapitre annonce les chapitres suivants qui développent les différents aspects techniques de la santé reproductive et énonce les principes directeurs à respecter lors de la mise en place des services de santé reproductive. Il doit être lu avec attention.

Les composantes de la santé reproductive décrites dans le manuel sont :

- Le dispositif minimum d'urgence
- La maternité sans risque
- La violence sexuelle et sexiste
- Les maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris le VIH/SIDA
- La planification familiale
- Les autres questions de santé reproductive
- La santé reproductive des jeunes

REMERCIEMENTS

Les agences, institutions et organisations suivantes ont contribué à l'élaboration du présent manuel. Elles estiment qu'il facilitera l'implantation et la qualité des services de santé reproductive destinés aux réfugiés.

Nous tenons à remercier vivement les membres des Nations Unies, des organisations gouvernementales et non gouvernementales appartenant au groupe de travail sur la santé reproductive des réfugiés pour leurs observations sur le présent manuel.



Action contre la faim
African Medical and Research Foundation
Agency for International Development (États-Unis)
American Refugee Committee
CARE
Center for Population and Family Health –
Columbia University's Mailman School of Public Health
Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
Centre for Research on the Epidemiology of Disasters
Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos
Département d'État (États-Unis)
Department of Health and Human Services (États-Unis)
Family Health International
Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
Fédération internationale pour la planification familiale
Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
International Centre for Migration and Health
International Organization for Migration
International Rescue Committee
IPAS
JSI Research and Training Institute
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Marie Stopes International
Médecins du monde
Médecins sans frontières
MERLIN (Medical Emergency Relief International)
Organisation Mondiale de la Santé
Population Council
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
Save the Children (Royaume-Uni)
Women's Commission for Refugee Women and Children
World Association of Girl Guides and Girl Scouts

Chapitres

| | |
|--|----|
| Principes fondamentaux | 1 |
| Dispositif minimum d'urgence (DMU) | 11 |
| Maternité sans risque | 19 |
| Violence sexuelle et sexiste | 35 |
| Les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA | 47 |
| Planification familiale | 67 |
| Autres questions de santé reproductive | 81 |
| La santé reproductive des jeunes | 93 |
| Suivi et évaluation | 99 |

Appendices

| | |
|--|-----|
| Les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) | 123 |
| Considérations juridiques | 132 |
| Glossaire | 136 |
| Liste des adresses utiles | 139 |



Chaque organisation concernée mettra en œuvre les activités décrites dans le présent manuel de terrain conformément à son mandat spécifique.

Les services de santé reproductive doivent être disponibles en toutes situations et être basés sur les besoins et les demandes des réfugiés, en particulier des femmes, en respectant les différences religieuses, éthiques et culturelles des réfugiés et les droits fondamentaux universellement reconnus de la personne humaine.

Le principe énoncé ci-dessus est la pierre angulaire de ce manuel et devrait servir de base à toutes les activités de santé reproductive.

Notes :

- ✓ Le présent manuel est destiné aux personnels travaillant en situations de réfugiés. Il peut également être utile dans des situations similaires telles qu'en présence de personnes déplacées ou rapatriées.
- ✓ Le terme « réfugié » est utilisé ici pour décrire les personnes bénéficiant de soins de santé reproductive, quel que soit leur statut juridique.
- ✓ Le HCR définit une situation d'urgence comme « toute situation risquant de mettre en péril la vie ou le bien-être de réfugiés si aucune mesure immédiate et appropriée exigeant des solutions originales et des interventions exceptionnelles n'est prise ».

1

CHAPITRE PREMIER

Principes fondamentaux

Sommaire :

- Définition de la santé reproductive
- Mise en œuvre en temps voulu des activités de santé reproductive
- Complexité des interventions
- Principes d'intervention
- Participation de la collectivité
 - ▶ Qualité des soins
 - ▶ Intégration des services
 - ▶ Information, éducation et communication (IEC)
 - ▶ Sensibilisation à la santé reproductive
 - ▶ Coordination des organismes de secours
- Estimation des besoins
- Structure du manuel de terrain

Principes fondamentaux

Définition de la santé reproductive

On entend par santé reproductive le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine concernant l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que toute autre méthode de régulation des naissances non contraire à la loi. Ces méthodes doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, et favoriser ainsi l'accès des hommes et des femmes à des services de santé qui permettent à ces dernières de mener à bien leur grossesse et leur accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

(Conférence internationale sur la population et le développement – Le Caire 1994, Programme d'action, paragraphe 7.2)

Mise en œuvre en temps voulu des activités de santé reproductive

Dans toute situation d'urgence, la priorité consiste à prodiguer aux réfugiés de la nourriture, de l'eau potable, un toit, des services d'assainissement et des soins de santé primaires. Ces mesures aident à combattre les principales causes de mortalité dans ce type de situation : malnutrition, maladies diarrhéiques, rougeole, infections respiratoires aiguës et paludisme (là où il est prévalent). Toutefois, les soins de santé reproductive sont également indispensables au bien-être physique, mental et social de tout individu. Dans le cadre des soins de santé primaires, la santé reproductive est nécessaire pour lutter contre :

- les complications de la grossesse et de l'accouchement, qui figurent parmi les principales causes de décès chez les femmes réfugiées en âge de procréer ;
- la malnutrition et les épidémies, qui amoindrissent encore les réserves physiologiques des femmes enceintes ou allaitantes, compromettant ainsi leur santé et celle de leur enfant ;
- l'absence d'ordre public, fréquente dans les situations d'urgence et qui, associée à la perte de pouvoir et de statut des hommes,

Quelques données générales sur la santé reproductive

- ✓ 585 000 femmes meurent chaque année – une chaque minute – de causes liées à la grossesse. 99 % de ces décès surviennent dans des pays en développement.
- ✓ Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans courent deux fois plus de risques de décéder en couches que les femmes âgées de plus de 20 ans. Celles âgées de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques de décéder en couches.
- ✓ Plus de 330 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles (MST) apparaissent chaque année, touchant 1 adolescent sur 20.
- ✓ En l'an 2000, le nombre d'individus infectés par le VIH pourrait atteindre 40 millions.
- ✓ 120 millions de femmes déclarent ne pas vouloir d'une grossesse mais n'utilisent aucune méthode de planification familiale.
- ✓ 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année – 55 000 chaque jour – dans de mauvaises conditions d'hygiène, entraînant quelque 80 000 décès et des centaines de milliers de complications.

(Source : OMS, Journée mondiale de la santé, *Maternité sans risque*, 1998).

se traduit par un risque accru de violence sexuelle. La violence à l'encontre des femmes réfugiées, le viol, les sévices sexuels, la prostitution forcée, voire les violences physiques pendant la grossesse se sont révélés bien plus fréquents qu'on ne le pensait.

Les femmes sont sans aucun doute plus concernées que les hommes par les problèmes de santé reproductive. Chez les femmes réfugiées, ce problème est aggravé par la précarité de leur situation.

Complexité des interventions

Les activités de santé reproductive doivent non seulement être mises en œuvre au moment adéquat, mais doivent aussi correspondre aux besoins et être conformes aux législations nationales et aux priorités de développement. Les programmes de santé reproductive touchent des aspects très personnels de la vie; ils doivent donc être particulièrement sensibles aux valeurs religieuses, éthiques et culturelles des réfugiés.

Il n'est pas toujours possible pour telle ou telle organisation de mettre en place la gamme complète des services de santé reproductive. Pour y parvenir, il peut s'avérer nécessaire d'organiser la coopération et la coordination entre les partenaires.

La complexité de la santé reproductive a été évoquée lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995). Dans l'énumération ci-dessous figurent quelques-unes des raisons expliquant pourquoi de nombreuses personnes de par le monde ne peuvent jouir de services de santé reproductive :

« manque d'éducation sexuelle ; insuffisance qualitative ou quantitative des services cliniques et de conseil ; comportements sexuels à risque ; pratiques sociales discriminatoires ; préjugés contre les femmes et les filles ; limitation du droit des femmes de prendre librement leurs décisions en matière de sexualité et de fécondité. »

Programme d'action, paragraphe 7.3, Beijing, 1995.

Et en conclusion :

« Les adolescents sont particulièrement vulnérables. »

Les réfugiés rencontrent encore plus de difficultés pour obtenir des services de santé reproductive. Ces difficultés sont notamment les suivantes :

- en raison de la disparition des réseaux préexistants de soutien familial, les jeunes perdent leurs sources traditionnelles d'information, d'assistance et de protection ;
- la perte de revenus limite les choix éclairés des réfugiés ;
- les femmes peuvent soudainement devenir les seules responsables du bien-être familial. Assumer le rôle de gagne-pain représente souvent une charge émotionnelle et physique importante qui n'est pas suffisamment compensée par des services appropriés ;
- souvent, l'attention se porte exclusivement sur les mesures immédiates de survie ; les soins de santé reproductive ne sont pas considérés comme une priorité. (D'où l'élaboration du présent manuel et les recommandations pour l'implantation du dispositif minimum d'urgence (DMU) comme décrits au chapitre 2.)

Principes d'intervention

Pour réussir, un programme de santé reproductive nécessite du personnel qualifié et bien préparé, des ressources financières adéquates et les conditions suivantes :

- participation de la collectivité ;
- qualité des soins ;
- intégration des services ;
- inclusion d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) ;
- sensibilisation à la santé reproductive ;
- coordination des organismes de secours.

Ces principes s'appliquent à tous les aspects de l'assistance en matière de santé reproductive et à tous les chapitres de ce manuel.

Participation de la collectivité

La participation de la collectivité est indispensable à tous les stades pour garantir des projets de santé reproductive qui soient acceptables, appropriés et viables. Cette participation est nécessaire pour encourager les réfugiés, en particulier les femmes, à prendre davantage en main leur destinée et les services qui leur sont proposés.

Dans une situation d'urgence, les réfugiés sont extrêmement vulnérables. Il est parfois plus facile de reléguer au second plan leurs besoins particuliers en santé reproductive lorsqu'il faut implanter des services d'urgence. Leur participation est indispensable si l'on veut éviter cette situation et s'assurer que les services sont adaptés aux usagers et non l'inverse. Dans chaque situation, il faut identifier les groupes et les vecteurs par lesquels on pourra encourager une participation active des réfugiés. Cependant, il faut également avoir à l'esprit que parmi les réfugiés, leurs dirigeants ne sont parfois pas les mieux placés ou les mieux à même de fournir les renseignements et l'appui nécessaires pour adapter correctement les services de santé reproductive à la population concernée. La meilleure façon d'obtenir une participation active consiste à passer par la cellule familiale.

Ce n'est qu'en tenant compte des références culturelles, économiques, éthiques, juridiques, linguistiques et religieuses des réfugiés et de la population du pays hôte que l'on pourra proposer des services appropriés aux réfugiés. En participant activement, les réfugiés développent un sentiment « d'appropriation » des programmes, condition indispensable à leur viabilité.

La participation de la collectivité permettra de rassembler des informations indispensables servant à planifier les services et notamment à :

- déterminer le type et les besoins de formation des professionnels de santé ;
- sélectionner des sites appropriés pour éviter de discriminer les usagers ;
- apprécier le niveau de protection de la vie privée et de confidentialité exigé par les coutumes, les cultures ou les convictions ;
- décider s'il faut faire appel en priorité à du personnel féminin ;
- prendre en compte les usages en matière d'accouchement.

Ne pas obtenir ces informations peut avoir un impact négatif sur l'utilisation des services, par exemple si les membres de la famille ne sont pas autorisés à assister à l'accouchement alors qu'ils ont un rôle important à jouer dans ce type d'événement.

Il importe d'associer tant les hommes que les femmes aux différentes composantes du programme de santé reproductive afin de promouvoir un comportement responsable et attentionné profitable à tous. Bien que les hommes soient souvent mal informés sur les questions liées à la santé reproductive, ce sont souvent eux qui prennent les décisions. Les agents de santé doivent comprendre comment les rôles sont répartis et comment les décisions sont prises au sein de la famille pour pouvoir proposer des services efficaces dans l'intérêt de tous ses membres.

Qualité des soins

Pour proposer des services de santé reproductive de qualité, les organisations, les programmes et les professionnels de la santé doivent :

- utiliser des technologies appropriées et disposer de personnel qualifié ;
- respecter le droit des réfugiés à un consentement éclairé en leur fournissant des informations et des conseils appropriés ;
- garantir l'accès aux services, la protection de la vie privée, la confidentialité et la continuité des soins.

Ces aspects de la qualité des soins constituent également des principes d'éthique médicale applicables à la protection des droits de l'individu.

Technologies appropriées et qualifications

Les technologies appropriées retenues doivent se conformer aux normes internationales. Les professionnels de santé doivent être suffisamment formés, équipés et supervisés. Ils doivent disposer d'un matériel adéquat, propre et, si besoin, stérile. Toutes les procédures chirurgicales ou exploratrices doivent s'accompagner d'une prévention des infections, d'une utilisation adaptée des médicaments, etc. Toutes les interventions doivent s'effectuer dans de bonnes conditions d'hygiène, ce qui exige de chaque établissement de santé de disposer d'un personnel suffisant, compétent, d'équipements en bon état de marche, de médicaments en nombre suffisant et d'un système logistique efficace.

Accès

Les services de soins primaires doivent être situés à une distance accessible de tous les patients. Ces services doivent être complétés par un système de référence, y compris de transport adéquat vers des établissements plus spécialisés. L'accès des patients aux services ne doit dépendre ni de leur milieu social ou culturel, ni de leur âge, de leur situation matrimoniale, du nombre d'enfants ou du sexe de leurs enfants, de leur orientation sexuelle, ni encore du consentement du partenaire ou de leurs parents. Les patients ne doivent pas être contraints d'accepter tel ou tel service pour avoir accès à un autre.

Consentement éclairé

Avant le début de toute procédure ou examen, un patient a le droit de connaître ses avantages et ses complications, les risques encourus, la durée du traitement et son coût. Ces informations doivent être présentées au patient dans une langue qu'il comprend.

L'expression « consentement éclairé » signifie non seulement que le patient dispose de plusieurs choix, mais également qu'il peut choisir en toute connaissance de cause parmi plusieurs solutions. Pour pouvoir prendre une telle déci-

sion, le patient doit connaître son état de santé et avoir la possibilité de poser des questions et de recevoir des réponses de la part d'un professionnel de santé compétent.

Protection de la vie privée

La protection tant visuelle qu'auditive de la vie privée des patients doit être assurée pendant toute la durée des soins – depuis l'accueil jusqu'au diagnostic en passant par les consultations, les examens de laboratoire et les traitements. Les tables d'examen doivent toujours être éloignées des portes et des fenêtres de façon qu'une femme ne puisse être vue lors d'un examen clinique, notamment gynécologique. Les fenêtres doivent être opacifiées ou translucides et les salles d'examen séparées par des cloisons. Les personnes présentes dans le centre de santé ne doivent pas pouvoir entendre les conversations entre le patient et le professionnel de santé.

Confidentialité

Toutes les informations relatives au patient, à ses antécédents, à son traitement, à sa maladie, à sa situation et à son pronostic ne sont discutées qu'entre le patient, le clinicien et son superviseur. Aucun membre du personnel ne doit partager des informations sur un patient avec des personnes ne participant pas directement aux soins sans la permission de celui-ci. Les dossiers médicaux doivent être entreposés dans un local ou un meuble fermé à clé, et auxquels seuls les cliniciens et leurs supérieurs hiérarchiques ont accès. Ces dossiers ne doivent jamais quitter l'établissement excepté lors de l'orientation du patient vers un autre établissement.

Respect

Tous les personnels de santé doivent s'adresser poliment aux patients et leur prodiguer des soins avec bienveillance et sans porter de jugements. Les patients ont le droit de poser des questions et d'espérer des réponses rapides, complètes et compréhensibles. Les patients doivent savoir comment reconnaître et prendre en charge les complications courantes de leur maladie, les signes et symptômes indiquant la nécessité de soins supplémentaires, ainsi que le moment et la façon de les obtenir.

Intégration des services

Il importe d'opérer une distinction entre différents aspects de l'intégration. Les services de santé reproductive doivent être intégrés aux soins de santé primaires. L'intégration peut s'envisager sous forme de services communs et/ou de personnels polyvalents.

La possibilité d'intégrer les services proposés en un lieu unique dépendra des compétences et des ressources disponibles. Il n'est pas raisonnable d'attendre d'un agent de santé communautaire une compétence tous azimuts. Un centre de santé disposera de ressources plus importantes et de personnels plus qualifiés, de sorte qu'une intégration en un lieu unique devient possible. Les institutions de référence doivent pouvoir assurer des services répondant à tous les besoins.

La réussite d'une intégration dépend de la qualité de la communication entre les différents personnels de différents niveaux dans l'ensemble du service. Tous les personnels doivent parfaitement comprendre comment le système fonctionne, quels services sont proposés à chaque niveau et comment les personnes qui souhaitent utiliser ces services peuvent le faire. Le personnel d'un niveau donné doit pouvoir fournir des renseignements sur tous les autres niveaux. La communication doit également permettre, lorsqu'un patient est référé d'un niveau à un autre, de fournir des informations satisfaisantes le concernant à tous les niveaux. L'information doit circuler dans les deux sens et doit porter aussi bien sur les motifs de référence que sur les conséquences éventuelles des mesures prises.

Une bonne communication entre les différents niveaux de services est nécessaire si l'on veut traiter de façon satisfaisante les questions liées à l'appui, à la supervision et à la formation, trois fonctions indispensables à la qualité des soins. Il pourra être nécessaire de proposer au personnel une formation spécifique pour faire en sorte que les services soient prodigués à chaque niveau par des personnels qualifiés.

Les services de santé reproductive ne doivent en aucun cas être considérés comme des services facultatifs ou spéciaux. Ils doivent

s'intégrer en temps utile aux services de soins primaires et communautaires. Même lorsque la mise en œuvre de services de santé reproductive nécessite des dispositions particulières ou des ressources complémentaires, cela ne peut justifier leur report ou leur absence.

Information, éducation et communication (IEC)

La santé reproductive passe par la connaissance et par la compréhension de la sexualité humaine et par une information appropriée, suffisante et accessible.

Il importe d'élever le niveau des connaissances sur la reproduction et la sexualité. Les femmes, les hommes et les adolescents doivent comprendre comment leur corps fonctionne et comment ils peuvent maintenir une bonne santé reproductive. Des connaissances scientifiquement reconnues devraient être partagées pour faciliter un choix libre et éclairé et pour combattre l'ignorance et les pratiques nocives.

Des activités d'information, d'éducation et de communication sont indispensables pour partager ces connaissances. Elles vont des conversations personnelles entre les professionnels de santé et les réfugiés aux campagnes officielles très élaborées.

Il existe également des stratégies très efficaces d'information, d'éducation et de communication qui favorisent la participation de la collectivité et l'engagement individuel en faveur d'un changement des comportements.

Les principes fondamentaux de l'information, de l'éducation et de la communication sont exposés à l'appendice 1.

Sensibilisation à la santé reproductive

La promotion active de la santé reproductive devrait faire partie systématiquement de tous les programmes d'assistance aux réfugiés. On observe que les agents de santé communautaire et autres professionnels de santé ont une méconnaissance

profonde des problèmes de protection et de promotion de la santé reproductive. Ce manque de connaissance peut réellement faire obstacle à l'amélioration de la santé reproductive et à la promotion d'un comportement responsable dans ce domaine.

Cependant, les possibilités de mettre en avant les questions liées à la santé reproductive peuvent être limitées. Toute activité de sensibilisation doit prendre en compte la culture, les valeurs et les systèmes de croyances de la population locale. Toute activité ignorant ou ne respectant pas ces valeurs peut produire un effet contraire à celui recherché et susciter un rejet, voire des réactions hostiles, de la part des réfugiés.

Coordination des organismes de secours

La coordination est nécessaire entre :

- les secteurs (santé, services communautaires, protection) ;
- les agents d'exécution (gouvernement, ONG, agences des Nations Unies) ;
- les différents professionnels de santé (médecins, sages-femmes, accoucheuses traditionnelles, aides-soignants).

Pour faciliter cette coordination, il est recommandé de nommer, dans chaque situation, une personne chargée de coordonner les services de santé reproductive. Cette personne assurera l'organisation et la supervision générale des activités de santé reproductive, ainsi que leur intégration dans les autres services de santé.

La question de la violence sexuelle offre une excellente opportunité d'illustrer la nécessité de coordonner les secteurs. Pour pouvoir s'attaquer aux causes et aux conséquences de la violence, les professionnels de santé doivent collaborer étroitement avec le personnel de sécurité et celui des services communautaires. De cette façon, le personnel peut élaborer des procédures détaillées sur les soins appropriés à apporter aux victimes et développer des stratégies permettant de prévenir la violence sexuelle.

Pour pouvoir coordonner leurs activités, les agences/organisations d'exécution, bien qu'elles aient chacune des compétences propres et des personnels qualifiés variés, doivent toutes adopter une démarche et des indicateurs communs. Même si une agence/organisation ne peut offrir la palette complète des services de santé reproductive, la coordination avec les autres permet de proposer, en fin de compte, des services complets et complémentaires. L'absence de coordination des activités se traduit par une répartition inadéquate de ressources et par une réduction de l'impact du projet.

Estimation des besoins

Les services de santé reproductive doivent se développer en tenant compte des besoins et des demandes exprimés par les réfugiés. Une estimation des besoins en santé reproductive doit être réalisée lorsque la situation d'urgence s'est stabilisée. Le présent manuel ne contient pas d'orientations précises sur la réalisation de l'estimation des besoins mais renvoie les lecteurs à un ensemble d'instruments créés à cet effet par le Consortium pour la santé reproductive des réfugiés (RHR Consortium). (Voir Bibliographie.)

En vue d'estimer les besoins des réfugiés en santé reproductive, ce Consortium a conçu les instruments suivants :

- questions aux dirigeants des réfugiés ;
- questions lors des discussions de groupe ;
- enquête (informatisée) ;
- enquête (manuelle) ;
- questionnaire et liste de contrôle pour les établissements de santé.

Ces instruments aident le personnel humanitaire à rassembler des informations lui permettant d'apprécier les attitudes vis-à-vis des pratiques de santé reproductive, les pratiques et politiques médicales locales, le volume des services nécessaires à implanter et le niveau des services existants pour répondre aux besoins.

Les instruments, qui doivent être adaptés à chaque situation, sont conçus pour des personnels ayant une expérience de gestion sur le terrain et/ou de la santé reproductive, capables de concevoir de nouveaux projets de santé reproductive, de passer en revue les moyens existants et de superviser les services. Les réfugiés doivent être associés d'emblée à l'estimation de leurs besoins. Ils doivent participer aux activités suivantes :

- conceptualisation du schéma d'estimation des besoins ;
- sélection du site destiné à cette estimation ;
- traduction/interprétation des instruments ;
- conduite d'entretiens avec des réfugiés ;
- analyse et interprétation des données ;
- retour d'informations à la collectivité ;
- conception ou adaptation du programme de santé reproductive en fonction des résultats de l'estimation des besoins.

Structure du manuel de terrain

Les principes énoncés dans cette introduction s'appliquent à tous les autres chapitres du manuel.

Toutes les composantes de services de santé reproductive ne conviennent pas aux phases initiales d'une situation de crise. Le manuel est destiné à aider le personnel de terrain à mettre en œuvre ces services progressivement, en partant d'activités minimales pour aller vers des services complets à mesure que la situation se stabilise.

Compte tenu de la phase d'urgence où il convient de résoudre certains problèmes de santé reproductive, le chapitre 2 du manuel décrit en détail « le dispositif minimum d'urgence » (DMU). Il s'agit d'une série d'activités de base de santé reproductive à mettre en œuvre dès le début de la situation d'urgence. Les activités proposées par le DMU doivent être mises en œuvre parallèlement aux autres interventions habituelles de la phase initiale d'une nouvelle situation de crise ou d'urgence.

Un ensemble plus complet d'interventions de santé reproductive doit ensuite être proposé à mesure que la situation se stabilise. Ces interventions doivent s'intégrer aux services de soins de santé primaires.

Les autres chapitres du présent manuel ont pour objectifs principaux :

CHAPITRE PREMIER

CHAPITRE 2 *Dispositif minimum d'urgence (DMU)*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Mettre en route des activités minimum de santé reproductive dès que possible dans une phase initiale d'urgence

CHAPITRE 3 *Maternité sans risque*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et péri/néonatales excessives

CHAPITRE 4 *Violence sexuelle et sexiste*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle en particulier envers les femmes

CHAPITRE 5 *Les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Prévenir et traiter les MST, freiner la transmission de l'infection à VIH et aider au traitement des personnes contaminées

CHAPITRE 6 *Planification familiale*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Permettre aux réfugiés de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances

CHAPITRE 7 *Autres questions de santé reproductive*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Prévenir la morbidité et la mortalité maternelles excessives dues aux complications d'avortements spontanés ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, et promouvoir l'élimination des mutilations sexuelles féminines

CHAPITRE 8 *La santé reproductive des jeunes*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Promouvoir et favoriser la santé reproductive des jeunes

CHAPITRE 9 *Suivi et évaluation*
OBJECTIF GÉNÉRAL: Fixer des objectifs, mesurer les progrès et baser la programmation sur des éléments concrets

| | |
|--------------------------|--|
| APPENDICE 1 | <i>Information, éducation et communication</i> |
| OBJECTIF GÉNÉRAL: | Promouvoir la santé reproductive des réfugiés sur la base de leurs besoins et demandes |
| APPENDICE 2 | <i>Considérations juridiques</i> |
| OBJECTIF GÉNÉRAL: | Donner des informations sur les droits en santé reproductive |
| APPENDICE 3 | <i>Glossaire</i> |
| OBJECTIF GÉNÉRAL: | Définir les termes importants |
| APPENDICE 4 | <i>Liste des adresses utiles</i> |
| OBJECTIF GÉNÉRAL: | Fournir au lecteur une liste de documents de références complémentaires |

Chaque chapitre du manuel commence par l'énoncé d'un objectif général et donne des orientations détaillées sur le contenu du chapitre. Ces orientations doivent être adaptées à chaque situation de réfugiés en étroite collaboration avec les autorités du pays hôte. Une liste de contrôle destinée à mettre en place le volet de la santé reproductive traité dans le chapitre est présentée à la fin du chapitre correspondant. Cette liste peut également être utilisée à des fins de surveillance et de suivi. Des références complémentaires sont proposées également à la fin de chaque chapitre.

Certaines questions de santé reproductive ne sont pas abordées dans le présent manuel, soit parce qu'elles revêtent une importance relativement mineure sur le plan de la santé publique, soit parce qu'on peut les traiter comme dans les situations normales et que des informations les concernant abondent par ailleurs. C'est le cas de la plupart des besoins des femmes ménopausées, des interruptions volontaires de grossesse (IVG), des cancers génitaux et de la stérilité.

Bibliographie

« Déclaration et programme d'action », Quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995.

« Medical Ethics and Human Rights: Guiding Principles », Commonwealth Medical Association, Londres, 1997.

« Programme d'action », Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994.

« Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools », RHR Consortium, New York, 1997.

« Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities », Women's Commission for Refugee Women and Children, New York, 1994.

« Reproductive Health Services During Conflict and Displacement: Guidelines for the Design and Management of Reproductive Health Programmes » (en préparation), OMS, Genève, 1998.

Reproductive Health One and Five Day Training Packages, RHR Consortium, New York, 1998.

Ce chapitre décrit l'ensemble des mesures indispensables pour répondre aux besoins des populations réfugiées en santé reproductive, lors de la phase initiale d'une situation de crise (qu'il s'agisse ou non d'une situation d'urgence). Le dispositif minimum d'urgence (DMU) peut être mis en œuvre sans procéder à une estimation des besoins puisque les faits avérés justifient déjà son utilisation. Le DMU ne se compose pas uniquement de kits d'équipements et de fournitures ; c'est un ensemble d'activités qui doivent être mises en œuvre de façon coordonnée par du personnel qualifié.

Note :

- ✓ Pour implanter correctement le DMU, le lecteur doit se reporter aux chapitres correspondants du manuel.

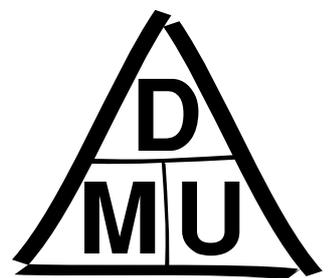
2

CHAPITRE DEUX

Dispositif minimum d'urgence (DMU)

Sommaire :

- Objectifs du DMU
- Contenu du DMU
 - Identifier une ou plusieurs organisations et/ou une ou plusieurs personnes qualifiées pour la mise en œuvre et la coordination du DMU
 - Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle
 - Réduire la transmission du VIH
 - Prévenir la surmorbidity et la surmortalité néonatales et maternelles
 - Programmer, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins de santé primaires
- Résumé des termes de référence d'un coordonnateur en santé reproductive
- Ressources matérielles
 - Le nouveau kit sanitaire d'urgence 98 (NEHK-98)
 - Le kit de santé reproductive
- Suivi et surveillance



Dispositif minimum d'urgence (DMU)

Les principaux fléaux frappant les populations de réfugiés sont bien connus: diarrhée, rougeole, infections respiratoires aiguës, malnutrition et paludisme (pour les régions où il est endémique). Ces fléaux doivent être pris en compte en priorité. Cependant, certains aspects de la santé reproductive doivent être pris en compte lors de cette phase initiale si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité, en particulier celle des femmes.

Rappelons que le DMU correspond à des prestations minimales. Les services complets proposés dans les autres chapitres du manuel seront implantés dès que la situation le permettra.

Objectifs du DMU

- **IDENTIFIER** une ou plusieurs organisations et/ou une ou plusieurs personnes qualifiées qui permettront la mise en œuvre et la coordination du DMU ;
- **PRÉVENIR** et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle ;
- **RÉDUIRE** la transmission du VIH :
 - ▶ en respectant les précautions universelles de protection contre le VIH/SIDA,
 - ▶ en garantissant la mise à disposition de préservatifs gratuits ;
- **PRÉVENIR** la surmortalité et la surmortalité néonatales et maternelles :
 - ▶ en fournissant des kits d'accouchement individuels aux mères et aux accoucheuses pour permettre l'accouchement à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène,
 - ▶ en fournissant des kits d'accouchement de sages-femmes (type UNICEF ou équivalent) permettant d'accoucher dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité en centre de santé,
 - ▶ en mettant en place un système de référence des urgences obstétricales ;
- **PROGRAMMER**, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins de santé primaires.

Contenu du DMU

Identifier une ou plusieurs organisations et/ou une ou plusieurs personnes qualifiées pour la mise en œuvre et la coordination du DMU

Une personne qualifiée et expérimentée devra être identifiée afin de coordonner les activités de santé reproductive dès le début de l'intervention d'urgence. L'agence de coordination sera chargée de désigner cette personne qui travaillera sous la supervision du coordonnateur général de santé.

Des points focaux en santé reproductive devront être désignés dans chaque camp et au sein de chaque agence d'exécution. Des professionnels expérimentés en santé reproductive devront être à ces postes pour une durée d'au moins six mois, car c'est le temps minimum pour implanter des services complets de santé reproductive.

Toutes les agences sur le terrain devront, conformément à leur mandat et dans le cadre de leurs activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence, former et sensibiliser leur personnel aux questions de santé reproductive et de sexualité (*voir les termes de référence du coordonnateur en santé reproductive à la fin du chapitre*).

Prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle

La violence sexuelle est étroitement liée aux déplacements forcés de populations. Dans ce contexte, il est essentiel que tous les acteurs des interventions d'urgence soient conscients de ce problème et que des mesures préventives soient prises. Les *Directives du HCR sur la prévention et la prise en charge des violences sexuelles perpétrées à l'encontre des réfugiés* (1995) doivent être appliquées lors des interventions d'urgence. Des mesures d'aide aux réfugiés victimes de violences sexuelles, y compris de viols, doivent également être prises dès le début d'une situation d'urgence.

Les femmes ayant subi des violences sexuelles doivent être orientées vers les services de santé le plus tôt possible. Le personnel de sécurité doit également assurer une protection et une aide juridique à ces femmes victimes de violences sexuelles.

Actions essentielles à considérer lors d'une urgence afin de réduire les risques de violences sexuelles et de prendre en charge les victimes :

- implanter les camps, en accord avec les réfugiés, dans des lieux permettant d'assurer leur sécurité physique ;
- s'assurer de la présence de femmes parmi les agents de sécurité, de santé et les interprètes ;
- inscrire la violence sexuelle à l'ordre du jour des réunions de coordination sanitaire ;
- informer les réfugiés de l'existence de services pour les victimes de violences sexuelles ;
- offrir une assistance médicale aux victimes de violences sexuelles, incluant au besoin une contraception d'urgence ;
- identifier les personnes ou les groupes particulièrement exposés aux risques de violences sexuelles (femmes célibataires chefs de famille, mineurs non accompagnés, etc.) et répondre à leurs besoins de protection et d'assistance.

Pour toute information complémentaire sur la prévention et la prise en charge des victimes de violence sexuelle, se reporter au chapitre 4.

Réduire la transmission du VIH

Respecter les précautions universelles de protection contre le VIH/SIDA

Les précautions universelles contre la propagation du SIDA dans les services de santé doivent faire partie de l'ordre du jour de la première réunion des coordonnateurs de santé. Sous la pression de l'urgence, le personnel de santé peut être tenté de ne pas respecter les précautions universelles lors des actes médicaux et des soins.

Une telle attitude peut mettre en danger la santé des malades et la leur. Le respect des précautions universelles est fondamental (pour plus de détails, se reporter au chapitre 5).

Garantir la mise à disposition de préservatifs gratuits

La mise à disposition de préservatifs doit être assurée dès le début. Des stocks suffisants doivent être commandés immédiatement (pour le calcul des stocks de préservatifs, se reporter à l'annexe 3 du chapitre 5, Prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles).

Outre la fourniture de préservatifs à la demande, le personnel de terrain doit s'assurer que les réfugiés savent que des préservatifs sont disponibles et où ils peuvent se les procurer. Des préservatifs doivent être mis à disposition dans les centres de santé, en particulier dans ceux traitant les MST. Il convient de prévoir d'autres points de distribution permettant de se les procurer en toute discrétion.

Prévenir la surmorbidity et la surmortalité néonatales et maternelles

Fournir des kits d'accouchement individuels aux mères et aux accoucheuses traditionnelles pour permettre l'accouchement à domicile

dans de bonnes conditions d'hygiène

Parmi les réfugiées, se trouvent des femmes arrivant au terme de leur grossesse et qui, par conséquent, vont accoucher durant la phase initiale. Des kits (FNUAP) d'accouchement individuel doivent leur être remis. Il s'agit de kits très simples utilisables par les femmes elles-mêmes ou par des accoucheuses traditionnelles. Ils peuvent être assemblés sur place et comprennent un drap en plastique, deux morceaux de ficelle, une lame de rasoir propre et un pain de savon.

Une formule mathématique reposant sur le taux brut de natalité (TBN) permet de calculer le nombre de kits requis. Avec un TBN de 3 à 5 % par an, on peut compter sur 75 à 125 naissances sur une période de trois mois pour une population de 10 000 personnes. Cette donnée permet de calculer le nombre de kits à commander.

Fournir des kits d'accouchement pour sages-femmes (UNICEF ou équivalent) permettant l'accouchement en centre de santé dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité

Lors de la phase initiale d'une situation d'urgence, les accouchements se déroulent souvent hors de l'établissement de santé sans l'assistance de personnels de santé qualifiés. Environ 15 % de ces accouchements entraîneront des complications. Ces accouchements difficiles doivent être orientés vers le centre de santé. L'équipement supplémentaire du nouveau kit de santé d'urgence 98 contient tous les éléments nécessaires pour assurer un accouchement normal dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité. De nombreuses urgences obstétricales peuvent être prises en charge avec l'équipement, les fournitures et les médicaments contenus dans ce nouveau kit. Les complications obstétricales qui ne peuvent être prises en charge dans un centre de santé doivent être stabilisées avant tout transfert vers un hôpital de référence.

Mettre en place un système de référence des urgences obstétricales

Environ 3 à 7 % des accouchements nécessiteront une césarienne. D'autres urgences obstétricales peuvent aussi nécessiter un transfert vers un hôpital de référence capable de réaliser tous les soins obstétricaux d'urgence essentiels (se reporter aux chapitres 3 et 7 pour des informations complémentaires sur la grossesse et les complications de l'accouchement).

Dès que la situation le permet, un système d'orientation permettant de traiter les complications obstétricales 24 heures sur 24 doit être mis à la disposition de la population de réfugiés. Dans la mesure du possible, un centre de référence du pays hôte doit être retenu et recevoir l'appui nécessaire afin de répondre aux besoins des réfugiés. En cas d'impossibilité en raison de l'éloignement ou de l'incapacité du pays hôte à répondre à cette surcharge, un hôpital de référence spécifique devra être installé. Dans tous les cas, il sera nécessaire de coordonner les activités avec les autorités du pays hôte en respectant leurs politiques, procédures et pratiques. Les protocoles du pays hôte devront être appliqués, même si certains peuvent être négociés.

Il faudra également s'assurer de l'existence de moyens de transport adéquats, de personnel qualifié et d'équipements et fournitures nécessaires et suffisants pour faire face aux besoins supplémentaires.

Programmer dès que possible des services complets de santé reproductive intégrés aux soins de santé primaires

Il est essentiel de planifier l'intégration des activités de santé reproductive dans les soins de santé primaire dès la phase initiale, faute de quoi l'implantation de ces services serait retardée inutilement. Lors de la planification il est important d'inclure les activités suivantes :

- la collecte d'informations de base sur la mortalité maternelle, infantile et juvénile, sur les taux de prévalence de l'infection VIH/SIDA et de la contraception. Ces informations peuvent être obtenues, dans le pays d'origine des réfugiés ou auprès de l'OMS, du FNUAP, de la Banque Mondiale et d'enquêtes démographiques et de santé. La collecte de ces données peut aussi relever de la responsabilité directe du siège des agences d'exécution, qui peuvent y avoir accès directement ;
- l'identification de sites appropriés pour l'implantation des services de santé reproductive complets (décrits dans les autres chapitres). Il importe, à cet égard, de prendre en compte les facteurs suivants :
 - ▶ sécurité des lieux et sur le trajet entre le domicile et le centre de soins,
 - ▶ accessibilité à tous les utilisateurs potentiels,
 - ▶ confidentialité des consultations,
 - ▶ facilité d'accès à l'eau et aux installations sanitaires,
 - ▶ espace suffisant,
 - ▶ conditions d'asepsie.
- il convient d'apprécier la compétence du personnel devant prodiguer des services complets de santé reproductive et de prévoir des

programmes de formation/recyclage. Les équipements et les fournitures en santé reproductive permettant de développer les

services doivent être commandés. Ces mesures permettront d'intervenir efficacement dès que la situation sera stabilisée.

CHAPITRE DEUX

Résumé des termes de référence d'un coordonnateur en santé reproductive

Dans le cadre de la coordination générale de santé, le coordonnateur en santé reproductive doit :

- ✓ Assurer la coordination des services de santé reproductive et fournir une assistance technique en ce domaine aux réfugiés et aux organisations travaillant en santé reproductive ou dans d'autres secteurs.
- ✓ Se mettre en rapport avec les autorités nationales et régionales du pays hôte lors de la planification et de la mise en œuvre des activités de santé reproductive dans les camps de réfugiés et, au besoin, au sein de la population environnante.
- ✓ Se mettre en rapport avec les responsables des autres secteurs (sécurité, services communautaires et de gestion des camps, éducation, etc.) pour assurer une approche multisectorielle de la santé reproductive.
- ✓ Créer/adapter et introduire des stratégies standardisées de santé reproductive qui soient pleinement intégrées aux soins de santé primaire.
- ✓ Organiser et coordonner des séances de formation en santé reproductive destinées à différents publics tels que : professionnels de santé, agents de services communautaires, réfugiés, personnel de sécurité, etc.
- ✓ Introduire des protocoles standardisés dans certains domaines spécifiques tels que le diagnostic syndromique des MST, le transfert des urgences obstétricales, l'assistance médicale aux victimes de violences sexuelles, les services cliniques et de conseil en planification familiale, etc.
- ✓ Développer/adapter et introduire un schéma simple de collecte de données qui permettra le suivi des activités en santé reproductive durant la phase d'urgence. Ce schéma pourra devenir plus sophistiqué une fois le programme consolidé.
- ✓ Faire régulièrement état des progrès à l'équipe de coordination de la santé.

Ressources matérielles

Le nouveau kit sanitaire d'urgence 98 (NEHK-98)

Le contenu (voir ci-contre) du NEHK-98 permet de mettre en place le DMU pour 10 000 personnes sur trois mois.

Contenu du nouveau kit sanitaire d'urgence 98

- Matériel pour les précautions universelles de lutte contre les infections.
- Équipements, fournitures et médicaments pour les accouchements en centre de santé.
- Équipements, fournitures et médicaments pour certaines urgences obstétricales
- Équipements, fournitures et médicaments pour la prise en charge du suivi post-viol.

Un fascicule décrivant le contenu du NEHK-98 et les modalités de commande peut être fourni sur demande par l'OMS.



Le kit de santé reproductive

Un kit de santé reproductive pour les situations d'urgence a été développé par le FNUAP, en coopération avec des partenaires des Nations Unies et d'organismes non gouvernementaux. Ce kit spécifique complète le nouveau kit sanitaire d'urgence 98, plus général, et doit être commandé pour mettre en œuvre les activités du DMU et appuyer le système de référence obstétrical. Le kit de santé reproductive comprend 12 sous-kits, qui peuvent être commandés séparément. Le contenu des sous-kits 3 et 6 est déjà disponible dans le nouveau kit sanitaire d'urgence 98. Pour commander le kit et les sous-kits de santé reproductive auprès du FNUAP, il convient de contacter le représentant du FNUAP dans le pays d'accueil, le bureau des opérations d'urgence du FNUAP à Genève, ou encore le bureau des approvisionnements du FNUAP à New York.

Le kit de santé reproductive est destiné à être utilisé pendant la phase initiale aiguë d'une situation d'urgence. Une fois la situation stabilisée, l'approvisionnement en matériel et équipements de santé reproductive doit s'intégrer aux commandes de matériel et de médicaments des autres programmes de santé.

Un CD-ROM décrivant le contenu du kit de santé reproductive et les modalités de commande sont disponibles auprès du FNUAP (pour les adresses, voir appendice 4).



Composition du kit de santé reproductive du FNUAP

- **Bloc 1 :** Niveau communautaire ou dispensaire : les besoins sont calculés pour 10 000 personnes sur trois mois
 - Sous-kit 0 Formation et administration
 - Sous-kit 1 Préservatifs
 - Sous-kit 2 Kits d'accouchement individuels à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène
 - Sous-kit 3 Prise en charge du suivi post-viol
 - Sous-kit 4 Contraceptifs oraux et injectables
 - Sous-kit 5 Traitement des maladies sexuellement transmissibles
- **Bloc 2 :** Centre de santé : les besoins sont calculés pour 30 000 personnes sur trois mois
 - Sous-kit 6 Kits d'accouchement pour sages-femmes
 - Sous-kit 7 Dispositif intra-utérin
 - Sous-kit 8 Prise en charge des complications d'avortement
 - Sous-kit 9 Suture des déchirures du col et du vagin
 - Sous-kit 10 Ventouse d'accouchement
- **Bloc 3 :** Centre de référence obstétrico-chirurgicale : Les besoins sont calculés pour 150 000 personnes sur trois mois
 - Sous-kit 11 A – matériel réutilisable
 - 11 B – médicaments et matériel jetable
 - Sous-kit 12 Transfusion (test HIV pour transfusion sanguine)

Suivi et surveillance

Pendant la phase initiale d'une situation d'urgence, un certain nombre de données doivent être collectées pour évaluer les activités du DMU mises en place.

Les informations sur la mortalité et la morbidité par âge et par sexe doivent être collectées systématiquement durant cette phase (pour de plus amples informations sur ces indicateurs, se reporter au chapitre 9).

Sélection des indicateurs du DMU parmi la liste ci-dessous.

Indicateurs du DMU

- ✓ Incidence de la violence sexuelle :
Suivi du nombre de cas de violence sexuelle rapportés par les services de santé et de sécurité.
- ✓ Matériel fourni pour le respect des précautions universelles :
Vérifier la présence du matériel permettant de respecter les précautions universelles (gants, vêtements de protection, containers à objets pointus/tranchants).
- ✓ Estimation de la couverture en préservatifs :
Calculer le nombre de préservatifs disponibles à distribuer à la population.
- ✓ Estimation de la couverture en kits d'accouchement individuels :
Calculer le nombre de kits d'accouchement disponibles à distribuer aux femmes susceptibles d'accoucher durant la période considérée.

Liste de contrôle du DMU

- ✓ Collecte ou estimation de données démographiques de base
 - Population totale.
 - Nombre de femmes en âge de procréer.
 - Nombre d'hommes en âge de procréer.
 - Taux brut de natalité.
 - Taux de mortalité par âge.
 - Taux de mortalité par sexe.
 - Nombre de femmes enceintes.
 - Nombre de femmes allaitantes.
- ✓ Prévention et prise en charge des conséquences de la violence sexuelle et sexiste
 - Les mécanismes de prévention de la violence sexuelle sont opérationnels.
 - Le service de santé peut prendre en charge les victimes de violence sexuelle.
 - Le personnel est formé (recyclé) à la prévention et à la prise en charge des victimes de violence sexuelle.
- ✓ Prévention de la transmission du VIH
 - Les matériels permettant de respecter les précautions universelles sont disponibles.
 - Les préservatifs ont été reçus et distribués.
 - Les agents de santé sont formés/recyclés au respect des précautions universelles.
- ✓ Prévention de la surmorbidity et surmortalité néonatales et maternelles
 - Les kits d'accouchement individuels sont disponibles et distribués.
 - Les kits pour sages-femmes UNICEF (ou équivalent) sont disponibles au centre de santé.
 - La compétence du personnel a été évaluée et le recyclage a commencé.
 - Le système de référence des urgences obstétricales est opérationnel.
- ✓ Programmation des services complets de santé reproductive
 - Les informations de bases sont collectées (mortalité, prévalence du VIH et de la contraception).
 - Les sites d'implantation des services de santé reproductive ont été identifiés.
- ✓ Identifier une (des) organisation(s) ou un (des) professionnel(s) pour la mise en place et la coordination du DMU
 - Le coordonnateur général en santé reproductive est opérationnel et développe ses activités selon les directives de l'équipe de coordination de santé.
 - Des points essentiels en santé reproductive sont présents dans chaque camp et au niveau de chaque agence d'exécution.
 - Le personnel est formé et sensibilisé aux aspects techniques, culturels, éthiques, religieux, juridiques et de discrimination des sexes en matière de santé reproductive.
 - Matériel de mise en œuvre du DMU disponible et utilisé.

Les programmes de maternité sans risque sont conçus pour réduire le nombre élevé de décès et de maladies résultant des complications de la grossesse et de l'accouchement. Trop nombreux sont les pays où la mortalité maternelle est l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer. Les décès maternels résultent pour l'essentiel des hémorragies, de complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, d'hypertension survenant pendant la grossesse, de septicémies et d'accouchements dystociques. Les programmes de maternité sans risque ont pour vocation de s'attaquer à ces causes médicales directes et de mettre en place des activités permettant à ces femmes d'avoir accès à des services complets de santé reproductive.

Causes de mortalité maternelle dans le monde

| | |
|--|------|
| ✓ Hémorragies graves | 25 % |
| ✓ Causes indirectes | 20 % |
| ✓ Infections | 15 % |
| ✓ Avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène | 13 % |
| ✓ Éclampsies | 12 % |
| ✓ Accouchements dystociques | 8 % |
| ✓ Autres causes directes | 8 % |

OMS: Journée mondiale de la santé, *Maternité sans risque*, 1998.

3

CHAPITRE TROIS

Maternité sans risque

Sommaire:

- Dispositif minimum d'urgence (DMU) et maternité sans risque
- Maternité sans risque dans les situations stabilisées
 - ▶ Soins prénataux
 - ▶ Soins lors de l'accouchement
 - ▶ Soins du post-partum
- Intégration des services et des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC)
- Ressources humaines
- Suivi

Informations complémentaires:

- Promotion de l'allaitement maternel
- Liste de contrôle relative aux services de maternité sans risque
- Modèle OMS de fiche maternelle tenue à domicile
- Partographe
- Prise en charge globale mère-enfant



Maternité sans risque

Dans le présent manuel, la maternité sans risque recouvre les soins prénataux, les soins pendant l'accouchement (y compris l'accouchement assisté en centre de santé pour les femmes présentant des complications obstétricales) et les soins postnataux, dont les soins au nouveau-né et la promotion de l'allaitement maternel. La prévention et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du VIH/SIDA, les services de planification familiale et d'autres questions de santé reproductive doivent être intégrés aux activités liées à la maternité sans risque et font l'objet respectivement des chapitres 5, 6 et 7.

Dispositif minimum d'urgence (DMU) et maternité sans risque

Se reporter au chapitre 2 pour plus d'informations sur les aspects de la maternité sans risque qui doivent être traités dès la phase initiale d'intervention dans une situation de réfugiés.

Les activités du DMU dans le cadre de la maternité sans risque ont pour but de prévenir la surmortalité et la surmortalité néonatales et maternelles :

- en donnant aux accoucheuses traditionnelles et aux futures mères des kits d'accouchement individuels pour que ces dernières puissent accoucher à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène ;
- en fournissant aux sages-femmes des kits d'accouchement (UNICEF ou équivalent) pour faciliter l'accouchement en centre de santé ;
- en installant un système de référence des urgences obstétricales.

La personne nommée coordonnateur en santé reproductive aura la responsabilité de tous les services de santé reproductive, y compris la maternité sans risque, pour s'assurer d'une intégration optimale des différentes composantes de la santé reproductive.

Maternité sans risque dans les situations stabilisées

Des **services complets de soins prénataux, d'accouchement et de post-partum doivent être organisés** au plus vite. L'organisation de ces services doit tenir compte des installations existantes mises à la disposition de la population locale. Les besoins des réfugiés comme ceux de la population locale doivent être pris en compte. Les services doivent pouvoir faire face à des urgences obstétricales et autres urgences médicales. Concernant les urgences obstétricales, il est souhaitable de renforcer les services du pays hôte plutôt que de mettre sur pied de nouvelles installations destinées spécifiquement aux réfugiés et qui ne seront pas entretenues ultérieurement.

Il convient de noter qu'environ 15 % des femmes enceintes sont susceptibles de présenter des complications exigeant des soins obstétricaux essentiels et que jusqu'à 5 % des femmes enceintes devront bénéficier d'une intervention chirurgicale. Les chiffres suivants se sont révélés pertinents dans de nombreuses situations :

- un poste de santé/dispensaire pour 5 000 personnes avec des agents de santé et des accoucheuses traditionnelles capables d'identifier les problèmes et le transfert éventuel des patientes ;
- un centre médical équipé pouvant fournir les soins obstétricaux de base, pour 30 000 à 40 000 personnes ;
- une salle d'opération avec un personnel qualifié capable de fournir 24 heures sur 24 des soins obstétricaux complets pour 150 000 à 200 000 personnes.

Pour s'assurer que les services dispensés sont appropriés, utilisés à plein régime et de qualité, il est indispensable :

- d'identifier des praticiens qualifiés en gynécologie/obstétrique (médecins, sages-femmes, infirmières expérimentées, accoucheuses traditionnelles formées) ;
- d'assurer des cours de perfectionnement et si besoin une étroite supervision ;

- de s'enquérir auprès de la communauté des croyances, pratiques et comportements sanitaires associés à l'accouchement tels que position de la femme lors de l'accouchement, présence des proches, et pratiques traditionnelles tant positives – allaitement – que néfastes – mutilations génitales féminines ;
- de s'assurer que toutes les femmes réfugiées et leur famille sachent où s'adresser pour une assistance en matière de soins prénataux et d'accouchement et sachent reconnaître les signes de complications.

Soins prénataux

Le principal objectif des soins prénataux est **d'établir un contact avec les femmes qui vont accoucher, d'identifier et de prendre en charge les risques et problèmes actuels et potentiels**. Ces soins permettent à la femme et à la personne qui la suit médicalement d'établir un **programme d'accouchement** en fonction de ses besoins, de ses ressources et des facilités existantes. Le programme d'accouchement tient compte des souhaits de la femme concernant le lieu de l'accouchement et les personnes présentes, et énonce les mesures à prendre en cas de complications (transport, centre de santé de référence, etc.).

Trois visites prénatales au moins sont recommandées, la première ayant lieu, dans le meilleur des cas, dès le début de la grossesse. Ce nombre pourra varier en fonction des politiques nationales. Des soins prénataux appropriés doivent comprendre :

Une évaluation de l'état de santé de la future mère. Il ne s'agit pas uniquement de déterminer l'état de santé général de la femme enceinte, mais également d'identifier les facteurs risquant de compromettre l'issue de la grossesse. Ces facteurs de risque sont notamment les suivants : l'âge (moins de 17 ans et plus de 40 ans), les grossesses multiples, une très petite taille et les antécédents de complications, y compris chirurgicaux. Si ce dépistage peut aider à repérer certaines femmes susceptibles de présenter des complications, il ne les détectera pas toutes.

Il est donc impératif de repérer et traiter les complications à mesure qu'elles surviennent chez toutes les femmes enceintes. Le dossier maternel à remplir à domicile (voir à la fin du présent chapitre) doit être adapté et utilisé pour consigner les soins prodigués aux femmes pendant la grossesse.

Les mutilations génitales féminines représentent un risque important dans certains pays (voir chapitre 7). Les femmes qui en sont victimes, notamment celles qui ont subi une infibulation, doivent être identifiées pendant la période prénatale.

Dépistage de la syphilis pendant la grossesse (test RPR)

La syphilis et d'autres MST favorisent la transmission du VIH, la morbidité maternelle et les issues fatales de la grossesse. Dans une étude récente portant sur 3591 femmes du Malawi séronégatives pour le VIH et ayant un taux de syphilis actif de 3,6 %, 21 % des décès périnataux, 26 % des naissances de mort-nés, 11 % des décès néonataux et 8 % des décès infantiles étaient imputables à la syphilis.

Le dépistage de la syphilis au cours de la grossesse peut s'effectuer dans les centres de soins prénataux au moyen du test RPR (réagène plasmatique rapide). Le personnel doit être qualifié, mais il n'est pas nécessaire de disposer de matériel de laboratoire perfectionné pour pratiquer ce test de façon systématique. Périodiquement, la qualité des tests RPR doit être contrôlée en laboratoire à l'aide du test TPHA (hémagglutination du *Treponema pallidum*) afin de vérifier leur efficacité.

Un dépistage de la syphilis au cours de la grossesse a été réalisé avec succès par le test RPR dans les camps de réfugiés de Tanzanie. La prévalence de la syphilis au cours de la grossesse révélée par le test s'échelonnait de 7 à 20 %

Détection et prise en charge des complications. Il faut veiller tout particulièrement à identifier les complications graves d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et d'hémorragies survenant lors de la grossesse.

CHAPITRE TROIS



D'autres complications – maladies hypertensives, anémies, diabète, paludisme ou MST – sont moins évidentes à repérer et nécessitent un examen clinique plus approfondi. Les problèmes de santé existants doivent être traités. Le dépistage de la syphilis est recommandé au moins une fois durant la grossesse, de préférence avant le troisième trimestre. Un dépistage systématique de la syphilis pendant la grossesse est rentable si le taux de prévalence est égal ou supérieur à 1 % de la population.

Observation et enregistrement de paramètres cliniques suivants : taille, tension artérielle, recherche d'œdèmes, protéinurie et hémoglobine (en fonction des signes cliniques), taille utérine, rythme cardiaque et position du fœtus.

Surveillance de l'alimentation maternelle. Les besoins nutritionnels minima recommandés à une femme enceinte sont fixés à 2300 kcal par jour avec un régime alimentaire équilibré et culturellement acceptable. Il convient donc de prévoir un supplément nutritionnel si les rations alimentaires de base disponibles ou distribuées aux réfugiés sont insuffisantes. L'offre de compléments alimentaires peut être un moyen d'inciter les femmes à consulter des services de soins prénataux. Les agents de santé doivent être attentifs aux signes d'anémies par carence en fer et aux troubles dus à une carence en iode.

Éducation pour la santé. Les thèmes suivants doivent être abordés dans le cadre des activités éducatives liées aux soins prénataux :

- Choix du lieu le plus sûr pour accoucher ;
- Accouchement effectué dans de bonnes conditions d'hygiène ;
- Principaux symptômes de complications (saignements, douleurs abdominales aiguës, maux de tête) ;
- Où et quand solliciter des soins en cas de complications ;
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif ;
- Nutrition maternelle ;
- Prévention des MST et du VIH/SIDA ;
- Vaccination ;
- Planification familiale.

Prévention des principales maladies. Les mesures de prévention doivent comprendre : prophylaxie par folate et fer (environ 60 % des femmes enceintes dans les pays en développement présentent une anémie) ; vaccination antitétanique ; suppléments de vitamine A ; antipaludéens (selon la réglementation en vigueur dans le pays) et antihelminthiques (vers, parasites) dans les zones endémiques. De l'huile ou du sel iodé peuvent être distribués dans les régions à carences modérées ou sévères en iode selon les protocoles nationaux en usage.

Délivrance de compléments en vitamine A pendant la grossesse

Dans les régions où les enfants présentent une carence endémique en vitamine A et où l'alimentation maternelle est pauvre en vitamine A, les professionnels de santé doivent fournir :

- un complément n'excédant pas 10000 UI par jour durant la grossesse,
- ou un complément n'excédant pas 25000 UI par semaine après le premier trimestre. Ces compléments sont bénéfiques pour la mère et l'enfant et ont très peu d'effets secondaires.
- après la naissance, la mère doit recevoir 200000 UI de vitamine A.

Soins lors de l'accouchement

Le présent manuel ne contient pas d'instructions sur la manière de procéder à un accouchement (se reporter, à ce sujet, à la rubrique Bibliographie).

Malgré un excellent suivi prénatal, tout accouchement peut présenter des complications nécessitant une intervention d'urgence. C'est pourquoi il convient de **mettre l'accent sur un accouchement médicalisé**. En l'absence d'infirmières ou de sages-femmes, les accoucheuses traditionnelles (qui réalisent d'ordinaire les accouchements à domicile, parfois dans un but économique) doivent être formées pour pouvoir identifier les complications, fournir l'aide de première urgence, et déterminer quand et vers quels services elles doivent orienter leurs patientes pour des soins supplémentaires. Il faut également garder à l'esprit :

- Que la première priorité, pour un accouchement, est qu'il se déroule dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité et qu'il soit non traumatique ;
- **Que la majorité des décès sont dus à une intervention trop tardive** en cas de complications.

Il est impératif de disposer d'un système bien coordonné permettant d'identifier les complications et de les prendre en charge grâce à une aide d'urgence et/ou au recours à un centre de santé de niveau approprié. En règle générale, plus le centre de santé est éloigné, plus il faut intervenir rapidement.

Les retards peuvent survenir au niveau de la communauté (identification et orientation des femmes en difficulté) ; lors du transfert vers le centre de santé (impossibilité d'obtenir un moyen de transport, mauvais état des routes) ; ou à l'arrivée au centre de santé (absence de personnel, pénurie de médicaments ou d'autres moyens). Il faut donc s'efforcer de réduire les problèmes à tous ces niveaux.

Accouchements en milieu non médicalisé.

Les accouchements sont souvent effectués avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles ou des membres de la famille. Pour prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelles, il convient donc d'identifier au plus tôt au sein de la communauté les sages-femmes et accoucheuses traditionnelles ; de les former et de les superviser quant à l'utilisation correcte des kits d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène (endroit propre, mains propres, manipulation correcte du cordon), de s'assurer qu'elles savent identifier et prendre en charge les complications (quand et où orienter les patientes).

Les sages-femmes et les accoucheuses traditionnelles doivent aussi prodiguer les soins aux nouveau-nés : dégager les voies respiratoires, maintenir le nouveau-né au chaud, nettoyer les yeux, couper le cordon, aider les mères à commencer l'allaitement maternel (ne pas donner d'autres aliments ou liquides au nouveau-né) et identifier les complications nécessitant le transfert vers un centre de santé. Le poids à la naissance doit également être noté.

Accouchements dans des centres de santé médicalisés.

Ces centres de santé, temporaires ou permanents, doivent disposer des ressources humaines et matérielles appropriées pour prendre en charge toutes les situations à l'exception des cas chirurgicaux. Lorsque cela est possible, il faut utiliser et renforcer les structures médicales nationales. Les soins obstétricaux de base suivants doivent être dispensés et des protocoles standards utilisés pour surveiller et accompagner le travail :

- Diagnostic initial, durée, utilisation d'un partographe (voir annexe II) ;
- Appréciation de l'état du fœtus ;
- Épisiotomie ;
- Soins spéciaux aux femmes ayant subi des mutilations génitales (voir chapitre 7) ;
- Utilisation d'un extracteur ;
- Prise en charge des hémorragies ;
- Prise en charge des éclampsies ;
- Naissances multiples ;
- Présentation par le siège ;
- Procédures d'accès aux structures de référence prodiguant les soins appropriés si nécessaire.

Les protocoles doivent être enseignés aux agents de santé, affichés et mis à disposition dans tous les centres de santé.

Les soins obstétricaux de base doivent être prodigués au niveau du centre de santé pour traiter ou stabiliser l'accouchée avant son transfert. Les principales complications de l'accouchement auxquelles il faut répondre sont les suivantes : l'hémorragie de la délivrance, l'éclampsie, le travail prolongé, la rupture utérine, l'hémorragie du post-partum, les déchirures vaginales ou cervicales et la rétention du placenta.

Ces établissements doivent donc disposer d'antibiotiques à large spectre injectables et oraux (ampicilline, pénicilline, doxycycline, gentamicine,



métronidazole), de dérivés de plasma, d'anticonvulsifs, d'oxytociques, d'ergométrine, d'analgésiques, de sulfate de magnésium, de trousse de suture, d'appareils de stérilisation sophistiqués, de gants, de seringues et aiguilles, d'instruments d'accouchement et de matériels pour appliquer les précautions universelles.

Ces établissements doivent également être capables de dispenser des soins de réanimation et soins de base aux nouveau-nés (prise en charge de l'hypothermie et de l'hypoglycémie), y compris la mesure du poids à la naissance. Un traitement préventif de l'ophtalmie néonatale (dans l'idéal, collyre à base de tétracycline) doit également être administré à tous les nouveau-nés.

Accouchements dans un centre médico-chirurgical. Un tel hôpital pouvant réaliser des interventions chirurgicales peut exister dans les camps de certaines grandes opérations humanitaires. Cependant, les complications sévères seront transférées très souvent au centre hospitalier national le plus proche. Il faudra veiller, dans ce cas, à ce que ce dernier ne soit pas submergé par les demandes des réfugiés au détriment de la population locale.

Une aide appropriée et programmée doit être apportée le plus tôt possible au centre médico-chirurgical local. Il faut s'assurer de l'accord et de la collaboration du ministère de la santé afin de formaliser l'intégration et la coordination des services obstétricaux entre le camp de réfugiés et le centre hospitalier local.

Le centre médico-chirurgical doit être capable de dispenser dans de bonnes conditions des soins obstétricaux de base tels que césariennes, laparotomies, hystérectomies, sutures de déchirures utérines et vaginales graves (troisième degré), prise en charge des complications d'avortements et transfusions sanguines sans risque.

Un système approprié d'orientation requiert des protocoles spécifiant quand et où orienter, et un recensement adéquat des personnes orientées. Cela implique une coordination, une communication, une confiance et une bonne entente entre les accoucheuses traditionnelles et les personnes qui les supervisent (généralement des sages-

femmes) et entre le centre de santé et le centre médico-chirurgical. Un système efficace d'assistance médico-chirurgicale devra également prendre en compte les contraintes liées à la sécurité, à l'environnement et aux transports.

Services obstétricaux essentiels

Soins obstétricaux essentiels de base

- antibiotiques parentéraux
- oxytociques parentéraux
- sédatifs parentéraux pour éclampsie
- extraction manuelle du placenta
- extraction manuelle des produits de rétention

Soins obstétricaux essentiels complets

- soins de base PLUS
- chirurgie
- anesthésie
- transfusions sanguines sans risques (dépistage VIH)

Source: OMS

Soins du post-partum

Étant donné que jusqu'à 50 % des décès maternels surviennent après l'accouchement, une sage-femme ou une accoucheuse traditionnelle formée et encadrée doit rendre visite à toutes les mères dès que possible dans les 24 à 48 heures suivant l'accouchement. La sage-femme ou l'accoucheuse traditionnelle doit évaluer l'état de santé général de la mère et son rétablissement après l'accouchement et identifier les besoins particuliers. Cette mesure revêt une importance particulière lorsque la femme est seule et chef de foyer.

La visite de post-partum est l'occasion d'évaluer et d'aborder les questions de la propreté, des soins au nouveau-né, de l'allaitement ainsi que les méthodes et le calendrier appropriés de planification familiale (voir chapitre 6). Les agents de santé doivent favoriser l'allaitement maternel exclusif dans les suites immédiates de l'accouchement et examiner avec la mère la question d'une nutrition appropriée. La prise de comprimés de folate et de fer doit être poursuivie. La vitamine A et l'huile ou sel iodés doivent être donnés si nécessaire.

Pendant la visite de post-partum, la santé et le bien-être du nouveau-né doivent être évalués, son poids de naissance mesuré. Les nouveaux-nés doivent être orientés vers le dispensaire pour y recevoir leurs vaccinations et bénéficier d'un suivi de leur croissance et d'autres services de pédiatrie préventive.

Les agents de santé communautaires et les accoucheuses traditionnelles doivent être aptes à orienter vers le centre de santé approprié les femmes souffrant de complications du post-partum telles que : hémorragies, septicémies, lésions du périnée, problèmes liés à l'allaitement et les problèmes du nouveau-né comme la prématurité ou problèmes de développement pouvant nécessiter une surveillance et/ou un traitement approprié.

Intégration des services et des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC)

Pendant la phase de stabilisation, les services pré et postnataux doivent être offerts dans un cadre approprié, intégré aux services de planification familiale, de lutte contre les MST, de soins aux nouveau-nés et autres soins de santé primaires.

On pourra parfois envisager de mettre en place une « **maison des femmes** » où celles-ci bénéficieront de l'aide d'autres femmes, de conseils et d'activités de promotion de la santé dans un environnement rassurant. Cette institution revêt un intérêt particulier pour les adolescentes et les jeunes mères. Un tel endroit peut être un lieu propice pour tenir un petit commerce ou donner des cours d'alphabétisation.

Il est indispensable de communiquer efficacement avec les femmes afin qu'elles fréquentent les services proposés. Il convient donc de se renseigner sur les connaissances et attitudes de la communauté vis-à-vis des soins médicaux dispensés pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Des activités appropriées d'information, d'éducation et de communication (IEC)

peuvent s'avérer nécessaires en cas de méfiance et de crainte vis-à-vis des interventions médicales (accouchement à l'hôpital, césarienne ou transfusion sanguine). Avant d'entreprendre une procédure nouvelle telle que le dépistage de la syphilis, il faut mener une action éducative pour expliquer et combattre les idées reçues. Les agents de santé doivent penser à inviter la personne présente lors de l'accouchement aux consultations prénatales avec la femme enceinte. Les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé communautaires doivent **informer toute la population réfugiée sur les signes précurseurs des complications de la grossesse et du travail** et les encourager à planifier, si besoin est, l'orientation des patientes vers un établissement de santé équipé. Étant donné que ce sont souvent les hommes et les membres plus âgés de la famille qui prennent les décisions, il importe en particulier que les activités d'éducation s'adressent à ces groupes.

Ressources humaines

Une sage-femme ou une infirmière expérimentée est la personne la plus à même d'organiser et de superviser le programme de maternité sans risque. Une sage-femme peut en toute efficacité superviser 10 à 15 accoucheuses traditionnelles pour une population de 20 000 à 30 000 personnes.

Dans beaucoup de sociétés, les accoucheuses traditionnelles sont généralement des personnalités clés de la communauté et ont une influence sur les soins maternels et du nouveau-né, même si leur influence et leurs compétences peuvent varier d'une culture à l'autre. En règle générale, une accoucheuse traditionnelle peut s'occuper de 2 000 à 3 000 réfugiés. Avec un taux brut de natalité de 3 % par an, cela correspond grossièrement à 5 ou 8 naissances par accoucheuse et par mois.

Avec une formation et une supervision adéquates, certaines accoucheuses traditionnelles expérimentées peuvent :

- identifier les grossesses à risque ;
- orienter les femmes souffrant de complications lors de l'accouchement vers des établissements de santé appropriés ;
- dispenser des soins pendant le travail, l'accouchement et le post-partum pour les grossesses normales ;
- proposer des informations et des services de planification familiale.

Cependant, les accoucheuses traditionnelles ne sauraient se substituer à un agent de santé plus qualifié lors de l'accouchement.

Il faut garder à l'esprit que pour les accouchements, **il est préférable d'avoir recours à du personnel soignant féminin.**

La formation et la supervision des agents de santé en matière de pratiques de maternité sans risque doivent être évaluées et planifiées en coordination avec la communauté (réfugiés et pays d'accueil), les ONG et les agences des Nations Unies. La nature de chaque formation dépendra des services fournis par les professionnels de santé et des qualifications requises à cet effet.

Suivi

Les services doivent être continuellement revus. Des efforts doivent être entrepris pour collecter des informations fiables sur les décès maternels. **Chaque décès maternel doit faire l'objet d'une enquête** pour déterminer ses causes et les mesures prises et pour s'assurer que le système d'orientation fonctionne correctement en cas d'urgence obstétricale.

Une collecte de données (adaptée au niveau individuel de la personne qui en a la charge) est essentielle pour une surveillance appropriée. Le dossier maternel de suivi tenu à domicile par la mère (voir annexe I) a prouvé son efficacité.

On trouvera ci-dessous une liste d'indicateurs pour le suivi des interventions réalisées pour la maternité sans risque dans les situations de réfugiés. Pour de plus amples informations, se reporter au chapitre 9.

Indicateurs de maternité sans risque

- ✓ Indicateurs à rassembler au niveau de l'établissement de santé
 - Taux brut de natalité
 - Taux de mortalité néonatale
 - Taux de mortinatalité
 - Couverture des soins prénataux
 - Couverture du dépistage de la syphilis
 - Couverture des services d'accouchement qualifiés
 - Couverture des soins du post-partum
 - Incidence des complications obstétricales
- ✓ Indicateurs rassemblés au niveau de la communauté

La connaissance de la communauté en matière de maternité sans risque doit être évaluée périodiquement.
- ✓ Indicateurs relatifs à la formation et à la qualité des soins

Les superviseurs doivent évaluer périodiquement les compétences des agents de santé pour s'assurer de la qualité des soins lors des interventions de maternité sans risque.

Promotion de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel joue un rôle particulièrement important dans les situations d'urgence compte tenu des risques accrus de diarrhées ou d'infections, et du fait que l'allaitement est à l'origine de liens affectifs et d'une chaleur humaine essentielle à la relation mère-enfant. Dans ces situations, il peut être le seul apport nutritionnel de qualité des nouveau-nés et des jeunes enfants. Les risques bien connus liés à l'alimentation au biberon et aux substituts du lait maternel sont considérablement aggravés par les mauvaises conditions d'hygiène, par la promiscuité et par la pénurie d'eau et de combustibles. Comme, par ailleurs, l'allaitement est également une importante activité traditionnelle des femmes, il peut aider les femmes déracinées à conserver un sentiment d'estime d'elles-mêmes. Pour toute information concernant l'infection au VIH et l'allaitement, se reporter au chapitre 5.

Pratiques d'alimentation recommandées dans les situations d'urgence

- **Commencer l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance.**
- **Promouvoir le colostrum** comme un bienfait pour la santé des nouveau-nés, même si l'on prétend fréquemment le contraire.
- **Appliquer les « Dix étapes d'un allaitement maternel réussi »** (déclaration commune OMS/UNICEF de 1989 sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel).
- Encourager un allaitement fréquent, **à la demande** (y compris les tétées nocturnes).
- **Promouvoir un allaitement maternel exclusif.** Un allaitement maternel à la demande pendant les six premiers mois confère une protection contraceptive de 98 %, à condition que les règles n'aient pas fait leur réapparition et qu'aucun autre aliment ne soit donné au nouveau-né.
- **L'allaitement par une nourrice** offre une solution de remplacement pour un enfant orphelin ou lorsque la mère est handicapée ou absente.
- **Compléter l'allaitement par des aliments de sevrage appropriés** à partir de l'âge de six mois.
- Encourager la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à **deux ans** ou même au-delà.
- **Les mères séropositives par le VIH** peuvent avoir besoin d'un soutien et de conseils particuliers (voir chapitre 5).
- **Lorsque l'enfant est malade, accroître la fréquence de l'allaitement**, de même qu'après la maladie pour que l'enfant puisse reprendre un développement normal.
- **Un apport alimentaire culturellement acceptable de 2500 kcal par personne et par jour** est le minimum recommandé pour les femmes allaitantes. Il peut s'avérer nécessaire de fournir un supplément alimentaire aux femmes qui allaitent lorsque les aliments dont disposent les populations réfugiées ne sont pas adaptés.

Combattre les idées reçues sur l'allaitement dans les situations d'urgence

FAUX: *Les femmes stressées ne peuvent allaiter.*

- ✓ **VRAI:** **Les femmes stressées PEUVENT allaiter sans problèmes.** La production de lait est stable; la montée de lait peut, en revanche, être gênée par le stress. Le traitement des problèmes de montée de lait et de faible production de lait consiste à accroître le nombre de tétées et à renforcer le soutien social. Le meilleur soutien moral pour une femme qui allaite vient des autres femmes allaitantes.

- FAUX:** *Les femmes souffrant de malnutrition ne produisent pas assez de lait.*
- ✓ **VRAI:** **Les femmes souffrant de malnutrition produisent assez de lait.** Il est extrêmement important de faire la distinction entre les vrais cas (très rares) de production insuffisante de lait et les idées reçues. La production de lait est peu affectée en quantité et en qualité, sauf chez les femmes souffrant de malnutrition extrême. La meilleure façon d'aider des femmes et des enfants souffrant de malnutrition est de **nourrir la mère** et de la laisser allaiter son enfant. Ce faisant, on protège la santé de la mère et de l'enfant. Donner des suppléments nutritionnels aux enfants fait chuter la production de lait en raison du nombre insuffisant de tétées. Le traitement d'une production de lait insuffisante – réelle ou perçue – consiste à accroître la fréquence et la durée des tétées, à veiller à ce que la mère reçoive suffisamment d'aliments et de fluides, et à s'assurer le soutien des autres femmes allaitantes.
- FAUX:** *Des substituts du lait maternel sont nécessaires dans les situations d'urgence.*
- ✓ **VRAI:** **En règle générale, les substituts du lait maternel NE conviennent PAS.** Il existe des recommandations appropriées concernant l'utilisation de substituts du lait maternel et d'autres produits laitiers dans les situations d'urgence. Il s'agit notamment du Code international de l'OMS sur la commercialisation des substituts du lait maternel (mai 1981), des directives du HCR concernant l'utilisation des substituts du lait (juillet 1989) et de la résolution 47.5 (mai 1994) de l'Assemblée mondiale de la santé. Conformément à ce Code, les donateurs doivent garantir à tout enfant recevant du substitut de lait maternel au moins six mois d'approvisionnement gratuit.
- Les directives stipulent que les substituts du lait maternel :
- ne sont pas utilisés à des fins commerciales ;
 - ne sont utilisés que pour certaines catégories de nouveau-nés (orphelins en l'absence de nourrices, par exemple) ;
 - sont utilisés de façon contrôlée (alimentation thérapeutique, par exemple ; jamais en distribution générale) ;
 - sont accompagnés de soins complémentaires, de traitements de la diarrhée, d'un approvisionnement en eau et en combustible.
- Par ailleurs, les directives déconseillent aux organisations humanitaires de fournir des biberons et des tétines, sauf sous surveillance étroite ; et leur utilisation doit être déconseillée.
- Ces directives devraient être diffusées et appliquées par toutes les organisations intervenant dans des situations d'urgence.
- FAUX:** *Une promotion générale de l'allaitement suffit.*
- ✓ **VRAI:** **Les femmes qui allaitent ONT BESOIN d'être aidées ; la promotion générale de l'allaitement maternel ne suffit pas.** La plupart des professionnels de santé ont une connaissance limitée de la prise en charge de l'allaitement maternel et de la lactation. Les femmes déplacées ou confrontées à des situations d'urgence risquent davantage d'éprouver des problèmes d'allaitement. Elles ont besoin d'aide, et pas seulement de messages promotionnels. Les agents de santé peuvent avoir besoin d'être formés pour aider concrètement les femmes qui éprouvent des difficultés à allaiter en raison d'un mauvais positionnement, de gerçures des mamelons ou d'un engorgement (voir Bibliographie). La crainte éprouvée par une mère de « ne pas avoir assez de lait » est souvent la cause d'une interruption précoce de l'allaitement maternel. Cette crainte peut être aggravée par le stress lié à une situation d'urgence. Les agents de santé doivent encourager des comportements optimaux en matière d'allaitement, même si ceux-ci nécessitent une alimentation sélective des mères allaitantes. Les politiques et les services opposés à l'allaitement maternel, qui donnent par exemple des compléments nutritionnels aux enfants de moins de 6 mois et utilisent des boîtes de sels de réhydratation orale, doivent être évités.

Liste de contrôle relative aux services de maternité sans risque

- ✓ Phase d'urgence :
 - Fourniture de kits d'accouchement : kits obstétricaux UNICEF pour centres de santé et kits d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène pour accouchements à domicile.
 - Détermination d'un système d'orientation des urgences obstétricales.
 - ▶ Un centre de santé pour 30 000 à 40 000 individus.
 - ▶ Une salle d'opération et du personnel pour 150 000 à 200 000 personnes.
 - ▶ Agents de santé qualifiés et opérationnels (une sage-femme pour 20 000 à 30 000 personnes, un agent de santé communautaire/accoucheuse traditionnelle pour 2 000 à 3 000 personnes).
 - ▶ Les croyances et pratiques de la communauté en matière d'accouchement sont connues.
 - ▶ Les femmes réfugiées ont connaissance de l'existence des services.
- ✓ Services prénataux en place :
 - Systèmes d'enregistrement en place (dossiers médicaux et dossiers maternels à remplir à domicile).
 - Évaluation systématique de la santé maternelle.
 - Complications détectées et prises en charge.
 - Signes cliniques observés et enregistrés.
 - Nutrition maternelle assurée.
 - Dépistage systématique de la syphilis pendant la grossesse.
 - Activité éducative concernant les soins prénataux en place.
 - Soins préventifs prodigués lors des consultations prénatales : folate et fer contre l'anémie, vitamine A, vaccination antitétanique, autres selon besoin (paludisme).
 - Prévention et prise en charge des MST.
 - Équipement disponible pour la mise en place de services de soins prénataux.
- ✓ Services d'accouchement en place :
 - Protocole de prise en charge et d'orientation des complications en place et système de transport opérationnel.
 - Formation et supervision des accoucheuses traditionnelles et sages-femmes.
 - Complications détectées et prises en charge de façon appropriée.
 - Connaissance généralisée des signes précurseurs de complications au cours de la grossesse.
 - Des protocoles standards sont appliqués pour pratiquer les accouchements.
 - Les installations médicales sont correctement équipées.
 - L'allaitement est encouragé.
- ✓ Services du post-partum en place :
 - Activités éducatives (notamment planification familiale et allaitement).
 - Complications prises en charge de façon appropriée.
 - Folate et fer et vitamine A dispensés.
 - Nouveau-né pesé et orienté vers des services pédiatriques (vaccins, développement).

Composition du Nouveau kit sanitaire d'urgence 98

- Matériel, fournitures et médicaments permettant de pratiquer des accouchements en établissement de santé.
- Médicaments pour soins prénataux (folate et fer, antipaludiques, antibiotiques, etc.)

Composition du kit de santé reproductive du FNUAP

- Sous-kit 2 Kits d'accouchement individuels à domicile
- Sous-kit 6 Kits d'accouchement pour sages-femmes
- Sous-kit 8 Prise en charge des complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène
- Sous-kit 9 Suture des déchirures du col et du vagin
- Sous-kit 10 Ventouse d'accouchement
- Sous-kit 11 Niveau de premiers recours en santé reproductive (équipement chirurgical et fournitures)
- Sous-kit 12 Transfusion de produits testés

Bibliographie

Breastfeeding Counselling : A Training Course. OMS/UNICEF (WHO/CDR/93.4 ou UNICEF/NUT/93.2).

Soins à la mère et du nouveau-né dans le centre de santé : guide pratique, OMS Genève, @ (WHO/FHE/MSM/94.2).

Essential elements of obstetric Care at First Referral Level, OMS, 1991

HIV and Infant Feeding - Collaborative Statement: UNAIDS, UNICEF, WHO (UNAIDS 97.1).

Joint WHO-UNICEF-UNFPA Policy Statement on TBAs, 1992.

A Book for Midwives. Susan Klein, The Hesperian Foundation, 1995.

Life Saving Skills Manual for Midwives. American College of Nurse-Midwives, 3rd Edition, 1997.

Mother and Baby Package (WHO Practical Guidelines), 1994.

Safe Vitamin A Dosage During Pregnancy and Lactation - Recommendations and a Report of a Consultation : WHO and The Micronutrient Initiative. (WHO/NUT/98.4).

ANNEXE 1 : Modèle OMS de fiche maternelle tenue à domicile* (volets 1, 5 et 6)

(5) Observations du centre où la femme a été envoyée

| Date | Problème repéré | Mesures prises / Conseils donnés |
|------|-----------------|----------------------------------|
| | | |

(6) Avant la première grossesse et pendant la période séparant deux grossesses

| | Allaitement au sein | Menstruation | Pilule | Contraception injectable | DIU | Ligat. des trompes | Autre | Néant | Grande maigreur | Extrême pâleur | Paludisme | Autres problèmes | Comprimés de chloroquine |
|--------------|---------------------|--------------|--------|--------------------------|-----|--------------------|-------|-------|-----------------|----------------|-----------|------------------|--------------------------|
| Janv-Mars 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Avr-Juin 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Juil-Sept 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Oct-Déc 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Janv-Mars 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Avr-Juin 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Juil-Sept 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Oct-Déc 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Janv-Mars 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Avr-Juin 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Juil-Sept 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Oct-Déc 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Janv-Mars 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Avr-Juin 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Juil-Sept 19 | | | | | | | | | | | | | |
| Oct-Déc 19 | | | | | | | | | | | | | |

(1) Fiche de santé maternelle

Nom _____

Adresse _____

Date de la première consultation _____

Âge

| | | |
|-------|-----------------|-----------------|
| 18-35 | moins de 17 ans | Plus de 35 ans |
| | Plus de 1,45 m | Moins de 1,45 m |

Taille

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 5 ou plus |
| non | non | non | non | non | oui |

Antécédents

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| Nombre d'accouchements | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 5 ou plus |
| Avortement | non | non | non | non | non | oui |
| Œdème | non | non | non | non | non | oui |
| Convulsions | non | non | non | non | non | oui |
| Mortinatalité | non | non | non | non | non | oui |
| Accouchement anormal | non | non | non | non | non | oui |
| Saignement vaginal excessif après l'accouchement | non | non | non | non | non | oui |
| Travail d'une durée de plus de 24 heures | non | non | non | non | non | oui |
| Faible poids à la naissance (moins de 2500 g) | non | non | non | non | non | oui |
| Mort de l'enfant pendant la 1 ^{re} semaine | non | non | non | non | non | oui |

Autres problèmes de santé :

* Source OMS, reproduit avec autorisation

ANNEXE 1 : Modèle OMS de fiche maternelle tenue à domicile* (volets 2, 3 et 4)

(2) Grossesse actuelle DR..... DAP.....

jusqu'au mois n°

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Extrême pâleur | | | | | | | |
| Œdème avec signe du godet | | | | | | | |
| Saignement vaginal | | | | | | | |
| Grande maigreur | | | | | | | |
| Très gros abdomen | | | | | | | |
| Présentation anormale | | | | | | | |
| Faibles mouvements fœtaux | | | | | | | |
| Date / mois | | | | | | | |
| TA supérieure à 140/90 | | | | | | | |
| Taux d'hémoglobine < 8 | | | | | | | |
| Albuminurie | | | | | | | |
| Poids en kg | | | | | | | |
| Mesures prises (✓ indique que la mesure a été prise) | | | | | | | |
| Conseils alimentaires | | | | | | | |
| Comprimés de fer | | | | | | | |
| Comprimés de chloroquine | | | | | | | |
| Anatoxine tétanique | | | | | | | |
| Conseils quant au lieu de l'accouchement | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | | domicile / hôpital | |

(3) Grossesse actuelle DR..... DAP.....

jusqu'au mois n°

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Extrême pâleur | | | | | | | |
| Œdème avec signe du godet | | | | | | | |
| Saignement vaginal | | | | | | | |
| Grande maigreur | | | | | | | |
| Très gros abdomen | | | | | | | |
| Présentation anormale | | | | | | | |
| Faibles mouvements fœtaux | | | | | | | |
| Date / mois | | | | | | | |
| TA supérieure à 140/90 | | | | | | | |
| Taux d'hémoglobine < 8 | | | | | | | |
| Albuminurie | | | | | | | |
| Poids en kg | | | | | | | |
| Mesures prises (✓ indique que la mesure a été prise) | | | | | | | |
| Conseils alimentaires | | | | | | | |
| Comprimés de fer | | | | | | | |
| Comprimés de chloroquine | | | | | | | |
| Anatoxine tétanique | | | | | | | |
| Conseils quant au lieu de l'accouchement | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | | domicile / hôpital | |

(4) Grossesse actuelle DR..... DAP.....

jusqu'au mois n°

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Extrême pâleur | | | | | | | |
| Œdème avec signe du godet | | | | | | | |
| Saignement vaginal | | | | | | | |
| Grande maigreur | | | | | | | |
| Très gros abdomen | | | | | | | |
| Présentation anormale | | | | | | | |
| Faibles mouvements fœtaux | | | | | | | |
| Date / mois | | | | | | | |
| TA supérieure à 140/90 | | | | | | | |
| Taux d'hémoglobine < 8 | | | | | | | |
| Albuminurie | | | | | | | |
| Poids en kg | | | | | | | |
| Mesures prises (✓ indique que la mesure a été prise) | | | | | | | |
| Conseils alimentaires | | | | | | | |
| Comprimés de fer | | | | | | | |
| Comprimés de chloroquine | | | | | | | |
| Anatoxine tétanique | | | | | | | |
| Conseils quant au lieu de l'accouchement | | | | | | | |
| | | | | | | 1 | 2 |
| | | | | | | domicile / hôpital | |

Travail / accouchement

| | | | |
|-----------------------------|---------|-----------|--------|
| Durée | Normale | Prolongée | |
| | tête | épaule | face |
| Présentation | siège | siège | autre |
| | normal | siège | autres |
| Type d'accouchement | non | | |
| Saignement vaginal excessif | oui | | |

Date de l'accouchement:

| | | | | |
|------------------------|----------------|-----------------|---------|------------|
| Lieu de l'accouchement | Normale | Hôpital | | |
| | AT | USF | Médecin | |
| Pratiqué par | Parente | USFA | USF | |
| | masculin | | féminin | |
| Sexe | un seul | deux ou plus | | |
| | immédiat | tardif | | |
| Nombre d'enfants | plus de 2,5 kg | moins de 2,5 kg | | |
| | non | oui | | |
| Difficulté à respirer | oui | non | | |
| | vivant | | | mort |
| Allaitement au sein | mort-né | | | mort |
| | | | | < 7 jours |
| État du nouveau-né | | | | 7-28 jours |

Travail / accouchement

| | | | |
|-----------------------------|---------|-----------|--------|
| Durée | Normale | Prolongée | |
| | tête | épaule | face |
| Présentation | siège | siège | autre |
| | normal | siège | autres |
| Type d'accouchement | non | | |
| Saignement vaginal excessif | oui | | |

Date de l'accouchement:

| | | | | |
|------------------------|----------------|-----------------|---------|------------|
| Lieu de l'accouchement | Normale | Hôpital | | |
| | AT | USF | Médecin | |
| Pratiqué par | Parente | USFA | USF | |
| | masculin | | féminin | |
| Sexe | un seul | deux ou plus | | |
| | immédiat | tardif | | |
| Nombre d'enfants | plus de 2,5 kg | moins de 2,5 kg | | |
| | non | oui | | |
| Difficulté à respirer | oui | non | | |
| | vivant | | | mort |
| Allaitement au sein | mort-né | | | mort |
| | | | | < 7 jours |
| État du nouveau-né | | | | 7-28 jours |

Travail / accouchement

| | | | |
|-----------------------------|---------|-----------|--------|
| Durée | Normale | Prolongée | |
| | tête | épaule | face |
| Présentation | siège | siège | autre |
| | normal | siège | autres |
| Type d'accouchement | non | | |
| Saignement vaginal excessif | oui | | |

Date de l'accouchement:

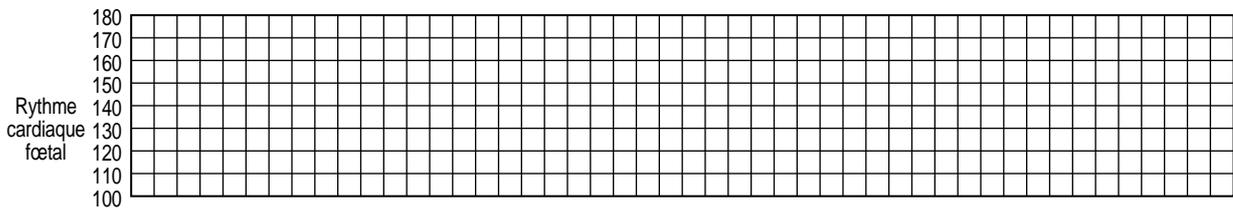
| | | | | |
|------------------------|----------------|-----------------|---------|------------|
| Lieu de l'accouchement | Normale | Hôpital | | |
| | AT | USF | Médecin | |
| Pratiqué par | Parente | USFA | USF | |
| | masculin | | féminin | |
| Sexe | un seul | deux ou plus | | |
| | immédiat | tardif | | |
| Nombre d'enfants | plus de 2,5 kg | moins de 2,5 kg | | |
| | non | oui | | |
| Difficulté à respirer | oui | non | | |
| | vivant | | | mort |
| Allaitement au sein | mort-né | | | mort |
| | | | | < 7 jours |
| État du nouveau-né | | | | 7-28 jours |

* Source OMS, reproduit avec autorisation

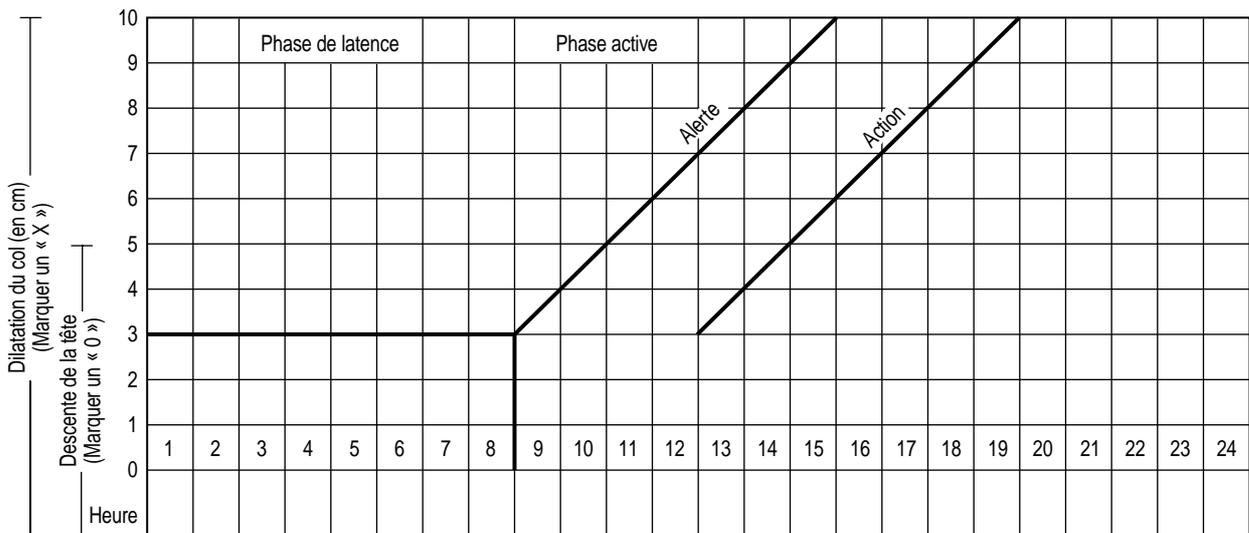
ANNEXE 2 : Partographe

Nom _____ Geste _____ Para. _____ Hôpital n° _____

Date d'admission _____ Heure d'admission _____ Rupture des membranes _____ Heure _____



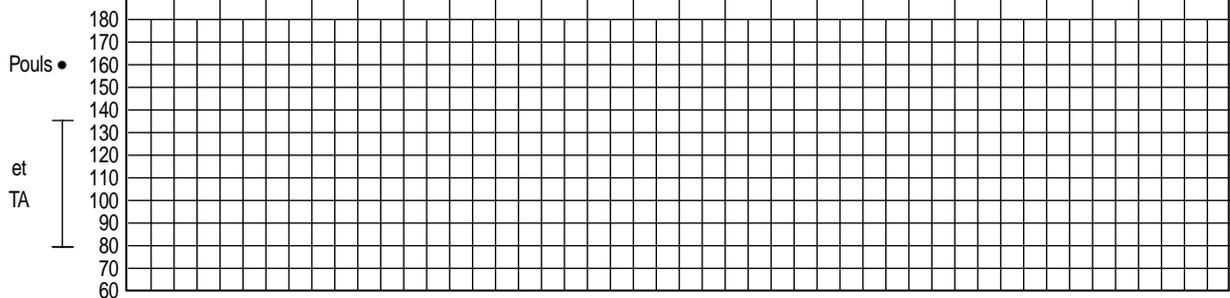
Liquide amniotique Défor. crân. _____



Nombre de contractions en 10 mn _____

Oxytocine U/L gouttes/mn _____

Médicaments et injection I.V. _____



Temp. °C _____

Urine { Prot. _____
Acet. _____
Vol. _____

* Source OMS, reproduit avec autorisation

ANNEXE 3**Prise
en charge
globale
mère-enfant****Prise en charge globale mère-enfant****1. Avant et pendant la grossesse**

- Information et services de planification familiale
- Prévention et prise en charge des MST/VIH
- Vaccination antitétanique¹
- Enregistrement et soins prénataux
- Traitement des maladies existantes (par exemple, paludisme² et vers parasites) conformément à la politique du pays
- Conseils nutritionnels et alimentaires
- Supplémentation en folate et fer
- Diagnostic, détection précoce et prise en charge des complications (pré-éclampsie/éclampsie, saignements, avortement, anémie)

2. Pendant l'accouchement

- Accouchement en toute sécurité et dans de bonnes conditions d'hygiène (sans traumatisme)
- Diagnostic, détection précoce et prise en charge des complications au centre de santé ou à l'hôpital (par exemple, hémorragie, éclampsie, travail prolongé/dystocie)

3. Après l'accouchement : mère

- Prise en charge des complications au centre de santé ou à l'hôpital (hémorragie, septicémie et éclampsie)
- Soins du post-partum (promotion et aide à l'allaitement et prise en charge des complications de l'allaitement)
- Information et services de planification familiale
- Prévention et prise en charge des MST/VIH
- Vaccination antitétanique

4. Après l'accouchement : nouveau-né

- Réanimation
- Prévention et prise en charge de l'hypothermie
- Allaitement maternel précoce et exclusif
- Prévention et prise en charge des infections, dont l'ophtalmie du nouveau-né et les infections du cordon
- Consignation du poids à la naissance et orientation des nouveau-nés (vaccinations, suivi de la croissance)

1. Deux doses.

2. Prophylaxie du paludisme pour réduire l'incidence de faible poids à la naissance dans les zones endémiques.

L'augmentation de la violence sexuelle en période de crise est bien connue. Le déplacement forcé des personnes, le déracinement, la perte des structures communautaires, les rapports sexuels exigés en contrepartie de biens matériels ou de protection aboutissent à différentes formes de violence, en particulier celle qui s'exerce à l'encontre des femmes.

Notes :

- ✓ Ce chapitre s'inspire en grande partie de l'ouvrage intitulé *Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés : principes directeurs concernant la prévention et l'intervention*, HCR, Genève, 1995.
- ✓ Bien que le texte ci-dessous soit essentiellement consacré à la violence sexuelle, les conseils qu'il contient peuvent s'appliquer à d'autres formes de violence sexiste.
- ✓ Le terme « victime » est utilisé dans certains passages de ce chapitre pour des raisons de commodité, malgré ses connotations de faiblesse et de passivité. Le terme « rescapé » est également parfois utilisé pour signifier que la femme a survécu à une violation de ses droits fondamentaux et de sa dignité.

4

CHAPITRE QUATRE

Violence sexuelle et sexiste

Sommaire :

- Nature, étendue et conséquences de la violence sexuelle
- Causes et circonstances de la violence sexuelle
- Prévention de la violence sexuelle et sexiste en situations de réfugiés
- Réponses à la violence sexuelle
- Questions particulières
- Aspects juridiques
- Suivi
- Liste de contrôle relative au programme de lutte contre la violence sexuelle



Violence sexuelle et sexiste

L'ampleur du problème est difficile à déterminer. Même en situation normale, la violence sexuelle est souvent passée sous silence. Les facteurs contribuant à ce silence – crainte de représailles, honte, faiblesse, absence de soutien, disparition ou manque de fiabilité des services publics, dispersion des familles et des communautés – sont tous exacerbés dans les situations de réfugiés.

En règle générale, il faut partir de l'hypothèse qu'il existe un problème de violence sexuelle, à moins de disposer d'éléments prouvant le contraire. Des mesures de prévention et de protection ainsi que des services médicaux, psychosociaux et juridiques doivent être mis en place. Les réfugiés eux-mêmes, et notamment les femmes, doivent être pleinement associés à l'organisation et au suivi des mesures de prévention et de protection ainsi qu'à toute autre activité appropriée.

Ce chapitre traite de la violence sexuelle à l'encontre des femmes. La plupart des cas de violence sexuelle rapportés envers des réfugiés sont perpétrés par des hommes sur des femmes. Cependant, des hommes et de jeunes garçons peuvent également subir des violences sexuelles, en particulier lorsqu'ils sont détenus et soumis à des tortures. L'ampleur des violences sexuelles envers des hommes et des jeunes garçons est encore moins bien connue que celle à l'encontre des femmes et des jeunes filles.

Nature, étendue et conséquences de la violence sexuelle

Il existe différentes formes de violence sexuelle. Le viol, forme la plus souvent citée de violence sexuelle, est défini dans de nombreuses sociétés comme un rapport sexuel forcé avec une autre personne. Un viol est commis lorsque la résistance de la victime est vaincue par la force, par la crainte ou par d'autres contraintes. Cependant, l'expression « violence sexuelle et sexiste » regroupe une grande variété de sévices : menaces sexuelles, exploitation, humiliation, agression, brutalités, violence domestique, inceste, prostitution forcée (commerce sexuel), torture, insertion d'objets dans les orifices géni-

taux et tentative de viol. Les mutilations génitales féminines et d'autres pratiques traditionnelles dangereuses (dont le mariage précoce, qui accroît considérablement la morbidité et la mortalité maternelles) sont des formes de violence sexuelle et sexiste envers les femmes que l'on ne peut ignorer ni justifier par le respect de traditions ou de normes culturelles ou sociales.

Comme les auteurs de violences sexuelles et sexistes sont souvent motivés par un désir de pouvoir et de domination, le viol est fréquent dans les situations de conflits armés et de guerre civile. Un acte sexuel forcé peut mettre en péril la vie de la victime. À l'instar d'autres formes de torture, l'objectif est de blesser, de dominer et d'humilier une personne tout en violant son intégrité physique et mentale.

Les auteurs de ces violences peuvent être des compatriotes réfugiés, des membres d'autres clans, de villages, de groupes religieux ou ethniques, des militaires, des membres du personnel humanitaire ou des membres du pays d'accueil, voire des membres de la famille (parent abusant sexuellement d'un enfant). Les énormes pressions liées à la vie des réfugiés, telles que de vivre en camp fermé, peuvent souvent être à l'origine de violences sexuelles. Dans de nombreux cas, la victime connaît l'auteur des violences.

Parce que les incidents de violence sexuelle et sexiste sont souvent tus, la véritable ampleur de ce problème est méconnue. La Banque Mondiale estime qu'en situation normale, moins de 10 % des cas de violence sexuelle sont signalés.

Il existe deux raisons expliquant le nombre de victimes inférieur à la normale en situation de réfugiés :

- nombre de victimes enregistrées inférieur à la normale, qui peut entraîner une distorsion des données laissant penser que le problème n'existe pas ;
- absence de données sur la violence sexuelle dans les statistiques officielles.

(Le nombre de cas de viol récemment enregistrés dans des situations stabilisées de réfugiés figure au tableau 1.)

Le problème de la violence sexuelle est un problème grave. Les méthodes d'enregistrement et les techniques d'entretien doivent être adaptées afin d'encourager tant les victimes que le personnel humanitaire à recenser et à documenter ces événements. Cet enregistrement et son suivi doivent s'effectuer de façon délicate, discrète et confidentielle afin de ne pas aggraver les souffrances et de s'assurer que les victimes ne sont plus en danger.

Lors des enregistrements des viols, il est recommandé de donner des définitions (telles que nombre de viols confirmés ou de violence sexuelle, en règle générale) et de calculer un taux (nombre de cas enregistrés pour 10 000 personnes sur une période de temps donnée, par exemple). Ce taux permettra d'effectuer un suivi et d'établir des comparaisons avec d'autres situations.

La violence sexuelle et sexiste a des conséquences physiques, psychologiques et sociales graves. Les victimes de viol sont souvent traumatisées psychologiquement : dépression, terreur, culpabilité, honte, perte d'estime de soi. Elles sont parfois rejetées par leur conjoint et par leur famille, isolées, soumises à une exploitation et à des châtiments supplémentaires. Elles craignent une grossesse, et de devoir recourir à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, d'être contaminées par des maladies sexuellement transmissibles (y compris par l'infection au VIH), d'éprouver des troubles

sexuels, de présenter des lésions de l'appareil reproducteur et des infections chroniques, se traduisant par des métrites, salpingites aiguës et par la stérilité.

Causes et circonstances de la violence sexuelle

La violence sexuelle et sexiste peut survenir à tous les stades d'une situation de réfugiés : durant l'exode, avant ou pendant la fuite, dans le pays d'accueil, lors du retour et de la réinstallation. Les mesures de prévention et les réponses doivent être adaptées aux caractéristiques de chaque phase.

En période de conflit, la violence sexuelle peut avoir des motivations politiques – lorsque, par exemple, le viol est utilisé pour dominer et la torture sexuelle comme méthode d'interrogatoire.

Elle peut être le résultat de tensions et de rivalités anciennes et de l'effondrement des structures traditionnelles de la société. Des réfugiés considérés comme matériellement privilégiés par rapport à la population locale peuvent parfois être agressés par des groupes voisins.

Les contraintes psychologiques liées à la condition de réfugié accentuent parfois les comportements agressifs vis-à-vis des femmes. Le non-respect

CHAPITRE QUATRE

TABLEAU 1

Nombre de viols enregistrés¹ en situations de réfugiés à Goma (Zaire), Dadaab (Kenya), Ngara et Kibondo (Tanzanie) en 1996-1998

| Situation | Goma | Dadaab | Ngara | Kibondo |
|---|------------|-------------|------------|-------------|
| Population | 740 000 | 109 000 | 110 000 | 76 740 |
| ✓ Nombre de cas enregistrés (nombre de mois) | 140 (7) | 128 (12) | 24 (12) | 129 (12) |
| ✓ Nombre de viols répercutés sur 12 mois ² | 240 | 128 | 24 | 129 |
| ✓ Année | 1996 | 1998 | 1998 | 1998 |
| ✓ Nombre de viols/10 000 personnes/an | 3,24 | 11,74 | 2,16 | 17,08 |

1. Les cas enregistrés dans ce tableau sont des viols confirmés.

2. Nombre de viols enregistrés sur une partie de l'année et répercutés sur les mois suivants sur la base du nombre moyen de viols par mois.

des hommes à l'égard des femmes dans une situation de réfugiés peut être renforcé lorsque des femmes et des jeunes filles non accompagnées sont considérées par le personnel de sécurité du camp et par les réfugiés eux-mêmes comme une propriété sexuelle commune.

Lorsque des hommes sont chargés de distribuer des biens et des produits de première nécessité, les femmes peuvent faire l'objet d'une exploitation sexuelle. Les femmes ne disposant pas de papiers d'identité et autres justificatifs personnels nécessaires pour obtenir des rations alimentaires ou des matériaux pour leur logement sont particulièrement vulnérables.

Les femmes doivent parfois se déplacer sur de longues distances pour atteindre les points de distribution d'aliments, d'eau et de combustible ; leur logement provisoire peut être éloigné des toilettes et des sanitaires ; leur dortoir n'est pas obligatoirement muni d'un verrou et protégé.

L'absence de protection policière et l'état de non-droit contribuent également à l'aggravation de la violence sexuelle. Les agents de police, le personnel militaire, le personnel humanitaire, les administrateurs de camps et d'autres fonctionnaires peuvent eux-mêmes se rendre coupables de sévices ou d'actes d'exploitation. Lorsqu'aucune organisation indépendante telle que le HCR ou des ONG n'est présente pour assurer la sécurité dans un camp, le nombre d'agressions augmente souvent.

Prévention de la violence sexuelle et sexiste en situations de réfugiés

Une approche multisectorielle est nécessaire pour prévenir et prendre en charge de façon appropriée la violence sexuelle. Il faudra créer un comité ou une cellule spéciale chargé de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer sur le terrain les programmes de lutte contre la violence sexuelle. Cette équipe réunira des représentants des réfugiés, du HCR, des partenaires du système des Nations Unies, des ONG et des gouvernements.

Chaque membre de la cellule spéciale, représentant les différents secteurs/partenaires concernés (dans des domaines tels que : la protection, la santé, l'éducation, les services communautaires, la sécurité/police, l'aménagement, etc.), définira son rôle et ses responsabilités dans la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle.

Participation des réfugiés, en particulier des femmes

Pour que les mesures prises soient efficaces, il est nécessaire que les réfugiés contribuent à la promotion d'un environnement sûr pour tous. Des responsables féminins doivent être associés aux activités, et des comités et groupes de femmes réfugiées doivent être créés pour défendre leurs intérêts et aider à identifier et à protéger celles qui sont les plus exposées aux violences sexuelles. Les accoucheuses traditionnelles peuvent être une source précieuse d'informations et un moyen de disséminer des messages de protection. Il importe de disposer, sur place, d'au moins un agent de sécurité qualifié de sexe féminin. Les pays hôtes et les organisations humanitaires internationales doivent procurer aux réfugiés les fonds, l'assistance technique et la sécurité nécessaires pour leur permettre de concevoir et de mettre en œuvre des solutions au problème de la violence sexuelle.

L'expérience montre qu'il est nécessaire de constituer des groupes communautaires, communément appelés équipes de lutte contre le viol ou cellules de crise. Ces groupes peuvent aider à faire prendre conscience du problème, à définir des mesures préventives et à offrir une assistance aux victimes de viol.

Information, éducation et communication

Des campagnes d'information sur la violence sexuelle devront être lancées (tout en respectant les sensibilités culturelles) dont les thèmes seront les mesures préventives, la recherche d'aide, les lois interdisant la violence sexuelle, ainsi que les sanctions et peines encourues par les auteurs de violence sexuelle. Des brochures, des affiches,

des bulletins, la radio et autres médias, des films vidéo et des programmes de divertissement seront utilisés pour transmettre des messages sur la prévention de la violence sexuelle. Les réfugiés et les agents de santé doivent comprendre l'importance du problème et être prêts à déclarer le plus rapidement possible tous les cas de violence sexuelle.

Organisation, choix des emplacements, aspects pratiques

Les camps de réfugiés doivent être conçus de manière à améliorer la sécurité des personnes. Des solutions de remplacement aux camps doivent toujours être envisagées. Afin de faciliter la protection des réfugiés lors de la conception et de l'organisation des installations à l'intérieur d'un camp, il est recommandé de :

- placer les toilettes, les points d'eau et la collecte du combustible dans des lieux aisément accessibles ;
- prendre des dispositions nécessaires pour loger les femmes non accompagnées, les jeunes filles et les femmes seules chefs de foyer ;
- prévoir des sanitaires fermant à clé ;
- assurer un éclairage suffisant des chemins utilisés la nuit ;
- organiser des patrouilles de sécurité ;
- éviter de faire partager les espaces communs entre des familles n'ayant pas de liens entre elles.

Distribution de nourriture, de matériaux destinés au logement et de tout autre produit d'assistance

Les produits essentiels – alimentaires ou non – et les matériaux destinés au logement doivent être distribués directement aux femmes. De cette façon, elles n'auront pas à échanger des faveurs sexuelles contre ces produits. Les femmes devraient participer au système de distribution des aliments, voire en avoir la responsabilité.

Protection des détenus

Les femmes et les hommes ne doivent pas être emprisonnés ensemble, à moins qu'ils ne soient membres d'une même famille. Des organisations spécialisées doivent être autorisées à rendre visite aux détenus pour s'assurer de leur sécurité et de leurs conditions de vie.

Facteurs sociaux et psychologiques

La vie en camp de réfugiés peut entraîner une disparition des structures sociales traditionnelles, une frustration, de l'ennui, l'abus d'alcool et de drogues et un sentiment d'impuissance qui peuvent favoriser les agressions et la violence sexuelle. C'est pourquoi des activités éducatives, récréatives et génératrices de revenus doivent être proposées.

Réponses à la violence sexuelle

La réponse à la violence sexuelle comprend **la protection, des soins médicaux, un support psychologique et une assistance sociale.**

Mesures de sécurité

Après tout acte de violence sexuelle, il faut immédiatement veiller à la sécurité physique de la victime. Toutes les mesures prises doivent être guidées par l'intérêt de la victime dont les souhaits doivent être toujours respectés. Dans la mesure du possible, l'identité de la victime doit être tenue secrète et toutes les informations conservées sous clé à l'abri de personnes non concernées.

Les professionnels de santé doivent protéger au mieux la vie privée de la victime et la rassurer quant à sa sécurité. Elle pourra souhaiter qu'un membre de sa famille ou un(e) ami(e) l'accompagne dans toutes ses démarches. Il ne faudra pas la forcer à parler ni la laisser seule pendant de longs moments. Si l'acte de violence est récent, des soins médicaux peuvent s'imposer. La victime doit alors être accompagnée jusqu'au service médical compétent. Si la victime le décide, il peut s'avérer nécessaire de contacter la police.

La suite des événements et toutes les procédures qui en découlent devront être clairement expliquées à la victime afin d'obtenir son consentement éclairé et de la préparer psychologiquement.

Soins médicaux

Les éléments clés d'une intervention médicale contre la violence sexuelle sont décrits ci-dessous. Les professionnels de santé devront être formés pour prodiguer ce type de services. Un soutien psychologique devra être instauré dès la première rencontre avec la victime. Un protocole sera établi afin de définir les présentations médicales et psychologiques à proposer aux victimes.

Présence d'un professionnel de santé de même sexe que la victime veillant au respect de son intimité et à la confidentialité des services

L'examen initial et les consultations à venir doivent être assurés par un médecin (ou un professionnel de santé qualifié) de même sexe. La victime doit être préparée à l'examen clinique et, peut être accompagnée (si elle le souhaite) d'un membre du personnel qui connaît bien les procédures, d'un membre de sa famille ou d'un(e) ami(e). Un strict respect de la confidentialité doit être garanti. Le personnel s'occupant de la victime doit être sensible, discret et attentif.

Noter tous les antécédents médicaux et procéder à un examen clinique

La victime ne doit ni se doucher, ni uriner ou déféquer, ni changer ses vêtements avant l'examen médical, car des éléments de preuve risqueraient de disparaître.

Un rapport détaillé du viol doit être établi, incluant la nature de la pénétration, le cas échéant s'il y a eu ou non éjaculation, la date des dernières règles, les méthodes de contraception utilisées, et l'état de santé mentale de la victime. Les procédures d'examen médical suite à un viol devront

être établies conformément à la législation en vigueur du pays, lorsqu'elle existe.

Les résultats de l'examen clinique, l'état des vêtements, toute matière étrangère adhérent au corps, toute meurtrissure, même mineure, les égratignures, les traces de morsure, les hématomes, etc., et les résultats de l'examen pelvien devront être consignés. Les agents de santé recueilleront les matières susceptibles de servir de preuve (cheveux, morceaux d'ongles, échantillons de sperme, de salive et de sang).

Effectuer les tests de laboratoire et donner les traitements nécessaires

Les tests suivants pourront être prescrits pour établir des maladies préexistantes: test de dépistage de la syphilis (ou équivalent), test de grossesse et test de séropositivité au VIH.

Le traitement de maladies sexuellement transmissibles (MST) courantes telles que la syphilis, la blennorragie et l'infection à chlamydiae pourra être indiqué. Il faudra également envisager une vaccination antitétanique.

Proposer une contraception d'urgence et fournir des informations détaillées

1. Des pilules contraceptives d'urgence peuvent empêcher des grossesses non désirées si elles sont utilisées dans les 72 heures suivant le viol. Comme le décrit l'OMS, « les pilules contraceptives d'urgence opèrent en interrompant le cycle reproductif d'une femme en retardant ou en inhibant l'ovulation, en bloquant la fécondation ou en empêchant l'implantation de l'œuf. Les pilules contraceptives d'urgence n'interrompent pas une grossesse et ne sont donc pas considérées comme une méthode d'avortement ». L'OMS admet que cette description ne fait pas l'unanimité et que certains estiment que les pilules contraceptives d'urgence sont des abortifs. Les femmes et les professionnels de santé qui sont de cet avis n'ont pas obligation à participer à un tel traitement. Les femmes qui sollicitent

ce service devront bénéficier d'informations détaillées afin de prendre leur décision en toute connaissance de cause.

Les pilules contraceptives d'urgence ne doivent pas être considérées comme un substitut à l'usage régulier de méthodes contraceptives. Les femmes doivent être conseillées sur leurs futurs besoins et choix en matière de contraception.

Voir annexe 1 pour de plus amples détails concernant l'utilisation des pilules contraceptives d'urgence.

2. Des dispositifs intra-utérins (DIU) à base de cuivre peuvent être utilisés comme moyen de contraception d'urgence. Ils peuvent convenir à des femmes qui souhaitent conserver le DIU comme méthode de contraception et qui répondent aux indications de pose d'un DIU. Un DIU posé dans les cinq jours est un moyen efficace de contraception d'urgence.

Cependant, la pose d'un DIU exige un personnel qualifié et une surveillance bien plus rigoureuse que les pilules contraceptives d'urgence. Les femmes désirant utiliser cette méthode doivent être examinées afin d'écartier celles qui sont enceintes, souffrent d'infections des voies génitales ou risquent de contracter des MST, y compris l'infection au virus du VIH/SIDA.

Comme pour les pilules contraceptives d'urgence, les femmes et les praticiens qui le désirent n'ont aucune obligation à s'associer à un tel traitement. Les femmes qui le sollicitent devront bénéficier d'informations détaillées afin de prendre leur décision en toute connaissance de cause.

Assurer la continuité des soins

Il faut conseiller aux femmes de revenir en consultation pour bénéficier d'exams de suivi une ou deux semaines après la première visite. Les prestataires de services devront contrôler ce suivi. D'autres tests de dépistage et de traitement, par exemple de MST, ou une orientation vers d'autres services de santé reproductive, pourront se révéler nécessaires pendant le suivi. De nouvelles consultations (test de grossesse et dépistage du VIH) pourront également s'avérer nécessaires.

Soins psychosociaux

Les victimes de violences sexuelles éprouvent fréquemment de la peur, de la culpabilité, de la honte et de la colère. Elles adoptent parfois des mécanismes de défense incluant l'oubli, le déni et un profond refoulement des événements. Les réactions vont de la dépression bénigne à de sérieux troubles mentaux chroniques en passant par la mélancolie, l'angoisse, la phobie et des problèmes somatiques. Les réactions extrêmes à des violences sexuelles peuvent conduire au suicide ou, en cas de grossesse, à l'abandon ou même à l'infanticide.

Les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables aux traumatismes. Les prestataires de services, le personnel humanitaire et les agents de sécurité doivent porter une attention particulière à leurs besoins psychosociaux.

Il faut faire preuve, à l'égard des victimes de viol, de compréhension, d'attention et de support. À terme, et dans la plupart des cultures, le soutien de la famille et des amis sera probablement le facteur le plus important qui aidera une personne victime de viol ou de violence sexuelle à surmonter son traumatisme. Les activités organisées avec la communauté sont très efficaces pour lutter contre ce type de traumatisme. Il pourra s'agir :

- d'identifier et de former des travailleurs sociaux traditionnels appartenant à la communauté ;
- d'instaurer des groupes de soutien féminins ou des groupes de soutien spécialement créés pour les victimes de violences sexuelles et leur famille ;
- de créer des centres de consultation pour les victimes de violences sexuelles où elles peuvent recevoir des soins confidentiels et bénéficier d'une écoute attentionnée (voir Bibliographie).

Ces activités doivent être adaptées à la culture locale et conçues en étroite collaboration avec les membres de la communauté. Elles nécessiteront un soutien financier et logistique constant et, au besoin, une formation et une surveillance appropriées.

Des consultations de qualité assurées par des professionnels qualifiés (conseillers, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues ou psychiatres – de préférence de même origine que la victime) devront être proposées le plus rapidement après l'agression. Réconfort, gentillesse et confidentialité absolue sont des aspects essentiels de toute activité de conseil. Les conseillers doivent également apporter un soutien à la victime si celle-ci éprouve des problèmes post-traumatiques, ou des difficultés à assumer les réactions de sa famille et de sa communauté, ou même affronter des procédures juridiques.

Les activités de conseil ont pour objectif d'aider les victimes :

- à comprendre ce qui leur est arrivé ;
- à surmonter leur sentiment de culpabilité ;
- à exprimer leur colère ;
- à prendre conscience qu'elles ne sont pas responsables de l'agression ;
- à savoir qu'elles ne sont pas seules ;
- à bénéficier de réseaux et des services de soutien.

Questions particulières

Violence sexuelle domestique

Il faut faire preuve de prudence avant d'intervenir dans des problèmes domestiques car la victime de viol et/ou d'autres membres de la famille risquent d'être exposés à de nouvelles violences. Si la victime doit retourner vivre auprès de l'auteur des violences, des représailles peuvent s'ensuivre, surtout si ce dernier apprend que le problème a été signalé. Chaque situation doit être évaluée individuellement, en étroite coopération avec des collègues pour déterminer la suite à donner la plus appropriée. Les prestataires de services peuvent choisir de renvoyer la question devant un comité de discipline, informer les autorités ou offrir des conseils discrets à la victime quant aux différentes solutions s'offrant à elle.

Enfants nés d'un viol

Ces enfants risquent d'être maltraités, voire abandonnés par leur mère et leur famille. Ils doivent être étroitement surveillés. Un soutien doit être apporté à la mère. Il importe de veiller à ce que la famille et la communauté ne stigmatisent ni l'enfant, ni la mère. Si l'enfant est rejeté, négligé ou maltraité, il faudra envisager un placement en familles d'accueil ou son adoption.

Aspects juridiques

Le gouvernement sur le territoire duquel l'agression sexuelle s'est produite doit prendre des mesures telles que mener une enquête approfondie, identifier et poursuivre les auteurs, protéger les victimes contre d'éventuelles représailles. Dans tous les cas, les souhaits de la victime doivent être respectés lorsque les aspects juridiques de l'affaire sont abordés. Le respect de la confidentialité doit être garanti.

Toutes les organisations devraient préconiser l'adoption et/ou l'application, par les pays, de lois contre la violence sexuelle conformément aux obligations juridiques internationales. Ceci inclut la poursuite des auteurs et la mise en œuvre de mesures de protection de la victime.

Le responsable local du HCR chargé de la protection doit connaître le droit pénal et civil du pays hôte concernant le viol et la violence sexuelle avant qu'ils ne se produisent et ce afin de connaître la procédure à suivre et les conseils à donner aux victimes (voir appendice 2).

Suivi

Le suivi des cas de violence sexuelle doit faire partie des tâches systématiques des services de santé, des agents de sécurité et, au besoin, d'autres personnes concernées. En outre, une évaluation régulière de l'aptitude des agents de santé à offrir des soins médicaux et psychosociaux de qualité aux victimes de viol devra être réalisée. Dans l'idéal, ces soins doivent être prodigués le plus rapidement possible après le viol.

Indicateurs de violence sexuelle

- ✓ Indicateurs à collecter au niveau du centre de santé
 - Incidence de la violence sexuelle (cas signalés/10000 individus)
 - Services proposés aux victimes de viol
 - Soins apportés en temps utile aux victimes de viol
- ✓ Indicateurs pouvant être mesurés annuellement
 - Nombre d'auteurs de violences sexuelles poursuivis
 - Pourcentage de professionnels de santé formés à la prise en charge des victimes de violence sexuelle

(Se reporter au chapitre 9 – Suivi et surveillance)

Bibliographie

« Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery », OMS, Genève, 1998.

« Emergency Contraception Pills. A Resource Packet for Health Care Providers and Programme Managers », Consortium for Emergency Contraception, New York, 1997.

Heise Lori L., « Violence Against Women – the Hidden Health Burden », World Bank Discussion Papers, No. 255, Banque Mondiale, Washington DC, 1994.

« How To Guide: Community-based Response to Sexual Violence: Crisis Intervention Teams - Ngara, Tanzania », HCR, Genève, 1997.

« How To Guide: Developing a Team Approach to Prevention and Response to Sexual Violence – Kigoma, Tanzania », HCR, Genève, 1998.

« Mental Health for Refugees », OMS/HCR, Genève, 1994.

« Security Guidelines for Women », Bureau de coordination de la sécurité des Nations Unies, Nations Unies, New York, 1995.

« Sexual Violence against Refugees: Guidelines on Prevention and Response », HCR Genève, 1995.

ANNEXE 1

Recours
aux pilules
contraceptives
d'urgence

Recours aux pilules contraceptives d'urgence

- ✓ **Lorsque des pilules spécialement conditionnées pour la contraception d'urgence sont disponibles dans le nouveau kit sanitaire d'urgence 98, ou dans le kit de santé reproductive ou lorsqu'on dispose de pilules à forte dose contenant 0,5 mg d'éthinylestradiol et 0,25 mg de lévonorgestrel :**
 - ▶ Prendre deux pilules dès que possible dans les 72 heures suivant le viol. Prendre ensuite deux pilules 12 heures plus tard.
- ✓ **Lorsqu'on ne dispose que de pilules à faible dose contenant 0,03 mg d'éthinylestradiol et 0,15 mg de lévonorgestrel :**
 - ▶ Prendre quatre pilules dès que possible sans dépasser le délai de 72 heures après le viol. Prendre ensuite quatre pilules 12 heures plus tard.
- ✓ **Des données récentes indiquent que d'autres méthodes hormonales à base de pilules comprenant uniquement du lévonorgestrel sont également efficaces et présentent beaucoup moins d'effets secondaires. Lorsqu'on dispose de pilules contenant 0,75 mg de lévonorgestrel :**
 - ▶ Prendre une pilule dès que possible sans dépasser le délai de 72 heures après le viol. Prendre ensuite une pilule 12 heures plus tard.

Prise en charge des effets secondaires

Des nausées surviennent chez environ 50 % des femmes utilisant des pilules contraceptives d'urgence combinées et chez 25 % de celles utilisant des pilules composées uniquement de lévonorgestrel. La prise des pilules lors des repas diminue les risques de nausée. L'utilisation systématique d'anti-émétiques à des fins prophylactiques n'est pas recommandée lorsqu'on dispose de ressources financières limitées. En cas de vomissement dans les deux heures suivant la prise des pilules contraceptives d'urgence combinées, il faut renouveler la dose.

Contre-indications

On ne connaît aucune contre-indication médicale à l'utilisation de pilules contraceptives d'urgence. La dose d'hormones utilisées est relativement faible et les pilules ne sont utilisées que pendant une brève période de temps. Les contre-indications associées à l'utilisation continue de contraceptifs hormonaux sont inexistantes.

Des pilules contraceptives d'urgence ne doivent pas être administrées en cas de grossesse confirmée. Des pilules contraceptives d'urgence peuvent être administrées lorsqu'on ne connaît pas avec certitude l'état de grossesse de la femme et que l'on ne dispose pas de tests. Aucun élément n'indique, en effet, qu'il existe des risques pour la femme ou une éventuelle grossesse.

Liste de contrôle relative au programme de lutte contre la violence sexuelle

✓ Interventions clés – Prévention de la violence sexuelle

- Mettre à disposition des femmes une documentation appropriée.
- Renforcer la présence d'agents de protection et d'interprètes de sexe féminin, veiller à ce que tous les agents connaissent les directives de protection des femmes du HCR et des Nations Unies.
- Faciliter le recours aux groupes de femmes existants ou promouvoir la formation de tels groupes pour débattre et répondre aux problèmes de violence sexuelle.
- Améliorer la conception du camp pour accroître la sécurité des femmes.
- Associer les femmes au processus de prise de décisions, en particulier dans les domaines de la santé, dont la santé reproductive, de l'assainissement, de la distribution de nourriture et de la conception et situation du camp.
- Distribuer les produits essentiels (aliments, eau et combustible) directement aux femmes.
- Former tous les intervenants (ONG, fonctionnaires, réfugiés, etc.) à prévenir, à identifier et à répondre aux actes de violence sexuelle.

✓ Interventions clés – réponses aux actes de violence sexuelle

- Élaborer/adapter des protocoles et des directives susceptibles de limiter les traumatismes éprouvés par les victimes de violence sexuelle.
- Engager du personnel de soutien, socialement et culturellement approprié servant de premiers points de contact avec les personnes victimes de violences sexuelles.
- Apporter un soutien psychosocial rapide et culturellement approprié aux victimes de violence sexuelle et à leur famille.
- Assurer, immédiatement après une agression, un suivi médical portant aussi sur les MST, l'infection à VIH et les grossesses non désirées.
- Établir des liens plus étroits entre les agents de sécurité, les groupes de femmes, les accoucheuses traditionnelles et les responsables de la communauté afin de discuter des différents problèmes posés par les agressions.
- Enregistrer les cas en respectant les souhaits et la confidentialité des victimes de viol.

CONFIDENTIEL
Formulaire de déclaration de violence sexuelle

Camp: _____ Auteur du rapport: _____ Date: _____

1) Victime:

Code (*): _____ Date de naissance: _____ Sexe: _____

Adresse: _____

État civil: _____

Si mineure, Code/Nom des parents/Tuteur: _____

2) Rapport sur l'incident:

Lieu: _____ Date: _____ Heure: _____

Description de l'acte de violence sexuelle:
(Préciser son type)

Personnes impliquées:

3) Mesures prises:

Examen médical effectué: Oui Non Par: _____

Principales observations et traitement prescrit:

Personnel de sécurité informé: Oui Non

Si non, raisons avancées:

Si oui, mesures prises:

Support psychologique offert: Oui Non

Par qui, mesures prises

4) Prochaines démarches proposées

5) Suivi

Suivi médical _____

Support psychosocial _____

Poursuites judiciaires _____

Adaptation de: Ngara, Tanzania -
HOW TO GUIDE on Crisis
Intervention Teams.

(*) Des numéros de code devront
être utilisés plutôt que des noms
pour garantir le respect de la
confidentialité.

Toute activité dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles (MST), y compris la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), doit avoir pour objectifs de prévenir et de traiter les MST, de freiner la transmission des contaminations par le VIH et des MST, et d'aider à prendre en charge les personnes atteintes du SIDA.

5

CHAPITRE CINQ

Les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA

Sommaire :

- Introduction
- Mise en œuvre des programmes de lutte contre les MST et le VIH/SIDA
- Suivi

Autres thèmes :

- Dépistage du VIH dans les situations de réfugiés
- Transmission du VIH de la mère à l'enfant; VIH et allaitement du nourrisson
- Formule de calcul des besoins en préservatifs
- Traitement des MST selon l'approche syndromique
- Médicaments pour le traitement des MST
- Arbre de décision de l'OMS, Infections symptomatiques au VIH suspectées
- OMS - médicaments essentiels de prise en charge du VIH/SIDA
- Maladies sexuellement transmissibles



Les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA

Introduction

Les MST, dont le VIH/SIDA, se propagent rapidement dans les situations de pauvreté, d'impuissance et d'instabilité sociale. La désintégration de la vie communautaire et familiale dans les situations de réfugiés se traduit par la rupture des relations stables et par la disparition des normes sociales régissant le comportement sexuel. Les femmes et les enfants sont souvent contraints de subir des relations sexuelles en échange de produits de base essentiels (abri, sécurité, aliments et argent). Des populations à différents niveaux de contamination au VIH avant d'être réfugiées peuvent se retrouver mélangées. Dans de nombreux cas, la population de réfugiés peut correspondre à celle d'une ville, ce qui peut favoriser ainsi les risques de transmission du VIH.

Les MST posent un grave problème de santé publique dans la plupart des pays du monde. Elles ont été largement négligées jusqu'à l'apparition du VIH/SIDA. Aujourd'hui, on prête davantage attention aux MST traditionnelles (blennorragie, syphilis, chlamydie, etc.). Elles figurent parmi les causes les plus fréquentes, même non diagnostiquées, de maladie dans le monde, et ont des conséquences sanitaires, sociales et économiques dramatiques. Les MST accroissent considérablement les risques d'infection par le VIH. La prévention et la lutte contre les MST sont les deux stratégies clés permettant de combattre la propagation du VIH/SIDA.

La majorité des infections au VIH sont transmises par voie sexuelle. On estime qu'entre 5 et 10 % des infections à VIH dans le monde sont transmises par du sang et des produits sanguins contaminés, bien que ce pourcentage diminue maintenant, le sang destiné aux transfusions étant plus régulièrement testé. Dans les situations de réfugiés, il est essentiel de s'assurer que tous les produits sanguins destinés à la transfusion sont testés et que les précautions universelles sont respectées.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant, également appelée « transmission verticale », est le

mode le plus fréquent de transmission du VIH chez les enfants. Plus de 90 % des nourrissons séropositifs sont contaminés par leur mère pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. En l'absence d'intervention, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant se situe entre 15 et 25 % dans les pays industrialisés et entre 25 et 45 % dans les pays en développement. La transmission dépend de plusieurs facteurs qui n'ont pas tous été examinés.

Ces facteurs sont notamment :

- une charge virale importante dans le sang de la mère ;
- une diminution de l'immunité maternelle dans les sécrétions utéro-vaginales et le lait maternel ;
- une rupture prolongée des membranes (plus de quatre heures) ;
- le mode d'accouchement ;
- une hémorragie de la délivrance.

Des enquêtes font apparaître un risque supplémentaire de 7 à 22 % de transmission du VIH par l'allaitement. Une transmission postnatale tardive après les six premiers mois du nourrisson a été décrite dans plusieurs études (*voir annexe 2 sur la transmission du VIH et l'allaitement du nourrisson*).

Il est vraisemblable que des relations vont se créer entre les réfugiés et les populations locales. Il est donc indispensable de se mettre en rapport avec les autorités du pays hôte afin de s'assurer que des services de même nature sont proposés aux populations locales. Ignorer ce point risquerait non seulement de compromettre les efforts déployés pour prévenir la transmission du VIH/SIDA, mais également de créer des conflits entre les deux populations.

Le dépistage obligatoire du VIH chez les réfugiés est parfois demandé car on estime, à tort, que cela aiderait à prévenir la transmission du virus.

En aucun cas un dépistage obligatoire ne doit être effectué. Le dépistage obligatoire du VIH représente une violation des droits de l'homme et n'a aucune justification de santé publique (*voir annexe 1 sur le dépistage du VIH*).

Mise en œuvre des programmes de lutte contre les MST et le VIH/SIDA

Tel que décrit au chapitre 2 (dispositif minimum d'urgence - DMU), lors de toute nouvelle situation de réfugiés rencontrée, trois actions doivent être menées préalablement à toute évaluation (même lors d'une urgence) :

- garantir la mise à disposition de préservatifs gratuits ;
- faire respecter les précautions universelles contre la transmission du VIH/SIDA dans les structures sanitaires ;
- nommer un professionnel de santé pour coordonner les activités de santé reproductive.

Des services complets de prévention et de traitement des MST, y compris du VIH/SIDA, doivent être proposés aux réfugiés le plus rapidement possible. En prenant les mesures suivantes, l'efficacité des services proposés sera garantie.

Analyse de la situation

Il convient d'analyser la situation le plus rapidement possible pour faciliter la mise en place de services de prévention et de traitement appropriés et complets.

On collectera les informations suivantes :

- prévalence des MST et de l'infection à VIH dans les pays, les régions ou les zones d'accueil et d'origine (ces informations sont disponibles auprès des programmes nationaux de lutte contre le sida, de l'ONUSIDA et de l'OMS) ;

- identification en priorité, dans le camp de réfugiés, des zones à risque (lieux de prostitution, de forte consommation d'alcool, bars) en vue d'activités de prévention spécifiques ;
- informations sur les croyances, attitudes et pratiques culturelles et religieuses en matière de sexualité, de santé reproductive, de MST et du SIDA. Ces informations s'obtiennent par des recherches qualitatives sur des groupes cibles, par des entretiens et, si possible par des enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques.

Il est également nécessaire de :

- se mettre en rapport avec les autorités locales pour définir un protocole de traitement des MST ;
- identifier, parmi les réfugiés, les personnes qui ont été formées à la prévention du SIDA et des MST.

Mise en œuvre

L'analyse de la situation permettra de décider des interventions à mener pour lutter contre les MST et le VIH/SIDA. Les mesures décrites ci-dessous sont à mettre en place lors de toute situation de réfugiés : respect des précautions universelles dans les structures de santé, transfusion sanguine sans risque, mise à disposition de préservatifs, traitement des MST, activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), et prise en charge globale des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Respect des précautions universelles dans les structures sanitaires

Les précautions universelles font parties du DMU (voir chapitre 2) et sont essentielles pour prévenir la transmission du VIH entre malades, et entre malades et agents de santé. Dans la mesure où les personnes travaillant sous pression sont plus à même d'avoir des accidents du travail et de ne pas respecter les techniques de stérilisation et de contrôle des infections, les mesures adoptées durant les crises doivent être faciles à appliquer et respectées.

Le principe fondamental de la lutte contre le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles par le sang, les produits sanguins et les liquides corporels **consiste à considérer que ces derniers sont tous potentiellement infectés.**

Les conditions minimales à respecter pour lutter efficacement contre les infections sont les suivantes :

- Installations permettant un **lavage fréquent des mains**. Les mains doivent être lavées au savon et à l'eau, surtout après un contact avec des liquides corporels ou des blessures.
- Mise à disposition de **gants** pour toutes les interventions impliquant un contact avec le sang ou autres liquides corporels potentiellement infectés. Les gants doivent soit être jetés après chaque intervention sur un malade, soit être lavés ou stérilisés avant d'être réutilisés. Des gants plus épais doivent être portés lors du transport de matériaux et d'objets pointus ou tranchants à éliminer.
- Mise à disposition de **vêtements de protection** (blouses ou tabliers imperméables). Des masques et des lunettes de protection doivent être portés chaque fois qu'il existe un risque d'exposition à de grandes quantités de sang.
- **Manipulation avec précaution des objets pointus ou tranchants**. Des récipients ne pouvant être percés par les instruments pointus ou tranchants doivent être aisément disponibles à proximité des interventions et hors de portée des enfants. Les instruments pointus ou tranchants ne doivent jamais être jetés dans des poubelles ou des sacs ordinaires.
- **Élimination des déchets**. Les individus, en particulier les jeunes enfants, qui luttent pour survivre, récupèrent souvent les détrit. Il est donc vital d'assurer une élimination sans danger des déchets. Tous les déchets médicaux doivent être brûlés. Ceux qui présentent encore une menace (instruments pointus ou tranchants) doivent être enterrés dans une fosse profonde au moins à 10 mètres de toute source d'eau. Les déchets médicaux ne doivent pas être déposés dans des décharges publiques.
- **Nettoyage, désinfection et stérilisation**. Des stérilisateurs à vapeur sous pression sont recommandés pour nettoyer les instruments médicaux après chaque utilisation entre deux malades. En l'absence de moyens de stérilisation ou dans le cas d'instruments sensibles à la chaleur, les instruments doivent être nettoyés et désinfectés en profondeur. Le VIH peut être neutralisé par ébullition pendant 20 minutes ou en faisant tremper les instruments pendant 20 minutes dans des solutions chimiques telles qu'une solution à 5 % de chlore ou une solution à 2 % de glutaraldéhyde.
- **Manipulation correcte des cadavres**. Il est conseillé au personnel humanitaire de porter des gants et de protéger toute plaie qu'ils pourraient avoir aux mains ou aux bras lorsqu'ils manipulent des cadavres. Par la suite, ils doivent se laver soigneusement au savon et à l'eau. Il convient de faire tout spécialement attention aux liquides corporels qui peuvent être potentiellement infectés.
- **Traitement des blessures durant le travail**. En cas de blessure par un instrument pointu ou tranchant, la plaie doit être lavée soigneusement au savon et à l'eau. Les projections de sang et d'autres liquides corporels dans la bouche ou les yeux doivent être soigneusement rincées à l'eau ou à l'aide d'une solution saline. Les autres procédures à suivre en cas d'expositions accidentelles ont été établies par Médecins sans frontières (MSF). Un traitement prophylactique contre la contamination par le VIH, également appelé « thérapie post-exposition » (TPE) pourra se justifier.

Des directives contenant des informations sur les risques potentiels liés à l'environnement, sur la façon de se protéger contre ces risques et sur les mesures à prendre en cas d'accident (piqûre d'aiguille, coupure ou projection de sang) doivent être établies et distribuées au personnel de terrain. Il est également important de fournir des informations claires sur les actions ne présentant aucun risque. Ce guide doit indiquer dans quelles circonstances et pourquoi il faut porter des vêtements de protection. Les agents de santé

doivent également être conseillés quant à la façon d'éviter les injections inutiles et sur toute autre procédure faisant appel à des instruments pointus.

La mise à disposition de préservatifs

Les préservatifs, utilisés systématiquement et correctement, offrent une protection efficace contre les MST, y compris la transmission sexuelle du VIH. Étant donné que de nombreux réfugiés connaissent leur usage, ils peuvent demander des préservatifs lors des premières phases d'une d'urgence. Le DMU (chapitre 2) contient des préservatifs qui doivent être distribués gratuitement à ceux qui en font la demande. Il faut saisir toutes les opportunités pour sensibiliser et promouvoir les préservatifs comme méthode de protection contre les MST, y compris l'infection au VIH. Le préservatif féminin n'est pas encore très connu ; si on en dispose néanmoins, il doit être utilisé comme méthode complémentaire de protection.

Approvisionnement en préservatifs de qualité.

Il existe sur le marché de nombreuses marques de préservatifs. Si une organisation n'a pas d'expérience en matière d'achat de préservatifs, elle peut s'adresser à l'ONUSIDA, au FNUAP, au HCR ou à l'OMS, qui faciliteront l'achat en grande quantité et à moindre coût de préservatifs de qualité. L'annexe 3 montre comment calculer le nombre de préservatifs nécessaires. Des préservatifs de bonne qualité sont essentiels tant pour la protection de l'utilisateur que pour la crédibilité du programme d'assistance humanitaire.

Distribution des préservatifs. Pour assurer la disponibilité permanente de préservatifs dans les situations de réfugiés, un système de distribution doit être mis en place. Ce système doit comporter les éléments suivants :

- Des campagnes de promotion doivent être organisées lors des rencontres de football, des rassemblements de masse, des soirées de danse, des manifestations théâtrales, des groupes de discussion, etc., afin de promouvoir l'utilisation des préservatifs et d'informer la population où elle peut les obtenir.
- Des contacts s'établiront vraisemblablement entre les réfugiés et les populations locales. Des préservatifs doivent donc également être mis à disposition des populations dans l'ensemble de la région d'accueil. À cet effet, il convient de se mettre en rapport avec les associations de prévention du sida et de planification familiale de la région.
- Une fois la situation stabilisée, les professionnels de santé doivent décider s'ils doivent ou non poursuivre la distribution gratuite de préservatifs. L'introduction d'une formule de recouvrement partiel des coûts (marketing social) peut être envisagée lorsqu'elle semble réalisable et adaptée à la situation. Dans la mesure du possible, le réseau de distribution de préservatifs peut être étendu aux agents communautaires, boutiques, bars, associations de jeunes et groupes de femmes, etc. Les stratégies de marketing social du pays hôte ou du pays d'origine peuvent être appliquées dans les situations de réfugiés.

Sécurité transfusionnelle

Aucune transfusion sanguine ne doit être effectuée tant que les conditions de sécurité nécessaires, dont le dépistage du VIH, n'existent pas. La transfusion sanguine sans risque peut être organisée, dans les camps de réfugiés, lors d'opérations majeures ou mise en œuvre dans des structures de santé locales après accord du ministère de la santé. En cas d'utilisation des structures de santé locales, elles doivent être renforcées par le programme d'assistance aux réfugiés.

La probabilité d'être contaminé par le VIH en cas de transfusion par du sang infecté dépasse les 90 %. Les mesures à mettre en place pour effectuer des transfusions sans risque en situations de réfugiés sont extrêmement importantes.

- Des préservatifs avec les consignes d'utilisation doivent être disponibles sur demande dans les structures de santé (en particulier dans ceux où sont traitées les MST) et dans les centres de distribution (tels que les centres de distribution de denrées alimentaires ou autres). Le personnel doit être formé à la promotion, à la distribution et à l'utilisation des préservatifs.

Les recommandations essentielles, de prévention de l'infection à VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang sont les suivantes :

- ne transfuser que du sang préalablement testé et seulement en cas de nécessité absolue ;
- utiliser des substituts sanguins : cristalloïdes simples (solution saline physiologique pour administration intraveineuse) et des colloïdes dans la mesure du possible ;
- prélever du sang auprès de donneurs identifiés comme risquant le moins de transmettre des agents infectieux. La sélection de donneurs sains peut être facilitée en fournissant des informations claires aux donneurs potentiels sur les raisons justifiant ou non leur don de sang, et en leur faisant remplir un questionnaire. Les donneurs bénévoles non rémunérés sont plus sûrs que les donneurs rémunérés. Les informations personnelles sur le donneur doivent être utilisées de manière strictement confidentielle ;
- fournir des réactifs permettant de dépister le VIH dans le sang du donneur. Le dépistage du VIH et d'autres agents infectieux doit s'effectuer en utilisant les tests les plus appropriés ;
- développer des politiques et des protocoles/directives sur l'utilisation appropriée du sang destiné à la transfusion, le recrutement et la prise en charge des donneurs et l'élimination hygiénique des déchets (poches à sang, aiguilles et seringues) ;
- nommer un professionnel expérimenté comme responsable des services de transfusion sanguine des réfugiés.

Accès aux traitements des MST

Dans la mesure où le risque de transmission du VIH s'accroît fortement en présence d'autres MST, des services de traitement de ces pathologies doivent être rapidement créés et intégrés au sein des services de santé de base. Les MST et leurs complications (stérilité, syphilis congénitale) sont une cause majeure de maladies et le nombre de cas enregistrés est en règle générale fortement inférieur au nombre de cas réels.

La prévention des MST passe par la promotion d'une sexualité sans risque ainsi que par leur dépistage, l'information du (des) partenaire(s) et une prise en charge rapides et efficaces.

Les services de traitement des MST doivent être conviviaux, privés et confidentiels. Des dispositions spéciales peuvent s'avérer nécessaires pour mettre en confiance les femmes et les jeunes qui utilisent ces services. Dans de nombreuses sociétés, les femmes ne consulteront pas dans un centre de santé où tout le personnel est de sexe masculin, surtout si leur état nécessite un examen médical. Dans cette situation, les services destinés aux femmes doivent être assurés par du personnel féminin.

Les conditions d'une prise en charge appropriée et efficace des patients sont les suivantes :

- formation du personnel soignant ;
- élaboration de directives de prise en charge des patients (définitions et protocoles) ;
- mise à disposition permanente des médicaments appropriés ;
- mise à disposition permanente de préservatifs ;
- suivi ;
- identification de personnels assistants ou de travailleurs bénévoles pour prendre soin des malades atteints de MST.

Formation des personnels soignants. Le personnel soignant, y compris les travailleurs bénévoles, doit recevoir une formation à la prévention des MST et du VIH/SIDA, disposer de matériel d'information et faciliter la distribution de préservatifs. Les professionnels de santé doivent apprendre à traiter les MST en fonction des syndromes.

La formation des agents de santé doit porter sur les aspects suivants :

- reconnaissance des syndromes en vue du diagnostic ;
- traitement efficace en fonction des syndromes observés ;

- importance de la confidentialité ;
- formation à la prévention et au conseil axés sur des groupes cibles de population ;
- promotion et mise à disposition des préservatifs ;
- information et prise en charge des partenaires ;
- suivi.

Prise en charge des MST. Le traitement des cas symptomatiques doit être standardisé sur une base syndromique et ne doit pas dépendre des analyses de laboratoire. Un protocole de traitement (conforme au protocole national) reposant sur une prise en charge liée à un diagnostic syndromique doit être établi et adopté (voir les exemples figurant aux annexes 4 et 5). On utilisera d'entrée les médicaments les plus efficaces.

L'établissement des besoins initiaux en matière de médicaments doit être calculé à l'aide des données disponibles dans le pays d'origine ou estimé suivant la méthode indiquée à l'annexe 8. Le suivi permettra ensuite de déterminer les besoins réels. Si les activités d'IEC sont efficaces, si les services sont conviviaux et si la population environnante utilise les services de santé, les besoins en médicaments risquent d'augmenter rapidement.

Les partenaires des patients atteints de MST sont probablement contaminés aussi et doivent être traités. Chaque patient doit recevoir une/plusieurs fiche(s) de contact qu'il transmettra à son/ses partenaire(s) sexuel(s). Grâce à ces fiches de contact, les partenaires bénéficieront du même traitement que le patient. Ce processus doit être confidentiel, volontaire et non coercitif, et doit associer tous les partenaires sexuels de chaque patient consultant pour une MST.

Utiliser l'approche syndromique pour gérer les cas de MST permet de prodiguer des soins efficaces pour les cas symptomatiques sans avoir recours à un laboratoire. La seule exception est le dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes par des examens de laboratoire. Ce type de dépistage se justifie sur le plan

économique même dans les lieux où la prévalence de la syphilis dans la population générale est aussi faible que 1 %.

Information, éducation et communication (IEC)

Les activités d'information, d'éducation et de communication sont la clé de toute stratégie réussie de lutte contre le VIH/SIDA et les MST. Elles comprennent diverses activités menées à différents niveaux, qu'il s'agisse d'une formation intensive de personne à personne ou d'une diffusion d'informations à grande échelle (voir appendice 1).

Prise en charge globale des personnes séropositives et atteintes du sida

La prise en charge globale des personnes atteintes de maladies dues au VIH doit faire partie intégrante des soins de base proposés aux réfugiés. Cela vaut en particulier lorsque les réfugiés proviennent d'une région où les maladies liées au VIH sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité (voir annexe 6, Arbre de décision de l'OMS sur les infections à VIH symptomatiques pour leur prise en charge clinique).

La prise en charge globale comprend :

- la **prise en charge clinique** impliquant un diagnostic précoce des maladies liées au VIH, un traitement rationnel et une planification du suivi ;
- les **soins de soutien** destinés à promouvoir et à maintenir une bonne hygiène et un bon état nutritionnel ;
- l'**éducation** individuelle et des familles sur la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH ;
- les **conseils** pour aider les individus à prendre des décisions réfléchies sur le dépistage du VIH, pour limiter le stress et l'angoisse, et pour promouvoir une sexualité sans risque ;
- le **soutien social** incluant l'information et l'orientation des malades vers des groupes de soutien, des services d'aide sociale et de conseils juridiques ;

- le **système de soins à domicile** pour les personnes ayant atteint un stade avancé de la maladie due au VIH ou au sida doit être rapidement mis en place dans les situations de réfugiés ;

L'introduction d'une prise en charge globale VIH/SIDA dans les situations de réfugiés implique :

- une sensibilisation des personnels de santé aux maladies liées au VIH et au sida ;
- une mise en place d'une politique sur le rôle du dépistage volontaire et confidentiel du VIH (avec conseils avant et après le test) en vue d'un diagnostic clinique (voir annexe 1). Si le pays hôte propose des services de consultation et de test volontaires à la population locale, il convient de discuter avec les autorités en vue d'examiner la possibilité d'étendre ces services aux réfugiés ;
- l'adaptation aux réfugiés des procédures cliniques et de soins infirmiers existants pour la prise en charge des maladies liées au VIH, dans les centres de santé primaires et secondaires. Ceci doit inclure les directives concernant le transfert des personnes atteintes de maladies liées au VIH soit vers des établissements plus spécialisés, soit vers des services de soins à domicile ;
- d'établir une liste des médicaments essentiels pour traiter les maladies liées au VIH et pour mettre en place les mécanismes d'achat et de distribution de ces médicaments ;
- la formation des agents de santé au respect des protocoles cliniques ;
- la formation des professionnels de santé et des travailleurs bénévoles au conseil et la mise en place de directives y afférant. Ceci pourra être intégré dans les informations sur des problèmes autres liés à la situation des réfugiés. Ces actions s'avéreront utiles si le personnel donnant ces informations n'est pas remplacé trop fréquemment ;
- d'intégrer les séropositifs et les malades atteints du sida dans les programmes de formation ;
- l'assurance que les soins pour les malades séropositifs au VIH sont pleinement intégrés aux services curatifs des soins de santé de base et que les éléments de prévention (tels que la distribution de préservatifs) et de traitement des MST en font partie intégrante ;
- le développement au sein de la communauté de l'entraide envers les malades atteints du SIDA en :
 - explorant le potentiel de discrimination et de stigmatisation dans la communauté,
 - étudiant les compétences et les aptitudes de la communauté ainsi que son engagement,
 - encourageant la création et la formation de groupes d'entraide et de groupes de soutien au sein de la communauté,
 - lançant des activités de soutien par la communauté en utilisant les groupes d'entraide créés.

Suivi

Les statistiques sur le nombre de patients consultant pour des MST ou pour une contamination au VIH/SIDA ou sur ceux détectés par les services de santé sont essentielles pour la planification des services et en tant qu'indicateurs sur l'évolution de la prévalence des MST dans la communauté. Il faut toujours supposer que le nombre de cas enregistrés est inférieur au nombre de cas réels. Les administrateurs de programmes de santé peuvent souhaiter s'assurer de la présence de réseaux informels de traitement des MST tels que ceux des marchés locaux.

Indicateurs des MST/VIH/SIDA

- ✓ Indicateurs à collecter auprès du centre de santé
 - Comparaison entre le pourcentage de sang faisant l'objet d'un dépistage du VIH avant transfusion et celui du sang positif au VIH
 - Incidence des MST
 - Respect des précautions universelles
- ✓ Indicateurs à collecter au niveau de la communauté
 - Points de distribution de préservatifs
 - Connaissance de l'utilisation correcte des préservatifs
 - Utilisation des préservatifs
- ✓ Indicateurs sur la formation et la qualité des soins
 - Formation des agents de santé à l'approche syndromique
 - Qualité de la prise en charge des MST

(Se reporter au chapitre 9 - Surveillance et suivi).

Bibliographie

« Essential aids information resources », OMS/ahrtag, Genève/Londres, 1994.

« Guide pour combattre l'infection à VIH dans les situations d'urgence », HCR/OMS/ONUSIDA, Genève, 1996.

« Working with young people : a guide to preventing hiv/aids and STDs », Commonwealth Secretariat, OMS/UNICEF, Londres, 1996.

Précautions générales

« A practical guide to infection control : how to use universal precautions and plan for essential supplies », OMS, Genève, 1995.

« Guidelines on disinfection and sterilisation », Médecins sans Frontières (MSF), Bruxelles, 1994.

« Guidelines on procedures to be followed after an accidental exposure to blood », MSF, Bruxelles, 1997.

Préservatifs

« Managing condom supply manual », OMS, Genève, 1994.

« Specifications and guidelines for condom procurement », OMS, Genève, 1995.

« The female condom : an information pack », OMS/ONUSIDA, Genève.

« The female condom and aids : UNAIDS point of view », Genève, 1998.

« The male latex condom », OMS/ONUSIDA, Genève, 1998.

Sécurité transfusionnelle

« Blood needs in disaster situations : practical advice for emergencies », transfusion international, n° 59, mars 1993.

« Blood safety », UNAIDS point of view, Genève.

« Blood safety », UNAIDS technical update, Genève.

« Guide for planning operations for refugees, displaced persons and returnees: from emergency response to solutions », Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, 1993.

« Guidelines for the appropriate use of blood », OMS, Genève, 1989.

« Use of blood plasma substitutes and plasma in developing countries », OMS, Genève, 1989.

Dépistage du VIH et conseil

« Counselling and HIV/AIDS », UNAIDS technical update, Genève, 1997.

« Guidelines for blood donor counselling on human immunodeficiency virus (HIV) », International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies/OMS/GPA, Genève, 1994 (who/gpa/tco/hcs/94.2).

« Policy of HIV testing and counselling », UNUSIDA, unaids/97.1

« Recommendations for the selection and use of HIV antibody tests », WHO weekly epidemiological record, no. 20: 145-9, Genève, 1997.

« Voluntary counselling and testing », UNAIDS technical update, Genève, 1999.

Traitement des MST

Adler, M., Foster, S., Richens, J., Slavin, H., « STD infections - guidelines for prevention and treatment », ODA/DFID Occasional Paper, Londres, 1996.

« Management of sexually transmitted diseases », OMS, Genève, 1994.

« Prescribing information: drugs used in sexually transmitted diseases and HIV infection », OMS, Genève, 1995.

« Les maladies sexuellement transmissibles: politiques et principes de prévention et de soins », ONUSIDA/OMS, Genève, 1997.

« STD case management workbooks », WHO/CPTCO/PMT/95.18a, Genève, 1995.

« The public health approach to STD control », UNAIDS technical update, Genève, 1998.

Soins intégrés

« AIDS home care handbook », OMS, Genève, 1993.

« Guidelines for the clinical management of HIV infection in adults », OMS, Genève, 1991.

« Guidelines for the clinical management of HIV infection in children », OMS, Genève, 1993.

« HIV/AIDS counselling: a key to caring, guidelines for policy makers and planners », OMS, Genève, 1995.

Traitement standard et médicaments essentiels pour le traitement du VIH/sida

« Access to drugs », UNAIDS and essential drugs for HIV-related conditions, OMS/dap, Genève, 1997.

« WHO model prescribing – drugs used in HIV infections », OMS/EDM, Genève, 1999.

Liste de contrôle relative aux programmes de lutte contre les MST et le VIH/SIDA

- Dans le cadre du DMU: Garantir la mise à disposition de préservatifs gratuits
 Faire respecter les précautions universelles.
- ✓ Réalisation d'un état des lieux sur les MST et le VIH/SIDA.
 - ✓ Identification de personnes formées au sein de la communauté de réfugiés.
 - ✓ Mise en place de programmes d'information, d'éducation et de communication.
 - ✓ Respect des précautions universelles dans les structures sanitaires.
 - ✓ Mise à disposition avec facilité d'accès de préservatifs gratuits de qualité.
 - ✓ Mise en place d'un système de distribution de préservatifs.
 - ✓ Mise en place de services de transfusion sanguine sans risques, dissémination des directives, mise à disposition des tests de dépistage du VIH, formation du personnel.
 - ✓ Établissement et dissémination des protocoles de traitement des MST.
 - ✓ Mise à disposition des médicaments nécessaires au traitement des MST.
 - ✓ Le personnel est formé ou recyclé à l'approche syndromique, et au traitement des MST basé sur cette approche.
 - ✓ Mise en place d'un système de notification et de traitement des partenaires.
 - ✓ Mise en place de consultation et de services de dépistage volontaires (si nécessaire).
 - ✓ Mise en place de services de soins à domicile pour les personnes atteintes du sida.
 - ✓ Mise en place de services de consultation et d'entraide pour les personnes victimes du VIH/SIDA.

ANNEXE 1
Dépistage
du VIH
dans les situations
de réfugiés

Dépistage du VIH dans les situations de réfugiés

Les ressources disponibles pour le dépistage du VIH doivent servir, avant toute chose, à garantir l'innocuité du sang destiné aux transfusions. Un programme de dépistage volontaire du VIH et de conseil est une priorité secondaire dans une situation de réfugiés, il doit cependant être développé si les ressources et les services sont disponibles dans le pays hôte ou s'ils l'étaient dans le pays d'origine.

Le dépistage du VIH peut être indiqué pour diagnostiquer des maladies liées à l'infection à VIH, mais à deux conditions :

- Le consentement de la personne, avec une consultation avant et après le test, ainsi que sa confidentialité sont garantis ;
- Un test de confirmation du diagnostic est réalisé conformément à la politique de l'ONUSIDA en matière de tests de contamination au VIH et de consultations.

Les personnes contaminées par le VIH ou victimes du SIDA doivent demeurer au sein de leur communauté ou dans le camp de réfugiés, elles doivent y avoir un accès égal aux soins et aux services d'entraide.

Position de l'ONUSIDA et de l'OMS sur le dépistage obligatoire du VIH chez les réfugiés

Le dépistage obligatoire du VIH chez les réfugiés, en dehors des transfusions sanguines, ne se justifie en aucun cas. L'OMS ET L'ONUSIDA estiment que le recours au dépistage ne peut pas faire l'objet d'un choix politique car :

- ✓ L'identification, par dépistage obligatoire, des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida n'aide en rien pour stopper la propagation du virus.
- ✓ Le dépistage obligatoire est une violation des droits de l'homme et expose les personnes identifiées comme séropositives à la discrimination et aux persécutions.
- ✓ Un test VIH négatif n'exclut pas la possibilité d'une infection à VIH pour la personne testée. Il y existe une période latente de plusieurs semaines après l'infection durant laquelle le test du VIH peut être négatif, mais durant cette période la personne peut cependant transmettre l'infection lors d'un rapport sexuel non protégé ou par son sang. Occasionnellement les tests peuvent aussi être faux négatifs.
- ✓ Un test négatif de VIH n'offre aucune assurance que la personne testée ne sera pas au contact du VIH et contaminée peu après.
- ✓ Un test négatif de VIH en conséquence n'autorise pas à négliger les précautions universelles que les professionnels de santé doivent toujours observer ; un test de VIH négatif n'est pas non plus une raison pour ne pas respecter les directives et procédures de la stérilisation pendant les interventions cliniques. En pratique, chaque patient doit être considéré comme porteur potentiel du VIH, du virus de l'hépatite B ou de toute autre infection transmise par le sang, puisque le dépistage ne réduit en rien le potentiel de transmission de ces maladies.
- ✓ Le HCR et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) ont publié en 1990 une politique commune qui s'oppose catégoriquement à l'utilisation du dépistage obligatoire du VIH, et à toute restriction fondée sur la séropositivité ou la séronégativité d'un réfugié. Néanmoins, certains pays ont adopté une politique de dépistage obligatoire du VIH envers les réfugiés et excluent ceux qui se révèlent séropositifs. D'autres États mettent en place des restrictions à l'admission de personnes séropositives ou atteintes du sida. Si certains pays ont défini des procédures de dérogation, la réinstallation des réfugiés séropositifs ou victimes du sida est plus complexe que dans la plupart des autres cas de réinstallation.
- ✓ La réinstallation de réfugiés atteints du sida est difficile et doit faire l'objet d'une attention particulière afin d'éviter d'exposer ces personnes à un risque accru de discrimination, de *refoulement* et d'enfermement.

CHAPITRE CINQ

ANNEXE 2

**Transmission
du VIH de la mère
à l'enfant ;
VIH et allaitement
du nourrisson**

Transmission du VIH de la mère à l'enfant ; VIH et allaitement du nourrisson

La prévention de l'infection à VIH chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer demeure l'élément primordial de toute stratégie ou programme visant à prévenir la transmission mère-enfant.

Chez les femmes qui sont séronégatives ou dont on ne connaît pas le statut sérologique, l'allaitement au sein doit être protégé, recommandé et aidé (voir chapitre 3 – Maternité sans risque).

Pour les femmes enceintes atteintes par le VIH, la seule intervention probante permettant de réduire de façon significative la transmission du VIH de la mère à l'enfant consiste à utiliser une thérapie anti-rétrovirale (ARV) et à éviter l'allaitement maternel. Les femmes que l'on sait séropositives doivent être conseillées quant à la possibilité d'éviter l'allaitement. Elles doivent envisager le recours à des préparations commerciales pour nourrissons, à des préparations « maison », ou à une forme modifiée d'allaitement consistant à exprimer et à faire chauffer leur propre lait. Elles peuvent également allaiter pour une période plus courte que celle recommandée d'habitude ou trouver une nourrice séronégative. Cependant, la plupart de ces options sont généralement difficiles à mettre en pratique. Des recherches sont en cours sur l'efficacité et les implications des services destinés à prodiguer un traitement aux ARV de courte durée, ce qui peut s'avérer tout à fait réalisable dans certaines circonstances pour un certain nombre de cas.

Lors de certaines situations, on pourrait envisager de fournir aux mères séropositives des substituts de lait maternel et recommander leur utilisation pour des raisons de sécurité. La fourniture de ces substituts doit être garantie pour au moins six mois. L'acquisition et la distribution de substituts de lait maternel devraient s'effectuer conformément au code international de commercialisation des substituts de lait maternel.

Les préparations, qu'elles soient commerciales ou « maison », nécessitent des ressources considérables. La mère a besoin d'eau pour nettoyer le matériel et préparer les biberons, et de combustible en quantité suffisante pour faire bouillir l'eau servant à stériliser le matériel de façon à garantir l'hygiène des biberons. Elle doit répéter ces opérations six fois par jour ou préparer six biberons en une fois et les maintenir au frais pendant 24 heures pour éviter qu'ils ne se détériorent.

Il est souvent difficile de mener à bien cette tâche lorsque les conditions de vie normales n'existent plus. Si les biberons ne sont pas correctement dosés, si l'équipement n'est pas nettoyé et stérilisé ou si les biberons préparés ne sont pas stockés dans de bonnes conditions, les risques de morbi-mortalité de l'enfant sont plus élevés que le risque de transmission du VIH par l'allaitement.

Il faut garder ces considérations à l'esprit lorsqu'on prodigue des conseils aux femmes. Les professionnels de santé doivent aider les femmes et, si possible, leur famille, à prendre la meilleure décision sur le type d'alimentation du nourrisson étant donné les circonstances particulières. L'allaitement sera peut-être la solution la plus appropriée et la plus sûre.

Pour de plus amples informations sur le VIH et l'allaitement du nourrisson, il convient de se reporter au document *HIV and infant feeding package*, édité par l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS, Genève, 1998. Se reporter également à *Nutrition and HIV/AIDS*, produit par le Sous-comité sur l'information nutritionnelle, numéro 17, OMS, Genève, 1998.

ANNEXE 3
Formule
de calcul
des besoins
en préservatifs

Formule de calcul des besoins en préservatifs

Les besoins en préservatifs peuvent être calculés à partir des estimations suivantes :

- Estimation de la population cible (population réfugiée et population des localités avoisinantes). La population masculine sexuellement active représente environ 20 % de la population cible.
 - Pourcentage d'hommes utilisant des préservatifs. Les résultats d'enquêtes sur les connaissances, les attitudes, et les pratiques peuvent être utilisés quand elles existent. S'il n'existe aucune étude, calculez vos besoins à partir des données recueillies auprès des sources les plus fiables en les adaptant.
 - Prévoir par mois environ 12 préservatifs par homme sexuellement actif.
 - Ajouter à ce chiffre 20 % pour compenser les gaspillages et les pertes.
- ✓ Exemple : Le calcul pour un approvisionnement initial d'un mois en préservatifs pour une population de réfugiés et de villageois avoisinants de 10 000 personnes, avec 20 % d'hommes sexuellement actifs utilisant des préservatifs s'effectue comme suit :

| | | | | | |
|--------|--|---|------|---|--------------------------|
| 2000 | hommes sexuellement actifs | | 2000 | | |
| 20/100 | 20 % utilisant des préservatifs | x | 0,2 | = | 400 |
| 12 | préservatifs par mois | x | 12 | = | 4800 |
| 20 % | gaspillages/pertes | + | 0,2 | = | 960 |
| | | | | | |
| | total préservatifs par mois | | | | 4800 |
| | total gaspillages/pertes | | | + | 960 |
| | Total prévisible pour un mois : | | | | 5760 préservatifs |

Les préservatifs se présentent habituellement en boîtes de 144, appelées gross. Les quantités ci dessus devront être modifiées suivant la situation sur le terrain (le profil démographique dans les camps de réfugiés peut être très différent du profil démographique habituel ; le taux d'utilisation des préservatifs peut également varier). Pour éviter toute pénurie, veillez à constituer une réserve de trois mois.

Traitement des MST selon l'approche syndromique

| Syndrome | Traitement |
|-------------------------------|---|
| Écoulement urétral | Gonorrhée et chlamydiæ |
| Ulcères génitaux | Syphilis et chancroïde (chancre mou ou donjuanismes) |
| Pertes vaginales ¹ | Gonorrhée et chlamydiæ et trichomonase |
| Douleur du bas de l'abdomen | Gonorrhée et chlamydiæ et anaérobies |
| Bubon inguinal | Comme pour chlamydiæ |
| Enflure scrotale | Gonorrhée et chlamydiæ |
| Écoulement oculaire néonatal | Gonorrhée néonatale et chlamydiæ |

CHAPITRE CINQ

ANNEXE 4

Traitement des MST selon l'approche syndromique

1. Lorsqu'une femme se plaint de vaginite (prurit), lui administrer le même traitement que pour une candidose.

ANNEXE 5
Médicaments
pour le traitement
des MST

Médicaments pour le traitement des MST

(Le choix des médicaments se fondera sur les études de sensibilité aux antibiotiques réalisées dans une région donnée)

| Traitement | Médicaments (en fonction des études de sensibilité) | Doses pour un adulte (pour des infections simples ou à leur début) |
|----------------------|---|---|
| Gonorrhée | Ciprofloxacine ¹ Spectinomycine Céfixime Ceftriaxone Kanamycine Sulfaméthoxazole/Triméthoprim | 500 mg - dose unique – voie orale 2 g - dose unique - im 400 mg - dose unique - voie orale 250 mg - dose unique - im 2 g - dose unique - im 400 mg/80 mg - 10 comp. une fois/j. pendant 3 j. |
| Chlamydiæ | Doxycycline ¹ Tétracycline ¹ Érythromycine Sulfafurazole | 100 mg - deux fois/j. pendant 7 j. - voie orale 500 mg - quatre fois/j. pendant 7 j. - voie orale 500 mg - quatre fois/j. pendant 7 j. - voie orale 500 mg - quatre fois/j. pendant 10 j. - voie orale |
| Syphilis | Benzathine pénicilline g Procaïne pénicilline g Tétracycline ^(1,2) Doxycycline ^(1,2) Érythromycine ² | 2,4 mus - dose unique - im 1,2 mus – chaque jour pendant 10 jours - im 500 mg - quatre fois/j. pendant 15 j. - voie orale 100 mg - deux fois/j. pendant 15 j. - voie orale 500 mg - quatre fois/j. pendant 15 j. - voie orale |
| Chancroïde | Érythromycine Ciprofloxacine ¹ Ceftriaxone Spectinomycine Sulfaméthoxazole/Triméthoprim | 500 mg – trois fois/j. pendant 7 j. - voie orale 500 mg - dose unique - voie orale 250 mg - dose unique - im 2 gm - dose unique - im 800 mg/160 mg - deux fois/j. pendant 7 j. - voie orale |
| Donovanose | Sulfaméthoxazole/Triméthoprim Doxycycline ¹ Tétracycline ¹ Chloramphénicol | 80 mg/400 mg - deux fois/j. pendant 14 j. - voie orale 100 mg - deux fois/j. pendant 7 j. 500 mg - quatre fois/j. pendant 7 j. 500 mg - quatre fois/j. pendant 2 jours |
| Trichomonase | Métronidazole ³ | 2 g - dose unique - voie orale |
| Candidose | Pessaires nystatine Pessaires clotrimazole ou miconazole Miconazole | 100000 UI – deux fois intravaginal pendant 14 jours 200 mg – intravaginal pendant 3 jours 500 mg – intravaginal - dose unique |
| Vaginite bactérienne | Métronidazole ³ | 400-500 mg - deux fois/j. pendant 7 j. - voie orale ou 2 g – dose unique – voie orale |

1. Contre-indiqué pendant la grossesse.

2. En cas d'allergie à la pénicilline, mais peut-être moins efficace. Surveillance rapprochée nécessaire pour assurer la guérison.

3. Contre-indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse.

Adapté de: Traitement des MST - WHO/GPA/TEM/94.1 et Modèle de prescription OMS: médicaments utilisés pour traiter les MST et les infections liées au VIH - OMS 1997.

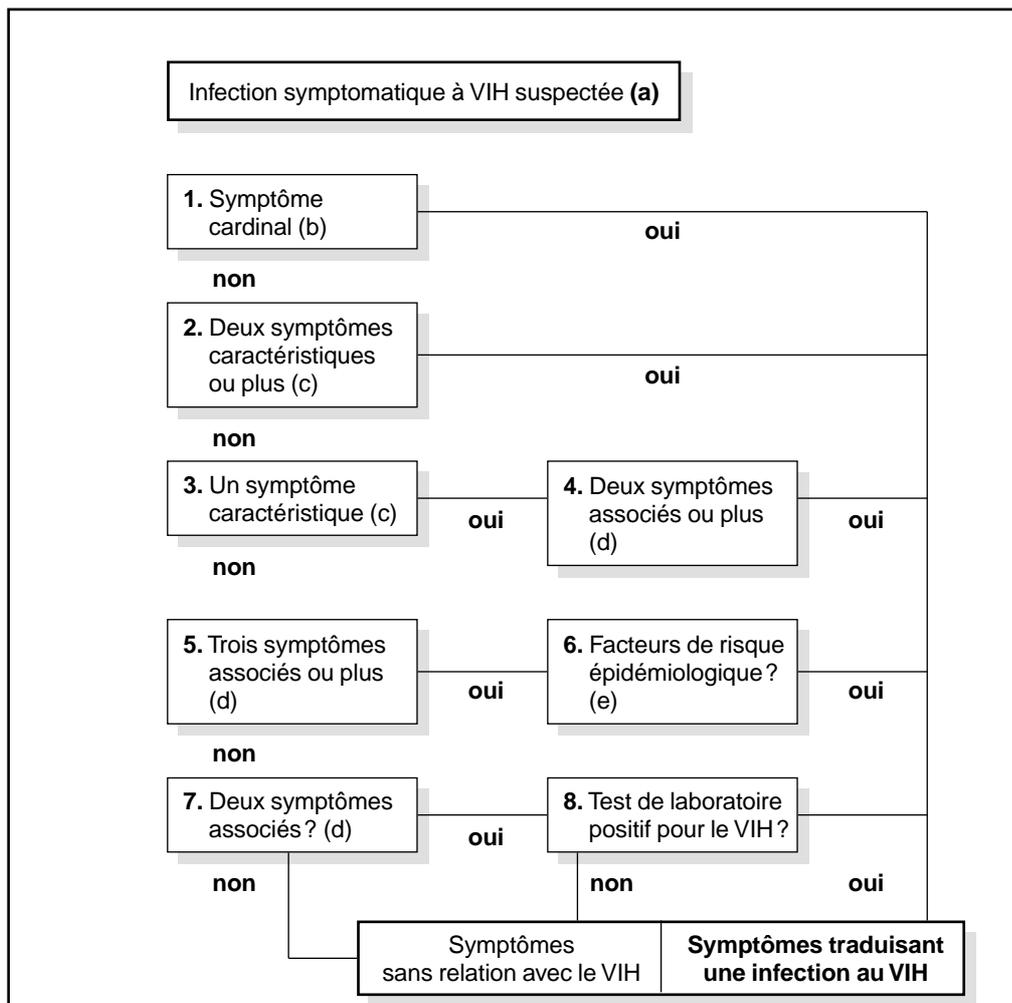
Note: Les médicaments utilisés pour traiter les MST font l'objet d'une révision constante. Les agents de santé doivent s'en tenir aux recommandations les plus récentes.

ANNEXE 6

Infections symptomatiques à VIH suspectées

Arbre de décision de l'OMS

CHAPITRE CINQ



Notes :

a) Le but est d'aider les professionnels de santé à reconnaître sur un malade une infection symptomatique à VIH afin de faciliter sa prise en charge clinique. Le dépistage du VIH, lorsqu'il est disponible et à un coût abordable, peut être utilisé pour étayer le diagnostic clinique.

b) Symptômes cardinaux :

- Sarcome de Kaposi¹
- Pneumonie à pneumocystose carinii
- Encéphalite à toxoplasme
- Candidose de l'œsophage
- Rétinite à cytomégalovirus

c) Symptômes caractéristiques² :

- Candidose buccale (chez un patient ne prenant pas d'antibiotiques)
- Leucoplasie chevelue
- Méningite à cryptocoque (peut être un symptôme cardinal en Afrique)
- Tuberculose pulmonaire³ miliaire, extrapulmonaire ou non cavitaire
- Herpès zostérien, présent ou passé, en particulier multidermatomal, chez un patient âgé de 50 ans
- Prurigo aigu
- Sarcome de Kaposi (autre qu'un symptôme cardinal)
- Lymphome extraganglionnaire d'immunotype b de degré élevé de malignité

d) Symptômes associés² :

- Perte de poids (récente et inexplicée) de plus de 10 % de la masse corporelle de référence, si elle peut être mesurée³

- Fièvre (continue ou intermittente) pendant plus d'un mois³
- Diarrhée (continue ou intermittente) pendant plus d'un mois
- Ulcères (généralisés ou péri anaux) pendant plus d'un mois
- Toux pendant plus d'un mois³
- Troubles ou symptômes neurologiques⁴
- Adénopathie généralisée (extra-inguinale)
- Allergies médicamenteuses (non observées auparavant), par exemple au thiacétazone ou aux sulfamides
- Infections de la peau (aiguës ou récurrentes), par exemple verrues, dermatophytes, folliculites...

e) Facteurs de risque épidémiologique :

- Comportement à haut risque présent ou passé :
 - injection de drogues
 - partenaires sexuels multiples
 - partenaires sexuels atteints du sida ou du VIH
 - partenaires sexuels avec facteur de risque épidémiologique connu ou provenant d'une région à forte prévalence de l'infection au VIH
 - hommes ayant avec d'autres hommes des rapports sexuels avec pénétration
- Antécédents récents d'ulcères génitaux
- Antécédents après 1975 de transfusion de produits sanguins, de plasma ou de facteurs de coagulation non testés ; ou (même testés) provenant d'une région à forte prévalence de l'infection à VIH
- Antécédents de scarification, de tatouage, de percement d'oreille ou de circoncision au moyen d'instruments non stériles.

1. Le sarcome de Kaposi n'est un symptôme cardinal que si :
i) des lésions buccales sont présentes ; ii) les lésions sont généralisées ; iii) les lésions progressent rapidement ou sont invasives.

2. Si aucune autre cause d'immunodépression n'est identifiée.

3. La combinaison de fièvre, de perte de poids et de toux est caractéristique à la fois de la tuberculose et du sida.

4. Les troubles ou symptômes neurologiques associés à l'infection à VIH comprennent les crises d'épilepsie (notamment focales), les neuropathies périphériques (motrices ou sensorielles), les troubles moteurs ou sensoriels centraux et focaux, les crises de démence et les maux de tête s'aggravant progressivement.

Adaptation du document *Recommandations pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte*, décembre 1991, paru sous la cote who/gpa/ids/hcs/91.6.

ANNEXE 7

**Médicaments
essentiels
de prise en charge
du VIH/SIDA**

OMS - médicaments essentiels de prise en charge du VIH/SIDA

| Indications | Médicaments |
|--|--|
| <i>Déshydratation</i> | Sels de réhydratation orale |
| <i>Diarrhée</i> | Lopéramide |
| <i>Infections bactériennes</i> | Cotrimoxazole Amoxicilline Ciprofloxacine Ceftriaxone |
| <i>Infections fongiques</i> | Miconazole Nystatine (voie orale et pommade) Kétoconazole ¹ |
| <i>Infections parasitaires</i> | Métronidazole (voie orale) |
| <i>Soins palliatifs et prise en charge de la douleur</i> | Codéine |
| <i>Tuberculose</i> | Isoniazide Rifampicine Pyrazinamide Éthambutol |
| <i>Dépression clinique</i> ² | Tricycliques ³ Benzodiazépines ⁴ |

1. Le kétoconazole étant un médicament coûteux, l'approvisionnement doit être limité aux cas expressément indiqués.

2. L'utilisation appropriée d'anti-dépresseurs doit être envisagée en cas de dépression clinique diagnostiquée.

3. Étant donné le risque de surdose, les tricycliques pourraient être prescrits seulement par 5 ou moins à la fois et par un médecin.

4. L'utilisation d'anxiolytiques (diazépam - benzodiazépines) peut également être envisagée pour une prise en charge temporaire des crises d'anxiété graves **en l'absence** de troubles respiratoires (pneumonie à *pneumocystoses carinii*, par exemple).

CHAPITRE CINQ

Maladies sexuellement transmissibles

ANNEXE 8

Exemple permettant d'estimer les besoins en médicaments et les coûts pour une population de 200 000 individus.

**Maladies
sexuellement
transmissibles**

| | | | Protocole de traitement | Coût du traitement en dollars US | Coût total en dollars US |
|--|-------------|---------------------------|--|--|--------------------------------|
| Population 15-44 ans (50 % de la population) | | 100 000 | | | |
| % estimatif de MST (1) | 5 % | 5 000 | | | |
| % estimatif d'ulcères génétaux | 20 % de (1) | 1 000 | benzathine benzyl- pénicilline 2,4 mu 1 dose plus érythromycine, 500 mg 3/jours x 7 jours | 0,24 plus 1,68 = 1,92 | 1 920 |
| % estimatif de pertes urétrales | 50 % de (1) | 2 500 | ciprofloxacine, 500 mg x 1 plus doxycycline, 100 mg 2/jours x 7 jours | 1,72 plus 0,17 = 1,89 | 4 725 |
| % estimatif de cervicites | 5 % de (1) | 250 | ciprofloxacine, 500 mg plus doxycycline, 100 mg 2/jours x 7 jours | 1,89 | 473 |
| % estimatif de vaginites | 25 % de (1) | 1 250 | métronidazole, 2 gr plus nystatine 2 p/jour x 14 jours | 0,04 plus 0,50 = 0,79 | 988 |
| Estimation du nombre de préservatifs pendant le traitement des MST | | 5 000 x 12 = 60 000 | | 5,40 dollars pour 144 unités | 2 250 |
| Total (dollars US) | | | | | 10 356 |

La planification familiale contribue à sauver des vies de femmes et d'enfants et protège leur santé en évitant des grossesses imprévues et non désirées, en réduisant la durée d'exposition des femmes aux risques liés à l'accouchement et aux avortements et en donnant aux femmes, qui sont souvent les seules personnes soutiens de famille, plus de temps pour prendre soin de leurs enfants et d'elles-mêmes.

Les couples et les personnes ont le droit de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et d'accéder aux informations, à l'éducation et aux moyens permettant d'y parvenir.

6

CHAPITRE SIX

Planification familiale

Sommaire :

- Considérations préliminaires
- Estimation des besoins
- Mise en œuvre des services de planification familiale
- Méthodes contraceptives pouvant être proposées aux réfugiés
- Participation des hommes aux programmes de planification familiale
- Suivi



Planification familiale

Les femmes et hommes réfugiés doivent être associés à tous les aspects des programmes de planification familiale ; ces programmes doivent être mis en œuvre dans le plein respect des valeurs religieuses, éthiques et culturelles des réfugiés.

Dès les premières phases d'une opération, les organisations humanitaires doivent être en mesure de répondre à la demande des réfugiés en matière de contraceptifs. À mesure que la situation se stabilise, il convient de proposer un éventail de méthodes modernes sûres et efficaces de planification familiale, approuvées par l'OMS. L'implantation de services de planification familiale nécessite du personnel correctement formé et un flux régulier de ressources matérielles et financières.

Considérations préliminaires

La situation du pays d'origine des réfugiés influencera fortement les attentes, besoins et demandes en matière de services de planification familiale. La législation, l'infrastructure, les valeurs religieuses et éthiques ainsi que l'origine culturelle et la formation des professionnels de santé du pays hôte exercent également une influence importante sur les services qui peuvent être offerts. Certaines femmes pourront souhaiter poursuivre une méthode de contraception qu'elles utilisaient avant leur déplacement. Les demandes de ces femmes devront être satisfaites dès que possible.

Étant donné les risques de grossesse et d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection au VIH, qui prévalent souvent dans les camps de réfugiés, des préservatifs devraient être mis à disposition le plus rapidement possible (voir chapitre 2, Dispositif minimum d'urgence). Des services de conseil devront également être proposés.

Une gamme complète de services de planification familiale ne pourra être proposée que lorsque la situation sera quelque peu stabilisée. On considère que la situation est stabilisée lorsque le taux

brut de mortalité passe au-dessous de 1 pour 10 000 par jour en l'absence d'épidémie importante et si aucun rapatriement ni déplacement de la population réfugiée « installée » n'est prévu dans les six mois à venir

Les protocoles déterminant le type de services de planification familiale du pays d'origine peuvent différer de ceux utilisés dans le pays hôte. Les protocoles du pays hôte doivent être appliqués dans la mesure du possible, bien que des négociations sur certains aspects puissent s'avérer nécessaires s'il existe des différences importantes.

Les méthodes de planification familiale sont surtout utilisées par des femmes. Leurs choix contraceptifs doivent rester confidentiels et respecter leur intimité. Cependant, ce sont souvent les hommes qui prennent les décisions au sein de la famille. Si besoin est, les hommes doivent recevoir des informations détaillées et appropriées et être encouragés à participer activement à la prise de décisions relatives à la planification familiale. Cela permettra de garantir des décisions communes sur l'utilisation d'une méthode de planification familiale et facilitera l'acceptation d'un tel programme par la communauté.

Estimation des besoins

Des données de base préexistantes sur la santé reproductive des réfugiés dans leur pays d'origine devraient être disponibles aisément. On pourra trouver ces informations auprès de l'ONUSIDA, du FNUAP, de l'OMS et d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales qui opèrent dans les domaines de la santé reproductive et de la planification familiale. Les sièges et bureaux régionaux de ces organisations devraient pouvoir fournir ces informations aux responsables des opérations de terrain.

Une revue des programmes de planification familiale, nationaux ou autres (FNUAP, ONG, bilatéraux, etc.) du pays hôte doit être entreprise afin d'explorer d'éventuelles possibilités de collaboration et d'identifier, dans les protocoles, les dif-

férences qui doivent être résolues. Si des services sont mis à la disposition des réfugiés, ils doivent également répondre à la demande de la population locale avoisinante.

Les activités suivantes aideront à estimer la demande de services de planification familiale au sein d'une population de réfugiés :

- enquêter sur les attitudes de la population réfugiée vis-à-vis de la contraception ;
- étudier les attitudes et connaissances des réfugiés professionnels de santé, y compris ceux qui proposent des méthodes traditionnelles ;
- collecter des informations sur la prévalence contraceptive par méthode utilisée dans le pays d'origine ;
- vérifier, dans le pays hôte, les méthodes disponibles et le suivi des approvisionnements ;
- vérifier que les réfugiés peuvent utiliser les services existants du pays hôte.

Il est indispensable de s'assurer du soutien des leaders sociaux et religieux de la communauté avant de mettre sur pied des services de planification familiale. Sans ce soutien, seuls les individus qui sont prêts à braver la censure de la communauté utiliseront éventuellement les services proposés. Dans certaines cultures traditionnelles, par exemple, le fait d'évoquer les droits des femmes en matière de santé reproductive risque d'enclencher une opposition. Un soutien sera peut-être accordé, en revanche, à une campagne d'information, d'éducation et de communication (IEC) mettant l'accent sur l'espacement des naissances, la maternité sans risque et la santé des femmes.

Il est essentiel de discuter avec les femmes (y compris les leaders et les accoucheuses traditionnelles) ainsi qu'avec les organisations féminines pour obtenir leur avis sur l'emplacement des services, leur intégration dans les établissements de santé, les heures d'ouvertures et le degré d'intimité et de confidentialité qui garantira une utilisation maximale des services.

Mise en œuvre des services de planification familiale

Pour mettre en œuvre un programme adapté aux besoins et efficace en matière de planification familiale, il est indispensable d'y intégrer les éléments suivants, en fonction des résultats de l'estimation des besoins.

Services de planification familiale de qualité

Tous les services de santé reproductive doivent être de qualité. Des services contraceptifs de qualité nécessitent de proposer aux femmes et aux hommes des méthodes sûres et adaptées à leurs besoins à toutes les périodes de leur vie reproductive. Des informations exactes et détaillées doivent être données aux femmes et aux hommes, leur permettant de choisir librement la méthode qui leur convient le mieux.

« Qualité » signifie :

- les besoins des clients sont appréciés ;
- une palette de méthodes disponibles et adaptées est proposée ;
- des informations complètes et exactes sont fournies sur les différentes méthodes afin de permettre un choix éclairé ;
- les différentes méthodes répondent aux besoins des futurs clients ;
- les professionnels de santé ont reçu la formation technique nécessaire pour proposer les méthodes en toute sécurité (dépistage des contre-indications médicales, estimation des risques de contamination par les MST/VIH et capacité à gérer les effets secondaires) ;
- les professionnels sont formés aux techniques de communication et savent donner des informations correctes et culturellement adaptées ;
- les services sont pratiques, accessibles et acceptables pour les clients ;
- un suivi soutenu garantit la continuité des services ;

- un système logistique efficace assure le maintien des approvisionnements.

Fourniture de contraceptifs et problèmes logistiques de distribution

Il n'est pas possible de fournir des services de qualité sans assurer une fourniture ininterrompue de contraceptifs et sans personnel correctement formé. Il faudra tout d'abord examiner les filières locales d'approvisionnement. Si celles-ci ne conviennent pas, l'approvisionnement pourra se faire par l'intermédiaire de fournisseurs fiables ou avec l'appui du FNUAP, du HCR ou de l'OMS. Ces agences peuvent faciliter l'achat de quantités importantes de contraceptifs de qualité à faible coût.

La gestion des stocks de contraceptifs repose sur les principes de base suivants :

- **Choisir les contraceptifs** : la sélection doit se faire à partir de l'utilisation antérieure par les réfugiés, les compétences des professionnels, et sur les lois, procédures et pratiques du pays hôte. Des négociations pourront s'avérer nécessaires pour rapprocher d'éventuelles différences.
- **Estimer les quantités nécessaires** : ces estimations reposeront dans un premier temps sur les données du pays d'origine, puis par la suite sur les données directement obtenues sur place auprès des réfugiés.
- **Mettre en place un système d'enregistrement** : voir la section ci-dessous consacrée au suivi.
- **Établir des procédures garantissant une gestion efficace des commandes, de la distribution et de l'inventaire des contraceptifs**. On peut éviter toute commande contraceptive excessive ou insuffisante par une organisation rigoureuse en recrutant un professionnel qui assumera ces fonctions.

Planification de l'implantation des services de planification familiale

L'emplacement des services de planification familiale doit être accessible et pratique. Idéalement, les services de planification familiale doivent être intégrés dans les centres de santé, les dispensaires et, au besoin, assurés par des agents communautaires. Certains groupes (adolescents, femmes célibataires, hommes) devront faire l'objet d'une attention toute particulière afin qu'ils se sentent suffisamment mis en confiance pour utiliser les services sans risque de stigmatisation de la part de la communauté. Des contraceptifs doivent être disponibles lors des consultations. Le client n'a pas à être orienté vers une pharmacie centrale pour obtenir son contraceptif.

Des conseils et des services cliniques en planification familiale doivent systématiquement être proposés aux réfugiés après un avortement, un traitement de MST ou un accouchement.

Besoins en ressources humaines

Les programmes de planification familiale doivent être organisés et supervisés par un médecin, une infirmière, ou une sage-femme expérimentés en utilisant, si possible, du personnel réfugié ou local diplômé et (ou) expérimenté. Lorsqu'il est fait appel à des agents communautaires pour assurer la distribution de contraceptifs, ils doivent être formés correctement pour acquérir les compétences et attitudes requises et ils doivent aussi être supervisés.

Le personnel des services de planification familiale doit respecter les clients et les traiter en toute confidentialité. Pour accroître la fréquentation de ces services, il peut s'avérer nécessaire d'engager du personnel de même sexe et de même origine culturelle que les usagers et ayant des qualités en matière de communication et d'information.

Afin d'assurer un appui administratif et technique et de faciliter le transfert des clientes, il convient de développer des liens de coordination et de coopération entre le programme de planification familiale du pays hôte, les ONG et les agences des Nations Unies telles que le FNUAP. Cette

coopération renforcera les chances de viabilité du programme de planification familiale mis en place pour les réfugiés.

Préparation du volet information, éducation et communication (IEC)

Les services de planification familiale devraient toujours intégrer des activités de conseil. Des documents d'information, d'éducation et de communication (IEC) appropriés et culturellement acceptables aident les individus et les couples à choisir librement leur méthode de contraception. Les informations doivent décrire les avantages et les contraintes des différentes méthodes ainsi que la façon de les utiliser (voir appendice 1 intitulé Les aspects essentiels des programmes IEC).

Préparation d'un programme adapté de formation du personnel de santé

Dans de nombreux cas, il existe du personnel de santé qualifié parmi les réfugiés. Ces personnes doivent être employées dans la mesure du possible. Tout le personnel travaillant dans des services de planification familiale doit, comme indiqué ci-dessous, avoir été correctement formé aux méthodes de contraception et de conseil. Cette formation doit être complétée par des cours de recyclage périodiques. Une formation dans le cadre des activités professionnelles et une supervision de la pratique sont indispensables pour assurer le bon fonctionnement des services et doivent faire partie intégrante du système de supervision.

Un programme de formation adapté comprend les éléments suivants :

■ Compétence technique

- description des méthodes (y compris les avantages et l'efficacité) ;
- mode d'action, effets secondaires, complications, signes d'alerte ;
- groupes d'utilisateurs appropriés avec consignes d'utilisation ;

- contre-indications et interactions médicamenteuses ;
- compétences techniques requises pour chaque méthode (insertion de DIU ou d'implants hormonaux, par exemple) ;
- suivi et réapprovisionnement, incluant les commandes de fournitures et de méthodes ;
- tenue des registres.

Pour les méthodes qui nécessitent des compétences techniques spécifiques (implants, DIU, stérilisation volontaire et diaphragme), les prestataires doivent recevoir une formation pratique et faire l'objet d'une étroite supervision.

■ Compétences en relations interpersonnelles

- compétence en techniques de communication et de conseil ;
- attitudes appropriées vis-à-vis des utilisateurs et des autres clients avec respect de leurs choix ;
- réponses appropriées aux rumeurs et aux erreurs ;
- respect de la dignité, de la vie privée et de la confidentialité ;
- compréhension des besoins des groupes spécifiques (adolescents, femmes seules, hommes).

■ Compétences en matière de communication

Il est important que les prestataires soient formés à des techniques de communication culturellement adaptées et impartiales favorisant des relations ouvertes et interactives avec les clients. Pour mettre en œuvre ce type de communication, il faut notamment savoir écouter, clarifier, encourager les clients à parler, comprendre leurs sentiments et résumer ce qui a été dit. En outre, les prestataires doivent apprendre des stratégies leur permettant de conseiller efficacement, en un temps limité, les clients sur le choix des métho-

des. Ils doivent également être formés à l'utilisation de supports visuels et autres et à l'identification des clients ayant des besoins particuliers (risque élevé de MST, post-abortum, femmes allaitantes, adolescents, etc.).

■ Compétences administratives

De nombreux prestataires de services de planification familiale doivent également s'acquitter de tâches administratives et de gestion (tenue de registres, orientation et contrôle d'inventaires). Ils doivent donc être formés à ces activités. La formation doit non seulement mettre l'accent sur les compétences requises pour exercer ces fonctions, mais également expliquer en quoi elles sont importantes.

Préparer les protocoles de consultation de planification familiale

Déroulement de la première consultation :

- Inscription de la personne, prise en note des antécédents de santé reproductive ;
- Examen clinique, gynécologique et, au besoin, pelvien (pour vérifier si une femme est enceinte ou non, pour trouver l'origine de saignements vaginaux inexplicables ou pour déterminer la présence d'une MST, par exemple) ;
- Conseils sur les méthodes disponibles en tenant compte des préférences de l'utilisateur et du risque potentiel de MST/VIH ;
- Fourniture du moyen de contraception retenu ;
- Conseils sur le moment et sur la manière d'utiliser les contraceptifs ;
- Conseils sur les effets secondaires possibles, en confirmant à la cliente qu'elle peut revenir au centre de santé à tout moment pour changer de méthode ;
- Proposition d'une date de revisite.

L'annexe 2 propose un exemple de processus de prise de décision lors d'une première visite.

L'annexe 3 propose un exemple de liste de contrôle utilisée lors d'une première visite pour déceler, chez les femmes réfugiées, les contre-indications des différentes méthodes. Il se peut qu'il existe, dans le pays hôte, de telles listes pour chaque méthode que l'on pourra utiliser au besoin.

Pour toute nouvelle utilisatrice, des revisites régulières (à 1 mois, 3 mois et 6 mois) lui donnent la possibilité de poser des questions sur l'utilisation de la méthode choisie et sur les effets secondaires qu'elle risque de rencontrer. À mesure que l'utilisatrice se familiarise avec la méthode, ce suivi rapproché ne s'impose plus. Pour certaines méthodes (pilules, préservatifs, contraceptifs injectables), les clients doivent consulter régulièrement pour obtenir les contraceptifs, de cette manière le suivi est automatique. Quelle que soit la fréquence des revisites, l'utilisatrice doit être assurée d'un accès immédiat au service si elle se heurte à des problèmes d'utilisation. En préparant le calendrier de revisites, les prestataires doivent tenir compte du degré d'instruction de leurs clients.

Méthodes contraceptives pouvant être proposées aux réfugiés

Les prestataires et les utilisatrices doivent connaître les particularités de chaque méthode, leur efficacité, leur degré d'innocuité et leurs effets secondaires. Ils doivent également connaître leurs effets possibles sur le risque de transmission de MST, les indications pour les femmes qui allaitent et la durée qui s'écoule habituellement entre l'arrêt de la méthode et le retour à une fécondité normale. On trouvera ci-dessous des informations sur les méthodes les plus courantes. « En aucun cas l'avortement ne doit être apparenté à une méthode de planification familiale » (CIPD, § 8.25).

Les méthodes barrières

La méthode barrière la plus utilisée parmi les réfugiés est le préservatif masculin. Une utilisation systématique et correcte des préservatifs

joue un double rôle de protection contre les MST et l'infection à VIH et de prévention de grossesse. Ils peuvent être utilisés seuls ou associés à une autre méthode pour en accroître l'efficacité. Seuls des lubrifiants aqueux doivent être utilisés avec les préservatifs.

D'autres méthodes locales (spermicides et préservatifs féminins) peuvent être demandées par des réfugiés qui avaient l'habitude de les utiliser dans leur pays d'origine. Dans ce cas, tout doit être mis en œuvre pour leur fournir ces méthodes.

Contraceptifs hormonaux

Les contraceptifs oraux doivent comprendre au moins :

- Un contraceptif oral combiné : éthinylestradiol inférieur à 0,035 mg et lévonorgestrel à 0,15 mg ;
- Un contraceptif oral uniquement progestatif : lévonorgestrel à 0,03 mg ou norethistérone à 0,35 mg.

Les contraceptifs injectables peuvent comprendre soit une injection d'acétate de dépôt-médroxyprogestérone (DMPA, Depoprovera) tous les 3 mois ; soit une injection de norethistérone enanthem (NET-EN) tous les 2 mois ; ou une injection de Cyclofem par mois. Les contraceptifs injectables doivent être administrés par des professionnels de santé qualifiés. Il est recommandé de n'utiliser sur chaque site qu'une méthode injectable pour éviter toute confusion et malentendu quant au calendrier d'injections.

Des encouragements et un soutien constant lors des visites permettront aux clientes de mieux tolérer les effets secondaires mineurs (changement de rythme et de volume des saignements menstruels).

Se reporter au chapitre 4 pour plus de détails sur les pilules contraceptives d'urgence (PCU). La politique nationale en ce domaine et les demandes émanant d'usagers bien informés détermineront le recours ou non aux PCU dans les situations de réfugiés.

Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre

La pose de dispositifs intra-utérins, tout comme la stérilisation et la pose d'implants, nécessitent une formation spécifique, des installations et du matériel adapté qui doivent être en place avant de proposer ces méthodes.

Les femmes dont on sait qu'elles sont contaminées par une MST/VIH ou fortement susceptibles de l'être, ne doivent pas bénéficier d'une pose de DIU. Chez les femmes nullipares, le dispositif intra-utérin n'est pas une méthode de premier choix.

Méthodes naturelles de planification familiale

Les méthodes naturelles de planification familiale comprennent notamment la méthode des températures, la méthode d'observation de la glaire cervicale ou de l'ovulation, la méthode du calendrier et la méthode sympto-thermique. Ces méthodes conviennent particulièrement aux personnes qui ne souhaitent pas utiliser d'autres méthodes pour des raisons médicales, religieuses ou personnelles. Des conseils appropriés doivent être donnés aux deux partenaires lorsque ceux-ci choisissent et pratiquent ces méthodes. Ces méthodes nécessitent donc une formation initiale et un suivi régulier des partenaires jusqu'à ce qu'ils puissent détecter avec confiance les signes prémonitoires de la période féconde. L'apprentissage de ces méthodes est relativement long et nécessite d'organiser des sessions distinctes pour les réfugiés qui souhaitent les utiliser.

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel est une méthode de contraception efficace si une femme allaite exclusivement son enfant à la demande (sans lui donner aucun autre aliment), si elle n'a pas de règles et si l'enfant est âgé de moins de 6 mois. Si un de ces critères n'est pas rempli, une méthode complémentaire de contraception est à conseiller.

Les méthodes de planification familiale recommandées pour les mères allaitantes sont les suivantes :

- de l'accouchement à la sixième semaine de post-partum : méthodes barrières, pose de DIU et stérilisation ;
- de la sixième semaine au sixième mois du post-partum : méthodes barrières, méthodes hormonales à progestatif pur (pilules, contraceptifs injectables, implants), DIU et stérilisation ;
- après le sixième mois du post-partum, contraceptifs oraux combinés, contraceptifs injectables associés, et méthodes d'auto-observation.

Implants hormonaux

Un implant est un contraceptif à base de progestatif pur à diffusion lente. Les implants les plus utilisés (Norplant et Norplant 2) consistent respectivement, en six ou deux capsules en silastic contenant du lévonorgestrel (progestatif). Les capsules, insérées sous le derme au niveau du bras, diffusent lentement le progestatif. Ces implants sont efficaces cinq ans. Ils ne doivent être insérés ou retirés que par du personnel formé.

Avant de recourir à des contraceptifs de longue durée chez les réfugiés, les professionnels de santé doivent s'assurer que les pays d'origine des réfugiés disposent des équipements nécessaires et du personnel qualifié pour cesser l'utilisation de la méthode ou retirer les capsules, car les réfugiés peuvent retourner chez eux à tout moment. En l'absence de tels équipements dans le pays d'origine, il n'est pas recommandé d'utiliser cette méthode.

Contraception chirurgicale volontaire

Les stérilisations masculine (vasectomie) et féminine sont des méthodes de contraception à recommander pour certains clients. En tant que méthode chirurgicale, la stérilisation ne doit être réalisée que dans de bonnes conditions d'hygiène, avec le consentement formel de l'utilisateur et par du personnel qualifié disposant du matériel nécessaire. La stérilisation ne doit pas être exclue des méthodes contraceptives surtout lorsqu'elle est pratiquée dans le pays d'origine

des réfugiés et lorsqu'elle est autorisée dans le pays hôte.

Participation des hommes aux programmes de planification familiale

Les hommes doivent participer aux programmes de planification familiale pour mieux connaître certains aspects complémentaires de la santé reproductive, tels que la prévention des MST et du VIH/SIDA, et pour mieux faire accepter ces programmes par la communauté. Les activités destinées aux hommes pourront prendre la forme de consultations, de séances de promotion des préservatifs, de réunions spécialement réservées aux hommes dans les centres de santé, de réunions de groupe et d'activités sociales. Les programmes devront prendre en compte le point de vue et la motivation des hommes. L'utilisation des contraceptifs permet aux hommes de partager la responsabilité de la planification familiale avec leur partenaire. Certains services pourront être spécialement adaptés pour répondre aux besoins des hommes.

Suivi

Les prestataires doivent tenir à jour un registre des activités quotidiennes et des dossiers personnels des utilisatrices qui les aideront à noter les informations utiles et à assurer un suivi efficace. Les informations suivantes devraient être consignées :

- date de la visite ;
- nom de la personne ou numéro pour respecter la confidentialité ;
- renseignements sur l'utilisatrice (âge, nombre d'enfants, adresse) ;
- méthode choisie (nom commercial) ;
- effets secondaires ;

- statut de l'utilisatrice (nouvelle, continue, etc.);
- motifs d'arrêt de la méthode (abandon ou changement de méthode);
- date de la prochaine consultation;

Les registres et les dossiers individuels doivent être simples et adaptés aux données à recueillir ainsi qu'au niveau d'instruction des personnels. Ces derniers doivent recevoir une formation appropriée sur la manière de remplir les registres et les dossiers et être informés sur la façon dont les informations recueillies seront utiles aux usagers et aux prestataires.

Indicateurs de planification familiale

- ✓ Indicateurs à collecter au niveau des structures de santé

Taux de prévalence contraceptive : pourcentage de femmes utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné.
- ✓ Indicateurs à collecter au niveau de la communauté

Des enquêtes au sein de la communauté peuvent être réalisées sur la connaissance, les attitudes et les pratiques des réfugiés en matière de planification familiale.
- ✓ Indicateurs sur la formation et la qualité des soins

Formation et évaluation régulière des compétences. Les agents de santé qui mettent en place des programmes de planification familiale doivent être formés et leurs qualifications évaluées régulièrement. Leur pratique doit être contrôlée au moins une fois par an. L'un des indicateurs permettant d'évaluer les compétences du personnel consiste à calculer la proportion de prestataires prescrivant correctement des méthodes de planification familiale.

(Se reporter au chapitre 9 - Surveillance et suivi.)

Bibliographie

« Pocket Guide for Family Planning Service Providers », Blumenthal, P. *et al*, JHPIEGO, Baltimore, MD, 1995.

« Contraceptive Logistic Guidelines for Refugee Settings », Family Planning Logistics Management Project, John Snow Inc., Arlington, VA, 1996.

Hatcher, R., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. « The Essentials of Contraceptive Technology », a joint WHO/USAID publication, Population Information Program, Centre for Communication Programs, The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, MD, 1997.

« Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use », OMS, Genève, 1996.

« Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning », OMS, IPPF, AVSC, 2^e édition, 1997.

Liste de contrôle relative aux services de planification familiale

- ✓ Appréciation des attitudes des différents groupes.
- ✓ Prévalence de la contraception dans le pays d'origine.
- ✓ Endroits retenus pour établir les services de planification familiale avec la participation des réfugiés.
- ✓ Approvisionnement en contraceptifs assuré avec un système logistique efficace mis en place.
- ✓ Professionnels de santé et agents communautaires formés en planification familiale.
- ✓ Système de suivi et d'évaluation des activités de planification familiale mis en place.
- ✓ Participation des hommes au programme recherchée.

Planification familiale : Guides techniques, OMS, Genève

- Barrier Methods and spermicides: Their role in family planning care, 1987.
- Natural family planning methods: a guide for provision of services, 1988.
- Norplant contraceptive implants: managerial and technical guidelines, 1990.
- Injectable contraceptives: their role in family planning care, 1991.
- Guidelines for community base distribution of contraceptives, 1994.
- Emergency contraception: a guide service delivery, 1998.
- Female sterilization: A guide to the provision of services, 1992.
- Technical and managerial guidelines for vasectomy services, 1988.
- Intrauterine devices: technical and managerial guidelines for services, 1997.

Brochures OMS : ce que les agents de santé doivent savoir

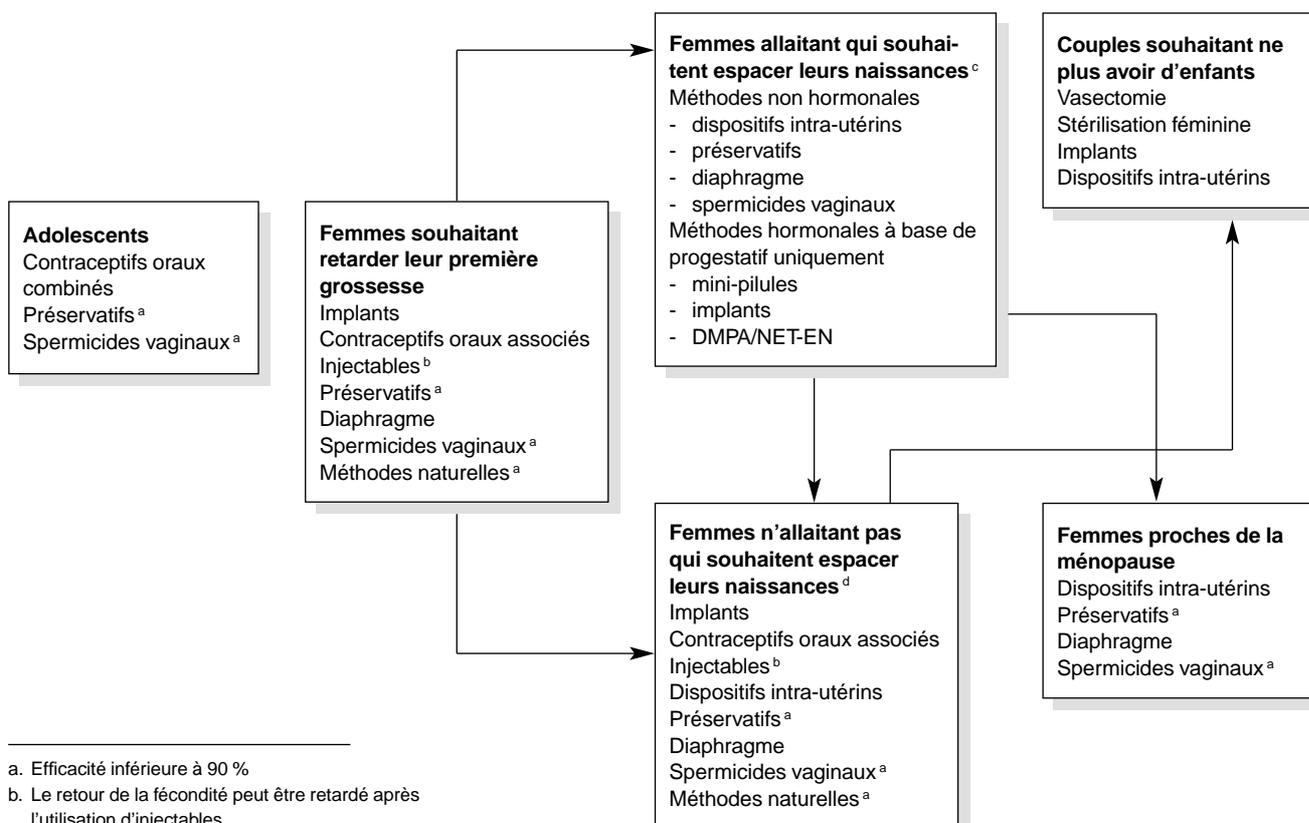
- La planification familiale naturelle.
- Proposer un choix de méthodes contraceptives approprié.
- La stérilisation féminine.
- La vasectomie.
- L'allaitement et l'espacement des naissances.
- Les dispositifs intra-utérins.
- Les contraceptifs injectables.

CHAPITRE SIX

ANNEXE 1

Méthodes de planification familiale particulièrement adaptées aux différents épisodes de la vie reproductive d'une femme

Méthodes de planification familiale particulièrement adaptées aux différentes périodes de la vie reproductive d'une femme

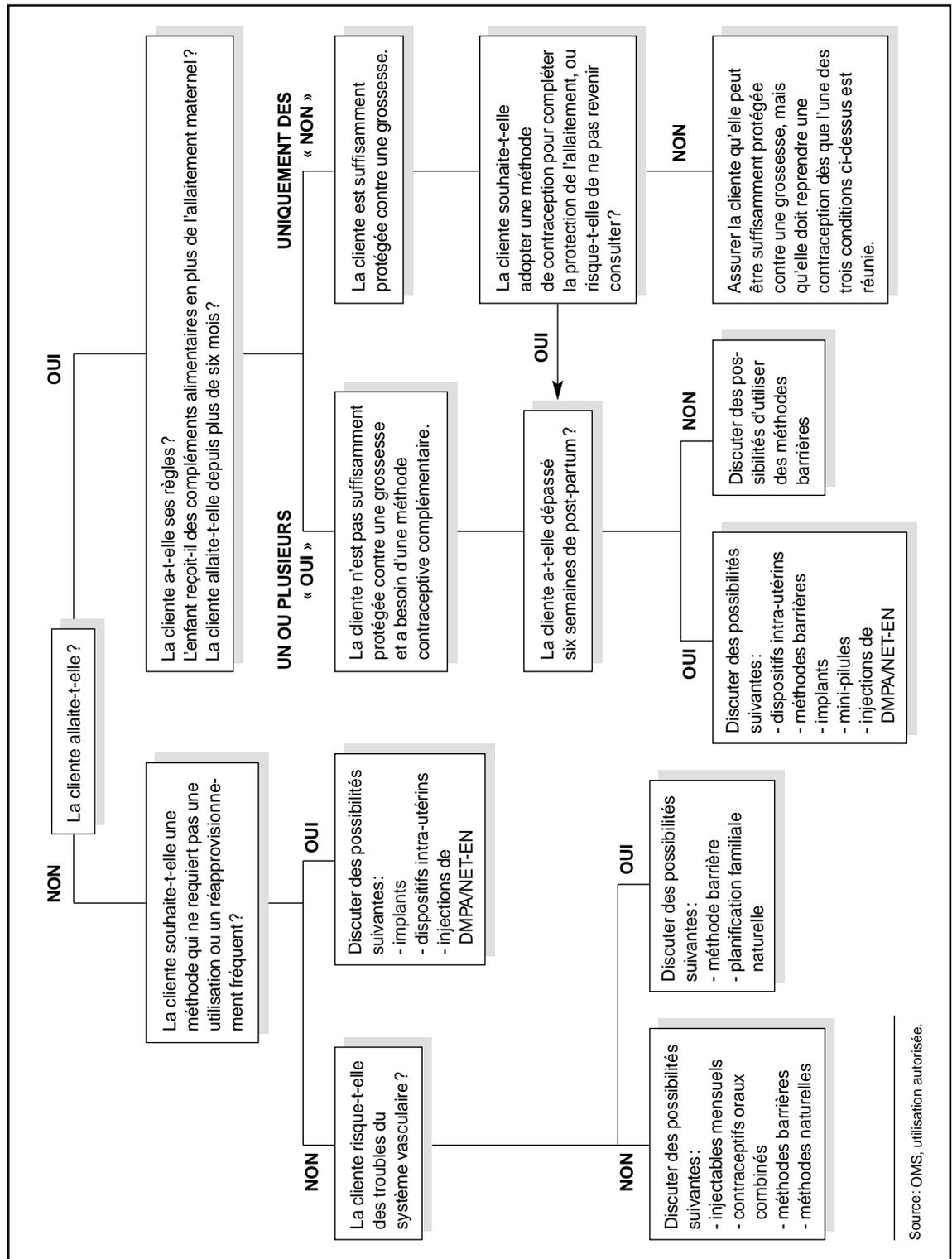


a. Efficacité inférieure à 90 %
 b. Le retour de la fécondité peut être retardé après l'utilisation d'injectables
 c. L'allaitement exclusif seul a un effet contraceptif important si d'autres critères sont également réunis: aménorrhée et période de moins de 6 mois après l'accouchement
 d. Y compris les femmes consultant après un avortement

Source: Fournir un choix approprié de méthodes contraceptives, OMS 1993. Avec autorisation de l'OMS.

ANNEXE 2

**Arbre de décision
sur le choix d'une
méthode contraceptive
destinée à des réfugiés
qui souhaitent
avoir d'autres enfants**



ANNEXE 3

**Fiche individuelle
de consultation
de planification familiale**

| Camp : | | Numéro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|-----|-----|------|-----|-----|-----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|---|
| Nom : | | Niveau d'instruction : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | Âge : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grossesses : | | Enfants vivants : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naissances : | | souhaite LIMITER : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Âge du plus jeune enfant vivant : | | souhaite ESPACER : durée : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date des dernières règles : | | Date ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durée : | | Durée : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abondance : | | Abondance : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Méthode(s) contraceptives déjà utilisée(s) : | | Méthodes disponibles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Méthode souhaitée : | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">NON</th> <th style="width:15%;">OUI</th> <th style="width:15%;">DIU</th> <th style="width:15%;">COC</th> <th style="width:15%;">POP</th> <th style="width:15%;">INJ*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">-</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">-</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">-</td> <td style="text-align:center;">-</td> <td style="text-align:center;">-</td> <td style="text-align:center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">0</td> <td style="text-align:center;">+</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">(-)</td> <td style="text-align:center;">+</td> </tr> </tbody> </table> | | NON | OUI | DIU | COC | POP | INJ* | 0 | 0 | + | + | + | - | 0 | 0 | (-) | - | + | + | 0 | 0 | (-) | + | + | + | 0 | 0 | (-) | + | + | + | 0 | 0 | (-) | + | + | + | 0 | 0 | + | - | + | + | 0 | 0 | (-) | + | + | + | 0 | 0 | - | - | - | - | 0 | 0 | + | (-) | (-) | + |
| NON | OUI | DIU | COC | POP | INJ* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | + | + | + | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | (-) | - | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | (-) | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | (-) | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | (-) | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | + | - | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | (-) | + | + | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | - | - | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | + | (-) | (-) | + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>A. ANAMNÈSE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nullipare 2. Post-partum < 6 semaines 3. Post-abortum < 6 semaines 4. Césarienne < 6 semaines 5. Diabète non surveillé 6. Deux des facteurs suivants : âge > 35 ans gros fumeur obésité 7. Hyperménorrhée/dysménorrhée 8. Métorragie 9. Traitement médical risquant d'être incompatible avec la prise de contraceptifs oraux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>B. ANTÉCÉDENTS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Phlébite, thrombose artérielle, embolie 2. Grossesse extra-utérine 3. Infection des voies génitales supérieures 4. Maladie récente du foie (< 6 mois) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>C. EXAMEN GÉNÉRAL ET GYNÉCOLOGIQUE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conjonctive jaune (trouble hépatique) 2. Pathologie valvulaire cardiaque 3. Pression artérielle supérieure à 14/9 4. Tumeur mammaire 5. Phlébite, varices importantes 6. Grossesse 7. Infection des voies génitales supérieures ou inférieures | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Examens complémentaires éventuels : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conclusion : | | Méthode(s) recommandée(s) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Méthode retenue : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date ___/___/___ | | NOM : _____ QUALIFICATION : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Signature : _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*DIU
(dispositif intra-utérin)
COC
(contraceptif oral combiné)
PPU
(pilule à progestatif pur)
INJ
(injectable)

ANNEXE 4

Calcul des besoins
contraceptifs

Exemple de besoins
sur un an dans
deux camps A et B

| DONNÉES | Population camp A 100 000 | Population camp B 50 000 | Total (deux camps) | Coût unitaire (dollars US) moyen | Coût total (dollars US) par an |
|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| PRÉSERVATIFS | | | | | |
| Groupe cible (hommes) : 20 % de la population | 20 000 | 10 000 | | | |
| Usagers : 20 % du groupe cible | 4 000 | 2 000 | | | |
| 12 préservatifs par usager et par mois | 576 000 | 288 000 | 864 000 (+ 20 % de pertes) | 5,40 dollars pour 144 unités | 39 000 |
| CONTRACEPTIFS | | | | | |
| Groupe cible (femmes de 15 à 44 ans) : 20 % de la population | 20 000 | 10 000 | | | |
| Taux de prévalence de la contraception : 15 % | 3 000 femmes | 1 500 femmes | | | |
| 65 % des utilisatrices préfèrent le Depoprovera (4 par an) | 1 950 femmes ou 7 800 doses | 975 femmes ou 3 900 doses | 1 1700 doses (+10 % gaspillage) | 1,5 dollar par flacon | 19 300 |
| 30 % des utilisatrices préfèrent la pilule (13 cycles par an) | 900 femmes ou 11 700 cycles | 450 femmes ou 5 850 cycles | 19300 cycles (+10 % gaspillage) | 60 dollars pour 100 cycles | 11 600 |
| 5 % des utilisatrices préfèrent le dispositif intra-utérin | 150 femmes ou 150 DIU | 75 femmes ou 75 DIU | 225 DIU | 1,2 dollar par DIU | 270 |
| Coût total sur une année | | | | | 70 170 dollars |

Lors de la commande des
contraceptifs, toujours tenir
compte du temps qui s'écoulera
entre la date de votre com-
mande et la réception effective
des contraceptifs (généralement
2 à 3 mois sauf en urgence
2 à 7 jours).

Ce chapitre n'aborde pas toutes les autres questions de santé reproductive. Il traite de deux aspects particulièrement importants de la santé reproductive : la prise en charge des complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, l'élimination des mutilations génitales féminines et les soins prodigués aux femmes qui les ont subies.

7

CHAPITRE SEPT

Autres questions de santé reproductive

Sommaire :

- Introduction
- Prise en charge des complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène¹
 - Prise en charge en urgence des complications de l'avortement
 - Planification familiale après un avortement
- Liens avec d'autres services de santé reproductive
- Suivi et surveillance
- Mutilations génitales féminines²
 - Définition et étendue du problème
 - Classification de l'OMS
 - Prévention des mutilations génitales féminines parmi les réfugiés
 - Soins aux femmes réfugiées victimes de mutilations génitales
 - Suivi et surveillance

1. La présente section s'inspire largement des documents de l'OMS consacrés à la prise en charge des complications de l'avortement (guide pratique) ; aux complications de l'avortement (guide technique et administratif de prévention et de traitement) ; et aux soins du post-abortum (manuel de référence pour l'amélioration de la qualité des soins, *Postabortion Care Consortium* 1995).

2. La présente section s'inspire largement des documents de l'OMS consacrés aux mutilations génitales féminines (kit d'information OMS) et à la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum en présence de mutilations génitales féminines.



Autres questions de santé reproductive

Introduction

Complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène

Les professionnels de santé doivent être à même de reconnaître et de prendre en charge les complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, qui constituent une source de préoccupation importante admise tant par la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) du Caire (1994) que par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995.

La déclaration suivante faite par la CIPD renforce les conseils proposés dans le présent chapitre.

« L'avortement ne devrait en aucun cas être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en développant et en améliorant les services de planification familiale. La priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout doit être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées doivent avoir facilement accès à une information fiable et à une écoute compréhensive. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement doit être pratiqué en toute sécurité. Dans tous les cas, les femmes doivent avoir accès à des services de qualité pour traiter les complications des avortements. Après un avortement, des services d'information, d'éducation et de planification familiale doivent être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés. »

(Le Caire, CIPD, 1994, paragraphe 8.25)

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène contribuent fortement à la morbidité et à la mortalité, au niveau mondial, des femmes en âge de procréer. L'OMS définit l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions comme « l'interruption d'une grossesse non voulue pratiquée soit par des personnes n'ayant pas les compétences nécessaires, soit dans un cadre ne répondant pas aux normes d'hygiène minimales, soit les deux ». On estime à 55000 le nombre d'avortements pratiqués chaque jour dans de mauvaises conditions d'hygiène, avortements qui provoquent quotidiennement le décès de 200 femmes. L'OMS signale que jusqu'à 13 % des décès liés à la grossesse, dans le monde, sont dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène ; dans certains pays, ce chiffre peut atteindre 45 %. En outre, on a estimé que pour chaque décès, des centaines d'autres femmes souffrent de douleurs ou d'incapacités chroniques. Les complications les plus fréquentes sont les avortements incomplets, les septicémies, les hémorragies et les lésions abdominales. Parmi les complications à long terme, on peut citer les pelvipéritonites chroniques, l'obstruction des trompes et les stérilités secondaires.

Les avortements spontanés ou les fausses couches peuvent entraîner des complications nécessitant des interventions d'urgence vitales.

Mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines incluent toutes les procédures qui impliquent une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou une lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou autres non thérapeutiques. Les mutilations génitales féminines sont fréquentes chez les femmes réfugiées provenant de pays où elles sont pratiquées. Bien qu'elles ne soient prescrites par aucune religion, ces pratiques sont enracinées dans les traditions liées au sexe et aux inégalités face au pouvoir bien ancrées dans les structures politiques, sociales, culturelles et économiques d'une société. Beaucoup de femmes et d'hommes sont convaincus que les mutilations génitales sont nécessaires à la santé des femmes, pour préserver leur virginité et pour être acceptées par leur communauté.

Les soins prodigués aux femmes victimes de mutilations génitales seront de meilleure qualité si le personnel comprend pleinement et est capable de prendre en charge leurs conséquences potentielles. Les professionnels de santé doivent s'employer en priorité à éliminer les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines.

Prise en charge des complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène

Les soins du post-abortum visent à réduire le nombre de décès et à atténuer les souffrances dues aux complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène. Ces soins se subdivisent comme suit :

- prise en charge d'urgence des avortements incomplets et des complications potentiellement fatales ;
- consultations et services de planification familiale en post-abortum ;
- établissement de liens entre les services d'urgence du post-abortum et les autres services de santé reproductive.

Dans la mesure où des avortements incomplets et/ou septiques peuvent menacer la vie d'une femme, les professionnels de santé doivent être capables de faire face rapidement à leurs complications. Quant aux urgences obstétricales, un système d'orientation efficace et opérationnel 24 heures sur 24 doit être mis en place (voir chapitre 3).

Lors de la planification des services du post-abortum, il faut étudier et prendre en compte à la fois les besoins mais aussi les perceptions de la communauté, y compris les préférences des femmes (type et sexe des prestataires de services post-abortum et emplacement des services).

Chaque situation de réfugiés requiert la mise en place d'un protocole de prise en charge des complications de l'avortement. On trouvera au tableau 1, des indications générales sur le type d'établissement, la composition des équipes et les différents soins du post-abortum qui peuvent être proposés. Les facteurs à prendre en compte lors de l'élaboration du protocole sont les suivants :

- formation, qualifications et encadrement du personnel permettant de respecter les normes minimales de prise en charge ;
- fournitures et matériel ;
- conditions (propreté, espace, protection de la vie privée, etc.) dans les établissements de santé ;
- système de transport d'urgence ;
- capacité de la structure de référence.

Les structures de référence du pays hôte devront dans la mesure du possible être utilisées et renforcées.

Prise en charge en urgence des complications de l'avortement

Les femmes en âge de procréer ressentant au moins deux des trois symptômes suivants doivent être considérées comme potentiellement exposées à un risque d'avortement ou d'avortement incomplet :

- saignements vaginaux ;
- crampes et/ou douleurs de la partie basse de l'abdomen ;
- éventuels antécédents d'aménorrhée (pas de règles pendant plus d'un mois).

Les mesures suivantes doivent être prises afin de prendre en charge les complications d'avortements :

Parler à la femme de sa situation

Toute femme qui consulte pour des complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène ou pour une fausse couche a besoin en urgence de soins de qualité. Les

professionnels de santé doivent savoir que les femmes sollicitant ces soins sont, outre leurs problèmes physiques, sous l'effet d'un stress émotionnel intense. Il faut garantir la protection de leur vie privée, assurer la confidentialité et obtenir leur consentement pour les traitements mis en œuvre.

Faire un premier bilan clinique

Cet examen initial peut révéler ou suggérer la présence d'une complication potentiellement fatale telle qu'un état de choc. Celui-ci doit être traité sans tarder pour prévenir un éventuel décès ou empêcher que l'état de santé de la femme ne se détériore.

- **Traitement de l'état de choc** : tous les prestataires de santé doivent connaître les mesures à prendre pour traiter un choc, telles que : ne pas administrer de liquides par voie orale, désobstruer les voies respiratoires, tourner la tête et le corps sur le côté et maintenir la personne au chaud. Les centres de santé doivent être équipés de liquides de perfusion intraveineuse (solution saline, substituts du plasma ou sang testé), d'antibiotiques systémiques et d'oxygène.

Examen clinique complet

Noter soigneusement les antécédents en santé reproductive, réaliser un examen physique et pelvien complet et, au besoin, demander les tests de laboratoire appropriés. Cet examen complet permettra de déceler d'éventuelles complications (blessure intra-abdominale, saignement vaginal de bénin à grave, infection/septicémie et douleur) et d'entreprendre un traitement approprié.

Prendre en charge les complications

Les complications doivent être traitées immédiatement par du personnel qualifié. Un transfert rapide peut se révéler nécessaire si la femme doit recevoir un traitement dépassant les capacités de la structure de premier accueil où elle est examinée. Son état devra être stabilisé avant de la transférer vers un service plus spécialisé. Les traitements suivants pourront être nécessaires :

- **Repos** : en cas de saignement léger à modéré.

- **Remplacement des fluides** : en cas de choc ou de saignement vaginal grave, prescrire des solutions salines, des substituts de plasma ou du sang testé.

- **Laparotomie/chirurgie** : dans les cas où on soupçonne une plaie intra-abdominale. Les plaies intra-abdominales sont souvent dues à une perforation de l'utérus bien souvent liée à une tentative d'avortement.

- **Évacuation utérine** : Elle est pratiquée pour évacuer les produits de conception intra-utérins. Le traitement des avortements incomplets du premier et du début du deuxième trimestre peut se faire par aspiration ou par dilatation et curetage (D & C). L'aspiration, manuelle ou électrique, entraîne moins de complications que la méthode D & C et est moins traumatisante pour la patiente. Les prestataires de santé doivent transférer les avortements incomplets survenant au milieu ou à la fin du deuxième trimestre vers un service de référence disposant d'équipements chirurgicaux et de moyens de secours d'urgence complets.

- **Antibiotiques** : à prescrire lors des infections ou des chocs septiques, qui sont des complications fréquentes des avortements incomplets. Un traitement à base d'antibiotiques à large spectre par voie IV ou IM est indiqué.

- **Prise en charge de la douleur** : une prise en charge efficace de la douleur permet de minimiser l'angoisse et l'inconfort ressentis par les femmes. Les besoins des femmes en matière de prise en charge de la douleur pourront varier en fonction de leur état physique et mental.

- **Prévention du tétanos** : une vaccination antitétanique doit être prescrite car la femme a pu être exposée au tétanos et sa situation vaccinale peut ne pas être connue avec certitude.

Les laparotomies, les interventions chirurgicales et d'évacuation utérine doivent être pratiquées par du personnel qualifié et supervisé dans les conditions d'hygiène nécessaires et effectuées de préférence dans un centre de référence du pays hôte.

| Tableau 1 Critères minimums de prise en charge en urgence des complications d'avortement en tenant compte du niveau des structures de santé et des qualifications du personnel | | |
|---|---|---|
| Niveau | Personnel minimum | Soins d'urgence |
| Dispensaire | Agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles | <ul style="list-style-type: none"> ■ Reconnaissance des signes et symptômes des complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène. Orientation vers des établissements susceptibles de stabiliser et/ou de traiter la patiente |
| Centre de santé ¹ | Travailleurs sociaux Infirmières Sages-femmes Médecins généralistes | <p>Toutes les activités décrites ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostic sur la base des antécédents et de l'examen physique et pelvien ■ Réanimation/préparation avant traitement ou transfert ■ Mise en œuvre de traitements d'urgence (antibiothérapie, remplacement des fluides par perfusions intraveineuses et oxytociques) ■ Lutte contre la douleur, simple analgésie et sédation, et anesthésie locale ■ Hématocrite/hémoglobine <p>Si l'on dispose de personnel qualifié respectant les normes de sécurité minimales et d'équipements appropriés, activités ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évacuation utérine pendant le premier trimestre en cas d'avortement incomplet sans complication secondaire |
| Hôpital de district (généralement établissement du pays hôte) | Infirmières Sages-femmes Médecins généralistes Obstétriciens/gynécologues Chirurgiens | <p>Activités décrites ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évacuation utérine d'urgence pendant le deuxième trimestre ■ Traitement de la plupart des complications du post-abortum ■ Anesthésie locale et générale ■ Diagnostic et orientation des complications graves (septicémie, péritonite, insuffisance rénale) ■ Laparotomie ■ Compatibilité sanguine, test VIH et transfusions sanguines contrôlées |
| Niveau tertiaire Hôpital régional ou national | Infirmières Sages-femmes Médecins généralistes Obstétriciens/gynécologues Chirurgiens | <p>Activités décrites ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évacuation utérine comme indiqué pour tous les avortements incomplets ■ Traitement des complications graves (plaie intestinale, septicémie grave, insuffisance rénale) ■ Traitement des saignements et des problèmes de coagulation |

1. Un centre de santé propose généralement aux réfugiés des services ambulatoires et d'hospitalisation, dispose d'un laboratoire de base et est supervisé par un ou plusieurs médecins.

Adapté de « Complications of Abortion, Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment », OMS, 1995.

Planification familiale après un avortement

L'absence d'accès à des services adaptés de planification familiale est l'un des principaux facteurs à l'origine des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène. Inversement, les grossesses non désirées et, souvent, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène sont des révélateurs évidents du besoin – non satisfait – de services fiables et efficaces de planification familiale. Dans la plupart des systèmes de santé, les femmes traitées pour des complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène bénéficient rarement de services de conseil destinés à prévenir de nouvelles grossesses non désirées. Or, il est évident que lorsqu'une femme reçoit des soins pour des complications d'un avortement, elle doit également bénéficier de conseils et de services complets de planification familiale si elle le souhaite. Les femmes qui bénéficient de services en post-abortum devraient toutes au minimum savoir que :

- le retour rapide de l'ovulation peut entraîner une grossesse avant même que les règles ne réapparaissent ;
- des méthodes de contraception efficaces peuvent permettre d'éviter une grossesse ;
- il existe des structures où elles peuvent obtenir ces méthodes.

En outre, les personnels qui dispensent des soins après un avortement devraient tous savoir conseiller et proposer des services de planification familiale.

(Pour plus de renseignements sur les services de planification familiale, se reporter au chapitre 6.)

Liens avec d'autres services de santé reproductive

Il est impératif et logique de lier les services de soins d'urgence du post-abortum avec d'autres services de santé reproductive. Or, dans de nom-

breuses parties du monde, ces services restent cloisonnés. De ce fait, les femmes n'ont pas accès aux soins de santé reproductive et souffrent d'un mauvais état de santé général.

Il importe de recenser les services de santé reproductive dont chaque femme peut avoir besoin et de lui proposer une gamme de services aussi étendue que possible, comme par exemple :

- un traitement des infections des voies génitales ;
- un dépistage et un traitement des cancers du col de l'utérus et du sein (si cela s'avère faisable) ;
- des conseils nutritionnels ;
- des conseils sur les méthodes de planification familiale ;
- des conseils sur les soins prénataux ;
- une orientation vers un dispensaire de pédiatrie (si elle a des enfants âgés de moins de cinq ans) ;
- une orientation vers des services spécialisés de prise en charge des violences sexuelles ;
- une orientation vers des services de conseil suite à un diagnostic sérologique positif au VIH.

Suivi et surveillance

Les services du post-abortum doivent être évalués en permanence. Les directeurs de ces services devraient évaluer leur niveau d'utilisation, vérifier tous les dossiers des clientes, la disponibilité et l'utilisation appropriée des équipements et des fournitures, et évaluer régulièrement la qualité des soins en se fondant sur des indicateurs spécifiques, analyser les changements ou les problèmes qui surviennent, en informer le personnel et intervenir pour corriger tout problème identifié.

Ce suivi pourra notamment prendre la forme d'une observation directe des activités du personnel au travail, de l'utilisation de listes de contrôle, par exemple, pour évaluer les compétences indispensables, de l'examen des dossiers cliniques et de discussions avec les patients, le personnel et la communauté.

Indicateurs de suivi sur l'efficacité des services de post-abortum

- **Incidence des avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène** : cette incidence indiquera l'ampleur du problème et mettra en évidence les éventuelles causes sous-jacentes. Par exemple, l'incidence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène peut traduire une couverture insuffisante de la planification familiale pour les femmes souhaitant éviter ou retarder une grossesse.
- **Qualité des services de soins du post-abortum** : l'aptitude du personnel à assurer les différents soins du post-abortum doit être revue périodiquement en observant directement le personnel et/ou en examinant les dossiers médicaux.

Mutilations génitales féminines

Définition et étendue du problème

Les mutilations génitales féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou toute intervention pratiquée sur les organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou à des fins non thérapeutiques. On estime qu'environ 130 millions de femmes et de fillettes ont subi des mutilations génitales. Environ 2 millions de fillettes risquent d'être soumises à des mutilations génitales féminines chaque année. Si les fillettes et les femmes qui ont subi des mutilations génitales vivent, pour la plupart, dans 28 pays d'Afrique, certaines vivent en Asie et dans d'autres régions du monde.

Liste de contrôle relative aux soins du post-abortum

- ✓ Un protocole de prise en charge des complications d'avortements spontanés ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène est établi et appliqué.
- ✓ Le personnel est qualifié pour prendre en charge les complications d'avortements spontanés ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène.
- ✓ Les établissements disposent du matériel utile et nécessaire.
- ✓ Un protocole de planification familiale après avortement et d'orientation vers d'autres services de santé reproductive a été établi et est appliqué.
- ✓ Un système de collecte de données et d'écriture de rapports ainsi qu'un schéma de suivi pour assurer la qualité des soins sont en place.

Classification de l'OMS

- ✓ **Type I** : Excision du capuchon avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris.
- ✓ **Type II** : Excision du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres.
- ✓ **Type III** : Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)
- ✓ **Type IV** : Interventions non classées :
 - piqûres, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et grandes lèvres ;
 - étirement du clitoris et/ou des lèvres ;
 - cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus avoisinants ;
 - grattage (angurya cuts) de l'orifice vaginal ou incision (gishiri cuts) du vagin ;
 - introduction de substances ou de plantes corrosives dans le vagin
 - toute autre intervention qui répond à la définition des mutilations génitales féminines donnée ci-dessus.

CHAPITRE SEPT



Environ 15 % des femmes et des fillettes soumises à des mutilations génitales subissent une infibulation. La plupart des autres subissent une ablation ou une excision du clitoris. L'infibulation est très fréquente à Djibouti, en Somalie et dans le nord du Soudan, avec un taux de complications plus élevé. La pratique de l'infibulation est également signalée dans le sud de l'Égypte, en Érythrée, en Éthiopie, dans le nord du Kenya, au Mali et au Nigeria.

Conséquences physiques

Les mutilations génitales féminines nuisent gravement aux fillettes et aux femmes et ont fréquemment de graves conséquences sur leur santé, y compris, parfois, un risque accru d'infections par voie sanguine telles que l'infection à VIH. Certains effets sont immédiats, d'autres apparaissent des années plus tard. Les fillettes et les femmes soumises aux formes les plus sévères de mutilation risquent tout particulièrement de souffrir de complications graves et à long terme. On dispose de documents et d'études montrant la nature des complications passagères et à long terme décrites ci-dessous, mais on a peu étudié l'impact sexuel ou psychologique de la procédure ou de la fréquence à laquelle les complications surviennent. On ne connaît pas le taux de mortalité des fillettes et des femmes subissant des mutilations génitales, car il n'existe que peu de registres et les décès liés à cette pratique sont rarement signalés.

Les opérations sont généralement pratiquées sur des fillettes âgées de quatre à dix ans ou plus jeunes, voire, dans certaines régions, sur des adolescentes. Les villageoises, accoucheuses traditionnelles ou barbiers pratiquent l'opération généralement sans anesthésie ni antiseptiques. L'impact sur la santé dépend de l'ampleur de l'incision, des compétences du praticien, de la propreté des instruments et de l'environnement, et de la condition physique de la fillette.

Les répercussions de ces pratiques pourront se faire sentir la vie entière et compromettre non seulement la santé reproductive de la femme et son bien-être, mais également la santé de ses enfants. Les professionnels de santé qui travaillent avec

des réfugiés connaissent souvent mal les conséquences physiques, psychologiques et sociales des mutilations génitales féminines et les croyances culturelles qui sous-tendent cette pratique.

Il est donc essentiel que le personnel de terrain détermine si oui ou non des mutilations génitales féminines sont pratiquées au sein d'une population de réfugiés, et identifient ceux qui sont chargés d'appliquer cette procédure.

Prévention des mutilations génitales féminines parmi les réfugiés

Les programmes de santé reproductive devraient développer des stratégies en vue de décourager les mutilations génitales féminines, mettant en avant le lien qui existe entre cette pratique et la mauvaise santé reproductive, sexuelle et générale des femmes et des fillettes. Il est essentiel de comprendre les raisons de cette pratique avant de lancer des campagnes d'information. Les efforts déployés pour éliminer les mutilations génitales féminines peuvent être grandement facilités par le recrutement de membres influents de la collectivité en question.

La médicalisation des mutilations génitales féminines (aide apportée par des professionnels de santé pour pratiquer des mutilations génitales féminines dans de meilleures conditions d'hygiène, par exemple) ne peut être acceptée au motif de rendre cette pratique « moins risquée ». La médicalisation n'élimine pas les dommages causés par les mutilations et ne fait que légitimer cette pratique. Les professionnels de santé travaillant avec des réfugiés doivent être informés que leur participation à une « médicalisation » des mutilations génitales féminines ne sera en aucun cas tolérée. Des mesures disciplinaires rigoureuses pouvant aller jusqu'à la résiliation de contrat devront être prises à l'encontre de ceux qui pratiquent des mutilations génitales féminines.

Soins aux femmes réfugiées victimes de mutilations génitales

Les femmes qui ont subi des mutilations génitales, en particulier de type III, ont besoin de

soins particuliers pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Lorsqu'une femme infibulée accouche, le personnel doit connaître les points suivants :

- la formation de tissu de cicatrisation scléreux autour de l'orifice vaginal du fait de la mutilation risque de retarder la deuxième phase du travail, pouvant ainsi mettre en danger la vie tant de la femme que de l'enfant ;
- d'importantes épisiotomies peuvent devoir être pratiquées pour permettre un accouchement dans de bonnes conditions.

Les femmes qui ont subi une infibulation ont également besoin de soins particuliers lors de l'utilisation de certains contraceptifs (dispositif intra-utérin) et lors de la prise en charge des complications d'avortements spontanés et pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les MST sont également plus difficiles à diagnostiquer et les femmes courent un risque plus grand de contracter des infections transmises par voie sanguine, dont l'infection au VIH.

Stratégies visant à éliminer les pratiques traditionnelles néfastes, y compris les mutilations génitales féminines

La question des pratiques traditionnelles néfastes, y compris les mutilations génitales féminines, doit être abordée avec une prudence extrême. S'il n'existe aucune règle intangible et stricte permettant de prévenir et d'éliminer ces pratiques, les stratégies et exemples suivants peuvent donner quelques indications aux personnels de terrain :

L'expérience montre que la première mesure à prendre en présence de pratiques traditionnelles néfastes consiste à proposer une éducation et des informations sur ces pratiques, en mettant l'accent sur leurs conséquences négatives. Ces mesures initiales de sensibilisation doivent être cependant suivies d'une mise en application.

- Les campagnes visant à éliminer ces pratiques ont plus de chances de réussir et

d'être acceptées par la population cible lorsqu'elles mettent d'emblée l'accent sur les conséquences néfastes pour la santé plutôt que sur les aspects juridiques ou humanitaires. La loi doit se montrer plus préventive que répressive et viser à protéger les enfants. Cet aspect doit être souligné au niveau de la communauté pour que la loi soit perçue comme protégeant et aidant les individus.

- Il est nécessaire de bien comprendre la nature et l'ampleur de cette pratique, y compris ses racines et ses conséquences sociales. Les agents de santé pourront acquérir cette connaissance en discutant avec les réfugiés eux-mêmes.
- Éduquer les populations cibles (hommes et femmes) – chefs religieux et traditionnels (tribaux et politiques), enseignants, accoucheuses traditionnelles et autres agents de santé, ainsi que les réfugiés (femmes, hommes et enfants) sur les conséquences néfastes de ces pratiques sur la santé. Il est particulièrement important d'informer les jeunes filles sur ces problèmes.
- Favoriser la création de groupes nationaux et locaux, leur apporter un soutien technique et mobiliser des ressources leur permettant de mettre en œuvre des activités visant à éliminer les pratiques traditionnelles néfastes. Des comités nationaux pour l'élimination des pratiques traditionnelles néfastes existent dans de nombreux pays, et leur savoir-faire doit être mis à contribution.
- Au Kenya, des ONG locales menant des campagnes visant à éliminer les mutilations génitales féminines ont découvert que les réfugiés étaient plus disposés à discuter de la question lorsqu'elle était abordée dans des ateliers parmi d'autres questions de santé reproductive telles que les MST, le VIH/SIDA, la maternité sans risque, plutôt que lorsqu'elle était abordée indépendamment. Cependant, la campagne menée auprès de réfugiés en Éthiopie commença sur un thème unique et fut un succès. Ce n'est que plus tard qu'elle fut incorporée à



un programme de santé reproductive plus vaste. Il est donc clair que chaque programme doit être adapté à la collectivité qu'il dessert.

- Dans certains pays, il faudrait concevoir des activités rémunératrices de substitution pour les personnes qui tirent leurs revenus de ces pratiques néfastes. Les praticiens traditionnels doivent également être à même de trouver d'autres façons d'obtenir le respect de leur collectivité.
- Le recours à la vidéo s'est révélé très efficace pour démontrer les effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles. Des vidéos montrant la réalisation de mutilations génitales féminines ou l'accouchement d'une femme n'ayant pas subi de mutilations génitales se sont révélées très efficaces.
- Le recours à des activités théâtrales et culturelles (pièces ou chansons) peut également être efficace pour diffuser des informations sur les effets de certaines pratiques traditionnelles néfastes. La radio, les journaux locaux et les mosquées peuvent également être utilisés pour aider à diffuser ces informations.
- Au Soudan, certains agents de santé axent essentiellement leur action sur les hommes dans leurs efforts visant à épargner les mutilations génitales féminines aux fillettes. Les hommes sont souvent les principaux décideurs au sein de la famille, même s'ils ignorent généralement la nature et la gravité exactes de cette procédure.
- En Ouganda, les agents de santé favorisent la célébration d'un « rite d'initiation » tout en s'efforçant de mettre fin à la pratique des mutilations génitales féminines. Des programmes encouragent les aspects rituels du « passage à l'âge adulte » des jeunes femmes, mais éliminent l'aspect « incision » de la procédure. En Sierra Leone, les mutilations génitales féminines font partie du rite d'initiation de sociétés secrètes féminines. Ces sociétés jouent un rôle très important dans l'auto-promotion des femmes, car non seulement elles forment un réseau de sou-

tien, mais elles fournissent également des contacts nécessaires à la pratique d'activités rémunératrices. S'il est nécessaire d'encourager les groupes qui favorisent l'épanouissement de la femme, il est également nécessaire d'encourager les rites initiatiques qui ne passent pas par des mutilations génitales.

- On ne saurait trop souligner l'importance de l'éducation des jeunes filles et des femmes. L'incidence de pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines et le mariage précoce diminue à mesure que le niveau d'instruction des femmes s'élève. C'est pourquoi il faut s'employer en priorité à promouvoir et à appuyer l'éducation des femmes, tant par la scolarisation des fillettes que par l'alphabétisation des femmes adultes.
- Les populations immigrées de plus en plus nombreuses et présentes dans les pays industrialisés ont importé les mutilations génitales féminines dans des pays où elles n'étaient pas pratiquées. Le HCR déconseille d'informer les réfugiés, avant leur réinstallation, sur la criminalisation de ces pratiques dans les pays de réinstallation. L'expérience a en effet montré que lorsqu'on les informait de ce fait avant leur départ, des mutilations génitales féminines étaient pratiquées à grande échelle par les réfugiés dans le pays d'accueil avant leur réinstallation. Lorsque les réfugiés sont réinstallés dans des pays dont la législation interdit les mutilations génitales féminines, il faut inviter les autorités du pays d'accueil à en informer les réfugiés dès leur arrivée.

Il est conseillé au personnel de terrain de planifier soigneusement la stratégie d'élimination des mutilations génitales féminines en coopération avec les réfugiés eux-mêmes, avec les partenaires de d'implantation des projets et avec toute autre organisation concernée des Nations Unies. Il est important de coopérer avec les réfugiés si l'on veut que les mesures prises soient aussi efficaces que possible. On pourra en outre y associer des ONG locales, les communautés du pays

hôte et les pouvoirs publics, qui auront peut-être déjà lancé des campagnes dynamiques dans le pays.

Suivi et évaluation

Il est très difficile de suivre l'évolution de la pratique des mutilations génitales féminines dans une communauté. Les programmes devront surveiller les complications survenant chez les femmes lors de l'accouchement et enquêter sur tout décès susceptible d'être lié à des mutilations génitales. Les prestataires de services, tant dans les établissements de santé qu'au sein de la communauté, doivent être supervisés régulièrement pour s'assurer qu'ils ne pratiquent pas de mutilations génitales féminines.

Bibliographie

« Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide », OMS, Genève, 1994.

« Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment », OMS, Genève, 1995.

« Female Genital Mutilation: Findings from the Demographic and Health Surveys Program », Macro International Inc., Washington, DC, 1997.

« Female Genital Mutilation Information Kit » (comprenant une Déclaration commune UNICEF, FNUAP et OMS sur les mutilations génitales féminines), OMS, Genève, 1994.

« How To Guide: From Awareness to Action - Eradicating Female Genital Mutilation in Refugee Camps in Eastern Ethiopia », HCR, Genève, 1997.

« Management of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation. A Report of a WHO Technical Consultation », OMS, Genève, 1998.

« Policy Paper on Eradication of Harmful Traditional Practices », HCR, Genève, 1997.

« Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care », Postabortion Care Consortium, JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD, 1997.

« Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programmes Managers », OMS, Genève, 1997.

L'adolescence est souvent caractérisée par une période d'anxiété et de défis permanents. Pour les jeunes qui vivent en situation de réfugiés, le stress est d'autant plus grand. Leur passage à l'âge adulte est souvent rendu plus difficile par l'absence des modèles habituels et par la disparition du système social et culturel dans lequel ils vivaient. Ils sont parfois eux-mêmes victimes ou témoins de traumatismes personnels : conflits armés, violence, insécurité, sévices sexuels, violences subies par des membres de leur famille ou décès de ces personnes, interruption des cours ou du travail, absence d'amis et de tout soutien familial ou collectif.

Les définitions des enfants, des adolescents et des adultes varient d'une culture à l'autre. Les professionnels de santé doivent donc adapter les définitions qu'ils utilisent aux situations des réfugiés dans lesquelles ils se trouvent. Le fait qu'un adolescent assume les rôles et les responsabilités d'un adulte dépend aussi de sa culture et de la situation de réfugiés. Le travail avec les jeunes doit respecter les valeurs culturelles, éthiques et religieuses des réfugiés.

| Définition des enfants et des jeunes | |
|---|-----------|
| ✓ Enfants Convention sur les droits de l'enfant | 0-18 ans |
| ✓ Adolescents FNUAP, OMS, UNICEF | 10-19 ans |
| ✓ Jeunes gens FNUAP, OMS, UNICEF | 15-24 ans |
| ✓ Jeunes FNUAP, OMS, UNICEF | 10-24 ans |

8

CHAPITRE HUIT

La santé reproductive des jeunes

Sommaire :

- Les jeunes en situation de réfugiés
 - ▶ Besoins des jeunes en matière de santé reproductive
- Principes de base pour travailler efficacement avec les jeunes
- Évaluation des besoins des jeunes en santé reproductive
- Réponse aux besoins des jeunes en santé reproductive
- Programmes communautaires
- Suivi et évaluation



La santé reproductive des jeunes

Les jeunes ont des besoins particuliers en toutes circonstances ; et chaque groupe d'âge au sein de sa population a des problèmes et des besoins propres. En situation de réfugiés, où il est assez difficile de mettre en place des services de santé reproductive de base pour l'ensemble de la communauté, les professionnels de santé devront néanmoins prendre en compte et satisfaire les besoins spécifiques des jeunes. Ces derniers sont, cependant, extrêmement flexibles, pleins de ressources et d'énergie. Ils peuvent s'entraider et s'éduquer mutuellement, peuvent prendre soin d'autres jeunes et se porter volontaires pour aider les agents de santé.

Les jeunes en situation de réfugiés

Les jeunes s'adaptent souvent plus facilement que leurs parents à une nouvelle situation. Ils apprennent vite comment « fonctionne le système ». Pour comprendre la spécificité de leur situation et répondre à leurs besoins, il faut garder à l'esprit que :

- **L'adolescence est la période au cours de laquelle on fait l'apprentissage des relations intimes.** En situation normale, cet enseignement leur est fourni par leurs pairs et par des modèles appartenant à leur famille ou à leur communauté. Ces personnes peuvent ne pas être présentes dans un camp de réfugiés. En tant qu'adultes respectés de par leurs fonctions, les agents de santé – hommes et femmes – peuvent jouer ce rôle important de modèle auprès des jeunes et doivent par conséquent être conscients de leur influence potentielle.
- **Les jeunes n'ont pas le plus souvent des notions bien claires sur leur avenir. Ceci peut être renforcé chez les réfugiés ou déplacés, du fait de la précarité de leur statut.** Des projets susceptibles de donner à ces jeunes une raison d'envisager l'avenir avec sérénité peuvent également les aider à prendre conscience des conséquences de rapports sexuels à risque et de la nécessité d'assumer la responsabilité de leurs actes.

- **Le comportement des jeunes dans les situations de réfugiés ou de déplacés ne sera peut-être pas aussi surveillé qu'il le serait dans des circonstances normales.**

Le fait d'être coupé de sa terre natale, de ses aînés et de ses schémas culturels traditionnels peut créer une situation où les comportements à risque sont moins contrôlés socialement. Il existe donc un risque accru de grossesses non désirées, de maladies sexuellement transmissibles (MST), de consommation de drogues et de violence, etc.

- **Les jeunes ne forment pas un groupe homogène.**

Les jeunes femmes et les jeunes gens doivent faire face à des problèmes et à des perspectives différentes. Les jeunes femmes sont bien plus vulnérables aux problèmes habituels de santé reproductive et elles en supportent invariablement la plupart des conséquences. Par ailleurs, les jeunes de 10 à 14 ans ont des besoins qui diffèrent de ceux de 16 à 18 ans ou de 20 à 24 ans. Selon les cultures, ce qu'on attend des adolescents varie en fonction de leur âge. Par exemple, dans certaines cultures, le mariage est envisageable ou accepté pour une fille de 14 ans, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des autres cultures.

- **Dans de nombreux pays où sévit une prévalence élevée de contamination au VIH/SIDA, les jeunes femmes en constituent le groupe le plus vulnérable.**

L'épidémie du SIDA accroît les risques pour leur santé. Leur manque de pouvoir sur le contrôle de leur vie sexuelle et reproductive renforce les risques de grossesse non désirée, d'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène et de contamination par les MST/VIH, qui ont tendance à survenir plus fréquemment dans les situations de réfugiés.

Besoins des jeunes en matière de santé reproductive

Les besoins des jeunes sont définis dans une certaine mesure par leur religion, leur milieu

socioculturel, leur lieu d'origine – rurale ou urbaine – et leur niveau d'instruction. Toutefois les besoins de base de la santé reproductive sont les suivants :

- information sur la sexualité et la santé reproductive ;
- accès à des services de planification familiale ;
- soins prénataux et du post-abortum ;
- accouchement dans de bonnes conditions ;
- traitement des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène ;
- diagnostic et traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- protection contre les abus sexuels ;
- conseils psychologiques et/ou services de santé mentale adaptés aux différentes cultures ;
- capacité de négociation.

Principes de base pour travailler efficacement avec les jeunes

En vue de travailler efficacement avec les jeunes, le premier principe consiste à s'assurer de leur participation. Ce principe qui s'applique généralement à toute prestation de santé reproductive destinée aux adultes est particulièrement valable pour les jeunes. En tant que groupe, les jeunes ont souvent leur propre « culture » avec leurs normes et valeurs. Ils peuvent se détourner de services conçus pour des adultes. Ils sont à un stade de leur vie où ils ont besoin de commencer à sentir qu'ils maîtrisent leur corps et leur santé. En même temps, étant donné leur jeunesse et leur manque d'expérience, les jeunes ont besoin de conseils qui soient à la fois attentionnés et rassurants. La meilleure façon d'encourager les jeunes à participer à un projet consiste à établir un partenariat entre eux et les prestataires de services, sans pour autant négliger les conseils et la responsabilité des parents. Les services seront

mieux acceptés s'ils sont adaptés aux besoins tels que les jeunes les perçoivent.

Autres principes dont il faut tenir compte :

- **Les prestataires de services doivent tenir compte des sensibilités culturelles associées aux informations et aux services prodigués aux jeunes.** Dans la mesure du possible, les leaders communautaires et les parents doivent être impliqués dans le développement des programmes destinés aux jeunes. Les prestataires de services connaissant bien la culture des réfugiés (*a fortiori* si c'est la leur) ont plus de chance de concevoir des services acceptables par la communauté que des prestataires de services considérés comme des « étrangers ».
- **Les programmes doivent identifier et encourager le leadership et les aptitudes à la communication chez les pairs.** Les pairs sont perçus comme des sources d'informations sûres et fiables.
- **Il est nécessaire de créer des liens entre les services de santé et les services communautaires.** Ces liens sont nécessaires afin de s'assurer que les jeunes reçoivent un traitement approprié susceptible de répondre à leurs problèmes qui peuvent être identifiés par un service mais qui exigent l'intervention d'un autre service (exemple : violence sexuelle, avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, etc.).
- **Les jeunes ont besoin d'intimité.** Les problèmes qui les conduisent à consulter sont des problèmes intimes dont ils ont honte, qui les embarrassent ou les perturbent. Bien que l'espace soit un luxe dans les camps de réfugiés, il est important que le personnel des services essaie de créer un lieu aussi privé que possible au sein duquel il puisse parler aux jeunes.
- **La confidentialité doit être garantie.** Les prestataires de services doivent maintenir la confidentialité de leurs conversations avec les jeunes et doivent être honnêtes avec eux quant à leurs problèmes de santé.

- **Dans la plupart des cultures, il est préférable que le professionnel soit du même sexe que la personne qui consulte.** Un jeune doit consulter un prestataire de services de même sexe.

Les services de santé reproductive destinés aux jeunes doivent :

- ✓ **Être conviviaux.**
- ✓ **Disposer de personnel compétent qui soit amical, accueillant et impartial.**
- ✓ **Favoriser la confiance et la confidentialité.**
- ✓ **Être gratuits ou peu onéreux.**
- ✓ **Être faciles d'accès.**
- ✓ **Proposer des horaires souples et adaptables.**
- ✓ **Être situés dans un endroit attrayant.**
- ✓ **Disposer de professionnels de même sexe.**

Estimation des besoins des jeunes en santé reproductive

En l'absence d'informations précises sur les jeunes, les prestataires de services doivent supposer que la plupart des problèmes courants cités ci-dessus peuvent être aggravés chez les réfugiés. L'interruption des services de santé et d'éducation et l'état de désordre général entraînent une absence de protection et de contrôle, une augmentation des actes de violence sexuelle et des échanges de services sexuels contre de la nourriture, un abri, un sauf-conduit ou une protection. Il est important d'obtenir des informations sur les antécédents des jeunes en matière de MST et de grossesse, d'avortement pratiqué dans de mau-

vaises conditions d'hygiène, de viol et d'autres formes d'abus sexuels. Les professionnels de santé doivent s'assurer que les jeunes sont informés de l'existence de différentes méthodes de contraception, de l'endroit où se les procurer et doivent connaître leurs croyances, leur religion, leurs attitudes, leurs perceptions et leurs valeurs.

Plus précisément, il importe de collecter des informations sur :

- les normes culturelles liées aux relations sexuelles et aux rites d'initiation de passage à l'âge adulte (y compris les pratiques traditionnelles néfastes telles que les mutilations génitales féminines) ;
- les normes, pratiques, perceptions et attitudes sexuelles actuellement en vigueur ;
- les modèles typiques d'autorité des adultes sur le comportement des jeunes dans le camp ;
- les services mis à disposition des jeunes (avec leurs restrictions) et le degré d'acceptation de ces services par la communauté des réfugiés ;
- les perceptions du personnel du camp et des services envers les prestations en santé reproductive offertes aux jeunes ;
- la perception, par les jeunes, de leurs propres besoins en santé reproductive.

Ces informations peuvent être obtenues dans les registres du camp, par des entretiens et des discussions thématiques de groupe et, si possible, par de simples techniques d'enquête (voir l'appendice 1 - Information, éducation et communication).

Réponse aux besoins en santé reproductive des jeunes

Les jeunes ont besoin d'informations de base concernant la sexualité et la reproduction. Ils ont également besoin d'apprendre comment protéger

leur santé reproductive. Dans de nombreux camps de réfugiés, l'enseignement scolaire se limite à l'école primaire. Les informations sur la santé reproductive doivent donc être communiquées de manière innovatrice. Toute activité organisée pour les jeunes (sports, projection vidéo, club d'artisanat) peut fournir l'occasion de leur communiquer des informations sanitaires utiles et importantes.

Il est prouvé que l'éducation sexuelle favorise un comportement plus responsable sans encourager une activité sexuelle précoce ou plus fréquente (voir le document de l'ONUSIDA à la rubrique Bibliographie). Il faut donc informer les jeunes sur les MST, le VIH/SIDA et les grossesses prématurées et leur proposer des conseils, des fournitures et des médicaments appropriés. Les jeunes doivent acquérir un certain nombre de compétences pour pouvoir prendre des décisions éclairées et responsables concernant leur vie sexuelle. Ils doivent pouvoir résister aux pressions, s'affirmer, négocier et résoudre des conflits. Ils doivent aussi avoir connaissance des contraceptifs tels que les préservatifs et se sentir suffisamment confiants pour les utiliser. Les conseils et l'éducation prodigués par des pairs peuvent être très efficaces pour renforcer ces compétences et attitudes.

Les jeunes filles qui ne fréquentent pas l'école et qui sont vouées à se marier dès le début de leurs règles peuvent être particulièrement difficiles à contacter. Cependant, leur société autorise parfois la visite à domicile d'un agent communautaire qui peut aborder avec elles des questions sanitaires portant, notamment, sur la préparation à la maternité.

Le viol est parfois la raison de la première consultation des services de santé par une adolescente. Les victimes de viols et de sévices sexuels sont souvent des filles, mais les garçons sont tout aussi vulnérables en matière de violences sexuelles. Les jeunes qui ont subi des sévices sexuels doivent pouvoir bénéficier de services de santé immédiats et d'un environnement protecteur.

Les adolescentes et adolescents réfugiés peuvent être contraints de se prostituer simplement pour survivre. Les membres de la communauté des réfugiés doivent être impliqués dans la recher-

che de moyens de protection des jeunes filles et des femmes contre les violences et contraintes sexuelles. Une des solutions possibles consiste à confier aux femmes la gestion de la distribution des aliments et des abris (voir chapitre 4 – Violence sexuelle et sexiste).

Lorsqu'une adolescente est enceinte, il est essentiel de lui assurer des soins prénataux de qualité car les jeunes femmes, en particulier celles âgées de moins de 15 ans, souffrent fréquemment de complications de la grossesse et de l'accouchement. De nombreuses adolescentes enceintes recourent à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène. Elles auront besoin de soins particuliers en cas de complications liées à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions d'hygiène. Des informations sur la planification familiale doivent être données et disponibles en vue de faire baisser le nombre de grossesses non désirées (voir chapitre 6 - Planification familiale).

Les adolescents qui ont des rapports homosexuels doivent apprendre à se protéger contre les MST et le VIH. Cependant, les messages informatifs de prévention de ces maladies doivent éviter le terme « homosexuel » qui tendrait à les stigmatiser, mais employer plutôt l'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » ou bien « rapports sexuels avec des personnes de même sexe ».

Les traumatismes psychologiques dus aux expériences vécues par les réfugiés peuvent entraîner, chez les jeunes, des réticences à consulter les services de santé reproductive. Mais ils doivent absolument savoir que ces services sont à leur disposition, qu'ils recevront des soins et un soutien s'ils le souhaitent, et qu'ils ne seront ni jugés ni punis de quelque façon que ce soit. Des informations concernant ces services pourront être affichées dans des lieux où les jeunes se rassemblent ou être fournies par l'intermédiaire d'autres activités ou services sociaux.

Un soutien psychologique doit être prodigué par des conseillers qualifiés chaque fois que le besoin s'en fait sentir, particulièrement dans les cas d'abus sexuels ou de grossesse non désirée.

CHAPITRE HUIT

Programmes communautaires

Idéalement, toute personne ayant une expérience des services de santé reproductive destinés aux jeunes est susceptible de participer à l'appréciation des besoins et à la planification des programmes. Des adolescents de différents groupes d'âge doivent être identifiés dès que possible afin d'aider à l'élaboration des programmes et éventuellement y jouer un rôle de leader.

Une fois l'évaluation des besoins et des ressources disponibles réalisée, le groupe de prestataires des services et les adolescents réunis pour développer le projet peuvent en définir les objectifs et concevoir les activités correspondantes. Les planificateurs doivent définir des mécanismes simples de collecte d'informations qui pourront servir ultérieurement à mesurer l'impact du projet. Ces informations détermineront également les éventuelles modifications à apporter au projet. Des jeunes doivent être associés à cette évaluation et à ces modifications du projet.

Les services de santé reproductive destinés aux jeunes sont plus efficaces et mieux acceptés lorsqu'ils sont liés à d'autres activités, de loisir ou de travail par exemple. Les centres de jeunes créés dans certains camps de réfugiés offrent un lieu où les jeunes peuvent apprendre, jouer et bénéficier de services de santé. Dans d'autres camps de réfugiés, les jeunes peuvent accéder aux services de santé pendant certaines heures, généralement après l'école ou le travail. Les jeunes doivent pouvoir disposer de lieux de rencontres bien à eux, qui s'avèrent être les endroits les plus appropriés à la prestation de services de santé.

Suivi et évaluation

Les programmes de santé reproductive doivent être encadrés pour s'assurer que les jeunes ont effectivement accès aux services de santé et que les professionnels de santé s'occupent d'eux sans les stigmatiser.

Pour s'assurer que les jeunes fréquentent les services de santé et bénéficient d'informations sur la santé, de nombreux indicateurs de santé reproductive doivent être mesurés par âge et par sexe (voir chapitre 9 pour plus d'informations sur les indicateurs spécifiques aux adolescents).

Bibliographie

« A Picture of Health: A Review and Annotated Bibliography of the Health of Young People in Developing Countries », OMS, Genève, 1995.

« Action for Adolescent Health: Towards a Common Agenda », recommandations d'un groupe d'étude mixte OMS/FNUAP/UNICEF, 1997.

« Coming of Age: From Facts to Action for Adolescent Sexual and Reproductive Health », WHO/FRH/ADH/97.18, Genève, 1997.

« Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health: A Facilitator's Guide », OMS, Genève, 1993.

« Refugee Children: Guidelines for Protection and Care », HCR, Genève, 1994.

« Technical Report of the WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health », OMS, Genève, 1997.

« The Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behavior of Young People: A Review Update », ONUSIDA, Genève, 1997.

« Working with Young People in Sexual Health and HIV/AIDS: A Resource Pack », AHRTAG, Londres, 1996.

Le suivi et l'évaluation sont des éléments de base des programmes de santé, tant reproductive que générale. Le coordonnateur des activités de santé reproductive doit assurer l'intégration rapide et appropriée des données et indicateurs de santé reproductive dans le système général de collecte et d'analyse de données sanitaires.

Les cinq composantes essentielles d'un système de suivi et d'évaluation

- 1 Définition des données essentielles à collecter, y compris la définition des cas ¹.**
- 2 Collecte systématique des données.**
- 3 Organisation et analyse des données.**
- 4 Mise en œuvre d'interventions sanitaires à partir des données.**
- 5 Réévaluation des stratégies.**

1. La définition d'un cas s'entend comme un « ensemble de critères standard permettant de décider si une personne est atteinte d'une maladie ou d'un trouble de santé spécifique ». Les critères peuvent être cliniques, biologiques ou épidémiologiques.

9

CHAPITRE NEUF

Suivi et évaluation

Sommaire :

- Structure du système
- Concept de surveillance et de suivi en huit étapes
 - Collecter des données statistiques démographiques de base
 - Définir un système de collecte de données simples et essentielles
 - Identifier, organiser et former des réfugiés à la collecte de données
 - Mettre en œuvre des procédures précises de rédaction des rapports
 - Analyser les données
 - Mettre en œuvre des programmes tenant compte des résultats de l'analyse
 - Évaluer les progrès accomplis par le programme
 - Renforcer les moyens d'évaluation et les systèmes de surveillance en fonction des besoins

Suivi et évaluation

Le suivi a pour objectifs de :

- déterminer les groupes à risque ;
- déterminer les pathologies les plus graves et/ou les plus répandues ;
- suivre leur évolution ainsi que la mise en œuvre et l'impact des interventions.

Structure du système

Ce chapitre explique comment mettre en place un système de collecte et d'analyse des données essentielles sur la santé reproductive. Ce système est mis en place lorsque survient une situation entraînant un afflux de réfugiés alors qu'aucun service de santé reproductive n'existe. Il est décrit par ordre chronologique et par ordre de priorité. Il peut être adapté et modifié pour faire face à différentes situations.

Les activités de surveillance de la santé reproductive doivent, dans leur ensemble, s'intégrer au système global d'information sanitaire. En situation d'urgence, le système d'information sanitaire devra rester simple et se limiter aux causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. L'étape 1 (des huit décrites ci-après) a trait aux données de santé reproductive essentielles que le personnel devra tenter de rassembler pendant la phase initiale. Lorsqu'on disposera de services plus complets, on pourra y incorporer d'autres données (décrites dans les étapes ultérieures).

Pour pouvoir surveiller et suivre tant la situation sanitaire que la qualité des services, il est essentiel de définir des **objectifs** de programme mesurables (ce que le programme tentera d'obtenir) et d'utiliser des indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs. Un **indicateur** est une mesure qui, lorsqu'on la compare à un niveau de réalisation standard ou souhaité, renseigne sur un résultat sanitaire ou sur une méthode de gestion. Les indicateurs sont des mesures qui peuvent être répétées dans le temps pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

Dans ce manuel, nous utilisons un système simple d'objectifs et d'indicateurs.

Les **objectifs d'impact** correspondent à des changements sur le plan de la mortalité et de la morbidité devant résulter des activités de programmes.

Les **objectifs de résultat** correspondent à des changements tant sur le plan des connaissances, des attitudes, des comportements que de l'offre de services ou de produits nécessaires résultant d'activités de programmes. Ils ont directement trait à une intervention prioritaire (prévention du VIH/MST, espacement des naissances), à une population cible (femmes en âge de procréer) ou aux personnes devant prendre en charge la population cible (agents de santé et membres de la famille).

Les **objectifs de processus** précisent les mesures nécessaires à la mise en œuvre des programmes et correspondent à différentes activités (formation, fourniture de médicaments et de matériel, éducation sanitaire) nécessaires pour obtenir les résultats et l'impact souhaités.

Ce chapitre présente essentiellement les principaux objectifs d'impact et de résultat. Les administrateurs pourront introduire des éléments supplémentaires (en particulier des objectifs de processus) en fonction des populations, des ressources disponibles et des cadres de travail.

Une sélection d'indicateurs est incluse à la fin de chaque chapitre et une liste complète d'indicateurs proposés est présentée à la fin de ce chapitre. Le coordonnateur en santé reproductive choisira un ou plusieurs indicateurs en fonction des objectifs du programme. Pour pouvoir calculer l'indicateur, le recueil des données correspondant au numérateur et au dénominateur est indispensable. Pour faciliter la comparaison, on utilisera chaque fois que possible des mesures standard en exprimant, par exemple, certains taux pour 1 000 habitants. Dans certaines situations, l'objectif préliminaire pourra consister à mettre sur pied un système de collecte d'informations sur les naissances et les décès néonataux, par exemple, pour pouvoir calculer l'indicateur « taux de mortalité néonatale ». Une fois le taux de mortalité néonatale recueilli, cet indicateur peut être suivi chaque mois ou à intervalles réguliers afin de surveiller les résultats du programme de maternité sans risque.

On trouvera ci-après un exemple de système d'évaluation :

| | PROCESSUS | RÉSULTAT | IMPACT |
|-------------|---|--|--|
| Objectifs | 100 % des agents de santé extra-hospitaliers capables d'identifier et d'orienter les complications obstétricales. | 100 % des femmes souffrant d'urgences obstétricales sont orientées rapidement et leurs complications prises en charge de façon appropriée. | Mortalité et morbidité maternelles et néonatales réduites de ____ % en ____. |
| Indicateurs | % d'agents de santé capables de reconnaître et d'orienter les complications obstétricales. | % de femmes souffrant d'urgences obstétricales prises en charge de façon appropriée. | Réduction de ____ % de la mortalité néonatale en ____. |

Concept de surveillance et de suivi en huit étapes

1. Collecter des données statistiques démographiques de base

Collecter les statistiques suivantes dès que possible.

- population totale (par âge et par sexe);
- nombre de naissances;
- taux brut de natalité;
- taux de mortalité par âge et par sexe;
- nombre de femmes/hommes en âge de procréer;
- nombre de femmes enceintes;
- nombre de femmes allaitant.

Outre les informations fournies par les réfugiés, on pourra procéder à des estimations sur la base des inscriptions ou au moyen d'enquêtes au sein de la communauté (mortalité, nutrition, ménages). On tentera également d'obtenir des informations à partir du pays d'origine des réfugiés (taux brut de natalité, par exemple), que l'on pourra utiliser afin d'établir ces estimations.

2. Définir un système de collecte de données simples et essentielles

Lors de la conception et de la mise en œuvre du programme, les organisateurs devront avoir défini des objectifs mesurables. Sur la base de ces objectifs, ils devront déterminer quels indicateurs seront utilisés et quelles informations seront nécessaires pour calculer ces indicateurs, et pour définir les cas (naissances vivantes et naissances de mort-né) de sorte que le calcul des indicateurs soit clair. Ensuite, il faut déterminer le cadre logique de collecte et d'analyse des données, y compris la périodicité et le calendrier d'élaboration des rapports. Il faut aussi identifier les personnes chargées de collecter les données, y compris des réfugiés (voir étape 3 ci-après). Enfin, il faut noter sur les formulaires d'information sanitaire systématique du programme/camp les données nécessaires pour calculer les indicateurs de santé reproductive (voir le formulaire type de rapport mensuel en santé reproductive – annexe 6).

Les sources de données possibles sont :

- Les rapports quotidiens des naissances et des accouchements. Ces rapports doivent comprendre, au minimum, l'âge de la mère, le lieu de l'accouchement, le mode d'accouchement (voie vaginale, césarienne), le sexe, l'issue de la naissance (naissance

vivante, naissance de mort-né) et le poids à la naissance. Si l'on soupçonne une sur ou sous-estimation, il faut procéder à une vérification croisée des informations avec le nombre estimatif de femmes enceintes ou avec l'organisme chargé de distribuer les rations alimentaires.

- Les cahiers et les dossiers cliniques relatifs aux soins prénataux, aux transferts, à la planification familiale et à la prise en charge des MST diagnostiquées par l'approche syndromique lors des consultations ambulatoires. Les femmes consultant en cas de complications d'avortements spontanés ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène doivent également être suivies au moyen des registres/carnets cliniques et hospitaliers.
- Les registres des établissements de santé, des cimetières, des activités communautaires, des centres de référence de la population générale doivent être utilisés pour recenser les décès maternels et néonataux.

Autres sources de données : enquêtes au niveau de la communauté, études de cas, rapports de laboratoires et d'agents communautaires.

3. Identifier, organiser et former des réfugiés à la collecte de données

Il faut commencer par recenser les réfugiés ayant des compétences obstétricales et/ou des accoucheuses traditionnelles qualifiées, y compris celles qui proposent déjà des services de soins, susceptibles d'être formés à la collecte de données. À défaut, il faudra recruter des membres de la communauté. Il faut organiser ces agents par secteur géographique (par exemple) et les charger de donner leurs rapports à une personne clé en un endroit donné. Une telle organisation des agents permettra d'accéder plus facilement aux femmes enceintes et allaitantes, de mieux les connaître et de disposer d'un système de communication facilitant l'orientation des femmes souffrant de complications graves liées à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à des avortements spontanés ou pratiqués dans de mau-

vaises conditions d'hygiène. On formera ces agents aux objectifs et au processus de collecte de données, à la définition des cas, à la rédaction et à la remise dans les délais des formulaires de collecte de données, et à l'exploitation des données en vue d'améliorer les programmes.

4. Mettre en œuvre des procédures précises de rédaction des rapports

L'expérience montre que plusieurs aspects du suivi et de l'évaluation de la santé reproductive ne sont pas systématiquement mis en œuvre dans les camps de réfugiés. Il s'agit notamment des investigations relatives à chaque cas de décès maternel et de la notification des cas de violence sexuelle.

Étude de la mortalité maternelle

La recherche des causes de décès maternels peut aider à déterminer les défauts des services et la nécessité d'améliorer les procédures de transfert en cas de complications obstétricales. En étudiant ces cas, les prestataires de services peuvent apprendre à mieux identifier les premiers signes d'urgence obstétricale. Le personnel des camps devra enquêter sur les décès dus à la grossesse (mortalité maternelle directe) et sur les décès de femmes enceintes causés par les effets de la grossesse sur des maladies préexistantes (mortalité maternelle indirecte). Ces deux types d'information sont essentiels, car la mortalité directe est souvent sous-estimée. Le but est de déterminer quels décès ont été causés par la grossesse ou l'accouchement, leurs complications ou leur prise en charge, et comment on pourrait à l'avenir prévenir ces décès.

L'enquête doit porter sur les points suivants :

- date de début de la maladie potentiellement fatale ;
- date de prise de conscience du problème et date du décès ;
- rapidité des interventions ;
- accès aux soins ou système de transfert ;
- qualité des soins médicaux jusqu'au décès.

Les informations pourront provenir des fossoyeurs, des agents hospitaliers ou de centres de santé ou bien de membres de la communauté. L'autopsie verbale, qui a été utilisée dans certains camps de réfugiés, s'est révélée relativement utile en l'absence de dossiers médicaux.

Rapports sur les viols/violences sexuelles

La personne chargée des violences sexuelles peut concevoir un système de collecte d'information adapté en collaboration avec les autorités du camp et les agents de santé. Les victimes de violences sexuelles peuvent se présenter dans des établissements de santé ou être signalées par des accoucheuses traditionnelles, des travailleurs sociaux ou d'autres informateurs potentiels. La violence sexuelle étant un sujet sensible et généralement sous-rapporté, il faut noter tous les cas signalés ou suspects. Le respect de la confidentialité des victimes devra être assuré.

5. Analyser les données

Analyser les données pour étudier les problèmes soulevés par les objectifs du programme :

- calculer les taux, coefficients et pourcentages, et établir des tableaux et des graphiques. Comparer ces taux aux valeurs attendues aux taux de référence. Il importe plus d'étudier les tendances que de s'attacher aux estimations point par point.
- classer les problèmes de santé par ordre de priorité en fonction de la morbidité et de la mortalité par cause ;
- déterminer les sous-groupes à risque par individu, lieu et période de temps (par âge et par sexe, par exemple) ;
- déterminer les facteurs potentiellement responsables de la morbidité et de la mortalité. Par exemple, un nombre élevé d'ulcères génitaux chez les adolescentes peut indiquer qu'il faut mettre l'accent sur la prévention et le traitement de la syphilis sur ce groupe ;
- partager l'analyse des données avec les prestataires de services et la collectivité.

6. Mettre en œuvre des programmes tenant compte des résultats de l'analyse

- Utiliser les données pour élaborer des stratégies réalistes et efficaces permettant d'atteindre les objectifs du programme.
- Appliquer les stratégies retenues avec un système de suivi des progrès accomplis.

7. Évaluer les progrès accomplis par le programme

- Évaluer les progrès accomplis en vérifiant si les objectifs du programme ont été atteints.
- Établir et distribuer, si nécessaire, des comptes rendus analytiques à toutes les personnes intéressées (individus, organismes et autorités du pays hôte).
- Réévaluer les objectifs du programme, les indicateurs et les interventions. Les indicateurs peuvent être évalués en termes d'exactitude, de pertinence et d'opportunité.

8. Renforcer les moyens d'évaluation et les systèmes de surveillance en fonction des besoins

À mesure que l'incidence des maladies diminue, que la situation se stabilise et que l'offre de services s'étoffe, le système de surveillance doit s'y adapter. Il peut être nécessaire de l'étendre pour y incorporer davantage de maladies à surveiller. Les programmes peuvent ajouter ou modifier les indicateurs, ou ajouter des sources et des méthodes de collecte des données.

Bibliographie

Berg C., Daniel I., Mora D., « Guidelines for Maternal Mortality Epidemiological Surveillance », PAHO, Washington, DC, 1996.

Bryce J., Rongou J.B., Nguyen-Dinh P., Naimoli J.F., Breman J.G., « Evaluation of National Malaria Control Programmes in Africa », Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Vol. 72, Genève, 1994.

Louisa Gosling & Mike Edwards, « A Practical Guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation », Development Manual 5, Save the Children Fund, Londres (Royaume-Uni).

« Guidelines for Evaluating Surveillance Systems », Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 37, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 1995.

« Guidelines for Monitoring Availability and Use of Obstetric Services », UNICEF/FNUAP/OMS.

Hakewill P.A. and Moren A. « Monitoring and Evaluation of Relief Programmes », Tropical Doctor, 1991.

Benson Hausman, Koert Ritmeijer, « Surveillance in Emergency Situations », MSF (Médecins sans Frontières) Medical Department, Amsterdam, 1993.

Last J.M., « A Dictionary of Epidemiology », Oxford University Press, New York, 1983.

« Mother-baby Package », OMS, Genève, 1994.

« Primary Health Care Management Advancement Programme » (plusieurs modules: Assessing Information Needs, Assessing Health Worker Activities, Morbidity and Mortality Surveillance, Monitoring and Evaluating, Assessing Service Quality, Management Quality, Cost Analysis and Other Relevant Topics, Managers' guides and computer programmes). Aga Khan Foundation, États-Unis, 1993. Également disponible auprès des bureaux régionaux de l'AKF.

« Safe Motherhood Needs Assessment Part VI: Maternal Death Review Guidelines », OMS, version d'essai sur le terrain, Genève, 1997.

Steven M. Teutsch and R. Elliott Churchill, « Principles and Practice of Public Health ».

Liste des annexes

- Annexe 1** Indicateurs de santé reproductive lors de la phase initiale d'urgence.
- Annexe 2** Indicateurs de santé reproductive pour la période stabilisée.
- Annexe 3** Taux et coefficients de référence en santé reproductive.
- Annexe 4** Taux et coefficients de référence pour les indicateurs de santé reproductive.
- Annexe 5** Estimation du nombre de femmes enceintes dans une population totale de 100 000 habitants.
- Annexe 6** Formulaire type de rapport mensuel en santé reproductive.
- Annexe 7** Résumé des indicateurs de santé reproductive.

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|--|--|----------|---|--|
| ENSEMBLE DE SERVICES MINIMUMS D'URGENCE (EMSI) – CES INDICATEURS S'APPLIQUENT AUX PHASES INITIALES ET STABILISÉES | | | | |
| 1) Prévention de la violence sexuelle : ramener l'incidence des cas notifiés de VS de ___ % à ___ %. | Incidence de la violence sexuelle | Impact | Nombre d'incidents de VS signalés pendant la période de temps spécifiée _____ x 10 000 Population totale | Envisager de fournir des taux d'incidence par âge et par sexe. Donner une définition de la violence sexuelle. |
| 2) Précautions universelles : 100 % des établissements de santé disposeront de fournitures suffisantes permettant de respecter les précautions universelles contre la transmission du VIH/SIDA. | Fournitures pour précautions générales | Résultat | Nombre d'établissements de santé disposant de fournitures suffisantes pour respecter les précautions universelles _____ x 100 Nombre de points de distribution dans les camps | Mesure l'efficacité du schéma de distribution de fournitures permettant de respecter les précautions universelles. Chaque service doit définir les « fournitures suffisantes » en fonction du nombre de contacts potentiels. |
| 3) Distribution de préservatifs : Distribuer des préservatifs en quantité suffisante pour au moins ___ % de la population. | Estimation de la couverture par les préservatifs | Résultat | Nombre de préservatifs distribués pendant la période de temps spécifiée _____ x 1 000 Population totale | Mesure les fournitures de préservatifs : sont-elles en nombre suffisant ? |
| 4) Soins lors de l'accouchement : Distribuer suffisamment de kits d'accouchement individuel pour ___ % des femmes enceintes. | Estimation de la couverture par les kits d'accouchement individuel | Résultat | Nombre de kits d'accouchement individuel distribués _____ x 100 Estimation du nombre de femmes enceintes | Mesure si les femmes en fin de grossesse ont accès aux kits d'accouchement individuel. Estimer si nécessaire le nombre de femmes enceintes (voir chap. 9, annexe 5). |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 1

Indicateurs
de santé reproductive
pour la phase
initiale d'urgence

ANNEXE 2/1
Indicateurs
de santé reproductive
pour la période
stabilisée

La liste d'indicateurs fournie à l'annexe 2 a été conçue comme une « liste de référence ». Il incombe au coordonnateur en santé reproductive de sélectionner dans cette liste les indicateurs qui doivent être évalués dans une situation donnée. Les indicateurs sélectionnés dépendront de chaque situation des objectifs du programme de santé reproductive. Les buts fixés pour chaque objectif prendront en compte la connaissance de la situation actuelle mais aussi les informations fournies, si possible, par le pays d'origine.

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|--|---|-----------|---|--|
| MATERNITÉ SANS RISQUES | | | | |
| 1) Santé maternelle et infantile : Réduire le taux de mortalité néonatale de ____ %. | Taux de mortalité néonatale | Impact | Nombre d'enfants nés vivants qui meurent < 28 jours pendant la période de temps spécifiée _____ x 1000 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'état de santé général des nouveau-nés. |
| 2) Santé maternelle et infantile : Ramener le pourcentage d'enfants nés vivants pesant < 2500 g de ____ % à ____ %. | Pourcentage de faible poids à la naissance | Impact | Nbre d'enfants nés vivants pesant < 2500 g pendant la période de temps spécifiée _____ x 100 Nombre total de naissances vivantes (poids à la naissance enregistré) pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'état de santé des femmes enceintes et de l'adéquation des soins prénataux. Le poids à la naissance permet également d'identifier les nourrissons à risque pouvant avoir besoin de soins particuliers. |
| 3) Santé maternelle et infantile : Ramener le pourcentage d'enfants nés vivants pesant < 1500 g de ____ % à ____ %. | Pourcentage de très faible poids à la naissance | Impact | Nbre d'enfants nés vivants pesant < 1500 g pendant la période de temps spécifiée _____ x 100 Nombre total de naissances vivantes (poids à la naissance enregistré) pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'état de santé et nutritionnel des femmes enceintes, cette mesure peut aider à dépister des épidémies dans un camp. |
| 4) Santé maternelle et infantile : Ramener le pourcentage d'enfants mort-nés de ____ % à ____ %. | Taux de mortinatalité | Impact | Nombre de fœtus de 22 semaines ou plus ou pesant plus de 500 g mort-nés pendant la période de temps spécifiée _____ x 100 Nombre total d'enfants nés vivants et mort-nés pendant la période de temps spécifiée | Donne une indication générale sur l'issue de la grossesse. Peut être élevé pendant des épidémies comme le paludisme ou la syphilis. Vérifier la définition des naissances de mort-nés par les politiques nationales. |
| 5) Santé maternelle et infantile : 100 % des cas rapportés de décès maternels font l'objet d'une enquête conformément à des procédures établies et les résultats sont communiqués au personnel de santé. | Enquêtes sur les décès maternels | Processus | Nombre de cas enregistrés de décès maternels qui font l'objet d'une enquête conformément à des procédures établies et dont les résultats sont communiqués au personnel de santé _____ x 100 Nombre total de cas enregistrés de décès maternels | Mesure l'aptitude du programme à identifier tous les décès maternels et à déterminer les facteurs de risque qui contribuent à ces décès. On suppose : a) que les cas de mortalité maternelle tant directe qu'indirecte sont étudiés en vue de limiter le sous-enregistrement; b) qu'un protocole d'enquête est en place. |

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|---|---|----------|---|---|
| 6) Soins prénataux : du personnel qualifié recevra en consultation toutes les femmes enceintes au moins une fois. | Couverture des soins prénataux | Résultat | Nombre de femmes accouchant pendant la période de temps spécifiée qui avaient bénéficié de services prénataux (au moins une fois). _____ x 100 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure si les femmes enceintes bénéficient de services anténatals minima. * Cet indicateur est mesuré au moment de l'accouchement. |
| 7) Soins prénataux : 100 % des femmes enceintes feront l'objet d'un dépistage de la syphilis avant l'accouchement. | Couverture du dépistage de la syphilis | Résultat | Nombre de femmes accouchant pendant la période de temps spécifiée qui avaient fait l'objet d'un dépistage de la syphilis pendant la grossesse _____ x 100 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure si les femmes enceintes font l'objet d'un dépistage de la syphilis. * Cet indicateur est mesuré au moment de l'accouchement. |
| 8) Soins prénataux/prévention des MST : Ramener le pourcentage de femmes enceintes diagnostiquées séropositives à la syphilis de ____ % à ____ %. | Incidence de l'infection par la syphilis chez les femmes enceintes | Impact | Nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un dépistage de la syphilis pendant la période de temps spécifiée à la syphilis _____ x 100 Nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un dépistage de la syphilis pendant la période de temps spécifiée | Mesure la fréquence de l'infection par la syphilis chez les femmes enceintes et le risque de syphilis congénitale. Il existe un risque de biais si le dépistage de la syphilis n'est pas systématique. Ne vaut que si toutes les femmes enceintes sont testées. |
| 9) Soins prénataux : L'incidence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et des avortements spontanés devrait être inférieure à ____ %. | Incidence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et spontanés | Impact | Nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et d'avortements spontanés avant 22 semaines de gestation ou au-dessous de 500 g pendant la période de temps spécifiée _____ x 1000 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'efficacité des soins prénataux à prévenir les fausses couches. Mesure également l'état de santé général des femmes. |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 2/2

Indicateurs de santé reproductive pour la période stabilisée

ANNEXE 2/3
Indicateurs
de santé reproductive
pour la période
stabilisée

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|---|--|-------------|---|---|
| 10) Soins prénataux: Au moins ____ % des femmes qui accouchent sont correctement vaccinées contre le tétanos. | Couverture de la vaccination antitétanique | Résultat | Nombre de femmes accouchant pendant la période de temps spécifiée qui avaient été correctement vaccinées contre le tétanos ____ x 100 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure si les femmes en âge de procréer sont vaccinées contre le tétanos. * Cet indicateur est mesuré au moment de l'accouchement. Les cas de tétanos néonatal doivent également être enregistrés. |
| 11) Soins de l'accouchement: Ramener l'incidence des complications obstétricales de ____ % à ____ %. | Incidence des complications obstétricales | Impact | Nombre de complications obstétricales pendant la période de temps spécifiée ____ x 1000 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure la couverture et l'issue des soins prénataux et obstétricaux. Des taux par cause peuvent être calculés pour différentes urgences obstétricales (déchirure utérine, éclampsie ou hémorragie). |
| 12) Soins de l'accouchement: 100 % des femmes souffrant d'urgences obstétricales seront traitées en temps voulu et de façon appropriée. | Prise en charge des urgences obstétricales | Résultat | Nombre de femmes souffrant d'urgences obstétricales traitées en temps voulu et de façon appropriée pendant la période de temps spécifiée ____ x 100 Nombre total de femmes souffrant d'urgences obstétricales pendant la période de temps spécifiée | Mesure la qualité des soins obstétricaux. Il conviendra de définir les différentes urgences obstétricales. |
| 13) Soins de l'accouchement: Un agent de santé qualifié pratiquera au moins ____ % des accouchements. | Couverture des services d'accouchement avec personnel qualifié | Résultat | Nombre de femmes accouchant pendant la période de temps spécifiée suivies par un agent de santé qualifié ____ x 100 Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure si des agents de santé qualifiés participent aux accouchements. Les agents de santé qualifiés comprennent le personnel d'établissements de santé et des hôpitaux, etc. (selon la définition de l'OMS, les accoucheuses traditionnelles ne sont pas comprises dans cette catégorie). |

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypotheses importantes |
|---|---|----------|---|---|
| 14) Soins de l'accouchement: Au moins ___ % des femmes en âge de procréer peuvent nommer au moins deux signes d'alarme de complications obstétricales. | Connaissance des signes d'alarme de complications obstétricales | Résultat | Nombre de femmes en âge de procréer qui peuvent nommer au moins deux signes d'alarme de complications obstétricales $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de femmes en âge de procréer | Mesure si les femmes sont à même de repérer les signes de complications obstétricales, ce qui peut faciliter leur transfert vers des services de référence. |
| 15) Soins de l'accouchement: Le % d'accouchements pratiqués par césarienne correspondra sera à un niveau standard acceptable (en fonction des caractéristiques physiques des femmes réfugiées). | Pourcentage de césariennes | Résultat | Nombre de femmes accouchant par césarienne pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de femmes accouchant pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'accès aux services de chirurgie obstétricale d'urgence. Les pourcentages de césariennes dépendront des caractéristiques physiques des femmes réfugiées (la taille du pelvis, par ex., est héréditaire et influera sur les %). |
| 16) Soins de l'accouchement: 100 % des femmes souffrant de complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et d'avortement spontanés seront traités en temps voulu et de façon appropriée. | Prise en charge des complications d'avortement | Résultat | Nombre de femmes souffrant de complications d'avortements traitées en temps voulu et de façon appropriée pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre total de femmes souffrant de complications d'avortements pendant la période de temps spécifiée | Mesure la qualité des soins en cas de complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène et spontanés. |
| 17) Soins du post-partum: Au moins ___ % des femmes bénéficieront d'au moins une consultation de post-partum sous ___ jours. | Couverture des soins du post-partum | Résultat | Nombre de femmes ayant accouché pendant la période de temps spécifiée ayant bénéficié d'au moins une consultation de post-partum sous ___ jours $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure si les femmes bénéficient de consultations de post-partum. La période de temps peut atteindre 42 jours suivant l'accouchement. Les facteurs déterminant le moment de la visite sont notamment: l'incidence et le type de complication obstétricale, le pourcentage de faibles poids à la naissance, la proportion d'accouchements à domicile et le taux de mortalité néonatale. |
| 18) Soins du post-partum: Au moins ___ % des nouveau-nés recevront une vaccination BCG/Polio dans le mois suivant leur naissance. | Couverture vaccinale des nouveau-nés par le BCG et l'antipolio | Résultat | Nombre de nouveau-nés recevant une vaccination BCG/Polio dans le mois suivant leur naissance $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée | Mesure la rapidité avec laquelle les nourrissons reçoivent leurs premières vaccinations. Est également utilisé comme indicateur de qualité des soins du post-partum. |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 2/4

Indicateurs de santé reproductive pour la période stabilisée

ANNEXE 2/5
Indicateurs
de santé reproductive
pour la période
stabilisée

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypotheses importantes |
|--|---|-----------|--|---|
| VIOLENCE SEXUELLE | | | | |
| 1) Réponse : Fournir des services psychosociaux et médicaux de base à 100 % des victimes enregistrées. | Couverture par les services des victimes d'actes de violence sexuelle | Résultat | Nombre de personnes enregistrées victimes d'actes de violence sexuelle recevant des soins psychosociaux et médicaux de base pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{Nombre de victimes notifiées d'actes de violence sexuelle pendant la période de temps spécifiée}}{\text{Nombre de personnes enregistrées victimes d'actes de violence sexuelle pendant la période de temps spécifiée}} \times 100$ | Mesure si les personnes victimes d'actes de violence sexuelle reçoivent les services nécessaires à leur état. On suppose que des protocoles de soins psychosociaux et médicaux sont définis et mis en pratique. |
| 2) Réponse : ___ % de victimes consultent dans les 3 jours suivant l'acte de violence sexuelle. | Rapidité des soins aux victimes de violences sexuelles | Résultat | Nombre de personnes victimes de violence sexuelle qui consultent dans les 3 jours suivant la perpétration de l'acte pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{Nombre de victimes d'actes de violence sexuelle enregistrées pendant la période de temps spécifiée}}{\text{Nombre de personnes victimes de violence sexuelle qui consultent dans les 3 jours suivant la perpétration de l'acte pendant la période de temps spécifiée}} \times 100$ | Mesure la possibilité des patients à bénéficier rapidement de services de contraception d'urgence. |
| 3) Réponse : Poursuite d'au moins ___ % des auteurs de violences sexuelles. | Poursuite des auteurs de violences sexuelles | Résultat | Nombre de personnes identifiées comme auteurs d'actes de violences sexuelles qui sont poursuivis pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{Nombre de victimes d'actes de violence sexuelle enregistrées qui consultent pendant la période de temps spécifiée}}{\text{Nombre de personnes identifiées comme auteurs d'actes de violences sexuelles qui sont poursuivis pendant la période de temps spécifiée}} \times 100$ | Mesure l'aptitude des forces de l'ordre à arrêter et à poursuivre les auteurs de violences sexuelles. On suppose que les victimes ont choisi de poursuivre au pénal. On suppose que des normes et des procédures ont été définies en vue de poursuivre les délinquants. |
| 4) Réponse : Tous les agents de santé nommés sont formés pour prendre en charge les victimes d'actes de violence sexuelle. | Couverture de formation à la prise en charge des victimes | Processus | Nombre d'agents de santé formés (ou recyclés) au cours des 2 dernières années pour prendre en charge les victimes d'actes de violence sexuelle $\frac{\text{Nombre d'agents de santé nommés}}{\text{Nombre d'agents de santé nommés}} \times 100$ | Mesure le nombre d'agents de santé services potentiellement capables de prendre en charge les personnes victimes d'actes de violence sexuelle |

Par « agents de santé nommés », on entend des agents qui offrent un service particulier : dans le cas présent la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypotheses importantes |
|---|---|-----------|--|--|
| MST y compris VIH/SIDA | | | | |
| 1) Produits sanguins testés : 100 % des produits sanguins feront l'objet d'un dépistage du VIH. | Dépistage du VIH dans les produits sanguins | Résultat | Nombre de prélèvements sanguins effectués dans le cadre d'une transfusion faisant l'objet d'un dépistage du VIH pendant la période de temps spécifiée _____ x 100 Nombre de prélèvements sanguins effectués dans le cadre de transfusion pendant la période de temps spécifiée | Mesure la sécurité transfusionnelle. On suppose que des kits de dépistage du VIH sont disponibles et utilisés correctement. Le % de produits sanguins séropositifs peut également être enregistré. |
| 2) Lutte contre les MST : Ramener l'incidence des MST de ___ % à ___ %. | Incidence des MST | Impact | Nombre de cas de MST enregistrés pendant la période de temps spécifiée _____ x 1000 Population totale | Mesure l'impact potentiel d'un programme sur l'incidence des MST. Dans l'idéal, on pourra calculer les taux par âge, par sexe et par MST. |
| 3) Lutte contre les MST : ___ % des malades atteints d'une MST seront examinés, traités et conseillés conformément au protocole en usage. | Qualité de la prise en charge des MST | Résultat | Nombre de patients atteints d'une MST examinés et traités conformément au protocole en usage _____ x 100 Nombre de patients avec une MST | Mesure la qualité de la prise en charge des MST. On suppose qu'il existe des protocoles de prise en charge des MST avec les médicaments appropriés. Nécessite de superviser les compétences et pratiques des prestataires de services. |
| 4) Lutte contre les MST : Tous les agents de santé nommés seront formés (ou recyclés) à la prise en charge des MST. | Formation à la prise en charge des MST | Processus | Nombre d'agents de santé nommés formés à la prise en charge des MST conformément au protocole en usage _____ x 100 Nombre d'agents de santé nommés | Mesure le niveau de formation des agents de santé à la prise en charge des MST. On suppose qu'il existe des protocoles de prise en charge des MST et les médicaments appropriés. |
| 5) Précautions universelles anti VIH/SIDA : ___ % des agents de santé qui mettront en pratique le respect des précautions universelles. | Pratique des précautions universelles anti VIH/SIDA | Résultat | Nombre d'agents de santé susceptibles d'expliquer comment respecter les précautions universelles anti VIH/SIDA _____ x 100 Nombre d'agents de santé | Mesure si les agents de santé appliquent les précautions universelles anti VIH/SIDA. Nécessite de superviser les compétences et pratiques des prestataires de services. |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 2/6

Indicateurs de santé reproductive pour la période stabilisée

ANNEXE 2/7
Indicateurs
de santé reproductive
pour la période
stabilisée

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|--|---|-------------|--|--|
| 6) Utilisation des préservatifs : Des préservatifs seront disponibles dans 100 % des points de distribution. | Points de distribution de préservatifs | Résultat | Nombre de points de distribution disposant de préservatifs $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de points de distribution | Mesure l'efficacité des systèmes de distribution de préservatifs. Une liste des points de distribution doit être établie, pouvant inclure des établissements de santé, des bars et des agents communautaires. |
| 7) Utilisation des préservatifs : ---% de personnes dans une population cible qui sauront ce qu'est un préservatif et comment l'utiliser. | Connaissance et utilisation correcte des préservatifs | Résultat | Nombre de personnes dans une population cible connaissant les préservatifs, leurs effets préventifs et leur utilisation correcte $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de personnes dans une population cible | Mesure l'impact d'un programme d'éducation sur la connaissance de cette méthode. |
| 8) Utilisation des préservatifs : ---% de personnes dans une population cible qui déclareront avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel. | Utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels | Résultat | Nombre de personnes dans une population cible déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ Nombre de personnes dans une population cible déclarant avoir eu un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, pendant la période de temps spécifiée | Mesure l'impact d'un programme d'éducation sur les changements de comportements en matière d'utilisation des préservatifs. |

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypothèses importantes |
|---|--|----------|---|---|
| PLANIFICATION FAMILIALE | | | | |
| 1) Planification familiale : Au minimum ____ % des femmes en âge de procréer utiliseront une méthode de contraception. | Taux de prévalence contraceptive | Résultat | Nombre de femmes en âge de procréer utilisant une méthode de contraception _____ x 100 Nombre de femmes en âge de procréer | Mesure le pourcentage de femmes utilisant une méthode de contraception La connaissance du taux de prévalence contraceptive dans le pays d'origine permettra de définir cet objectif. |
| 2) Planification familiale : Tous les prestataires de planification familiale seront formés (ou recyclés) pour offrir des services de qualité. | Couverture de la formation en planification familiale. | Résultat | Nombre de prestataires de services de planification familiale qui ont été formés (recyclés) en ce domaine au cours des 2 dernières années _____ x 100 Nombre d'agents de santé délivrant des services de planification familiale | Mesure le niveau de formation des prestataires de services de planification familiale. |
| 3) Planification familiale : Au minimum ____ % de réfugiés sexuellement actifs seront au courant de l'existence de la planification familiale. | Connaissance de la planification familiale par la population | Résultat | Nombre de réfugiés sexuellement actifs connaissant les principaux messages de planification familiale _____ x 100 Nombre de réfugiés sexuellement actifs à qui sont destinés les messages de planification familiale | Mesure le degré de connaissance de la population en planification familiale compte tenu des principaux messages formulés pendant la campagne de sensibilisation. |
| 4) Planification familiale : Les points de distribution de contraceptifs disposeront tous d'au moins 3 mois de réserves (contraceptifs oraux combinés, à la progestérone et injectables). | Fourniture de contraceptifs | Résultat | Nombre de points de distribution de contraceptifs disposant d'au moins 3 mois de réserves (contraceptifs oraux combinés, à la progestérone et injectables) _____ x 100 Nombre de points de distribution | Mesure l'efficacité du système de distribution de contraceptifs mis en place. |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 2/8

Indicateurs de santé reproductive pour la période stabilisée

ANNEXE 2/9
Indicateurs
de santé reproductive
pour la période
stabilisée

| Objectifs du programme par thème | Indicateur | Type | Définition (numérateur/dénominateur) | Utilisation des données, observations, hypotheses importantes |
|---|---|----------|--|---|
| SANTÉ REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS | | | | |
| 1) Adolescents et MST : Ramener l'incidence des MST chez les adolescents de ___ % à ___ %. | Incidence des MST chez les adolescents | Impact | Nombre de cas enregistrés de MST chez les adolescents pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{Nombre de cas enregistrés de MST}}{\text{Nombre total d'adolescents}} \times 1000$ | Mesure l'impact potentiel d'un programme sur l'incidence des MST chez les adolescents. Nécessité de définir le groupe d'âge des adolescents correspondant à chaque situation. |
| 2) Adolescents et maternité sans risque : Ramener le pourcentage d'accouchements chez les adolescentes de ___ % à ___ %. | Pourcentage d'accouchements chez les adolescentes | Impact | Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes pendant la période de temps spécifiée $\frac{\text{Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée}}{\text{Nombre de naissances vivantes pendant la période de temps spécifiée}} \times 100$ | Mesure la fréquence des accouchements chez les adolescentes. Nécessité de définir le groupe d'âge des adolescentes correspondant à chaque situation. |
| 3) Adolescents et planification familiale : Au moins ___ % des adolescents sexuellement actifs utiliseront une méthode contraceptive | Prévalence contraceptive des adolescents | Résultat | Nombre d'adolescents sexuellement actifs utilisant une méthode de contraception $\frac{\text{Nombre d'adolescents sexuellement actifs utilisant une méthode de contraception}}{\text{Nombre d'adolescents sexuellement actifs enquêtés}} \times 100$ | Mesure le pourcentage d'adolescents sexuellement actifs utilisant une méthode contraceptive. |
| 4) Adolescents et MST/VIH : Au minimum ___ % des adolescents sexuellement actifs auront utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. | Utilisation des préservatifs par les adolescents | Résultat | Nombre d'adolescents sexuellement actifs déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel $\frac{\text{Nombre d'adolescents sexuellement actifs déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel}}{\text{Nombre de d'adolescents sexuellement actifs enquêtés}} \times 100$ | Mesure l'impact d'un programme d'éducation communautaire sur le changement de comportement des adolescents vis-à-vis de l'utilisation des préservatifs. |
| 5) Qualité des soins : ___ % des adolescents recevront des soins de qualité adaptés à leurs besoins conformément au protocole en usage. | Qualité des services de santé reproductive proposés aux adolescents | Résultat | Nombre d'adolescents examinés, traités et conseillés conformément au protocole en usage pendant la période spécifiée $\frac{\text{Nombre de jeunes consultant les services de santé pendant la période de temps spécifiée}}{\text{Nombre de jeunes consultant les services de santé pendant la période de temps spécifiée}} \times 100$ | Mesure la qualité des services de santé reproductive proposés aux adolescents. Nécessité de superviser les compétences et pratiques des prestataires de services. |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 3

**Taux
et coefficients
de référence
en santé
reproductive**

Taux et coefficients de santé reproductive

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

| | | |
|---|---|--|
| Avortements | 10 à 15 % | des grossesses peuvent avorter spontanément avant 20 semaines de gestation |
| | 90 % | de ces avortements surviendront lors des trois premiers mois |
| | 15 à 20 % | des avortements spontanés nécessiteront des interventions médico-chirurgicales |
| Hypertension de la grossesse ou prééclampsie | 5 à 20 % | des grossesses feront l'objet d'hypertension |
| | 5 à 25 % | des grossesses chez les primipares feront l'objet d'hypertension |
| Complications lors du travail et de l'accouchement | 15 % | des grossesses nécessiteront une intervention lors de l'accouchement |
| | 3 à 7 % | des grossesses nécessiteront une césarienne |
| | 10 à 15 % | des femmes souffriront d'un certain degré de disproportion céphalo-pelvienne (ce taux est plus élevé chez les personnes socio-économiquement défavorisées) |
| | 10 % | des accouchements donneront lieu à une hémorragie primaire du post-partum (dans les 24 heures après l'accouchement) |
| | 0,1 à 1 % | des accouchements donnera lieu à une hémorragie secondaire du post-partum (24 heures ou plus après l'accouchement) |
| | 0,1 à 0,4 % | des accouchements entraînera une rupture de l'utérus |
| | 0,25 à 2,4 % | des accouchements entraîneront un traumatisme à la naissance chez l'enfant |
| | 1,5 % | des nouveau-nés souffriront d'une malformation congénitale (ce pourcentage ne comprend pas les malformations cardiaques diagnostiquées ultérieurement pendant la période néonatale). |
| 31 % | de ces malformations se conclueront par un décès. | |

Sources :

WHO Collaborating Centre in Perinatal Care and Health Services Research in Maternal and Child Health, Pregnancy and Infant Health Branches, Division of Reproductive Health, NCCDPHP, Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, GA, 30333 États-Unis

Sing, S. and Wulf, P., Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries, International Family Planning Perspectives, 1994, 20 (1): 4-13.

ANNEXE 4

Taux et coefficients de référence
des indicateurs
de santé
reproductiveTaux et coefficients de référence
des indicateurs de santé reproductive

Tableau 1. Indicateurs régionaux

| Indicateur | Afrique Sub- saharienne | Asie du Sud-Est et Pacifique | Pays industrialisés | (1) |
|---|-------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----|
| Maternité sans risque | | | | |
| Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants) | 44 | 26 | 13 | |
| Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes) | 53 | 36 | 5 | |
| Taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances vivantes) | 83 | 51 | 8 | |
| Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) | 971 | 447 | 31 | |
| Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) | 97 | 50 | 14 | |
| Couverture des soins prénataux (%) | 63 | 65 | 95 | |
| Pourcentage de petits poids de naissance (pour 100 naissances vivantes) | 16 | 15 | 6 | |
| Accouchements pratiqués par des personnels de santé qualifiés (%) | 42 | 53 | 99 | |
| Accouchements dans des structures sanitaires (% de naissances vivantes) | 20 | 41 | 98 | |
| Accouchements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène (1 000 femmes, 15 à 49 ans) | 26 | 15 | 1 | |
| Taux d'anémie chez les femmes enceintes (%) | 52 | 57 | 18 | |
| Couverture vaccinale antitétanique des femmes enceintes | 46 | 49 | – | |
| MST incluant VIH/SIDA | | | | |
| Taux d'incidence des MST (pour 1 000 habitants) | 254 | 160 | 77 | |
| Nombre de cas de SIDA (pour 100 000 habitants) | 94 | 80 | 27 | |
| Planification familiale | | | | |
| Taux de prévalence contraceptive | 15,9 | 53,2 | 70,5 | |
| Autres | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Référence – Rapport du PNUD
sur le développement humain -
1997 et Rapport sur la santé
dans le monde, 1996.

(1) Compléter le tableau à l'aide
d'informations spécifiques
au pays hôte ou au pays
d'origine.

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 5

**Estimation
du nombre de femmes
enceintes dans
une population totale
de 100 000 habitants**

| Estimation du nombre de femmes enceintes dans une population totale de 100 000 habitants | | | | |
|---|------|------|------|------|
| Si le taux brut de natalité est de (pour 1 000 habitants) | 55 | 45 | 35 | 25 |
| a) Estimation du nombre de naissances vivantes dans l'année | 5500 | 4500 | 3500 | 2500 |
| b) Estimation du nombre de naissances vivantes par mois (a/12) | 458 | 375 | 292 | 208 |
| c) Estimation du nombre de grossesses se terminant par une naissance de mort-né ou par une fausse couche (estimé à 15 % des naissances vivantes = a x 0,15) | 825 | 675 | 525 | 375 |
| d) Estimation du nombre de grossesses dans l'année (a + c) | 6325 | 5175 | 4025 | 2875 |
| e) Estimation du nombre de femmes enceintes pendant un mois donné (70 % de d)* | 4400 | 3600 | 2800 | 2000 |
| f) Estimation du pourcentage de femmes enceintes dans la population concernée à un moment donné | 4,4 | 3,6 | 2,8 | 2 |

* Ceci est une estimation pondérée des grossesses à terme et des grossesses interrompues dans les premiers mois.

ANNEXE 6/1
Formulaire type
de rapport mensuel
en santé reproductive

Formulaire type de rapport mensuel
en santé reproductive

Mois :

Nom du camp :

Population totale :

Organisation :

Population féminine
15-49 ans :

| 1 - Maternité sans risque – Soins prénataux | < 19 ans | > 19 ans | Total |
|---|--------------------|--------------------|--------------|
| 1a: Nombre de consultations prénatales - Première visite | | | |
| 1b: Nombre de consultations prénatales - Visite ultérieure | | | |
| 1c: Nombre total de consultations prénatales | | | |
| 1d: Nombre de femmes traitées pour des complications d'avortement | | | |
| 1e: Nombre de femmes enceintes ayant fait l'objet d'un dépistage de la syphilis | | | |
| 1f: Nombre de femmes enceintes testées positives à la syphilis | | | |

| Indicateurs | Taux |
|---|-------------|
| – Couverture des soins prénataux (1a/2e) [estimation – voir 2j ci-après] | |
| – Incidence des complications d'avortements spontanés ou pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène (1d/2e) | |
| – Couverture du dépistage de la syphilis (1e/2e) [estimation – voir 2l ci-après] | |
| – Prévalence de l'infection syphilitique chez les femmes enceintes (1f/1e) | |

| 2 - Maternité sans risque – Accouchement | hôpital | centre de santé | domicile | total |
|---|----------------|------------------------|-----------------|--------------|
| 2a: Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié | | | | |
| 2b: Nombre d'accouchements SANS personnel qualifié | | | | |
| 2c: Nombre de naissances | | | | |
| 2d: Nombre de naissances de mort-nés | | | | |
| 2e: Nombre de naissances vivantes | | | | |
| 2f: Nombre de petits poids de naissance (<2500 g) | | | | |
| 2g: Nombre de naissances vivantes décédant < 28 jours (décès néonataux) | | | | |
| 2h: Nombre d'urgences obstétricales prises en charge | | | | |
| 2i: Nombre de décès maternels | | | | |
| <i>Nombre de femmes accouchant pendant la période concernée ayant bénéficié :</i> | | | | |
| 2j: de services de soins prénataux (1 à 3 consultations) | | | | |
| 2k: d'une vaccination antitétanique complète | | | | |
| 2l: d'un dépistage de la syphilis | | | | |

CHAPITRE NEUF

ANNEXE 6/2

Formulaire type
de rapport mensuel
en santé reproductive

| Indicateurs | Taux |
|--|------|
| – Taux brut de natalité (2e/population totale x 1 000) | |
| – Taux de mortalité néonatale (2g/2e x 1 000) | |
| – Taux de petits poids de naissance (2f/2e x 100) | |
| – Taux de mortinatalité (2d/2e x 1 000) | |
| – Accouchements assistés par du personnel qualifié (2a/2e x 100) | |
| – Couverture des soins prénataux (2j/2e x 100) | |
| – Couverture du dépistage de la syphilis (2l/2e x 100) | |
| – Incidence des complications obstétricales (2h/2e x 1 000) | |

| 3 - Maternité sans risque – Soins du post-partum | Nombre |
|--|--------|
| 3a: Nombre de femmes consultant les services de post-partum (dans les six semaines suivant l'accouchement) | |
| Indicateur – taux de couverture des soins du post-partum - (3a/2e x 100) | |

| 4 - Violence sexuelle | Nombre de cas |
|---|---------------|
| 4a: Nombre de cas de violence sexuelle enregistrés | |
| 4b: Nombre de cas de violence sexuelle faisant l'objet de soins médicaux dans les 3 jours | |
| Indicateurs | |
| Incidence de la violence sexuelle (4a/population totale x 10 000) | |
| Prise en charge dans les délais des victimes de violence sexuelle (4b/4a x 100) | |

| 5 - MST y compris VIH/SIDA | Nombre de cas | | |
|---|---------------|--------|-------|
| 5a: Nombre de poches de sang transfusées | | | |
| 5b: Nombre de poches de sang destinées à la transfusion testées pour le VIH | | | |
| 5c: Nombre de préservatifs distribués | | | |
| 5d: Nombre de patients traités pour des MST (total, par âge, sexe et type de MST) | | | |
| Prise en charge des MST par diagnostic syndromique: | Hommes | Femmes | Total |
| – écoulements urétraux | | | |
| – ulcères génitaux | | | |
| – pertes vaginales | | | |
| | | | |
| Total | | | |

ANNEXE 6/3
Formulaire type
de rapport mensuel
en santé
reproductive

| Indicateurs MST/VIH | Taux |
|--|------|
| – Dépistage du VIH dans le sang (5b/5a x 100) | |
| – Couverture de distribution de préservatifs (estimation – 5c/population totale x 1 000) | |
| – Taux d'incidence des MST (total – 5d/population totale x 1 000) | |
| (les taux d'incidence des MST peuvent être calculés par sexe, âge et type de MST) | |

| 6 - Planification familiale | | | | Nombre de cas |
|---|------------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------|
| 6a: Nombre d'utilisateurs de méthodes modernes de planification familiale | | | | |
| Méthode | Enregistrés au début du mois | Nouveaux utilisateurs du mois | Total dans le mois | |
| COC | | | | |
| Contraceptifs injectables | | | | |
| COP | | | | |
| AIU | | | | |
| TOTAL | | | | |
| Indicateur – Taux de prévalence contraceptive (6a/WRA x 100) | | | | |

| 7 - Formation | | |
|---|-----------------------|--------|
| Type de formation en santé reproductive | Type d'agent de santé | Nombre |
| a. | | |
| b. | | |
| c. | | |

