

**SANTÉ
SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE**
>> CADRE DE RÉFÉRENCE

- មានអាយុកាល ៣៥ ឆ្នាំ
- មិនមានប្រពន្ធនោះឡើយ ៣ ឆ្នាំ
- មិនមានប្រពន្ធនោះឡើយ ៣ ឆ្នាំ
- មិនមានប្រពន្ធនោះឡើយ ៣ ឆ្នាំ



Santé sexuelle et reproductive >> Cadre de référence /

Coordination : Sandrine Simon / **Auteur :** Élise Lesieur / **Ont participé à la rédaction/relecteurs :**

Irène Aboudaram, Dominique Benedittini, Magali Bouchon, Anne Desmarest, Yedra Garcia, Catherine Giboin, Margarita Gonzalez, Nicolas Guihard, Sybille Gumucio, Tanit Iglesias, Sophie Laurence, Clément Lazarus, Niklas Luhmann, Marie Lussier, Maieule Nouvellet, Camille Montfort, Karina Morales, Gérard Pascal, Éric Peterman, Myriam Pomarel, Helena Ranchal, Jeanine Rochefort, Stéphane Saint-Léger, Nathalie Simonnot.

Médecins du Monde, Avril 2013/ Conception et réalisation graphique : Polysemique.fr /

Photographies de : Lam Duc Hien (pp. 1-2, p. 83, pp. 98-99, p. 130, p. 218), Georges Gobet (p. 8, p. 144),

Sébastien Duijndam (p. 28, p.126), Isabelle Eshraghi (pp.52-53), Sophie Brandstrom (p. 218),

Raphaël Blasselle (p. 189), Marie Lussier (p. 190), Stéphane Lehr (p. 206, p. 241), dessin p. 217 © MdM,

Jean Achache (p. 238), Lhcène Abib (p. 270) / **Corrections :** Thérèse Benoit / **Impression :** IGC Imprimerie /

Pressage et impression du DVD : Masterway.

- PAGE 9**

1.

**LES PRINCIPES
D'INTERVENTION
DE MÉDECINS
DU MONDE**
- PAGE 191**

4.

**BARRIÈRES
À L'ACCÈS AUX SOINS**
- PAGE 207**

5.

**DIAGNOSTIC
EN SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE**
- PAGE 219**

6.

**MODES
OPÉRATOIRES
SPÉCIFIQUES**
- PAGE 127**

3.

**OFFRES
DE SOINS
TRANSVERSALES**
- PAGE 239**

7.

ANNEXES

PRÉAMBULE

DR THIERRY BRIGAUD,
PRÉSIDENT DE MÉDECINS DU MONDE

CATHERINE GIBOIN,
RESPONSABLE DU GROUPE SSR DE MÉDECINS DU MONDE

➤ En 1994, la conférence du Caire marque un tournant décisif en introduisant et définissant le concept de santé sexuelle et reproductive. Il ne s'agit plus seulement de santé maternelle, mais « d'un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne 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 désire¹ ».

Le programme d'action du Caire a été signé par 179 pays, qui se sont engagés ainsi à garantir l'accès universel à la santé reproductive d'ici à 2015. En 2000, cet objectif avait disparu des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), car la dimension politique de la SSR n'avait pas échappé à certains pays conservateurs.

Il a fallu attendre 2005 pour réintroduire la SSR mais uniquement sous le chapeau de l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle).

Aujourd'hui, près de vingt ans après la Conférence du Caire, force est de constater que si de nets progrès ont été réalisés, ils restent néanmoins limités et les droits des femmes sont régulièrement remis en question. Au moins deux pays en Amérique latine ont revu leur Code pénal

pour interdire les avortements même en cas de viol, d'inceste ou de mise en danger de la vie de la femme (El Salvador en 1998, le Nicaragua en 2006).

Médecins du Monde a choisi de faire de la santé sexuelle et reproductive une de ses priorités, au regard de l'impact en termes de santé publique et de la volonté d'agir en faveur du respect des droits sexuels et reproductifs.

En 2010, on estime que 287 000 femmes sont décédées des suites de leur accouchement (en fait le niveau d'incertitude est grand et ce chiffre varie entre 230 000 et 398 000 décès maternels). Parmi ces décès, 99 % ont lieu dans les pays en développement, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud représentant 85 % de ces décès. Des pays comme le Tchad ou la Somalie ont un taux de mortalité maternelle supérieur à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes ! Le taux de mortalité maternelle est un très bon « marqueur » non seulement de la santé des femmes mais aussi de la fonctionnalité d'un système de santé ; néanmoins, il ne reflète pas toute la complexité et la dimension politique de la santé sexuelle et reproductive.

En 2012, on estime que plus de 200 millions de femmes dans le monde ont un besoin de planification familiale non satisfait et que plus de 20 millions de femmes ont recours à un avortement à risque. Au minimum, 13 % des décès maternels sont imputables à ces avortements à risque, mais des millions de femmes souffrent de séquelles temporaires ou permanentes suite à ces avortements.

La mise en œuvre de nos projets s'articule autour d'une double approche de santé publique et de défense des droits humains, impliquant une offre de soins holistique, accessible, de qualité et renforçant le continuum des soins, et un plaidoyer en faveur des droits en matière de santé

sexuelle et reproductive.

Il est reconnu aujourd'hui que la réduction de la mortalité maternelle repose sur des interventions simples et efficaces, mais l'enjeu majeur reste l'accès à ces interventions. Cet accès est souvent entravé par le coût des services et/ou la distance, l'absence d'infrastructure ou de moyens de transport, ou encore les barrières socioculturelles (absence de pouvoir de décision, de liberté de mouvement ou de gestion des finances par les femmes...).

Au-delà du soin, Médecins du Monde encourage et favorise la participation des femmes et des communautés afin de donner le choix et les possibilités d'accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive pour permettre un changement durable. C'est sur la base de nos projets de terrain que nous développons nos actions de plaidoyer, en particulier pour la levée des barrières financières aux soins, l'accès à l'avortement et l'accès à des soins pré et post-avortement de qualité. Ce cadre de référence permettra à Médecins du Monde de continuer à développer des projets en santé sexuelle et reproductive de qualité et militants, à l'international et en France.

287 000

FEMMES SERAIENT DÉCÉDÉES DES SUITES DE LEUR ACCOUCHEMENT EN 2010

200 000 000

DE FEMMES DANS LE MONDE AURAIENT EU UN BESOIN DE PLANIFICATION FAMILIALE NON SATISFAIT EN 2012

1. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994.

INTRODUCTION

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

Il vise à :

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

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


De nombreux acteurs de MdM ont été impliqués dans la rédaction de ce document afin d'y intégrer la diversité et la richesse des expériences acquises au sein de contextes

d'intervention et auprès de publics divers en France et à l'international. Notamment, ce guide a été relu et complété par un comité de personnes ressources sur les thématiques traitées et de représentants des différents groupes géopolitiques.

Une première partie du document présente les engagements pris par MdM concernant la SSR, ses principes d'action ainsi que les axes de plaidoyer défendus par l'association. Ensuite, le document est composé de plusieurs fiches thématiques présentant les différents éléments du continuum de soins en SSR et, d'autre part, certains types d'interventions qui traversent l'ensemble de ce continuum tels que la prévention et la prise en charge des violences liées au genre, des fistules obstétricales ou de la transmission verticale du VIH. Nous abordons

aussi les interventions en SSR à travers le prisme de populations nécessitant une attention spécifique comme c'est le cas des adolescents/es, des travailleurs/ses du sexe ou des populations migrantes. Au cours de ces chapitres, des clés de compréhension sont apportées, un paquet minimum d'activités recommandées est défini et des exemples d'aide à la planification et à la mise en œuvre sont donnés. Ces chapitres sont complétés par une réflexion sur les barrières à l'accès aux soins et la manière de dépasser ces barrières. Celles-ci sont notamment analysées lors d'un diagnostic du contexte d'intervention qui doit prendre en compte des aspects spécifiques pour ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, notamment les impacts en termes de santé publique et le respect des droits fondamentaux en SSR. Enfin, nous discutons certaines modalités opératoires qui ne sont pas spécifiques à la SSR mais qui influent significativement les résultats de tout projet sur cette thématique : la prise en compte du genre, l'approche communautaire, les partenariats, la réponse à l'urgence.

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

 Un CD-Rom vient compléter le cadre de référence. Il contient des documents de référence sur la thématique.

Ce guide s'adresse à l'ensemble des acteurs à l'international et en France qui participent à la conception et à la mise en œuvre de projets abordant les questions de santé sexuelle et reproductive. Les personnels médicaux y trouveront des recommandations concrètes quant à l'offre de soins à fournir et des outils pour faciliter leur mise en place. D'autre part, les personnes participant à la définition et à la coordination des interventions (salariés et associatifs, sur

le terrain ou au siège...) pourront s'inspirer des éléments de réflexion et d'appui pour le diagnostic, la programmation, la mise en œuvre et le suivi de projets de SSR qui prennent en compte les différents axes de la démarche de promotion de la santé.



**LES PRINCIPES
D'INTERVENTION
DE MÉDECINS
DU MONDE**

1A

PAGE 11

L'ENGAGEMENT DE MÉDECINS DU MONDE

1B

PAGE 17

LES DÉFINITIONS DE CONCEPTS CLÉS

- 17 1/Santé sexuelle, santé reproductive et santé materno-infantile
- 18 2/Mortalité maternelle, néonatale et infantile
- 19 3/Avortement
- 20 4/Soins de qualité

1C

PAGE 21

UN POSITIONNEMENT TOURNÉ VERS L'ACTION

- 22 1/Les approches retenues
 - 22 a/Une approche de santé publique
 - 22 b/Une approche fondée sur les droits humains
 - 23 c/Une approche intégrant la participation communautaire
- 23 2/L'offre de soins : promotion de la santé, prévention et soins curatifs
 - 23 a/Renforcement du continuum de soins
 - 24 b/Focus sur les grossesses non désirées
- 25 3/Le plaidoyer
- 26 4/Partenariats et collaborations, participation communautaire

1A

L'ENGAGEMENT DE MÉDECINS DU MONDE

➤ Médecins du Monde affirme sa volonté de travailler en faveur de l'**accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive** et s'inscrit ainsi dans la lignée des textes internationaux et régionaux définissant les droits humains et en particulier ceux des femmes d'accéder à des services de qualité permettant une santé sexuelle et reproductive satisfaisante. > cf encadré p. 12

De par les valeurs qu'elle défend, l'association oriente plus spécifiquement son action auprès des populations vulnérables en reconnaissant que la notion de vulnérabilité regroupe des réalités différentes selon les contextes.

Ainsi, **les femmes** ne bénéficient pas toujours du même accès à des services de santé de qualité compte tenu d'une position dans la société souvent marquée par une inégalité d'accès aux droits élémentaires et une difficulté accrue à faire valoir leurs droits ; situation souvent majorée par un statut économique défavorisé. C'est pourquoi Médecins du Monde (MdM) s'engage à œuvrer en faveur du droit à la santé des femmes. Aussi, **les adolescentes** représentent

un groupe vulnérable pour lequel une attention particulière est nécessaire en ce qui concerne l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. En effet, une vulnérabilité supplémentaire du fait de leur statut lorsqu'elles sont mineures² et un risque accru de développer des complications au cours de la grossesse et de l'accouchement doivent être pris en compte et les services de santé doivent être adaptés à ce groupe d'âge. D'autre part, **les populations des zones rurales ou isolées** font souvent face à une réalité sanitaire défavorable compte

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

tenu d'un faible niveau de disponibilité des services et de qualité de la prise en charge offerte. En conséquence, MdM concentre son action dans les zones où les services de santé font le plus défaut et travaille en collaboration avec les acteurs existants pour renforcer l'offre de soins afin que les populations isolées puissent bénéficier d'une prise en charge globale et de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans des **zones de crises ou de conflits** ponctuels ou plus durables, les populations sont affectées par un accès aux soins rendu difficile par la situation sécuritaire, la déstructuration du système sanitaire et/ou d'autres obstacles à une prise en charge de qualité. Dans ces contextes, les femmes et les enfants sont souvent les premiers exclus des systèmes de santé. En ce sens, MdM a défini les interventions dans les contextes de crise ou de conflit comme un des axes prioritaires de son action.

Médecins du Monde définit son action et priorise ses interventions au regard de la santé sexuelle et reproductive en tenant compte de ces réalités.

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

Le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement découle implicitement du droit à la vie, droit fondamental des femmes (et de tout être humain) décrit dans tous les textes internationaux et régionaux concernant les droits des femmes. Ce droit est sous-tendu par l'accès aux soins, par le respect du droit à la santé, du droit à la liberté en matière de reproduction et par le principe de non-discrimination. L'ensemble de ces droits sont retranscrits dans des engagements pris par la communauté internationale et ratifiés par les États.

Qu'il s'agisse de traités, conventions ou déclarations, ces textes constituent un cadre légal de protection internationale et régionale relatif aux droits des femmes. Les États dès lors qu'ils sont parties à l'un de ces textes s'engagent à tout mettre en œuvre pour rendre ce droit effectif. Ils sont donc soumis à un certain nombre d'obligations. De fait, des mécanismes de surveillance et de contrôle existent afin de s'assurer que les États respectent leurs engagements. À cela s'ajoutent, pour certains, des mécanismes de dépôt de plainte individuelle. Les textes en faveur des droits à la SSR sont nombreux et parmi les plus souvent cités, nous retrouvons :

Les instruments juridiques internationaux de protection des droits humains
> <http://www.ohchr.org>

- **La Charte des Nations unies** de 1945 reconnaît et prône l'égalité de droits entre hommes et femmes.
- **La Déclaration universelle des droits de l'Homme** de 1948 est considérée comme étant le fondement du droit international des droits de l'Homme.
- **Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)** de 1966, **le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pidesc)** de 1966 et leurs protocoles facultatifs respectifs. L'article 12 du Pidesc énonce « le droit de jouir

du meilleur état de santé physique et mentale possible ».

- **La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants** de 1984. À titre d'exemple, le Comité contre la torture a considéré que le Nicaragua ne respectait pas ses engagements vis-à-vis de la Convention contre la torture ; « L'interdiction totale de l'avortement viole la Convention contre la torture ».
- **La Convention internationale des droits de l'enfant** de 1989.

Les instruments juridiques internationaux spécifiquement centrés sur les droits de la femme

- **La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Cedef)** de 1979 – (ratifiée par 186 États) et son protocole facultatif de 2000. Cette convention est un instrument juridique contraignant qui définit la discrimination à l'égard des femmes, énumère les différentes formes de discrimination et établit un plan d'action pour permettre aux États parties d'éliminer « la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer [...] les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille » (art. 12.1) et sur l'accès universel aux « services appropriés [...] pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accou-

chement » (art. 12.2). Enfin, elle promeut le droit « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits » (art. 16.1.e).

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

- **La Conférence internationale sur la population et le développement (Caire)** en 1994 réaffirme le lien entre la violence à l'égard des femmes et leurs santé et droits reproductifs. **Le programme d'action** adopté lors de cette conférence marque un tournant majeur en définissant la santé sexuelle et reproductive, les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et enfin en inscrivant comme objectif l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive ainsi que la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Il stipule aussi clairement que toutes les femmes devraient avoir accès aux services de planification familiale et à des soins post-avortement quelle

que soit la situation légale de l'avortement (art. 8.25). Ces principes ont été réaffirmés et renforcés lors de la *Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Pékin*, en 1995, avec notamment une demande faite aux États d'envisager de réviser les lois prévoyant des sanctions contre les femmes qui ont subi un avortement illégal.

- *La Déclaration du millénaire des Nations unies* (approuvée par 189 États lors de l'Assemblée générale des Nations unies en 2000). Le cinquième Objectif du millénaire pour le développement vise à réduire la mortalité maternelle de trois quarts d'ici à 2015. Cependant, il faudra attendre la résolution du sommet des Nations unies de 2005 pour que l'accès universel à la santé reproductive y soit inscrit comme un sous-objectif.

Les instruments régionaux applicables aux droits des femmes

Le système européen

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

- *La Charte sociale européenne* de 1961.

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

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

Le système interaméricain

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

- *La Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme* de 1994 (Convention de Belém do Pará). Il s'agit du premier instrument juridique régional contraignant en matière de violence à l'égard des femmes.

La région Afrique

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

- *Le Rapporteur spécial sur les droits de la femme en Afrique*, créé par la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1998.

- *Le Protocole relatif aux droits de la femme en Afrique* (en vigueur depuis 2005 ; ratifié par 29 gouvernements africains). Ce protocole vient en complément de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples. Son objectif principal est la promotion et la protection des droits fondamentaux des femmes en Afrique, dont le droit

à la santé – y compris la santé sexuelle et reproductive – fait partie.

- *Le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique* (adopté en 2006 en présence de l'ensemble des ministres de la Santé de l'Union africaine). Il définit les axes d'intervention prioritaires pour atteindre un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive d'ici à 2015, dont l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive au sein des services de santé primaires, le focus sur le planning familial, le développement et la promotion des services adaptés aux adolescents, la prévention des avortements non médicalisés...

Médecins du Monde reconnaît l'importance d'une prise en charge holistique qui permet le suivi des femmes et de leur famille tout au long d'un **continuum de soins** qui va de la communauté aux services de référence en passant par les structures sanitaires de proximité et qui accompagne ces femmes en âge de procréer tout au long de leur parcours d'adolescente, de femme et de mère. Pour l'identification des éléments de ce continuum et de l'offre de soins proposée, on s'appuie sur la définition de la santé reproductive selon la Conférence du Caire.

> cf 1B. « Les définitions de concepts clés ».

Médecins du Monde reconnaît que pour renforcer le continuum de soins, un aspect essentiel est de favoriser l'**accès aux services de santé et le respect du droit à la santé**. Pour cela, trois dimensions doivent être prises en compte : les barrières

géographiques, les barrières financières ainsi que les déterminants socioculturels³ qui peuvent entraver l'accès aux services. C'est pourquoi, au sein des projets qui offrent des soins de santé sexuelle et reproductive, la réflexion doit être menée afin de favoriser, et de renforcer au besoin, la mise en place d'initiatives permettant la levée de ces barrières. En ce qui concerne les barrières financières, les initiatives permettant la gratuité au point de service seront favorisées⁴. Concernant les barrières géographiques, la réflexion autour des possibilités de référencement entre la communauté, les structures sanitaires de proximité et les services de référence est un élément essentiel. Quant à la prise en compte des barrières socioculturelles, elle permet notamment de renforcer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. La réflexion sur l'accessibilité aux services de santé devrait être menée en lien avec les autorités sanitaires et les acteurs locaux afin de ne pas créer de modalités parallèles, voire contradictoires, mais de travailler en synergie.

Médecins du Monde France a aussi récemment affirmé son soutien actif en faveur du droit des femmes à choisir d'avoir ou non des enfants, le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances⁵. Pour cela, MdM s'engage à renforcer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive dans leur globalité et à contribuer au plaidoyer pour la levée des restrictions légales et des obstacles à l'**avortement médicalisé**. > cf 1B. « Les définitions de concepts clés ».

La prévention, l'identification et la prise en charge des **violences liées au genre**

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

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

5. Ce point a fait l'objet d'une validation par MdM France en CA le 12 mars 2011.

restent des axes de travail prioritaires pour MdM. Un travail de consolidation des expériences sur cette thématique a abouti à un guide sur le sujet en 2010⁶. MdM reconnaît que les services de santé sexuelle et reproductive représentent une porte d'entrée privilégiée afin d'identifier, d'orienter et de prendre en charge des cas de violences liées au genre. Ainsi, MdM souhaite que les projets avec une composante SSR prennent en compte cette problématique et proposent au minimum une identification et une orientation des bénéficiaires affectés par la violence. Nous rappelons que les pratiques traditionnelles préjudiciables telles que les mutilations génitales féminines doivent être considérées comme des violences à part entière car elles portent atteinte à la santé et à l'intégrité physique, et vont à l'encontre des libertés individuelles et des droits humains les plus fondamentaux. Il est important dans nos projets d'apporter aux femmes toutes les informations nécessaires concernant ces pratiques, les risques pour leur santé ou celle de leurs enfants, ainsi que les possibilités existant concernant la réparation ou réduction de la mutilation ; et lorsque les femmes font le choix de renoncer à ces pratiques ou souhaitent avoir accès à des soins, de pouvoir les accompagner et les soutenir dans leur choix.

6. Julia Branchat, Constance Duplessy, *Prévention et réponse aux violences liées au genre, guide méthodologique*, MdM, 2010.

11B

LES DÉFINITIONS DE CONCEPTS CLÉS

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

1/ SANTÉ SEXUELLE, SANTÉ REPRODUCTIVE ET SANTÉ MATER- NO-INFANTILE

Ces trois concepts sont largement utilisés à MdM. Étant assez proches, ils sont souvent utilisés de manière interchangeable. Pourtant les notions qu'ils recouvrent ne sont pas totalement superposables, et il convient dans ce document de les définir pour une meilleure compréhension commune.

La santé sexuelle se définit comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités.

La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans risque, sans contrainte, discrimination ni violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés⁷ ».

Les services favorisant la santé sexuelle sont, par exemple, les services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les actions d'information, éducation, communication sur la sexualité, les activités de prévention des grossesses

7. OMS Europe, définition de la santé sexuelle et génésique, www.euro.who.int.

adolescentes, de promotion d'une sexualité sans risque, responsable et respectueuse.

La santé reproductive est « un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne 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 et aussi peu souvent qu'elle le désire. [Cela] implique [...] le droit d'être informée et d'utiliser la méthode de planification familiale de son choix [...], le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé⁸ ».

Cette définition inclut la santé sexuelle et va au-delà en intégrant les notions de maternité, de paternité et de planification familiale ainsi que les affections qui touchent à l'appareil génital au-delà de celles liées à la sexualité.

Les services favorisant la santé reproductive sont, par exemple, tous ceux concernant la santé sexuelle ainsi que les services de planification familiale, le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (jusqu'aux 28 jours de l'enfant), la prévention de la transmission verticale du VIH, les services proposant un avortement médicalisé, la prise en charge de l'infertilité et des pathologies du système reproducteur.

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

La santé materno-infantile prend en compte tous les aspects de la santé de la femme lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ainsi que ceux de la santé de l'enfant jusqu'à 5 ans.

Les services favorisant la santé materno-infantile incluent notamment le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, ainsi que la prévention et la prise en charge des complications qui peuvent survenir au cours de cette période. Il s'agit aussi de l'ensemble des services préventifs (vaccination, suivi du statut nutritionnel, du développement psychomoteur...) et curatifs de l'enfant de sa naissance jusqu'à ses 5 ans.

Le concept de **santé reproductive** inclut celui de **santé sexuelle**. Néanmoins, afin de souligner l'importance de prendre en charge la santé sexuelle, MdM a opté pour la terminologie de « **santé sexuelle et reproductive** ». Lorsque les projets de SSR incluent une composante de prise en charge des enfants de moins de 5 ans, cela est précisé.

2 / MORTALITÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE

Dans le cadre de nos interventions en SSR, l'une des finalités est de réduire la mortalité maternelle. Il s'agit de réduire le nombre de **morts maternelles** ou de décès de femmes survenus au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée

ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite⁹. Les interventions pour réduire la mortalité maternelle sont aussi associées à une réduction du nombre de décès néonataux. Il s'agit des décès qui surviennent dans les 28 premiers jours de vie d'un enfant. On distingue les **décès néonataux** très précoces (≤ 24 heures), précoces (≤ 7 jours), tardifs (de 8 à 28 jours). Quant à la **mortalité infantile**, elle concerne les enfants de la naissance à 1 an.

3 / AVORTEMENT¹⁰

Étant donné la diversité des terminologies en ce qui concerne la question de l'avortement et les difficultés rencontrées pour différencier les concepts, nous proposons les définitions suivantes : Le terme **avortement** désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine (avant le terme de 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids < 500 gr). Un **avortement spontané** (aussi appelé **fausse couche**) survient sans intervention alors qu'un **avortement provoqué** indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse¹¹.

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

→ **l'avortement thérapeutique**, qui est pratiqué lorsque la grossesse met en péril la santé physique et/ou mentale de la femme. Dans les cas où l'avortement thérapeutique

est considéré comme un critère pour un avortement autorisé dans le cadre légal, les pays définissent généralement la liste des affections incluses sous cette terminologie. Les listes ont généralement pour but d'illustrer les cas considérés comme mettant la vie en danger, mais ne visent pas à faire obstacle à la décision clinique du médecin sur ce qui est ou non dangereux pour une femme en particulier. Cependant, de telles listes peuvent être interprétées de façon réductrice ou être considérées comme exhaustives alors qu'elles ne le sont pas ;

→ **l'avortement médicalisé**, qui est une procédure d'interruption de la grossesse réalisée par un personnel qualifié dans de bonnes conditions de sécurité. En effet, quand il est pratiqué par un prestataire de soins formé avec le matériel adapté, suivant une technique correcte et des normes sanitaires rigoureuses, l'avortement est l'une des interventions médicales les plus sûres. L'avortement médicalisé s'oppose à **l'avortement à risque ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité**, c'est-à-dire par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux. Ce type d'avortement peut être réalisé à différents moments de la grossesse. Lorsque les États acceptent la réalisation d'avortements médicalisés, ils fixent généralement un âge limite de la grossesse. Dans ce cas, des avortements plus tardifs peuvent être autorisés pour certaines situations spécifiques (le plus souvent, avortement thérapeutique ou en cas de malformation fœtale).

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

10. OMS, *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, OMS, 2004.

11. OMS, 1997.

4 / SOINS DE QUALITÉ¹²

La mise en œuvre d'une **prise en charge de qualité** tout au long du continuum de soins est cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

La qualité de la prise en charge est à la fois la qualité de l'offre de soins et la qualité de la prise en charge telle qu'elle est ressentie par les usagers. Par qualité de l'offre de soins, on entend une offre qui corresponde aux standards définis dans le sens de soins sûrs, accessibles, disponibles dans des délais adaptés et de manière continue, centrés sur le patient. Cela implique notamment la disponibilité de personnel qualifié ainsi que le respect par ces derniers du droit du patient au consentement éclairé, à la protection de sa vie privée et à la confidentialité.

12. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, *Knowledge summary n° 7 : Assure quality care*, 2010.



UN POSITIONNEMENT TOURNÉ VERS L'ACTION

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

287 000

FEMMES MEURENT
CHAQUE ANNÉE DE CAUSES
LIÉES À LA GROSSESSE

340 000 000

NOUVEAUX CAS D'INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
RECHENSÉS CHAQUE ANNÉE

1 / LES APPROCHES RETENUES

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

a/Une approche de santé publique

De par leur prévalence, leur gravité, leurs conséquences sur l'individu et sur la société, les problèmes de santé sexuelle et reproductive représentent des problèmes de santé publique importants. Ainsi, 287 000 femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse¹³; plus de 340 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles sont recensés chaque année ; 200 millions de femmes déclarent ne pas vouloir d'une grossesse mais n'utilisent aucune méthode de contraception ; 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans de mauvaises conditions d'hygiène, entraînant 47 000 décès et des centaines de milliers de complications...¹⁴

Face à cette situation, il apparaît urgent de proposer une offre de soins holistique, accessible et de qualité qui permette de réduire l'impact des problèmes de santé sexuelle et reproductive, qui sont d'autant plus présents parmi les populations vulnérables. Cette offre de soins devra respecter les principes éthiques associés à la pratique médicale¹⁵.

13. OMS, Unicef, Fnuap, Banque mondiale, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*, OMS, 2012.

14. Guttmacher Institute, *Les faits sur l'avortement provoqué dans le monde*, 2012.

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

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

b/Une approche fondée sur les droits humains

La santé est un droit humain universel dont toute personne est titulaire, et qui doit être garanti par les États. Pour MdM, cela implique de soutenir et de renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité aux soins et du respect du droit à la santé. Il est aussi nécessaire de renforcer les capacités individuelles de la population afin qu'elle connaisse et puisse revendiquer ses droits.

Plus particulièrement, la reconnaissance des **droits sexuels et reproductifs** exigibles pour toutes les personnes sans discrimination implique la prise en compte du genre, la reconnaissance des diverses orientations sexuelles, la lutte contre toutes les formes de violences liées au genre.

En affirmant l'importance d'une **approche fondée sur le genre**, MdM considère les inégalités de genre comme un obstacle au respect des droits sexuels et reproductifs et à l'accès aux soins. Ainsi, MdM reconnaît que, dans de nombreux contextes, les normes sociétales, et la manière dont les droits sont reconnus et appliqués, se traduisent généralement par des inégalités inhérentes aux relations de pouvoir. MdM reconnaît aussi l'importance de comprendre et reconnaître les relations propres à chaque groupe social dans ce qu'elles influent sur la santé des populations. Dans ce sens, MdM s'engage, au sein de ses projets, à mettre en place, dans la mesure du possible, une analyse des discriminations fondées sur le genre. Cela passe par exemple par un système de suivi qui différencie les résultats par sexe. Cela n'est pas toujours

possible compte tenu des données collectées par les Systèmes nationaux d'information sanitaire (Snis). Néanmoins, dans ce cas, on pourra envisager un recueil spécifique lorsque l'on veut mettre en lumière des inégalités de genre. Aussi, cela implique que l'on s'engage à soutenir les personnes discriminées du fait de leur sexe et notamment les femmes afin de renforcer leur capacité de prise de décision concernant leur vie sexuelle et reproductive, libres de coercition, de discrimination et de violence. La liberté de décision des femmes est intimement liée au respect de leurs droits et la non-application de ces droits constitue une forme de violence contre les femmes.

c/Une approche intégrant la participation communautaire

Permettre et favoriser la participation active de la communauté est un élément essentiel pour garantir des projets de santé sexuelle et reproductive accessibles et de qualité. En effet, cela permet l'adéquation des projets aux besoins réels et donc leur pérennité et leur acceptation par les différents acteurs. Cette participation contribue à renforcer les compétences individuelles de la population et en particulier des femmes pour un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur les services de prise en charge qui leur sont destinés. La participation consiste à impliquer l'ensemble des acteurs clés dans tous les aspects d'un projet, qu'il s'agisse du diagnostic, de la conception, de la mise en œuvre, ou bien du contrôle et de l'évaluation. Les opportunités d'implication doivent être transparentes, libres de toute contrainte et ouvertes à tous. Il est indispensable d'assurer la participation de tous les groupes : les femmes, les hommes et les adolescents. Il s'agit ainsi pour MdM de s'inscrire dans une

démarche de promotion de la santé¹⁶ qui est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche implique de favoriser la promotion de politiques publiques saines, la promotion de milieux favorables, le renforcement des services de santé, le renforcement de l'action communautaire et de l'acquisition des aptitudes individuelles.

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

a/Renforcement du continuum de soins

Sur l'ensemble des projets incluant une composante de prise en charge des femmes en âge de procréer, une offre de soins holistique et de qualité devra être proposée aux femmes afin qu'elles puissent exercer leur droit de disposer de leur corps et qu'elles ne soient pas soumises à des risques évitables (décès, séquelles...) à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement. Il s'agit de :

- **informer les usagers sur les services disponibles** et les modalités d'accès à ces services ;
- **informer les usagers sur leurs droits** concernant leur santé sexuelle et reproductive ;
- **proposer une éducation pour la santé** concernant les risques, la prévention,

16. OMS, Charte d'Ottawa, 1986.

le recours aux soins, liés à la sexualité, à la grossesse, à l'accouchement ;

- **accompagner les femmes et les couples dans leur choix** par rapport à leur sexualité, à une éventuelle grossesse, et les orienter vers les services adaptés le cas échéant ;
- **mettre à disposition une offre de planification familiale diversifiée et adaptée** aux besoins de la population cible. Cette offre devrait inclure les méthodes long terme, la contraception d'urgence sachant que les méthodes de contraception d'urgence (hormonales ou DIU) sont disponibles dans une grande majorité de pays dans le monde. Une composante de counseling sur les méthodes de contraception, les effets secondaires, l'adhérence est essentielle pour compléter l'offre de soins. En fonction des besoins et des possibilités, la prise en charge ou l'orientation des problèmes d'infertilité sera considérée ;
- **proposer un suivi de la grossesse et une prise en charge de l'accouchement** adaptés ;
- **proposer une prise en charge des complications** de la grossesse et de l'accouchement avec du personnel qualifié ;
- **proposer une prise en charge de la période du post-partum** pour les femmes et les nouveau-nés ;
- **proposer des méthodes de prévention, le dépistage et le traitement (si disponible) des IST** ;
- proposer une prophylaxie post-exposition, la vaccination contre les hépatites, la contraception d'urgence en cas de rapport sexuel à risque ;
- **proposer une prise en charge adaptée des victimes de violences sexuelles** avec au minimum une identification et un référencement vers des services adaptés¹⁷ ;

17. Cf. *Prévention et réponse aux violences liées au genre, op cit.*

→ **proposer une prise en charge médicale et si possible psychosociale des complications d'un avortement** (fausse couche, avortement provoqué, avortement incomplet) qui soit de qualité et adaptée aux besoins.

Cette offre de soins devra s'intégrer à une prise en charge holistique et au sein des services de santé sexuelle et reproductive existants. > **Les différents éléments de la prise en charge sont détaillés dans la partie 2. «Éléments du continuum de soins» de ce cadre de référence.** Elle devra être, dans la mesure du possible, proposée par les services soutenus par le projet, ou les équipes devront s'assurer de sa disponibilité au travers d'autres acteurs. Dans ce second cas, le renforcement des systèmes de référencement sera considéré.

La question des grossesses des adolescentes et des risques spécifiques courus par cette population spécifique est souvent primordiale, mais rarement reconnue dans nos contextes d'intervention. Il s'agit notamment des risques de grossesses non désirées, de la vulnérabilité face aux IST, du risque accru de complications en cas de grossesse. Il est donc important d'apporter une attention particulière à cette population. Il peut s'agir d'adapter les services aux spécificités de la prise en charge des adolescents et notamment de favoriser leur accès à l'information, à une éducation sexuelle, aux méthodes contraceptives et aux services de prise en charge préventive et curative.

b/Focus sur les grossesses non désirées

Sur l'ensemble des projets incluant une composante de prise en charge des femmes en âge de procréer, lorsque le cadre légal le permet, nous veillerons à mettre à disposition des femmes des méthodes d'interruption de grossesses simples, efficaces et sûres. Dans certains contextes,

l'avortement provoqué est autorisé mais encadré par des règles strictes (ex/ plusieurs médecins doivent signer un accord...) qui retardent ou compromettent l'accès à un avortement sûr et légal. Dans ce cas, nous pourrions travailler avec nos partenaires afin de lever ou de réduire les barrières à l'accès à un avortement sans risque et légal. Dans un contexte où l'avortement provoqué est encadré par des lois restrictives, la possibilité de proposer un accès à l'interruption de grossesse médicalisée, soit à travers les services que nous soutenons, soit à travers des partenaires engagés sur le terrain, pourra être discutée au sein des instances décisionnelles de MdM au regard de sa pertinence, des responsabilités engagées et des risques pour l'association, ses membres et les usagers.

Dans tous les cas, une évaluation de la situation est essentielle. Cela concerne :

- les lois et règlements encadrant l'offre et l'accessibilité à l'avortement médicalisé, c'est-à-dire les potentiels obstacles administratifs et réglementaires à l'obtention d'un avortement médicalisé légal ;
- l'étendue et le niveau des prestations actuellement offertes ;
- la qualité de ces prestations, y compris les méthodes utilisées pour provoquer l'avortement et traiter les complications d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ;
- les caractéristiques des bénéficiaires ;
- les attitudes et les connaissances du personnel de santé.

Cette évaluation permettra d'adapter au mieux nos interventions mais aussi de définir, le cas échéant, des objectifs et stratégies de plaidoyer pertinents pour le contexte.

Médecins du Monde respecte le droit d'un personnel soignant à se déclarer objecteur de conscience à titre individuel, cela n'enlève pas son obligation d'orienter les patientes pour une prise en charge

efficace et respectueuse de leur choix. D'autre part, en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger même si ces mesures vont à l'encontre de ses convictions. Les personnels non soignants travaillant au sein des structures médicales ne peuvent opposer ce droit et se doivent d'accueillir les usagers et de respecter leur choix pour leur propre santé quelle qu'en soit la nature.

> cf. **annexe 1, qui détaille le cadre international et les aspects de contexte à considérer sur ces questions.**

3 / LE PLAIDOYER¹⁸

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

En fonction du projet et de chaque contexte, une stratégie de plaidoyer peut être définie. Le plaidoyer vise à atteindre des changements de politiques ou de pratiques, que ce soit au niveau local, régional, national ou international. Idéalement, l'association

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

souhaite s'inscrire dans le soutien des mouvements de la société civile lorsque ceux-ci sont en accord avec les valeurs que nous défendons.

En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, Médecins du Monde a identifié **deux axes de plaidoyer transversaux**. Il s'agit de :

→ **la levée des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité.**

Cet axe, identifié pour les soins de santé en général, est particulièrement pertinent pour les services de soins de santé sexuelle et reproductive du fait de la plus grande vulnérabilité des femmes (notamment des femmes enceintes) et des nouveau-nés ;

→ **le renforcement de l'accès à l'avortement sans risque et légal.**

4 / PARTENARIATS ET COLLABORATIONS, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Chaque projet veillera à identifier les acteurs locaux, régionaux et nationaux qui interviennent dans le champ de la santé sexuelle et reproductive ou qui peuvent influencer positivement ou négativement le projet. Cette analyse des acteurs sera réactualisée régulièrement.

Médecins du Monde reconnaît l'importance d'établir des partenariats, des alliances, de faciliter la participation communautaire afin d'assurer l'adaptation d'un projet, sa pérennité mais aussi pour mutualiser les efforts vers l'atteinte des objectifs. Pour cela, les partenariats peuvent être

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

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

D'autre part, nous reconnaissons que, en général, les accoucheuses traditionnelles représentent un relais communautaire incontournable dans le domaine de la SSR. Néanmoins, l'analyse de chaque contexte au regard des accoucheuses traditionnelles est un prérequis essentiel à toute éventuelle collaboration. Il s'agit d'identifier les activités qu'elles mettent en œuvre et l'adéquation de ces activités dans le cadre du renforcement de la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur reconnaissance par la communauté et par les autorités sanitaires. En fonction de cette analyse, on pourra considérer l'implication des

accoucheuses traditionnelles et la nature de cette implication dans les projets de SSR.

En ce qui concerne les activités de plaidoyer relatives à la SSR, l'association souhaite intervenir en soutien ou en complémentarité des associations de la société civile ou autres acteurs locaux qui œuvrent pour défendre le droit des femmes à disposer de leur corps et à accéder à des services de santé de qualité et répondant à leurs besoins.



2

**ÉLÉMENTS
DU CONTINUUM
DE SOINS**

2A

PAGE 33

SOINS PRÉNATAUX

- 33 1/Définition
- 33 2/Paquet minimum d'activités
- 35 3/Comprendre la problématique
 - 35 a/Généralités
 - 36 b/La durée des consultations
 - 36 c/Éducation pour la santé
 - 36 d/Complications médicales et référencement
 - 38 e/Préparation à la naissance et aux complications
 - 39 f/Prévention de l'anémie maternelle
 - 39 g/Prévention du tétanos maternel et néonatal
 - 40 h/Prévention des IST
 - 40 i/Le dossier individuel
 - 41 j/Prévention et prise en charge du paludisme maternel
- 44 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 45 5/Indicateurs de référence
- 46 6/Modalités d'intervention

2B

PAGE 51

SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX IMMÉDIATS

- 51 1/Définition
- 54 2/Paquet minimum d'activités
- 56 3/Comprendre la problématique
 - 56 a/Généralités
 - 56 b/L'intérêt des SOUB et SOUC
 - 57 c/L'accoucheur qualifié
 - 58 d/L'accès aux soins
 - 59 e/Le partogramme
 - 59 f/Soins immédiats aux nouveau-nés
 - 60 g/L'allaitement maternel exclusif
 - 61 h/Post-partum immédiat
 - 61 i/Surveillance des décès maternels et réponses
- 63 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 65 5/Indicateurs de référence
- 66 6/Modalités d'intervention

2C

PAGE 71

SOINS DU POST-PARTUM

- 71 1/Définition
- 72 2/Paquet minimum d'activités
- 73 3/Comprendre la problématique
 - 73 a/Généralités
 - 75 b/Complications médicales et référence
 - 75 c/Éducation pour la santé
 - 76 d/Supplémentation en vitamine A
 - 76 e/Promotion de l'allaitement maternel exclusif
 - 76 f/La planification familiale
- 77 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 79 5/Indicateurs de référence
- 79 6/Modalités d'intervention

2D

PAGE 84

SOINS DU NOUVEAU-NÉ

- 84 1/Définition
- 84 2/Paquet minimum d'activités
- 86 3/Comprendre la problématique
 - 86 a/Généralités
 - 87 b/Éducation pour la santé et signes d'alerte
 - 88 c/Impact du continuum de soins
 - 89 d/Le personnel compétent dans la prise en charge des nouveau-nés
 - 89 e/Soins à domicile du nouveau-né
 - 90 f/Le nouveau-né prématuré et/ou de faible poids
 - 91 g/Vaccination
- 92 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 93 5/Indicateurs de référence
- 94 6/Modalités d'intervention

PAGE 97
2E

PLANIFICATION FAMILIALE

- 97 1/Définition
- 97 2/Paquet minimum d'activités
- 101 3/Comprendre la problématique
 - 101 a/Généralités
 - 102 b/Le droit à l'accès à la planification familiale
 - 102 c/Les services de qualité
 - 103 d/Le conseil en planification familiale
 - 104 e/La contraception d'urgence
 - 105 f/Usagers nécessitant une attention spécifique
 - 106 g/Distribution à base communautaire
 - 106 h/Infécondité
 - 107 i/IST/VIH
 - 107 j/Cancer du col de l'utérus
- 108 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 109 5/Indicateurs de référence
- 110 6/Modalités d'intervention

PAGE 114
2F

PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

- 114 1/Définition
- 115 2/Paquet minimum d'activités
- 116 3/Comprendre la problématique
 - 116 a/Généralités
 - 117 b/Les risques liés à l'avortement
 - 117 c/Les obstacles à l'accès à l'avortement
 - 117 d/Les méthodes d'avortement
 - 119 e/Le conseil tout au long des soins liés à l'avortement sûr
 - 119 f/La contraception post-avortement
- 120 4/Médicaments et matériels médicaux nécessaires
- 121 5/Indicateurs de référence
- 122 6/Modalités d'intervention

2 A

SOINS PRÉNATAUX

1 / DÉFINITION

Les soins prénataux sont des soins fournis pendant la grossesse par un professionnel de santé qualifié dans le but d'assurer la naissance d'un enfant en bonne santé en minimisant les risques courus par la mère. Ils doivent offrir un paquet d'interventions essentielles.

Idéalement, les soins prénataux dits recentrés ou focalisés consistent en **quatre consultations au minimum¹⁹** (avant 12 semaines d'aménorrhée (SA) puis entre la 24^e et la 28^e SA puis à 32 SA et après 36 SA), pendant lesquelles le bien-être maternel et foetal est évalué et suivi. En cas de pathologies pendant la grossesse, ce nombre de consultations pourra être augmenté. Si le passage d'un schéma d'une consultation par mois (recommandé auparavant par l'OMS) à quatre consultations pendant la grossesse (nouvelle recommandation internationale) a eu un impact positif sur la mortalité et la morbidité maternelles, il a en outre permis une prise en charge

¹⁹. En France, les recommandations de l'HAS en 2007 dans *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées* sont 8 consultations : la première avant 10 SA puis avant 15 SA puis une fois par mois. Divers examens sont aussi recommandés : les sérologies maternelles, 3 échographies...

centrée sur les éléments essentiels de prévention et de traitement au cours de la grossesse²⁰.

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- prévenir les complications maternelles et promouvoir la santé maternelle et néonatale ;
- prévenir, détecter et prendre en charge les complications maternelles.

Interventions clés

1. Anamnèse et examen clinique

- recherche des antécédents (familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétriques) ;
- confirmation de la grossesse et calcul de la date estimée du terme ;
- identification des grossesses non désirées ;
- suivi de l'évolution de la grossesse, de l'état et du bien-être de la mère et du foetus.

²⁰. Villar J. et al., « WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care », *The Lancet*, 2001;357:1551-1564.

2. Prise en charge des grossesses non désirées : soins pré-avortement, avortement sans risque en considérant le contexte législatif, soins post-avortement.
> cf. 2F «Prise en charge des grossesses non désirées».

3. Prise en charge et/ou référencement des femmes enceintes présentant des complications.

4. Informations et conseils relatifs à l'intérêt des soins prénataux, à la nutrition, à l'hygiène, au repos pendant la grossesse, aux signes de danger pendant la grossesse, à la prévention des IST et du VIH, aux addictions (tabac, alcool, drogues), à l'allaitement maternel, à la planification familiale et à un mode de vie sain. Ces informations sont destinées aux femmes enceintes mais aussi dans la mesure du possible à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés.

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

5. Préparation à l'accouchement (plan) et à l'urgence éventuelle ainsi que conseils pour repérer les signes de dangers pendant la grossesse.

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

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

- gratuits, ainsi que le transport et les autres coûts indirects associés au recours à une structure de santé ;
- le choix d'une personne support pour accompagner la femme enceinte le jour de l'accouchement ou en cas d'urgence ;
 - le choix de donneurs de sang éventuels en cas de saignements (les personnes de la famille sont recommandées) ;
 - la préparation de l'équipement nécessaire pour l'accouchement (carnet de santé, linges propres pour la mère et le nouveau-né).

7. Prévention et prise en charge de l'anémie par administration de fer et acide folique.

8. Vaccination antitétanique (et suivi pour assurer un schéma complet de vaccination) avec délivrance d'un carnet de vaccination.

9. Prévention et traitement de la malnutrition

10. Dépistage et traitement de la syphilis interventions pour prévenir et traiter les IST à l'intention des femmes enceintes et de leurs partenaires.

11. Information, dépistage et traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus (recommandé pour les femmes de plus de 30 ans).

12. Identification des victimes de violences liées au genre
> cf. 3A «Violences liées au genre».

- détection des violences liées au genre ;
- prise en charge ou orientation des complications résultant des violences (physiques, psychologiques, etc.) ;
- prévention et prise en charge des mutilations génitales féminines.

13. Dépistage, prise en charge de complications de la grossesse (anémie, troubles hypertensifs, pré-éclampsie, éclampsie, métrorragies...) et référence précoce quand des soins additionnels sont nécessaires au niveau d'une structure de santé adaptée.

14. Enregistrement des données médicales (registres des structures sanitaires et dossier médical individuel conservé par la patiente).

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES ENDÉMIQUES

15. Prévention et prise en charge des cas de paludisme

- traitement préventif intermittent au cours de la grossesse ;
- encouragement à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- diagnostic et traitement précoce des cas de paludisme.

16. Traitement antiparasitaire (vermifugation).

17. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH

- > cf. 3B «Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH».
- counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes enceintes et de leurs partenaires ;
- référence pour la mise sous traitement ARV adapté pendant la grossesse et l'accouchement en cas de séropositivité pour la femme et/ou son partenaire ;

→ soutien et soins pour les mères infectées par le VIH (ce qui inclut les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant).

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités

Les soins prénataux représentent un maillon important du continuum de soins, et peuvent servir de point d'entrée dans le système de santé. Ils sont considérés comme efficaces puisque peu coûteux et permettant de diminuer la mortalité maternelle et donc néonatale. De plus, ils intègrent et permettent un accès privilégié vers des programmes transversaux du système de santé (VIH, IST, paludisme, lutte contre la malnutrition).

Selon les données de l'Unicef portant sur la période 2006-2010, 80 % des femmes enceintes ont reçu au moins une consultation prénatale dans les pays en voie de développement. Néanmoins, elles ne sont plus que 56 % à avoir reçu au moins quatre consultations prénatales. Il reste donc encore beaucoup à faire pour que les femmes puissent recevoir les soins nécessaires tout au long de leur grossesse. De plus, les taux de consultation ne permettent pas d'évaluer la qualité des consultations.

En France, en 2011, sur l'ensemble des femmes enceintes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso),

45% présentent un retard de suivi de grossesse et près de 6 sur 10 n'ont pas d'accès aux soins prénataux de droit commun²¹. Le ratio de mortalité maternelle des femmes étrangères vivant en France est de 12,5/100 000 naissances vivantes, contre 7,9/100 000 pour les femmes françaises²².

b/La durée des consultations

La durée des consultations prénatales focalisées a été estimée²³ à 46 minutes pour la première et à 36 minutes pour les suivantes (40 minutes et 20 minutes selon l'OMS²⁴), dont 15 minutes d'éducation pour la santé et de counseling. Elle doit être la plus complète possible pour répondre aux besoins de la femme enceinte en termes de promotion de la santé, de prévention et de détection des complications. Ces temps de consultation n'incluent pas la PTME, pour laquelle il faut ajouter 20 minutes à la consultation prénatale.

c/Éducation pour la santé

La consultation prénatale est souvent un des premiers contacts des femmes avec les services de santé, il est donc important d'exploiter ce moment au maximum tant au cours des consultations que lors de séances de sensibilisation dans les aires d'attente des structures de santé,

voire au sein des communautés (stratégie avancée). Toutes les occasions doivent être mises à profit pour informer les femmes et leurs familles sur les moments de la grossesse où il faut solliciter des soins et les endroits où il est possible de le faire, ainsi que pour donner des conseils favorisant l'adoption d'un mode de vie sain. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour que des comportements sains soient observés à domicile pendant la grossesse. C'est un déterminant majeur de l'utilisation des services de consultation prénatale (CPN). Le soutien familial et communautaire aide la femme à suivre les recommandations, encourage une prise de décisions partagée et améliore ainsi la santé de la mère et du nouveau-né. Les soins prénataux sont un moment privilégié pour aborder de nombreux thèmes d'éducation pour la santé tels que la nutrition, l'hygiène, l'importance des soins pré et postnataux ainsi que l'accouchement par un personnel qualifié, le plan de préparation pour l'accouchement et les urgences, les signes de danger pendant la grossesse, la fistule obstétricale, le VIH/sida et autres IST, la planification familiale, l'allaitement... Au cours de la consultation prénatale focalisée, il est d'ailleurs prévu 15 minutes d'éducation pour la santé et de counseling.

d/Complications médicales et référencement

Une partie importante des complications obstétricales, fœtales et néonatales et leurs conséquences peuvent être évitées en fournissant un continuum de soins de qualité tout au long de la grossesse, durant l'accouchement et la période post-partum.

Ainsi les soins prénataux sont particulièrement efficaces quand la femme est prise en charge le plus tôt possible pendant sa grossesse, voire même lors

21. MdM, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2011*, octobre 2012.
22. InVS, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *BEH n° 2 3-4*, numéro thématique : Santé et recours aux soins des migrants en France, janvier 2012.
23. Von Both C. et al., « How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania », *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2006; 6(1):22.
24. WHO, *Antenatal Care Trial Research Group, WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*, WHO, Department of Reproductive Health and Research, Geneva, 2002.

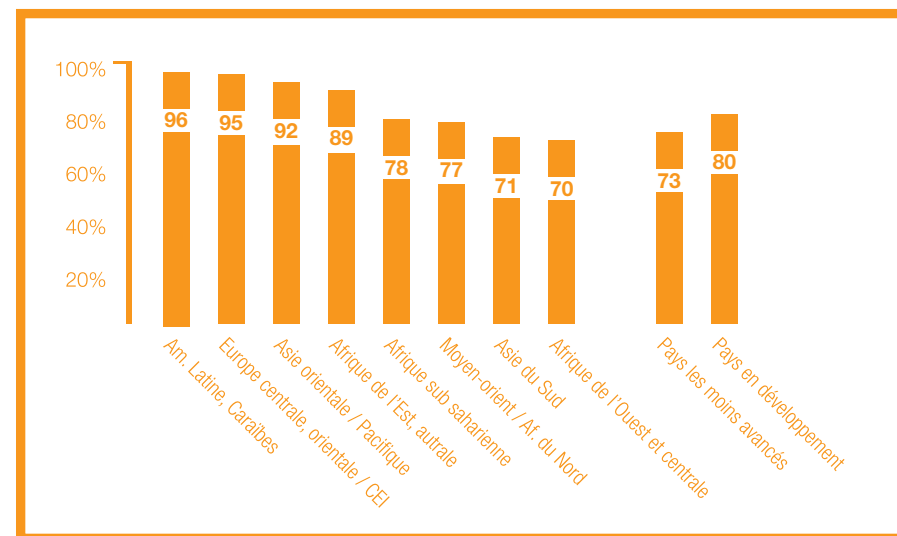


Figure 1: Pourcentage des femmes ayant eu au moins une consultation prénatale avec un médecin, infirmier, sage-femme, auxiliaire sage-femme, 2006-2010 (Source Unicef²⁵)

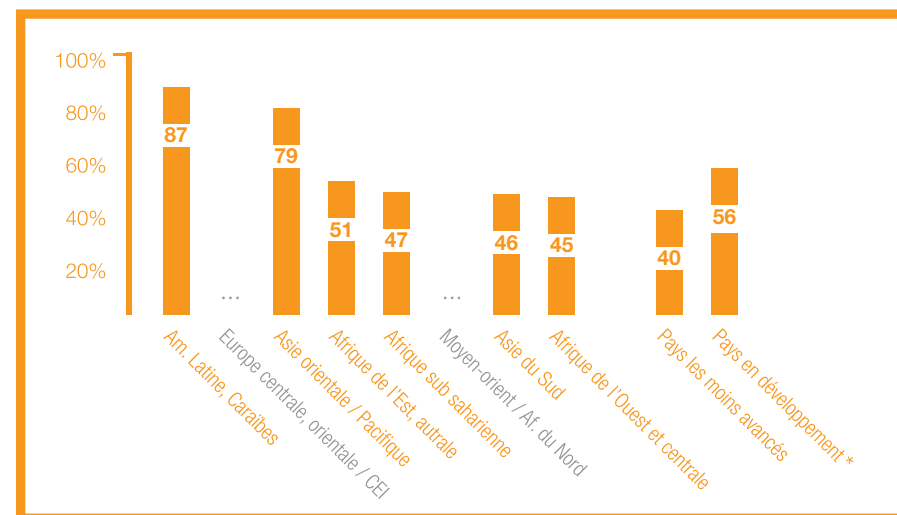


Figure 2: Pourcentage des femmes ayant eu au moins 4 consultations prénatales avec un professionnel de santé, 2006-2010 (Source Unicef²⁶). * Chine non incluse

25. Unicef, *Global database*, from Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), Demographic and Health Surveys (DHS) and other nationally representative sources, 2011.
26. *Ibid.*

de consultations préconceptionnelles²⁷. Dans beaucoup de cas, les personnes qui développent des complications au cours de la grossesse et qui requièrent des soins accrus peuvent être identifiées, soignées et suivies pendant la grossesse. Par exemple, la surveillance des pré-éclampsies peut réduire les décès maternels dus aux troubles hypertensifs de 48 % et les décès néonataux liés à la prématurité de 15 %²⁸. Cependant, puisque 15 % des femmes enceintes développent des complications au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement et du post-partum, et que la plupart de ces complications ne sont pas prévisibles, il est essentiel que le continuum de soins soit renforcé et que des soins obstétricaux d'urgence (SOU) soient disponibles et accessibles à toutes les femmes pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle.

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

En 1992, un bilan réalisé pour le programme de recherche sur la santé maternelle et la maternité sans risque de l'OMS a révélé que l'approche fondée sur le risque ne permettait pas d'utiliser rationnellement les services de santé maternelle ni d'éviter les décès maternels²⁹. En effet, des femmes avec différents facteurs de risque (femmes de moins de 18 ans, femmes de moins de 1,40 mètre, grandes multipares...) ne développent pas nécessairement de complications, alors que des femmes n'ayant

aucun facteur de risque peuvent présenter des complications. Cette approche fondée sur l'identification de facteurs de risque et la référence des femmes présentant un risque pour un accouchement assisté, voire vers un niveau de référence, a donc été abandonnée au profit de l'approche liée aux complications. Cette dernière prend en compte la nécessité pour toutes les femmes d'être suivies pendant leur grossesse et d'accoucher assistées de personnel de santé qualifié, puisque chaque femme est potentiellement à risque de complications lors de la grossesse et de l'accouchement.

e / Préparation à la naissance et aux complications

L'objectif de ce plan est de permettre à la femme de recevoir à temps des soins de qualité, que ce soit pendant la grossesse, au cours du travail, au cours d'un accouchement normal ou compliqué. Le plan de préparation à l'accouchement et aux urgences peut donc permettre de réduire deux des trois retards responsables de la mortalité maternelle : le délai dans la recherche de soins et le délai dans le fait d'atteindre les soins³⁰.

> cf. 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

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

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

donc expliquer l'importance d'accoucher dans un établissement disposant de personnel qualifié, l'intérêt de s'organiser en cas d'urgence et pour l'accouchement (transport, coût des soins, accompagnateur, personne choisie pour prendre en charge ses enfants...), les signes de danger pendant la grossesse et de mise en travail, les choses à emporter avec soi (carnet de santé, linge...). Lorsque la structure la plus proche est éloignée, les femmes devraient idéalement s'organiser pour demeurer le dernier mois de grossesse à proximité de leur lieu d'accouchement. Les femmes ayant assisté aux consultations prénatales ont plus tendance à accoucher avec un personnel qualifié³¹, c'est pourquoi il est important d'aborder durant les soins prénataux la question de la préparation à l'accouchement et à l'urgence.

f / Prévention de l'anémie maternelle

L'anémie affecte près de la moitié des femmes enceintes dans le monde : 52 % dans les pays en voie de développement et 23 % dans les pays développés. L'anémie augmente le risque de mortalité maternelle, de mort fœtale, de mortalité néonatale et de prématurité. 40 % des décès périnataux et maternels sont liés à l'anémie³².

Les causes les plus fréquentes d'anémie sont la sous-nutrition, les carences en fer et en d'autres micronutriments, le paludisme, l'ankylostomiase et la schistosomiase (parasitoses) ; l'infection par le VIH et les hémoglobinopathies (drépanocytose et thalassémie) sont des facteurs

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

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

supplémentaires. Les femmes enceintes doivent recevoir un traitement systématique de supplémentation en fer et acide folique. Un traitement des causes de l'anémie devra être associé et des conseils nutritionnels devront être donnés à la femme en cas d'anémie avérée.

g / Prévention du tétanos maternel et néonatal

En 2008, 59 000 nouveau-nés sont décédés d'un tétanos néonatal³³. Même si l'incidence de cette pathologie a diminué de 92 % en trente ans, il est important de poursuivre les efforts en termes de prévention afin de parvenir à l'élimination de cette pathologie (<1 cas/1 000 naissances vivantes dans un district sur une période d'un an). C'est également la cause d'un nombre inconnu de décès maternels chaque année. La prévention consiste en l'application de précautions d'hygiène lors de l'accouchement (utilisation de matériel stérile) et la vaccination des femmes enceintes, ce qui permet de limiter l'infection chez la mère et le nouveau-né. En effet, une fois la femme enceinte vaccinée, elle transmet l'antitoxine au fœtus. En 2011, 70 % des femmes enceintes dans le monde ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique (TT2+)³⁴. Les objectifs sont d'atteindre une vaccination supérieure ou égale à 80 % pour les femmes enceintes³⁵. En novembre 2012, 31 pays n'ont pas encore éliminé le tétanos maternel et néonatal (TMN).

33. Black R.E. et al., « Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis », *The Lancet*, 2010, Issue 9730: 1969-1987.

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

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

h/Prévention des IST, notamment de la syphilis

Les infections sexuellement transmissibles (IST) telles que la syphilis, la gonorrhée et les chlamydiae peuvent être dépistées et traitées dans le cadre des CPN. Si elles ne sont pas traitées, les infections sexuellement transmissibles provoquent des infections congénitales et périnatales chez le nouveau-né. Elles peuvent également avoir des conséquences graves sur la santé de la mère et de l'enfant. Les IST sont notamment la principale cause évitable de stérilité, en particulier chez les femmes. La syphilis est une IST qui peut être transmise par la mère au fœtus. La majorité des personnes atteintes de syphilis ignorent qu'elles ont contracté la maladie et peuvent donc la transmettre à leurs partenaires sexuels et, dans le cas des femmes enceintes, au fœtus. En l'absence de traitement, 25 % des grossesses chez les femmes souffrant d'une syphilis précoce se soldent par une mortinaissance et 14 % par la mort du nouveau-né, soit une mortalité périnatale totale de 40 % environ³⁶.

La lutte contre la syphilis chez les femmes enceintes et la syphilis congénitale est essentielle et repose sur un dépistage prénatal universel et le traitement des cas positifs. Toutefois, actuellement, un grand nombre de femmes qui se rendent aux CPN ne bénéficient ni d'un dépistage spécifique ni d'un traitement pour la syphilis lorsqu'il est nécessaire. La plupart des pays ont une politique de dépistage prénatal de la syphilis, mais dans les faits seulement 30 à 38 % des femmes y ont accès³⁷.

C'est souvent le manque de consommables pour réaliser le test qui en est responsable,

alors qu'il existe à l'heure actuelle des tests de dépistage de la syphilis simples d'utilisation et sensibles, qui peuvent être utilisés y compris dans les structures de santé primaires.

Le traitement de la syphilis chez l'adulte consiste en l'administration intramusculaire d'une dose unique de benzathine-benzylpénicilline (2,4 MUI)³⁸; en cas d'allergie, on a recours à l'érythromycine per os (2 g/jour en 2 ou 4 prises pendant 14 jours).

i/Le dossier individuel

Il a été démontré dans différentes études que lorsque les femmes gardent leur propre dossier médical, cela améliore leur sentiment de contrôle sur leur santé et leur satisfaction. Les femmes enceintes sont alors responsables d'apporter leur dossier médical à chaque consultation prénatale. Cela améliore également la disponibilité de dossiers anténatals au cours des visites dans les structures sanitaires. Les femmes sont aussi plus à même d'apporter ce dossier médical lors d'une autre grossesse³⁹.

Garder son dossier médical permet de renforcer le droit des femmes à décider pour leur propre santé (notamment la structure dans laquelle elles vont accoucher) et d'y avoir un accès permanent, y compris en cas d'urgence.

MdM recommande donc que chaque femme puisse être responsable de son dossier médical, qu'elle gardera à son domicile entre ses visites et qui lui permettra d'être davantage maîtresse de sa santé.

j/Prévention et prise en charge du paludisme maternel

Selon des données de l'Unicef, la plupart des cas de paludisme et de décès dus à cette maladie surviennent en Afrique, où au moins 25 millions de grossesses sont menacées par le paludisme chaque année. Toutefois, l'Asie, l'Amérique latine et, dans une moindre mesure, le Moyen-Orient, ainsi que certaines parties de l'Europe sont également affectées. En 2010, le paludisme était présent dans 106 pays et territoires.

Les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables, car la grossesse diminue leur immunité et les rend donc plus susceptibles d'avoir une infection paludéenne et augmente le risque de paludisme grave, d'anémie sévère et de décès. Le paludisme maternel augmente aussi les risques de fausses couches, de mort fœtale, d'hypotrophie et d'accouchement prématuré. De plus, le paludisme augmente le risque de transmission mère-enfant du VIH chez les mères infectées puisqu'il diminue l'efficacité de la barrière placentaire.

Les consultations prénatales sont un moyen essentiel pour prévenir le paludisme chez les femmes enceintes. Cependant les taux de traitement préventif intermittent pendant la grossesse et de distribution de moustiquaires imprégnées sont nettement inférieurs au taux de consultations prénatales⁴⁰. Ce constat met en lumière l'importance de renforcer la prévention du paludisme au niveau des CPN.

TABLEAU 1
PRINCIPAUX EFFETS DU
PALUDISME CHEZ LES FEMMES
ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS⁴¹

Dans les zones de transmission stable (endémique)

Insuffisance de poids à la naissance : 8 % à 14 % des naissances
Retard de croissance intra-utérine : 13 % à 70 %
Prématurité : 8 % à 36 %
Mort du nouveau-né : 3 % à 8 % ou 75 000 à 200 000 décès par année
Anémie maternelle : 2 % à 15 % d'anémie maternelle grave qui augmente le risque de décès chez la mère

Dans les zones de transmission instable (saisonnier)

Paludisme sévère avec complications au niveau du système nerveux central
Anémie
Avortement (premier trimestre)
Insuffisance de poids à la naissance
Naissance prématurée (infection au troisième trimestre)
Mortinaissance
Décès de la mère

Le « Cadre d'intervention pour la lutte contre le paludisme dans les programmes de soins de santé primaires, de soins de santé maternelle, néonatale et infantile et de VIH/sida » de Médecins du monde permet d'adapter la prise en charge du paludisme dans les projets en fonction de la zone d'intervention.

36. OMS, « Infections sexuellement transmissibles », aide-mémoire N°110, 2011.

37. OMS, *Utilisation des tests diagnostiques rapides de dépistage de la syphilis*, 2006.

38. Walker G.J.A., *Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Review)*, Cochrane database, 2006.

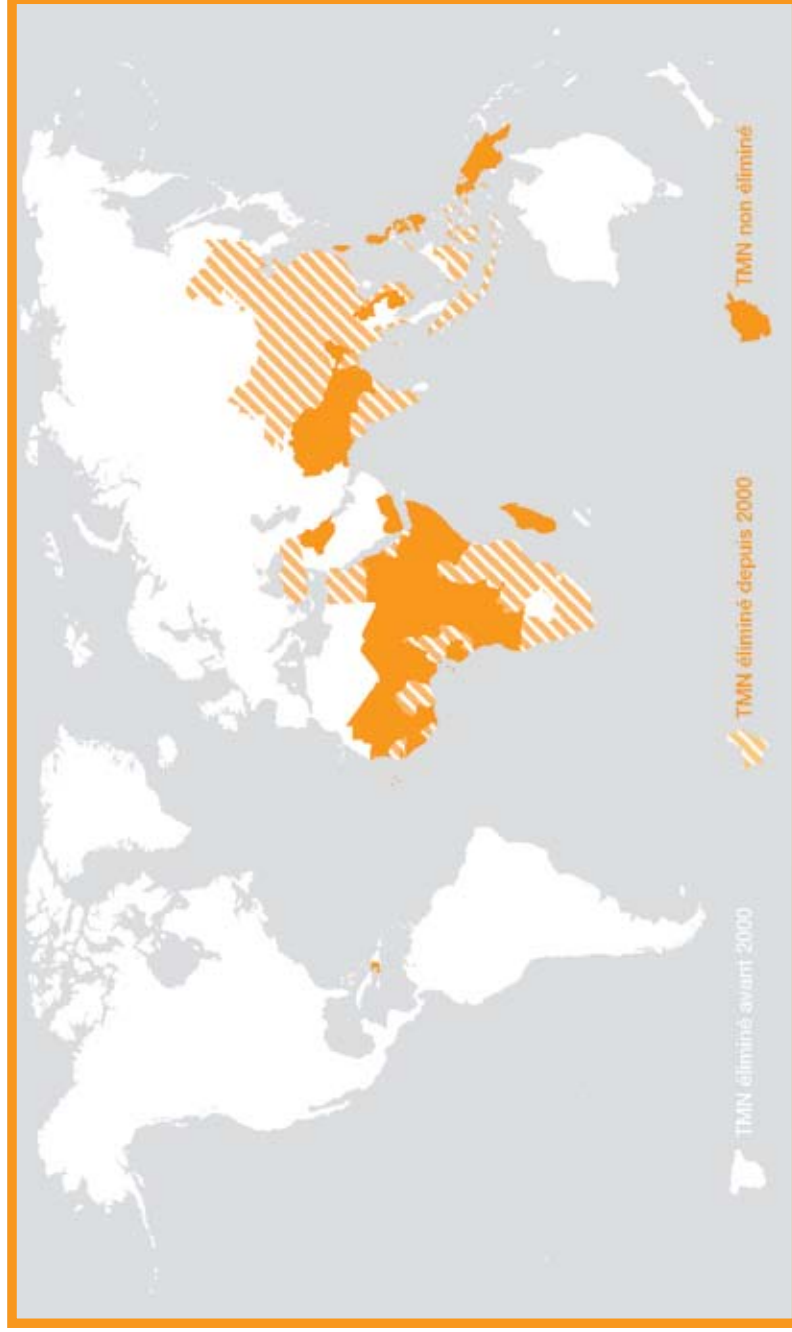
39. Brown H.C., Smith H.J., *Giving women their own case notes to carry during pregnancy*, Cochrane Database Syst Rev 2004;(2):CD002856.

40. Lawn J., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

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

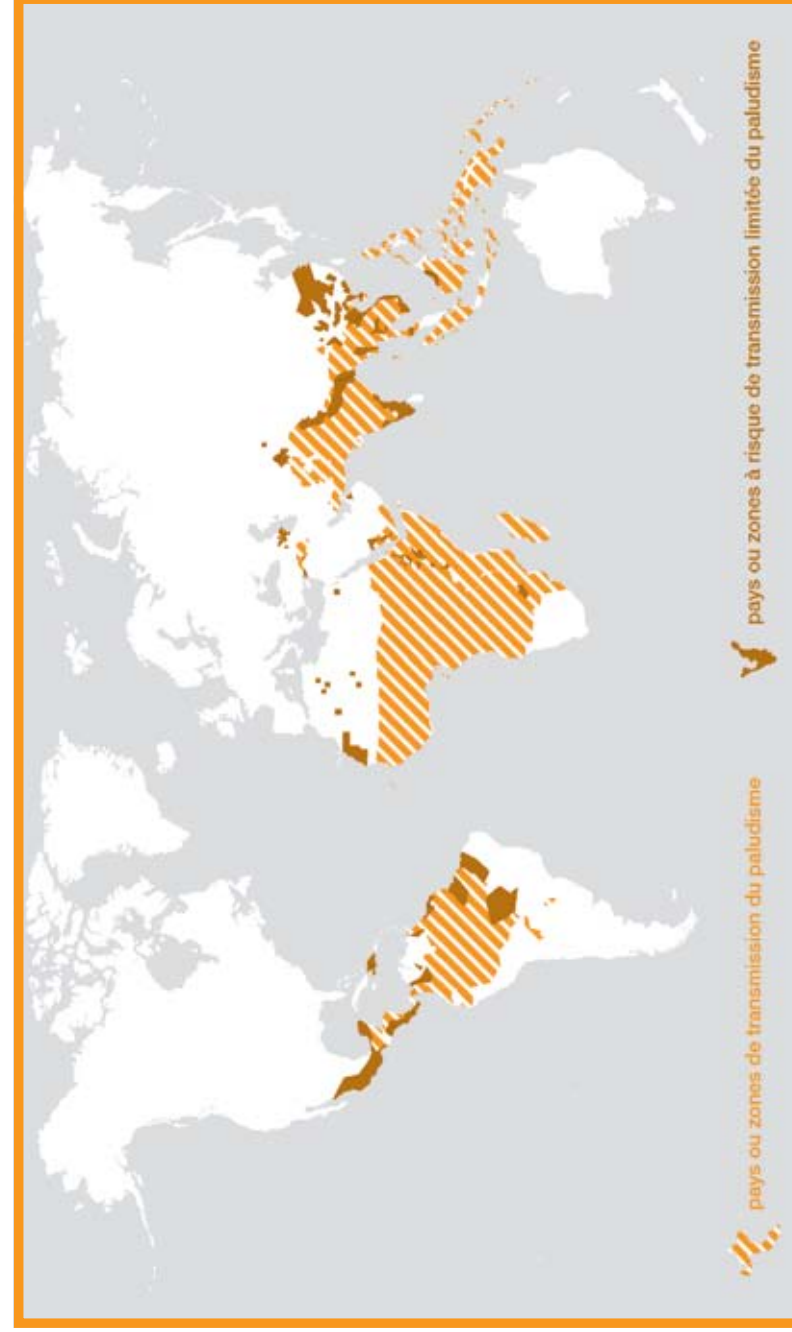
Carte 1 : Pays ayant éliminé le tétanos maternel et néonatal, novembre 2012 (Source : OMS ⁴²)

42. WHO, Unicef, Elimination of Maternal and Neonatal Tetanus, November 2012, www.who.int.



Carte 2 : Zones de transmission du paludisme, 2011 (Source : OMS ⁴³)

43. OMS, Rapport 2011 sur le paludisme dans le monde, 2011.



4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de soins prénataux de qualité dans les structures de santé⁴⁴.

Médicaments

- **antipyrétique**: paracétamol (per os);
- **anémie**: fer + acide folique (per os);
- **solutés**: ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml;
- **antibiotiques**: amoxicilline (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM);
- **traitement de la pré-éclampsie et éclampsie**: sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV);
- **anticonvulsivants**: diazépam (IV, IM, intrarectal);

- **anesthésiant local**: lidocaïne (injectable et ou spray dermique);
- **vermifuge**: albendazole ou mebendazole (per os);
- **antipaludéen**: > cf. cadre d'intervention paludisme⁴⁵ et en fonction des contextes épidémiologique. sulfadoxine/pyriméthamine (per os) pour la prévention et artéméthér/luméfántrine (per os) pour le traitement;
- **anti-hypertenseur**: hydralazine (IV) et méthyldopa (selon MSF) ou néfédipine (selon OMS) (per os);
- **traitement VIH**: selon protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **utéro-toniques**: ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal)⁴⁶;
- **solutions antiseptiques**: polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique);
- **traitement des IST** (à adapter en fonction des protocoles nationaux): benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale).

44. La liste des médicaments, consommables et matériels médicaux nécessaires a été établie à partir des publications suivantes:

- OMS, FNUAP, Unicef et Banque Mondiale, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin*. OMS, 2004;
- MSF, *Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes*, 3^e édition, 2007;
- OMS, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles*, Genève, 2003;
- WHO, *Package of interventions for family planning, Safe abortion, Maternal, Newborn and Child Health*, 2010;
- Reproductive Health Response in Conflict Consortium, *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire*, 2005.

45. «Cadre d'intervention pour la lutte contre le paludisme dans les programmes de soins de santé primaires (SSP), de soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de VIH/sida», MdM S2AP, 2010; disponible sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

46. Dans la mesure du possible les deux molécules doivent être présentes étant donné que leurs indications diffèrent mais cela n'étant pas toujours envisageable (ex/absence de chaîne de froid ou d'enregistrement du Misoprostol), la disponibilité d'au moins une des deux molécules doit être assurée.

Consommables

- **de base**: gants stériles et non stériles, compresses ou gazes, sparadraps, seringues, aiguilles (IM et IV), cathéters 20 et 22G, tubulures, sonde urinaire évacuatrice 12, sondes urinaires 12 et 14, préservatifs masculins et féminins;
- **fils de sutures résorbables** (vicryl 3,0);
- **consommables liés aux précautions universelles et à l'hygiène**: savon, collecteur objets tranchants ou coupants, poubelle Dasri (déchets d'activité de soins à risques infectieux), eau de javel, gants à usage unique;
- **pour le suivi des patients**: registres CPN, carnet de vaccination de la mère, formulaires de référencement, dossier de suivi de la mère.

Matériels médicaux

- **les essentiels**: matériel IEC, stéthoscope, sphygmomanomètre, thermomètre, stéthoscope de Pinard, garrot, mètre mesureur, balance adulte et nouveau-né, toise adulte et nourrisson, table d'examen, speculums, disque/roulette de suivi de grossesse;
- **fournitures**: brancard, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **boîtes d'instruments**: boîte de désinfection;
- **réfrigérateur**;
- **stérilisateur**.

Tests médicaux

- **tests rapides VIH** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **tests rapides syphilis**;
- **tests rapides paludisme** ou microscope et lame pour goutte épaisse (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **bandelette urinaire** avec détection de la protéinurie.

Vaccins

- **vaccin antitétanique**.

Les achats de médicaments et de matériels devront être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées.

> cf. documents internes: «Politique du médicament» et «Cycle de gestion du produit pharmaceutique»⁴⁷.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est recommandé de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents.

47. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

Taux de CPN1 (proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une consultation prénatale)

Il permet d'avoir une mesure de la couverture des services par rapport à la population cible. Indirectement, il permet aussi de voir si les services proposés sont accessibles (qui est un point que l'on souhaite renforcer en ce qui concerne la stratégie en SSR).

Taux de CPN 4 (proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins quatre consultations prénatales)

Il permet d'avoir une mesure de la couverture des services complets (ce nombre de quatre consultations prénatales est celui recommandé par l'OMS).

Taux de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénataux

Le dépistage de la syphilis, bien qu'étant un élément du paquet standard des soins prénataux décrit par l'OMS, n'est souvent pas mis en place. Cet indicateur permet donc de suivre la disponibilité effective de ce service pour les femmes. Il est aussi une mesure indirecte de la qualité des soins proposés au cours d'une CPN.

Proportion du personnel ayant les connaissances nécessaires pour un suivi prénatal de qualité

Les bonnes connaissances du personnel soignant sont une condition essentielle pour la mise en place des soins prénataux de qualité. Ainsi, les activités de renforcement de capacités des acteurs de santé locaux sont souvent une composante importante des projets de MdM. Il semble donc important qu'un indicateur sur la qualité et la formation du personnel fasse partie des indicateurs de référence.

Taux de consultations prénatales réalisées selon les normes de qualité internationales et/ou nationales

Actuellement, beaucoup de pays présentent

un taux de consultations prénatales correct, mais si les soins ne sont pas de qualité, ils n'ont pas l'effet attendu. Il est donc essentiel d'insister sur la qualité. Cet indicateur peut également inciter à la mise en place d'activités de supervision avec les équipes cadres des structures de santé afin d'évaluer si les consultations sont réalisées en accord avec les normes de qualité (respect des protocoles, de la confidentialité, durée de la consultation...) et d'accompagner les professionnels dans ce sens.

Taux de femmes enceintes qui ont préparé un plan d'accouchement avant 37 SA.

Cet indicateur a pour but d'appuyer sur l'importance de la sensibilisation et la réalisation d'un plan de préparation à l'accouchement et à l'urgence lors des soins prénataux. Il pourra être mesuré à travers les registres ou, par exemple, grâce à une enquête systématique auprès des femmes venant à la quatrième CPN.

> Pour davantage d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de Médecins du Monde⁴⁸.

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

48.  Inclus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins prénataux soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. > Il est recommandé de voir à ce propos le document «Pour une éthique de terrain» de MdM⁴⁹.

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins prénataux

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

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

- les soins prénataux sont intégrés ou renforcés dans les curriculums des sages-femmes, infirmiers, médecins, et les effectifs de personnels médicaux compétents sont renforcés ;
- les protocoles des soins prénataux sont harmonisés, mis en place et diffusés, notamment concernant les systèmes de référencement ;
- les liens avec d'autres programmes existants (stratégies nationales de lutte contre le VIH, le paludisme, la syphilis et les IST mais aussi la malnutrition) et les services de santé sexuelle et reproductive sont renforcés ;

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

→ un plaidoyer est développé pour la protection et l'accès aux soins des femmes enceintes.

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

> axe création de milieux favorables

Les soins prénataux devraient être accessibles à toutes les femmes quels que soient leur situation socio-économique ou leur lieu d'habitation. La fréquentation des services de soins prénataux sera encouragée si on diminue les barrières à leur accès.

La politique nationale ainsi que des directives adaptées localement devraient permettre l'accès pour toutes à des soins de qualité.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins ;
- le statut de la femme au sein de la communauté est amélioré afin qu'elle ait le pouvoir de prendre des décisions cruciales pour sa propre santé ;
- les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes enceintes sont levées ;
- le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée.

Renforcer la qualité des soins prénataux

> axe réorientation des services de santé

La qualité des soins prénataux est essentielle pour que l'on puisse observer les bénéfices de ces services. L'intégralité des soins prénataux focalisés doit être fournie à la femme enceinte selon les protocoles nationaux et/ou internationaux. Il est donc important de s'assurer de la qualité de ces soins lors d'un projet de SSR. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un paquet minimum de soins prénataux est mis en place, en s'appuyant sur

les protocoles nationaux et les standards internationaux ;

PÉROU, LIMA – Création d'un service adapté aux adolescents au sein de 10 centres materno-infantiles (CMI) (2006 à 2010)

« Les adolescentes enceintes ne venant pas dans les centres créés qui leur étaient dédiés, nous avons pu les prendre en charge dans les CMI lors de leur suivi de grossesse. Nous avons créé des espaces séparés pour les recevoir. Puis nous avons sensibilisé et formé l'ensemble du personnel administratif et médical des CMI pour un meilleur accueil et une meilleure prise en charge de ces adolescentes enceintes. Nous avons complété et amélioré les modules de sensibilisation sur le suivi de grossesse et accompagné le personnel médical dans les différents ateliers de sensibilisation à la SSR proposés tout au long de la grossesse. »

Maryse Bosmaric,
responsable de mission

- les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins prénataux de qualité ;
- les services prénataux existants sont renforcés via la mise en place de certains programmes transversaux : prévention et prise en charge du paludisme, PTME, dépistage et prise en charge de la syphilis, dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des politiques nationales de santé ;

- la formation initiale et continue des acteurs de santé prénatale est renforcée ;
- le système national d'information sanitaire (Snis) est renforcé et les données sanitaires sont utilisées pour suivre et améliorer la couverture et la qualité des soins prénataux ;
- le système de référence entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- les capacités des équipes cadres sont renforcées pour la supervision des acteurs de santé ;

LAOS – Appuyer et renforcer les capacités des équipes cadres pour la supervision des acteurs de santé

« L'implication des équipes cadres du district et de la région dans la supervision des structures de santé est un élément qui nous paraissait indispensable pour la pérennité du projet. Les supervisions ont donc été encouragées par l'équipe de MdM via l'élaboration d'outils simples et la mise en place d'un planning mensuel de supervisions. L'utilisation d'un guide simple permet l'apprentissage de la supervision, le suivi de chaque acteur de santé et permet de mieux accompagner l'équipe cadre. L'élaboration et l'adaptation de protocoles permettant une prise en charge et un référencement plus efficaces sont faites en collaboration entre les cadres de santé et l'équipe de MdM. Cela renforce les cadres de santé dans leurs capacités à informer, former et superviser le personnel de santé. »

Aude Morille, sage-femme

- les femmes enceintes sont intégrées dans des réseaux de périnatalité s'appuyant sur des médiateurs-traducteurs (ex/ en France où nos structures accueillent de nombreuses femmes migrantes).

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

> axe acquisition des aptitudes individuelles
Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins prénataux et contribue à diminuer la mortalité maternelle et infantile. En effet, le renforcement des compétences des femmes leur permettra d'avoir plus d'autonomie et la capacité de changer leurs pratiques. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :
→ les femmes ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt des soins prénataux, les signes de complications de la grossesse ;

MAYOTTE, FRANCE – Ateliers communautaires collectifs d'éducation à la santé

« Se fondant sur l'importance du groupe dans l'organisation traditionnelle comorienne et profitant du rassemblement des accompagnants attendant une consultation médicale pour leur enfant, MdM a développé dans son programme un volet communautaire d'éducation pour la santé. »

Une animatrice de prévention maîtrisant la langue locale accompagnée d'une personne médicale propose des ateliers collectifs auprès de ces femmes migrantes. L'atelier de prévention aborde le diagnostic de grossesse, l'organisation du suivi de grossesse à Mayotte, l'intérêt des échographies, le dépistage, les signes nécessitant une consultation en urgence, l'accouchement, la contraception. Des panneaux illustrés permettent de fixer l'attention en récapitulant des messages clés. Les femmes participent activement et trouvent dans ces ateliers un espace pour formuler leurs questions. Pour les situations particulières, les femmes sont orientées vers le service de protection materno-infantile. »

Dr Nathanaëlle Caprace et Mariam Said, animatrices de prévention

- les femmes et leur famille préparent un plan d'accouchement et de réponse à l'urgence avec l'aide des personnels soignants.

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

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

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

→ les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseurs traditionnels...) appuient les messages d'éducation pour la santé sur l'importance des soins prénataux ;

- un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes enceintes présentant des complications ou sur le point d'accoucher ;
- le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés

NÉPAL – Participation des chefs de famille dans le développement des services prénataux

« Une étude CAP (connaissances, attitudes, pratiques) menée par Mdm dans la zone d'intervention a montré que les hommes sont les principaux décideurs dans le ménage, suivi par la belle-mère. Il est par conséquent essentiel de les inclure dans les activités de sensibilisation par une formation spécifique de pairs et en les invitant activement à participer chaque semestre à la réunion mensuelle des femmes membres de la coopérative. De plus, au cours des campagnes de santé, les hommes ont la possibilité de suivre une "expérience de grossesse" : ils sont invités à effectuer des tâches domestiques ou agricoles tout en portant un ventre de 10 kg fabriqué à partir d'un sac de riz. Hilarant, bien sûr, mais aussi efficace : l'expérience accroît instantanément l'empathie et l'attention pour les femmes ! »

Karen Van der Veken,
coordinatrice générale

→ des agents de santé communautaires sont formés et réalisent des séances d'éducation pour la santé au sein des communautés afin de favoriser les référencement des femmes enceintes vers les structures de santé ;

2 B

SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX IMMÉDIATS

1 / DÉFINITION

Les **soins obstétricaux et néonataux immédiats** sont des soins préventifs et curatifs fournis pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat (2 heures suivant l'accouchement). Ils ont pour but de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale par un dépistage précoce et une prise en charge à temps des complications obstétricales et néonatales.

TABLEAU 2 SOINS DISPONIBLES DANS LES SOUB ET LES SOUC⁵⁰

Soins obstétricaux d'urgence de base

1. Administration d'antibiotiques par voie parentérale
2. Administration d'utérotoniques (ex/ misoprostol, oxytocine par voie parentérale)

3. Administration d'anticonvulsivants par voie parentérale pour traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie (ex/ sulfate de magnésium)
4. Retrait manuel du placenta (délivrance artificielle)
5. Évacuation des produits résiduels de conception intra-utérins, notamment en cas d'avortement spontané ou provoqué (c'est-à-dire aspiration manuelle ou électrique intra-utérine (AMIU ou AEIU) ou dilatation et évacuation)
6. Réalisation de l'accouchement assisté par voie basse (utilisation d'une ventouse ou de forceps)
7. Réalisation d'une réanimation néonatale de base (incluant la ventilation manuelle à l'aide d'un masque et d'un ballon auto-remplissable type Ambu)

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



Soins obstétricaux d'urgence complets

Réalisation des actions vitales de 1 à 7, plus :

8. Réalisation d'acte chirurgical dont la césarienne

9. Réalisation d'une transfusion sanguine

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- accompagner et prévenir les pathologies secondaires à l'accouchement et au post-partum pour les femmes et les nouveau-nés à travers des soins essentiels pendant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat ;
- dépister précocement et traiter d'éventuelles complications ;
- promouvoir des pratiques favorables à la santé de la mère et de l'enfant.

Interventions clés

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

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

- diagnostic du travail ;

- autorisation/proposition de la présence d'un compagnon choisi par la patiente pour la soutenir et du choix de la position d'accouchement ;
- surveillance et suivi du travail et du bien-être maternel et fœtal avec le partogramme ;
- détection et traitement des complications (dont présentations dystociques, travail dystocique, troubles hypertensifs, saignement, infection) et référencement précoce vers un SOUC en cas de nécessité de césarienne ou de transfusion sanguine ;
- accouchement et prise en charge active de la 3^e phase du travail (délivrance) ;
- prise en charge des épisiotomies ou déchirures ;
- prise en charge des soins post-avortement avec l'AMIU ;
- respect des règles d'hygiène et précautions universelles afin de prévenir d'éventuelles complications infectieuses.

dans un SOUC :

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

3. Soins néonataux

- réanimation du nouveau-né ;
- surveillance continue du nouveau-né dans la première heure suivant la naissance, dépistage et traitement des complications (respiratoires, infectieuses, prématurité, faible poids), recherche d'une anomalie majeure (fente labiale, anomalie de la colonne vertébrale : spina bifida, atrésie de l'œsophage et imperforation anale), et transfert dans un centre hospitalier approprié si nécessaire ;
- soins à dispenser immédiatement au nouveau-né : soins oculaires, soins du cordon, lutte contre l'hypothermie

- par le contact « peau à peau » de la mère et du nouveau-né ;
- administration de la vitamine K1 au nouveau-né ;
- promotion de l'allaitement maternel exclusif et initiation de l'allaitement dans la première heure de vie ;
- traitement préventif de la syphilis en fonction de la sérologie maternelle ;
- vaccination conforme aux directives nationales (BCG, anti-hépatite B, poliomyélite) ;
- mise en place et suivi de la méthode « mère Kangourou » pour les enfants prématurés ou de moins de 2 500 g.

4. Post-partum immédiat

- (il est recommandé de garder la mère hospitalisée ou sous surveillance pendant au moins 24 heures après l'accouchement)
- surveillance de la mère et du nouveau-né : prévention, détection et prise en charge des complications ;
 - informations et conseils sur l'hygiène, sur les moyens de prendre soin de sa santé à domicile, la nutrition, l'allaitement maternel exclusif, la planification familiale, les soins du post-partum, les soins pour l'enfant ainsi que les signes de danger et la préparation à une urgence éventuelle.

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

- détection des mutilations génitales féminines (MGF), prise en compte des facteurs de risques de complication lors de l'accouchement et prise en charge des MGF. Il est recommandé de ne pas suturer les MGF de type III après l'accouchement ;
- > cf. 3A « Violences liées au genre ».
- détection, prise en charge et/ou référencement des violences liées au genre.

6. Prévention et détection précoce des fistules : La référence ou la prise

en charge se fera après l'accouchement et le post-partum. > cf. 3C « Fistules obstétricales ».

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

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

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

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES ENDÉMIQUES

9. Prévention du paludisme

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

10. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH > cf. 3B « Prévention de la transmission mère-enfant du VIH ».

- counseling et dépistage volontaire pendant le travail ou le post-partum s'ils n'ont pas été réalisés pendant la grossesse ;
- traitement antirétroviral (ARV) en fonction des protocoles nationaux ou internationaux pour la mère et l'enfant ;

- **précautions pour éviter la rupture artificielle des membranes et les manœuvres invasives pendant le travail et l'accouchement;**
- **respect des précautions universelles;**
- **conseil et soutien de la mère en fonction du choix d'alimentation du nouveau-né.**

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a/ Généralités

En 2010, même si le nombre de décès maternels a diminué de près de 50 % depuis 1990, notamment grâce aux interventions mises en place dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (incluant la diminution de 75 % de la mortalité maternelle d'ici à 2015), le nombre de décès maternel restait estimé à 287 000 par an⁵¹. Et 99 % d'entre eux se sont produits dans les pays en voie de développement. Si dans un pays à revenu élevé le risque de décès maternel au cours de la vie d'une femme est de 1 sur 3 800, il est de 1 sur 32 en Afghanistan et de 1 sur 15 au Tchad.

Pour chaque femme qui meurt, 30 autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités liées à leur grossesse ou leur accouchement – soit au moins 15 millions de femmes par an. Le nombre cumulé de femmes affectées a été estimé à 300 millions, c'est-à-dire plus d'un quart des femmes adultes dans le monde en développement.

51. Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival, Building a Future for Women and Children, The 2012 Report, WHO, Unicef, 2012.

Parmi les problèmes de santé liés à la grossesse et à l'accouchement se trouvent l'anémie grave, l'infertilité et les lésions de l'utérus et du canal reproducteur provoquées lors de l'accouchement, y compris les fistules obstétricales.

La mortalité et la morbidité maternelles ont un impact important sur la cellule familiale mais aussi sur la communauté. La santé de la mère a également un impact important sur la santé et la survie de l'enfant (notamment concernant la nutrition). Selon les études effectuées, les nouveau-nés dont la mère meurt ont moins de chances de survivre. L'insuffisance des soins maternels lors de la grossesse et de l'accouchement est en grande partie responsable de près de 8 millions de mort-nés et de décès de nouveau-nés qui se produisent chaque année à travers le monde.

b/ L'intérêt des SOUB et SOUC

La plupart des décès maternels ont lieu après l'accouchement, le plus souvent dans les 24 heures. Environ 25 % surviennent pendant la grossesse et 15 % lors de l'accouchement⁵².

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

Selon les estimations internationales, la proportion des grossesses nécessitant une intervention (SOU) est de 15 % et entre 5 % et 15 % des grossesses nécessitent une césarienne⁵³.

52. Ransom E. et al., Pour une maternité sans risque, comment éliminer les obstacles aux soins, Population Reference Bureau, 2002.

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

Le tableau suivant met en lumière l'intervalle de temps estimé entre l'apparition des symptômes d'une complication obstétricale majeure et le décès maternel en l'absence de prise en charge médicale⁵⁴.

Complication obstétricale	Heures	Jours
Hémorragie antepartum	12	
Hémorragie du post-partum	2	
Rupture utérine		1
Éclampsie		2
Dystocie du travail		3
Infection		6

Les éléments des SOUB permettent de prendre en charge les principales complications obstétricales : l'infection (antibiotique), l'hémorragie du post-partum (utéro-toniques et délivrance artificielle), la pré-éclampsie et l'éclampsie (anticonvulsivants), les avortements incomplets (aspiration) et la dystocie du travail (ventouse). Les éléments des SOUC permettent en plus aux femmes présentant des complications sévères ou une dystocie du travail d'avoir accès à la césarienne. De plus, en cas d'hémorragie massive ou d'anémie sévère, la transfusion y est disponible.

Pour cette raison, les projets ciblant une réduction de la mortalité maternelle doivent assurer que toute femme ait accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les délais appropriés en cas de complication potentielle ou avérée. Pour cela, il est essentiel que les femmes enceintes accouchent en présence d'un

54. WHO, UNFPA, Unicef, AMDD, Monitoring Emergency Obstetric Cares: A handbook, OMS, 2009.

professionnel de santé qualifié, idéalement au sein ou à proximité d'une structure qui fournit les soins obstétricaux d'urgence. Il doit également exister un système de référence pour assurer l'accès des femmes à de tels services dans des délais courts.

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

Il est préconisé au niveau international d'avoir au moins 4 structures SOUB et 1 structure SOUC pour 500 000 habitants. Cependant, il est important d'adapter ces chiffres en fonction du contexte d'intervention (densité de la population, des moyens de communication et de transport...).

c/ L'accoucheur qualifié

Un **accoucheur qualifié** est un professionnel de santé accrédité, c'est-à-dire une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier/ère qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications⁵⁵.

Le 5^e Objectif du millénaire pour le développement est d'améliorer la santé maternelle. Un des indicateurs de cet objectif est la couverture universelle des accouchements par un personnel qualifié. La mortalité maternelle peut être réduite par la présence d'accoucheurs qualifiés dans les structures sanitaires et dans les communautés puisqu'ils peuvent prendre en charge les complications qui sont en

55. Déclaration conjointe OMS, ICM, Figo, Pour une grossesse à moindre risque: le rôle capital de l'accoucheur qualifié, 2005; définition validée par l'OMS, le Fnuap et la Banque mondiale.

grande partie imprévisibles ou les détecter précocement pour référer les femmes vers une structure adaptée.

La proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est passée de 58 % en 1990 à 68 % en 2008, mais est demeurée faible en Afrique et en Asie du Sud-Est, où on estime à seulement 50 % les accouchements ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié⁵⁶.

d/L'accès aux soins

Le « modèle des trois retards⁵⁷ » indique les trois types de retard concourant à la mortalité et à la morbidité maternelles :

- retard à décider et à identifier le recours aux soins ;
- retard à se rendre dans une structure sanitaire (incapacité à trouver un moyen de transport, coût du transport, distance, état des routes, insécurité, postes de contrôle...);
- retard pour une prise en charge appropriée au niveau de la structure sanitaire (absence de personnel, absence de matériel ou de médicament, paiement avant traitement, référencement tardif ou difficile vers le niveau de soins supérieur...).

L'accès des femmes à des soins appropriés, dans une structure offrant les SOUB puis éventuellement les SOUC est essentiel. Il est donc nécessaire de travailler sur les trois retards : les femmes enceintes ainsi que leurs partenaires, familles et communautés devraient être en mesure de savoir quand aller chercher des soins et de pouvoir le faire. Il est important de faciliter le transport des femmes depuis les communautés vers les structures de santé, notamment

en préparant pendant la grossesse un plan d'accouchement et d'urgences.

> cf. 2A « Soins prénataux ».

De plus, les personnels de santé devraient être capables de dépister, de prendre en charge les complications puis de référer le plus tôt possible vers un niveau de soins supérieur si besoin (SOUC). Cela permettrait de réduire le troisième retard et l'accès des femmes à un traitement approprié dans des délais adéquats. Il est indispensable de réfléchir aux possibilités de mettre en place un service de référencement adapté entre les différents niveaux de prise en charge des femmes.

Par ailleurs, certains déterminants socio-culturels sont souvent un frein à l'accès aux soins, il est donc essentiel de les connaître pour chaque zone d'intervention des projets de MdM. Une enquête qualitative est un outil important pour mieux adapter l'offre de soins aux pratiques et aux itinéraires thérapeutiques des bénéficiaires⁵⁸. Par exemple, l'OMS recommande que la femme puisse choisir la personne qui l'accompagnera lors de l'accouchement, cela fera partie de son plan de préparation à l'accouchement et aux urgences. L'impossibilité de se déplacer, l'absence de choix pour la position d'accouchement et la non-acceptation de certaines pratiques traditionnelles autour de la naissance peuvent également constituer des freins à l'accouchement dans une structure sanitaire. Il faut veiller aux dimensions de la disponibilité, de l'accessibilité et également de l'acceptabilité de l'offre des soins.

e/Le partogramme

Le partogramme est destiné à surveiller non seulement la progression du travail, mais également l'état de santé de la mère et du fœtus pendant le travail. Le partogramme comporte différentes variables (le rythme cardiaque fœtal, la dilatation cervicale, les contractions et le pouls maternel) représentées sur un document pré-imprimé. Le tracé des données permet au professionnel de santé intervenant de dépister de façon précoce toute anomalie et aide à la prise de décision en matière d'intervention directe ou de transfert.

Le ralentissement et l'allongement du travail ainsi que le retard à la prise de décision sont les principales causes de mortalité chez les mères et les nouveau-nés dans les pays en développement. Si le travail ne progresse pas normalement, il peut y avoir de graves complications telles qu'une dystocie mécanique, une déshydratation, un épuisement, une infection chez la mère, une hémorragie ou encore une rupture de l'utérus. Le ralentissement du travail peut aussi favoriser les infections néonatales, l'asphyxie ou contribuer à la mort de l'enfant.

Dans les pays en voie de développement, le partogramme constitue un outil de surveillance du travail simple, peu onéreux et qui présente un bon rapport coût-efficacité. Une étude cas-témoin menée au Pakistan a mis en évidence que le partogramme permet de réduire la fréquence du travail prolongé, de l'accélération du travail, de l'hémorragie du post-partum, de la rupture utérine, de l'infection puerpérale, ainsi que de la morbidité et de la mortalité maternelle et périnatale⁵⁹.

Le partogramme est considéré comme l'une des plus grandes avancées en obstétrique moderne. L'OMS le considère comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le travail. Il est important d'utiliser le partogramme du pays et quand celui-ci n'existe pas d'utiliser le partogramme de l'OMS.

f/Soins immédiats aux nouveau-nés

Les décès néonataux (soit dans les 28 premiers jours de vie) représentent 40 % des décès des enfants de moins de 5 ans⁶⁰. Ils sont, dans près de 80 % des cas, attribués à trois causes majeures : les infections, l'asphyxie et la prématurité. Les trois quarts des décès néonataux surviennent au cours de la première semaine de la vie et 25 % à 45 % dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

De plus, 72 % des enfants nés en dehors du milieu hospitalier ne reçoivent aucun soin postnatal et même dans le cas d'un accouchement dans les structures de santé, les mères et les nouveau-nés sont souvent obligés de quitter l'établissement dans les heures qui suivent la naissance.

Enfin, 99 % des décès néonataux se produisent dans les pays en développement.

La synergie entre les soins maternels et néonataux est de plus en plus reconnue comme nécessaire et logique. Puisqu'en grande partie les morts néonatales ont lieu dans la période suivant immédiatement l'accouchement, améliorer la disponibilité et la qualité des soins obstétricaux constitue un moyen efficace de réduire la mortalité néonatale. Cependant, il est aussi nécessaire de mettre en place des services de soins néonataux et d'avoir du personnel qualifié pour ces soins spécifiques.

56. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2011.

57. Thaddeus S., Maine D., « Too far to walk: maternal mortality in context », *Social Science Medicine*, 1994; 38: 1091-1110.

58. MdM, « Négociations socio-culturelles des pratiques professionnelles », note de synthèse, atelier de Naivaisha, 2011.

59. Javed I. et al., « Role of partogram in preventing prolonged labour », *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2007;57(8): 408-411.

60. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2011.

Parmi les soins néonataux essentiels on citera :

- **les soins du cordon** : ils doivent être réalisés avec un antiseptique pour diminuer les risques d'infections ;
- **les soins oculaires** : il est recommandé de réaliser une prophylaxie oculaire⁶¹ (nitrate d'argent à 1 %, solution de polyvidone iodée à 2,5 %, ou pommade à la tétracycline à 1 %), selon les protocoles nationaux. Cependant, si les IST responsables des conjonctivites (gonococcie et infection à chlamydia) sont dépistées systématiquement et traitées chez la mère et son partenaire pendant la grossesse, il n'est pas forcément nécessaire de donner une prophylaxie au nouveau-né ;
- **le « peau à peau »** : selon les preuves disponibles à l'heure actuelle⁶², il semble que le contact peau à peau précoce ait des effets cliniques bénéfiques, particulièrement pour lutter contre l'hypothermie et améliorer l'allaitement maternel et le lien mère-enfant. Afin de faciliter la mise en œuvre de cette intervention, qui pourrait être considérée comme « naturelle », il est donc recommandé de mettre en place des politiques favorables au « peau à peau » dans les hôpitaux et les maternités ;
- **la supplémentation en vitamine K1** : les avis sont partagés sur la nécessité ou pas de donner à chaque nouveau-né une dose de vitamine K1 à la naissance en prophylaxie de la maladie hémorragique du nouveau-né dans les 7 premiers jours de vie. Il faut donc suivre les protocoles nationaux existants.

61. OMS, Fnuap, Unicef, Banque mondiale, *Prise en charge des problèmes du nouveau-né, Manuel de la sage-femme, de l'infirmier et du médecin*, OMS, 2007

62. Saloojee H., *Contact peau à peau précoce des mères et de leurs nouveau-nés en bonne santé*, Commentaire de la BSG (dernière révision : 4 janvier 2008), Bibliothèque de Santé Génésiqque de l'OMS, Genève.

g/L'allaitement maternel exclusif⁶³

L'allaitement maternel exclusif est un allaitement initié précocement à la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant sans introduction d'autres aliments ou liquides.

En 2008, seulement un tiers environ (36 %) des nouveau-nés dans le monde étaient allaités exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois suivant leur naissance.

L'initiation dite précoce de l'allaitement maternel doit être réalisée dans la première heure suivant la naissance, cela permet une meilleure mise en route de l'allaitement et permet de stimuler l'utérus de la mère, ce qui diminue le risque d'hémorragie du post-partum. Il est particulièrement adapté aux besoins du nouveau-né.

La sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif durant la période prénatale, ainsi que le « peau à peau » et le soutien à la mère ont un impact important sur cette pratique. Cela permet de renforcer le lien mère-enfant.

Dans les milieux défavorisés, marqués par de mauvaises conditions d'hygiène et le manque d'eau potable, l'allaitement maternel permet de diminuer la mortalité infantile. Il protège en effet le nouveau-né contre les pathologies infectieuses, spécialement les infections gastro-intestinales, qui contribuent grandement à la morbidité et à la mortalité infantiles dans les pays en développement. L'allaitement maternel renforce les défenses immunitaires et permet de réduire les risques d'allergie. Il convient également de souligner que, chaque année, la malnutrition est impliquée dans près de 40 % des 11 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement, et que

63. Sguassero Y., *Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif*, Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008), Bibliothèque de Santé Génésiqque de l'OMS, Genève.

1,5 million de ces décès sont imputables à l'absence d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale. C'est aussi un mode d'allaitement économique qui évite l'achat de lait et du matériel nécessaire pour un allaitement artificiel. L'allaitement maternel contribue également à la santé maternelle au cours de la période immédiate après l'accouchement, car il permet à l'utérus de se contracter rapidement et de réduire ainsi la perte sanguine.

h/Post-partum immédiat

Le post-partum immédiat est une période à risque pour la mère. Les personnels soignants devraient être particulièrement attentifs à la surveillance et à la prise en charge des femmes pendant cette période. En effet, 50 % des décès maternels et 40 % des décès néonataux⁶⁴ se produisent dans les 24 heures suivant l'accouchement.

La cause la plus importante de mortalité maternelle reste l'hémorragie du post-partum et se produit majoritairement dans les premières 24 heures. La proportion d'accouchements donnant lieu à une hémorragie primaire du post-partum (<24 heures après l'accouchement) est de 10 %, selon les données internationales. Une hémorragie du post-partum peut conduire à un décès maternel rapide (dans les 2 heures). Ces décès maternels sont pourtant évitables lorsque la présence de personnel qualifié à l'accouchement est assurée, et que des mesures de prévention ainsi qu'une surveillance accrue dans les heures qui suivent l'accouchement et un traitement adapté en cas d'hémorragie sont mis en place.

Pourtant, dans bon nombre de pays, les femmes quittent très rapidement la structure

64. WHO, *Technical consultation on postpartum and postnatal care*, 2010.

sanitaire dans laquelle elles ont accouché. Quant à celles qui ont accouché à domicile, elles accèdent très peu à un suivi du post-partum dans les toutes premières heures. Malgré l'importance de la morbidité pendant le post-partum, l'utilisation des soins au cours de cette période est extrêmement faible dans les pays en développement et représente généralement moins de la moitié de la couverture des soins prénataux ou obstétricaux.

Il est essentiel que les femmes puissent avoir accès à du personnel qualifié capable de prendre en charge les complications obstétricales et du post-partum immédiat. Il faut également encourager les femmes à rester sous surveillance médicale pendant les 24 premières heures après l'accouchement lorsque celles-ci ont accouché dans une structure de soins. En cas d'accouchement à domicile, elles doivent solliciter rapidement un personnel médical qualifié. En cas de complication, un transfert vers un SOUB ou SOUC peut s'avérer nécessaire.

i/Surveillance des décès maternels et réponses

Le taux et le ratio de mortalité maternelle sont difficiles à obtenir et souvent inexacts. Ils sont souvent sous-évalués, notamment parce que les décès dans les communautés ne sont pas rapportés.

La surveillance des décès maternels et la mise en place de réponses adaptées comportent plusieurs étapes : l'identification des décès maternels, puis le rapport et l'examen des cas, enfin, une réponse incluant des actions pour prévenir de futurs décès maternels.

Les méthodes d'analyse des décès maternels présentent différents intérêts comme l'amélioration du système

d'information de santé en prenant en compte tous les décès maternels (développement des registres d'état civil), la prise en compte des leçons à tirer d'un décès maternel par les professionnels ainsi que par la communauté.

L'examen et l'audit des décès maternels⁶⁵ devraient être considérés comme un processus dynamique, menant à une amélioration constante de la qualité.

Mais ce type de démarche nécessite absolument de dégager des recommandations et donc des changements tant au niveau des services de santé qu'au niveau de la communauté.

Ils doivent donc être réalisés avec la participation des personnels des structures sanitaires, des équipes cadres et des membres de la communauté de façon à responsabiliser chacun d'eux dans les recommandations qui découleront de ces audits.

Les différentes méthodes existantes sont :

→ **l'autopsie verbale ou les études sur les décès maternels dans la communauté** : elles permettent de mettre à jour les facteurs personnels, familiaux et communautaires susceptibles d'avoir contribué à un décès maternel hors d'un établissement médical ;

→ **l'étude des décès maternels dans les établissements de soins** : méthode de recherche qualitative des causes et circonstances entourant les décès maternels survenus dans un établissement de soins. On essaiera dans la mesure du possible d'identifier les facteurs dans la communauté et lors de la référence vers la structure de santé ayant aussi contribué au décès ;

65. OMS, *Au-delà des nombres : examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*, 2004.

→ **l'enquête confidentielle sur les décès maternels** : méthode de recherche systématique, pluridisciplinaire et anonyme portant sur la totalité ou sur un échantillon représentatif des décès maternels survenus au niveau local, régional ou national afin de recenser le nombre, les causes et les facteurs évitables pour y remédier. Il est important de favoriser la participation à l'enquête des acteurs pouvant influencer sur les changements du système de soins de santé, car cela facilitera par la suite l'utilisation des conclusions dans l'élaboration de programmes de santé maternelle nationaux ou régionaux ;

→ **l'enquête sur la morbidité grave ou les «échappées belles»** : identification et investigation des cas de femmes enceintes ayant survécu à des complications obstétricales engageant le pronostic vital. Les cas de morbidité maternelle grave ou «échappées belles» sont plus nombreux que les décès maternels et leur étude devrait permettre de tirer des conclusions plus fiables concernant les facteurs de risque et les facteurs remédiables ou évitables, notamment parce que la femme peut raconter son histoire et décrire les soins qu'elle a reçus. De plus, l'étude des femmes ayant eu des complications engageant le pronostic vital mais qui ont eu la vie sauve peut être moins compromettante pour les prestataires de soins de santé que l'étude des décès ;

→ **l'audit clinique** : processus qui vise à améliorer la qualité des soins et leurs résultats par une revue systématique des soins prodigués par rapport à des critères précis et en procédant à des changements.

4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de soins obstétricaux et néonataux immédiats de qualité dans les structures de santé⁶⁶.

POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE DE BASE

Médicaments

- **antipyrétique** : paracétamol (per os) ;
- **anémie** : fer + acide folique (per os) ;
- **solutés** : ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml ;
- **antibiotiques** : amoxicilline (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM) ;
- **traitement de la pré-éclampsie et éclampsie** : sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV) ;

66. La liste des médicaments, consommables et matériels médicaux nécessaires a été établie à partir des publications suivantes :

- OMS, Fnuap, Unicef et Banque Mondiale, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*, OMS, 2004 ;
- MSF, *Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes*, 3^e édition, 2007 ;
- OMS, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale. Guide de pratiques essentielles*, Genève, 2003 ;
- **Reproductive Health Response in Conflict Consortium**, *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire*, 2005.
- OMS, *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*, 2005.

- **anticonvulsivants** : diazépam (IV, IM, intrarectal) ;
- **anesthésiant local** : lidocaïne (injectable et/ou spray dermique) ;
- **vermifuge** : albendazole ou mebendazole (per os) ;
- **antipaludéen** : > cf. **cadre d'intervention paludisme⁶⁷ et en fonction des contextes épidémiologique**. artémether/luméfanantrine (per os) ;
- **anti-hypertenseur** : hydralazine (IV) et méthildopa (selon MSF) ou néfédipine (selon l'OMS) (per os) ;
- **traitement VIH** : selon protocoles nationaux et en fonction des contextes épidémiologiques ;
- **utéro-toniques** : ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal)⁶⁸ ;
- **solutions antiseptiques** : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique) ;
- **vitamines** : vitamine K1 pour le nouveau-né (per os ou IM), vitamine A pour la femme allaitante (per os) ;
- **contraceptifs** ;
- **traitement des IST** : benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromycine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os) clotrimazole (comprimé ou crème vaginale) ;

67. Cadre d'intervention pour la lutte contre le paludisme dans les programmes de soins de santé primaires (SSP), de soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de VIH/sida, MdM S2AP, 2010 ; disponible sur demande au S2AP : S2AP@medecinsdumonde.net.

68. Dans la mesure du possible les deux molécules doivent être présentes étant donné que leurs indications diffèrent mais cela n'étant pas toujours envisageable (ex/ absence de chaîne de froid ou d'enregistrement du Misoprostol), la disponibilité d'au moins une des deux molécules doit être assurée.

Matériels médicaux

- **les essentiels:** matériel IEC, stéthoscope, sphymomanomètre, thermomètre, stéthoscope de Pinard, garrot, mètre mesureur, balance adulte et nouveau-né, toise adulte et nourrisson, table d'examen, speculums, disque/roulette de suivi de grossesse;
- **fournitures:** brancard, lits d'hospitalisation, plan de travail pour la réanimation du nouveau-né, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **table d'examen gynécologique et table d'accouchement;**
- **boîtes d'instruments:** boîte de désinfection, perce-membrane, boîte d'accouchement, boîte de sutures;
- **matériel d'aspiration manuelle intra-utérine;**
- **ventouse obstétricale;**
- **matériel de réanimation néonatale:** masque facial et ballon autogonflant (ambu) nouveau-né, aspirateur de mucosité;
- **protection du personnel soignant:** tablier de protection et lunettes de protection;
- **réfrigérateur;**
- **stérilisateur.**

Tests médicaux

- **test rapide VIH** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **test rapide syphilis;**
- **test rapide paludisme ou microscope et lame pour goutte épaisse** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **bandelette urinaire avec détection de la protéinurie.**

Vaccins

- BCG;
- vaccin anti-hépatite B;
- poliomyélite.

POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE COMPLETS

Pour la césarienne

- table de bloc opératoire;
- scialytique;
- blouses, bonnets, masques et sabots de bloc opératoire;
- draps et linge stérilisables;
- brosses et savon antiseptiques;
- compresses stériles ou compresses stériles abdominales;
- champs opératoires stériles ou stérilisables;
- pansements adhésifs rouleaux;
- boîte d'instruments chirurgicaux pour césarienne, lames de bistouri;
- rampe chauffante pour les nouveau-nés;
- appareil à succion.

Pour l'anesthésie

- **matériel médical:** extracteur d'oxygène, laryngoscope, pince de Magill, insufflateur manuel avec valve, stéthoscope et sphymomanomètre, monitoring maternel (pouls, tension artérielle, saturation);
- **consommables:** lunette ou masque à oxygène, tuyau en silicone, sonde endotrachéale, sonde gastrique, aiguille spinale;
- **médicaments:** substitut de plasma, atropine, bupivacaïne, éphédrine, adrénaline, naloxone, furosémide;
- **médicaments réglementés:** diazépam, kétamine, fentanyl, morphine, thiopental.

Pour la transfusion

- **consommables:** carte de contrôle au lit du patient, aiguilles 21G, tubes sous vide EDTA, poche à sang de 150, 250 et 450 ml;
- **tests nécessaires:** photomètre hémoglobine (Hémocue) avec lancettes et microcuvettes, tests VIH (2 tests), test hépatite B, test hépatite C, test paludisme, test syphilis, tests groupe sanguin (anti A, anti B anti AB, anti D (rhésus));
- **matériel:** réfrigérateur, balance électronique, minuteur.

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets doivent être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels doivent être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées.

> cf. documents internes «Politique du médicament» et «Cycle de gestion du produit pharmaceutique»⁶⁹.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est recommandé de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents.

Pourcentage de structures de santé soutenues par MdM disposant de SOUB/SOUC

Cet indicateur permet de s'assurer de la disponibilité des services et de la possibilité de prendre en charge des complications obstétricales.

Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié

Cet indicateur mesure la capacité du système de santé à fournir des soins adéquats au moment de la naissance. De plus, la présence de l'accoucheur qualifié lors de l'accouchement a un impact sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Il peut comprendre les accouchements institutionnels ou des accouchements à domicile avec du personnel médical qualifié. Il est important de s'appuyer sur la définition du personnel qualifié selon l'OMS.

Proportion d'accouchements par césarienne

Cet indicateur permet de montrer l'accessibilité des femmes à des services

⁶⁹. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

de soins obstétricaux d'urgence complets. Utilisée à bon escient, la césarienne permet de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale. Les normes internationales situent le taux de césarienne entre 5 % et 15 %. Au-dessous de cette norme, cela signifie que les femmes ayant eu besoin de ce service n'ont pas pu y recourir. Au-delà de 15 %, cela indique une surutilisation du service pour des raisons qui ne relèvent pas de l'urgence.

Besoins satisfaits en matière de soins obstétricaux d'urgence

Cet indicateur permet de voir s'il y a une adéquation de l'utilisation des services de soins obstétricaux d'urgence. L'objectif étant que 100 % des femmes souffrant de complications reçoivent les soins dont elles ont besoin. Cela permet aussi d'évaluer la qualité du dépistage des complications et le référencement adaptés de ces complications.

Taux de décès intrapartum et néonataux très précoces (dans les 24 heures de vie) dans les établissements de santé

Cet indicateur vise à mesurer la qualité de la prise en charge de l'accouchement et des soins donnés aux nouveau-nés dans les services de santé.

Proportion du personnel médical ayant des connaissances de base en soins immédiats aux nouveau-nés

Cet indicateur permet d'obtenir le niveau de connaissances des personnels de santé soutenus et de connaître l'impact des formations réalisées.

Nombre d'acteurs communautaires sensibilisés au référencement des femmes pour un accouchement avec un personnel qualifié

Cet indicateur permet d'évaluer si la communauté est impliquée d'une manière ou d'une autre dans les projets et si elle participe à favoriser l'accès aux soins des femmes aux services de santé.

> Pour davantage d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de MdM⁷⁰.

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins obstétricaux soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. > Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁷¹ » de MdM.

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins obstétricaux et néonataux immédiats

> axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa
Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations internationales sont nécessaires et devraient détailler les

70.  Inclus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

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

composantes essentielles minimales des soins obstétricaux. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes ont accès à des soins obstétricaux d'urgence SOUB/SOUC adaptés aux normes internationales de manière continue (24 heures/24, 7j/7) ;
- des protocoles nationaux de services et de soins obstétricaux d'urgence sont harmonisés, mis en place et diffusés ;
- les curriculum des sages-femmes et médecins sont renforcés concernant la prise en charge des urgences obstétricales.

Réduire les barrières à l'accès aux soins

> axe création de milieux favorables

Les soins obstétricaux devraient être accessibles à toutes les femmes quels que soient leurs situations socio-économiques ou leur lieu d'habitation. La politique nationale ainsi que des directives adaptées localement devraient permettre l'accès à des soins de qualité pour toutes. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins ;
- le statut de la femme au sein de la communauté est amélioré afin qu'elle ait le pouvoir de prendre des décisions cruciales pour sa propre santé, de préparer et de mettre en œuvre un plan d'accouchement et de préparation à l'urgence ;
- les barrières financières à l'accès aux services obstétricaux sont levées ;
- les barrières géographiques à l'accès aux soins sont réduites via la mise en place d'un service de référencement efficace ;
- le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein

des communautés et une offre de soins en stratégie avancée.

Renforcer la qualité des soins obstétricaux

> axe réorientation des services de santé

Des critères sont clairement définis pour des soins obstétricaux de qualité. Il convient de s'enquérir du niveau de qualité des services et d'appuyer les composantes nécessitant une amélioration. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins obstétricaux d'urgence ;

MALI – Mise en place de SOUB

« Avant, le cercle de Koro ne comptait aucune structure SOUB, et qu'une seule structure SOUC. La transformation de 10 centres de santé communautaires en SOUB a été réalisée par MdM, cela pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ces structures bénéficient d'un complément en équipement, de formations et d'un accompagnement lors de supervisions. MdM appuie en même temps le système de référence et d'évacuation à travers une caisse de solidarité en vue d'assurer la gratuité des références et l'évacuation sanitaire des urgences obstétricales. Cette caisse a permis d'assurer 322 références et évacuation en 2011. »

M^{me} Samaké Awa Traoré, sage-femme

- les structures de santé offrent des soins obstétricaux d'urgence culturellement adaptés aux femmes, à leurs familles et à leur communauté ;

- des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales, reprenant les standards internationaux (y compris le partogramme) sont mis en place et diffusés dans les structures de santé;
- le système de référence entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace;
- les personnels de santé sont formés aux soins obstétricaux d'urgence à travers une formation initiale adaptée et une formation continue;

NÉPAL – Suivi personnel et technique du personnel de santé

« Les infirmières en chef qui travaillent pour MdM au Népal sont disponibles 24 heures sur 24 pour fournir un appui technique et des conseils au personnel de l'établissement de santé. MdM assure la formation du personnel de santé, en étroite collaboration avec le bureau de santé de district. Il s'agit plus particulièrement de la formation et de la supervision (conforme aux protocoles de santé nationaux) des sages-femmes. Bien que cela soit prévu par le personnel gouvernemental, MdM ne rémunère pas les participants au cours de la formation mais propose un soutien technique solide, de manière formelle mais aussi informelle. MdM essaie de motiver le personnel en réduisant sa charge de travail par l'ajout de personnel qualifié (1 sage-femme assistante par établissement de santé), en respectant les protocoles standards et en fournissant un retour constructif afin qu'ils améliorent leurs compétences et qu'ils gagnent en confiance. »

Kamala Adhikari,
responsable santé reproductive

ZIMBABWE – Stage à l'hôpital pour le personnel des centres de santé afin de renforcer les connaissances en soins obstétricaux d'urgence

« MdM visait à réduire le nombre d'accouchements à domicile et à favoriser les accouchements institutionnels. Pour cela, il fallait augmenter la confiance des sages-femmes et celle des femmes quant à l'accès à des services de maternité de qualité dans les établissements de santé. MdM a financé des stages pratiques dans les hôpitaux de référence; et 48 infirmières ont suivi la formation via un détachement de quatre semaines dans deux hôpitaux où elles ont pu se former à la gestion des accouchements et des complications obstétricales. Cela a permis d'éviter les transferts non nécessaires, d'augmenter les accouchements institutionnels, la détection précoce des complications et les référencement rapides. Le ministère de la Santé a intégré cette formation pratique à la formation en soins primaires des infirmières. »

Maurice A. Opiyo,
coordinateur médical

- les capacités des équipes cadres sont renforcées pour la supervision des acteurs de santé;
- la surveillance des décès maternels et « échappées belles » est mise en place via des audits et enquêtes accompagnées de réponses adaptées;

**CÔTE D'IVOIRE
Audit de décès maternel :**

« À la suite du constat d'un important taux de mortalité maternelle, MdM a souhaité travailler avec les autorités sanitaires pour la mise en place d'un audit de décès maternels au niveau des deux hôpitaux soutenus. L'objectif de MdM en collaboration avec les autorités sanitaires et un consultant gynécologue ivoirien est de créer un comité de suivi et d'analyse des décès et des références en cas de complications d'accouchements, qui se réunit mensuellement pour analyser les cas de décès maternels et de complications graves, afin de mieux comprendre les problématiques et défaillances dans la qualité de la prise en charge et dans la mesure du possible d'y remédier. »

Pascale Blanchetière,
coordinatrice générale

- la prise en charge des soins essentiels pour le nouveau-né et des complications néonatales est intégrée dans tous les services offrant des soins obstétricaux d'urgence.

Renforcer ou mettre en place l'éducation pour la santé pour les femmes enceintes, leurs partenaires, familles et communautés
> axe acquisition des aptitudes individuelles

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

que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes à des soins obstétricaux. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt d'un accouchement avec du personnel qualifié, les signes d'alerte pendant la grossesse ou l'accouchement et les lieux-ressources;
- un plan d'accouchement et d'urgence est réalisé par chaque femme enceinte avec l'appui des personnels de santé et des agents de santé communautaire;
- l'allaitement maternel exclusif est promu au sein de la communauté.

Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge des femmes enceintes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales > axe renforcement de l'action communautaire

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

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseurs traditionnels...) appuient les messages d'éducation pour la santé concernant l'importance des soins obstétricaux et de l'accouchement avec du personnel qualifié;

- des agents de santé communautaire (ou éducateurs pairs) sont formés et réalisent des séances d'éducation pour la santé au sein des communautés afin de favoriser les référencement des femmes sur le point ou ayant accouché vers les structures de santé;
- un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales;
- les associations de femmes sont soutenues dans leurs actions communautaires de promotion de l'allaitement maternel exclusif.



SOINS DU POST-PARTUM

1 / DÉFINITION

Les soins du post-partum sont les soins donnés à la mère à l'issue de la délivrance et jusqu'à 42 jours après l'accouchement (6 semaines). Même si le retour à l'état physiologique en dehors de la grossesse (y compris le retour de couche) peut prendre plus de temps, un consensus termine cette période à 42 jours.

La période du post-partum est divisée en trois parties :

- le post-partum immédiat pendant les 24 premières heures de vie du nouveau-né;
- le post-partum précoce allant du 2^e au 7^e jour après la naissance;
- le post-partum tardif couvrant une période du 8^e au 42^e jour après la naissance.

Les soins du post-partum font référence aux soins dispensés à la mère alors que les soins postnataux font référence aux soins donnés à la mère et au nouveau-né. > **Les soins à donner aux nouveau-nés seront traités dans la partie suivante :**

«soins du nouveau-né», mais il est essentiel que la prise en charge de l'enfant et celle de la mère soient faites de façon concomitante. Les soins postnataux dispensés à la mère et à l'enfant réduisent

le risque de complications et aident les mères et les pères à donner à l'enfant un bon départ dans la vie.

L'état de santé de la mère devrait être vérifié régulièrement dans les 24 heures suivant la naissance ainsi que pendant la première semaine, période présentant le plus de risques pour la mère puis de nouveau six semaines après l'accouchement pour permettre notamment l'accès à la planification familiale.

Le nombre et le moment optimal des consultations de suivi du post-partum sont sujets à débat, surtout dans les contextes à ressources limitées. L'OMS est actuellement en train de préparer un nouveau guide sur les soins postnataux avec des recommandations sur le nombre et le moment des consultations. On suggère néanmoins trois ou quatre visites postnatales qui, en fonction du contexte local et des ressources humaines et financières disponibles, pourraient être⁷² :

- premier contact (post-partum immédiat) ;
- si la mère se trouve dans un établissement de santé, elle et son bébé devront être évalués dans l'heure qui suit l'accouchement et avant sa sortie. Il est recommandé

⁷². Lawn J., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The Partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

de surveiller les patientes au moins pendant 24 heures ;

- si la naissance a lieu à domicile, la première visite devrait cibler les 24 premières heures après l'accouchement, puisqu'elles correspondent au risque le plus important de mortalité maternelle ;
- des contacts de suivi sont recommandés au moins à 6-7 jours (post-partum précoce) puis à 6 semaines (post-partum tardif). En cas de complications, les examens médicaux doivent être plus fréquents⁷³.

> La prise en charge pendant le post-partum immédiat est majoritairement traitée dans le chapitre 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- prévenir d'éventuelles complications maternelles ;
- détecter et prendre en charge des complications du post-partum ;
- donner accès à la planification familiale à travers une information adaptée et une mise à disposition des méthodes de contraception ;
- promouvoir des pratiques favorables à la santé de la mère et de l'enfant.

Interventions clés

1. Surveillance de l'état de santé et du bien-être de la mère

2. Dépistage et prise en charge des complications du post-partum

(anémie, infections, éclampsie, hémorragies,

troubles thromboemboliques, dépression du post-partum...) et référence précoce vers une structure de santé adaptée quand des soins additionnels sont nécessaires.

3. Informations et conseils relatifs à l'intérêt des soins postnataux, à la nutrition, à l'alimentation du nouveau-né, à l'hygiène, au repos pendant la période postnatale, aux signes de danger pour la mère et le nouveau-né pendant la période postnatale, à la planification familiale, à la prévention des IST et du VIH, aux addictions (tabac, alcool, drogues) et à la promotion d'un mode de vie sain. Ces informations seront destinées aux mères mais aussi dans la mesure du possible à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés.

4. Promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel exclusif

5. Prévention et prise en charge de l'anémie par administration de fer et d'acide folique.

6. Vaccination antitétanique (suivi pour assurer un schéma complet de vaccination).

7. Dépistage et traitement des IST pour les mères et leurs partenaires.

8. Attention aux victimes de violences liées au genre

> cf. 3A « Violences liées au genre ».

- prévention et détection des violences liées au genre ;
- prise en charge (médicale, psychologique, juridique) ou orientation des victimes de violences liées au genre ;
- prévention et prise en charge des mutilations génitales féminines.

9. Conseil sur la planification familiale et mise à disposition de méthodes contraceptives adaptées

10. Détection précoce des fistules

pour référence ou prise en charge

> cf. 3C « Fistules obstétricales ».

11. Enregistrement des naissances, des décès et des informations médicales dans les registres et carnets de santé

12. Surveillance et réponse aux décès maternels et « échappées belles »

> cf. fiche 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

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

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES ENDÉMIQUES

13. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

> cf. 3B « Prévention de la transmission mère enfant du VIH ».

- **counseling et dépistage de l'infection à VIH sur une base volontaire des femmes de sérologie inconnue et de leurs partenaires ;**
- **référence ou prise en charge pour prophylaxie ou traitement antirétroviral de la mère et du nouveau-né (initiation ou suivi) adapté pendant la période postnatale ;**
- **référence ou soins pour les mères infectées par le VIH (ce qui inclut les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant).**

14. Supplémentation en vitamine A des femmes allaitantes

15. Prévention et prise en charge des cas de paludisme

- **encouragement à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la mère et l'enfant ;**
- **diagnostic et traitement précoce des cas de paludisme.**

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités

La sous-utilisation des services

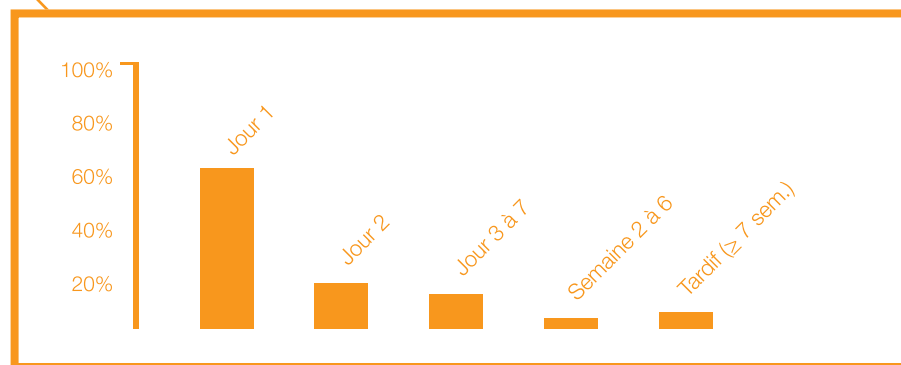
Lorsque l'accouchement a lieu en présence d'un soignant professionnel, que ce soit au domicile ou dans un établissement de soins, les femmes sont généralement supposées avoir un suivi dans les 24 heures puis au 7^e jour et enfin se rendre dans un centre de soins en vue d'un contrôle 6 semaines après l'accouchement. Ce suivi n'est pas systématiquement réalisé.

Là où la majorité des accouchements ont lieu à domicile, il est possible qu'il n'y ait pas d'offre de soins pendant les suites de couches ou encore que les femmes ignorent l'existence de tels services. Pauvreté et contraintes culturelles concourent parfois à établir autour d'elles une « barrière sociale » à l'accès aux soins du post-partum.

73. OMS, Fnuap, PAM, Unicef, Unesco, Pnud, Onusida et Banque mondiale, *Savoir pour sauver*, 2010.

FIGURE 3
PROPORTION DE DÉCÈS MATERNELS
PAR PÉRIODE DU POST-PARTUM

(source : OMS⁷⁴)



Si la nécessité des soins immédiatement après l'accouchement est largement admise, les soins ultérieurs sont souvent complètement oubliés ou négligés au cours de cette période.

Au niveau international, il existe peu de données sur les consultations postnatales. Par exemple, pour le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement, seulement 22 des 75 pays où plus de 95 % des décès maternels et infantiles surviennent ont des données sur les consultations postnatales. Dans ces pays, seulement 40 % des femmes ont eu une visite postnatale alors que plus de 57 % des femmes ont accouché avec du personnel qualifié⁷⁵.

Selon les observations, les femmes sont plus susceptibles de revenir pour une consultation postnatale si elles accouchent assistées d'un personnel qualifié, l'augmentation des accouchements avec du personnel qualifié devrait donc avoir un impact sur les soins du post-partum. Par ailleurs, ces données ne sont pas

révélatrices de la qualité des soins du post-partum.

L'intérêt des soins du post-partum

La période du post-partum est responsable d'environ deux tiers de la mortalité maternelle qui a lieu essentiellement au cours du post-partum immédiat (premières 24 heures suivant l'accouchement).

L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle (24 % des complications), elle survient principalement durant le post-partum immédiat mais peut aussi survenir dans les jours suivants (hémorragie secondaire). L'infection et la septicémie (15 % des complications) sont la deuxième cause de décès maternel durant le post-partum, elles sont des causes de mortalité évitables si prévenues pendant l'accouchement et/ou prises en charge à temps et de façon appropriée dans la période postnatale.

b/ Complications médicales et référence

Les complications majeures de la période du post-partum (hémorragies du post-partum, infection, septicémie, éclampsie) doivent être prévenues et/ou prises en charge par du personnel qualifié. Un transfert peut être nécessaire vers un SOUB ou un SOUC dans un délai bref. Il est donc essentiel que les femmes aient un accouchement assisté et un bon suivi postnatal de façon à détecter précocement les éventuelles complications.

Les trois délais / retards de prise en charge des femmes existent également dans la période postnatale :

- **retard dans la prise de décision du recours aux soins et à l'identification du recours possible :** les représentations et les croyances parfois en opposition avec les impératifs médico-sanitaires, ainsi que l'absence de notion de risque et le fait que les parcours de soins passent prioritairement par les guérisseurs traditionnels peuvent conduire à un délai au niveau de la prise de décision de recourir aux soins ;
- **retard d'accès à une structure sanitaire :** les barrières géographiques, le coût et la difficulté de trouver un moyen de transport peuvent entraîner un délai dans le transport pour parvenir à une structure de santé ;
- **retard pour une prise en charge adaptée au niveau de la structure de santé :** le manque de personnel qualifié, la méconnaissance des risques liés au post-partum, l'absence de matériel ou de médicaments essentiels dans les structures peuvent induire un délai dans le traitement des femmes.

Il est donc essentiel que les femmes, leurs familles, la communauté et les personnels de santé aient conscience des risques courus pendant cette période afin qu'une

réponse adaptée puisse être apportée en cas d'urgence tant au niveau communautaire que dans les structures sanitaires. Un travail doit être réalisé autour des déterminants socioculturels de façon à réduire les barrières à l'accès aux soins. Un système de référence de la communauté vers les structures de santé et entre les différents niveaux de structures de santé doit prendre en charge les urgences obstétricales dans leur globalité, incluant les complications du post-partum. Une attention particulière doit être également portée aux barrières financières et géographiques de l'accès aux soins.

c/ Éducation pour la santé

Les soins postnataux assurent la continuité entre les services de santé maternelle et infantile et soutiennent des comportements sains qui ont été introduits lors des consultations prénatales, pendant le travail et l'accouchement. En effet, des informations doivent être données et répétées à la mère et à son entourage, à différents moments du continuum de soins, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées pour elle-même ainsi que son nouveau-né et trouver du soutien auprès de sa famille et de sa communauté.

Les soins du post-partum ont pour objectif, via l'éducation pour la santé, d'encourager les mères et leurs familles à adopter des pratiques sanitaires recommandées (allaitement maternel exclusif, nutrition, espacement des naissances...).

La notion de l'urgence en cas de signes de dangers pendant le post-partum sera une partie importante de l'éducation pour la santé puisque souvent négligée et méconnue. Une enquête réalisée dans différents pays en voie de développement a montré que les connaissances des risques pendant le post-partum étaient nettement inférieures à celles des risques au cours de la grossesse et de l'accouchement. Lorsqu'un signe

74. WHO, *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*, 2010.

75. *Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival, Building a Future for Women and Children, The 2012 Report*, WHO, Unicef, 2012.

de danger pendant le post-partum est cité, il s'agit dans 70 % de cas de saignements⁷⁶.

Les attitudes et pratiques en cas de complications au moment du post-partum doivent être discutées et incluses dans le plan d'accouchement et d'urgence défini par la femme et son entourage pendant la grossesse. Cela permet d'assimiler la notion de risque pendant cette période, mais aussi de pouvoir y faire face en réduisant les délais de recherche de soins.

d/Supplémentation en vitamine A

La carence en vitamine A cause des lésions oculaires graves, dont la cécité, et affaiblit le système immunitaire des enfants de moins de 5 ans entraînant une gravité accrue des maladies, en particulier de la rougeole, des infections diarrhéiques et respiratoires. La carence en vitamine A pose des problèmes majeurs de santé publique en Afrique, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental⁷⁷.

La carence en vitamine A est due à des apports alimentaires insuffisants ou non diversifiés (manque de fruits, légumes verts et carottes, produits laitiers, viande) et à sa mauvaise assimilation par l'organisme. Dans certains pays, l'apport d'aliments riches en vitamine A ou l'enrichissement de certains aliments de manière industrielle permettent de limiter les carences. D'autres pays en développement proposent une supplémentation prophylactique orale via des capsules de vitamine A pour les enfants et les femmes allaitantes. La supplémentation pour les femmes allaitantes permet d'enrichir leur lait en vitamine A et de diminuer les carences chez les enfants allaités même

si son efficacité en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles n'a pas été démontrée⁷⁸.

La prise de suppléments fortement dosés tous les quatre à six mois a un impact spectaculaire sur la santé des enfants âgés de 6 mois à 59 mois, la diminution du risque de décès pouvant aller jusqu'à 24 %⁷⁹. Il est important de s'adapter aux protocoles nationaux concernant l'élimination des carences en vitamine A. C'est majoritairement l'Unicef qui fournit les capsules de vitamine A dans les pays où une supplémentation est nécessaire.

e/Promotion de l'allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif doit être initié dès la naissance. Les personnels de santé ont un rôle crucial dans la promotion, l'initiation et le soutien de l'allaitement maternel exclusif. Les consultations postnatales représentent un moment essentiel pour soutenir et encourager la femme dans cette pratique, notamment lorsqu'elle est peu répandue.

> cf. 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

f/La planification familiale

La santé de la femme et des enfants est menacée si les grossesses sont trop rapprochées (de moins de 2 ans) ou si elles sont trop nombreuses. Promouvoir l'espacement des naissances permet à l'organisme de se remettre entièrement après une grossesse et un accouchement. Les complications liées à la grossesse

augmentent chez les grandes multipares. Dans les pays en développement, le risque de prématurité à la naissance double lorsque la conception se produit dans les 6 mois suivant la naissance précédente. Le risque de décès en bas âge augmente de 60 % chez les enfants nés moins de 2 ans après la naissance précédente⁸⁰.

Les consultations du post-partum sont un moment clé pour la **promotion de la planification familiale** et son initiation. Il est donc essentiel que la contraception soit abordée durant ces consultations.

Certaines méthodes de planification familiale modernes peuvent être proposées juste après la naissance (pose d'un dispositif intra-utérin dans les 48 heures suivant la naissance, pose d'implant contraceptif, voire être anticipées (ligature des trompes dans le cas d'une césarienne programmée ou dans les 7 jours suivant l'accouchement). De plus, la méthode de l'allaitement maternel exclusif et de l'aménorrhée (Mama) peut être évoquée pour les premières semaines du post-partum. Néanmoins, cette méthode nécessite des conditions précises pour avoir un effet contraceptif efficace.

Au moment de la consultation postnatale de la 6^e semaine après l'accouchement, il est important d'initier une contraception pour les femmes qui le souhaitent. De nombreuses méthodes contraceptives existent et elles doivent être proposées et adaptées à chaque femme en fonction de sa santé, du mode d'alimentation de son enfant, de son souhait d'espacer ou d'arrêter les grossesses et de sa sexualité.

La double protection contre les IST/VIH et les grossesses par l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins doit être expliquée et accessible aux femmes. De plus, des

informations sur la contraception d'urgence seront données afin que les femmes connaissent son existence et puissent en bénéficier si elles en ont besoin.

4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de soins postnataux de qualité dans les structures de santé⁸¹.

Médicaments

- **antipyrétique** : paracétamol (per os);
- **anémie** : fer + acide folique (per os);
- **solutés** : ringer lactate poche 500ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500ml;
- **antibiotiques** : amoxicilline (per os), amplicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM), métronidazole (IV);

81. La liste des médicaments, consommables et matériels médicaux nécessaires a été établie à partir des publications suivantes :

- OMS, FNUAP, Unicef et Banque Mondiale, *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*, OMS, 2004 ;
- MSF, *Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes*, 3^e édition, 2007 ;
- OMS, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*, Genève, 2003 ;
- WHO, *Packages of interventions for family planning, Safe abortion, Maternal, Newborn and Child Health*, 2010.
- **Reproductive Health Response in Conflict Consortium**, *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire*, 2005.

76. Thaddeus S., Nangalia R., « Barriers to Treatment of Postpartum Hemorrhage: Literature Review: Low Awareness of Postpartum Danger Signs », *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004.

77. OMS, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum*, Guide pratique, 1998.

78. Gogia S., Sachdev H.S., *Vitamin A supplementation for the prevention of morbidity and mortality in infants six months of age or less*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10, 2011.

79. Imdad A. et al., *Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12. 2011.

80. Cleland J. et al. *Contraception and health*, Lancet 2012;380:149-156.

- **traitement de la pré-éclampsie et éclampsie**: sulfate de magnésium (IV, IM) et son antidote gluconate de calcium (IV);
- **anticonvulsivants**: diazépam (IV, IM, intrarectal);
- **anesthésiant local**: lidocaïne (injectable et ou spray dermique);
- **vermifuge**: albendazole ou mebendazole (per os);
- **antipaludéen**: > cf. **cadre d'intervention paludisme⁸² et en fonction des contextes épidémiologique**. artéméther/luméfántrine (per os);
- **anti-hypertenseur**: hydralazine (IV) et méthildopa (selon MSF) ou néfidipine (selon l'OMS) (per os);
- **traitement VIH**: selon les protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **utéro-toniques**: ocytocine (IV, IM) et misoprostol (per os, intravaginal ou intrarectal)⁸³;
- **solutions antiseptiques**: polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique);
- **vitamines**: vitamine A pour la femme allaitante (per os);
- **contraceptifs**;
- **traitement des IST**: benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromycine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale).

82. « Cadre d'intervention pour la lutte contre le paludisme dans les programmes de soins de santé primaires (SSP), de soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de VIH/sida », MdM S2AP, 2010; disponible sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

83. Dans la mesure du possible les deux molécules doivent être présentes étant donné que leurs indications diffèrent mais cela n'étant pas toujours envisageable (ex/ absence de chaîne de froid ou d'enregistrement du Misoprostol), la disponibilité d'au moins une des deux molécules doit être assurée.

Consommables

- de base; > cf. **annexe 2**.
- fils de sutures résorbables (vicryl 3,0 2,0 et 0);
- champs propres à placer sous la mère;
- liés aux précautions universelles et à l'hygiène; > cf. **annexe 2**.
- **pour le suivi des patients**: carnet de santé de l'enfant et de la mère, carnet de vaccination mère et enfant, formulaires de référencement.

Matériels médicaux

- **les essentiels**: > cf. **annexe 2**;
- **fournitures**: brancard, lits d'hospitalisation, source de lumière, moustiquaires imprégnées (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **boîtes d'instruments**: boîte de sutures;
- **matériel d'aspiration manuelle** intra-utérine;
- **protection de personnel soignant**: tablier de protection et lunettes de protection;
- réfrigérateur;
- stérilisateur.

Tests médicaux

- **test rapide VIH** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **test rapide syphilis**;
- **test rapide paludisme ou microscope et lame pour goutte épaisse** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **bandelette urinaire avec détection de la protéinurie**.

Vaccins

- vaccin antitétanique.

Pour la transfusion:

> cf. **2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats »**.

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets doivent être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels doivent être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées. > cf. **documents internes « Politique du médicament » et « Cycle de gestion du produit pharmaceutique⁸⁴ »**.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est recommandé de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir quels sont les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents.

Taux de femmes ayant reçu au moins une consultation postnatale dans les 7 jours suivant l'accouchement par un personnel qualifié

Cet indicateur permet d'avoir une mesure de la couverture des services par rapport à la population cible. Indirectement, il permet aussi de voir si les services proposés sont accessibles (ce qui est un point que l'on souhaite renforcer en ce qui concerne la stratégie SSR).

84. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

Taux de femmes ayant reçu une méthode moderne de contraception dans les 6 semaines suivant l'accouchement

La planification familiale, bien qu'étant un élément du paquet standard des soins du post-partum décrit par l'OMS, n'est souvent pas proposée. Cet indicateur permet donc de suivre la mise en place de cette activité et son accessibilité pour les femmes. Cet indicateur est aussi une mesure indirecte de la qualité des soins.

Proportion du personnel médical ayant les connaissances de base en soins du post-partum

Les bonnes connaissances du personnel soignant sont une condition essentielle pour la mise en place des soins postnataux de qualité. Ainsi, les activités de renforcement de capacités des acteurs de santé locaux sont souvent une composante importante des projets de MdM. Il est donc nécessaire qu'un indicateur sur la qualité et la formation du personnel fasse partie des indicateurs de référence.

> Pour plus d'information, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de MdM⁸⁵.

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION^{86,87}

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

85.  Inclus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

86. OMS, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum, Guide pratique*, 1998.

87. Lawn J., *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The partnership for Maternal Newborn & Child Health, 2006.

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

La période postnatale est une partie essentielle du continuum de soins qui est souvent négligée. MdM souhaite porter une vigilance particulière sur ces soins puisqu'ils ont un impact majeur sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle mais aussi infantile puisque très fortement liés aux soins du nouveau-né. De plus, il s'agit d'une excellente porte d'entrée pour les femmes et leurs partenaires à la planification familiale.

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins du post-partum soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées. > Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain⁸⁸ ».

Formuler ou renforcer les politiques nationales en termes de soins du post-partum > axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa
Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations internationales sont nécessaires et devraient détailler les composantes essentielles minimales des soins du post-partum, notamment le moment et la fréquence des soins. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que

le ministère de la Santé ou de réaliser des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes ont accès à des soins du post-partum (volet du continuum de soins souvent négligé) et à un congé maternité (plaidoyer) ;
- les femmes venant d'accoucher ont accès à la gratuité des soins pour elles et leurs enfants ;
- des protocoles nationaux de services et de soins du post-partum sont harmonisés et diffusés ;
- la collecte d'informations sur la période postnatale est améliorée via les registres d'état civil et l'intégration d'indicateurs sur les soins du post-partum dans le système national d'information sanitaire ;
- les soins du post-partum sont intégrés ou renforcés dans les curriculum des sages-femmes, infirmiers, médecins ;
- le gouvernement appuie la mise en place de l'initiative « hôpitaux amis des bébés⁸⁹ ».

Réduire les barrières à l'accès aux soins

> axe création de milieux favorables

Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire surtout pour les services postnataux qui sont souvent sous-utilisés. La demande des femmes pour ces soins est faible et des retards à l'utilisation des services postnataux existent. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins ;
- le statut de la femme au sein de la communauté est amélioré afin qu'elle ait le pouvoir de prendre des décisions cruciales pour sa propre santé ;
- les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes dans la période du post-partum sont levées ;
- le lien entre les soignants

et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée.

Améliorer l'offre de soins du post-partum

> axe réorientation des services de santé

Ces services étant souvent sous-utilisés, il est essentiel d'améliorer l'offre de soins au niveau des structures de santé et dans la communauté. L'offre de soins doit être de qualité et adaptée aux besoins des femmes. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- la planification familiale est intégrée dans les soins du post-partum ;
- les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins du post-partum de qualité ;
- les structures de santé offrent des soins du post-partum culturellement adaptés aux femmes, à leurs familles et à leur communauté ;
- les femmes enceintes et venant d'accoucher sont intégrées dans des réseaux périnatalité (ex/ en France) ;
- le système de référence entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- les personnels de santé ont les compétences nécessaires à la prise en charge des soins du post-partum, développées à travers la formation initiale et continue ;
- les capacités des équipes cadres sont renforcées pour la supervision des acteurs de santé ;
- la surveillance des décès maternels et des « échappées belles » est mise en place via des audits et enquêtes, accompagnés de réponses adaptées.

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

> axe acquisition des aptitudes individuelles

Le renforcement des connaissances

en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins postnataux et contribue à diminuer la mortalité maternelle et infantile. En effet, le renforcement des compétences des femmes leur permet d'avoir plus d'autonomie et la capacité de changer leurs pratiques. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt des soins du post-partum, les signes d'alerte pendant le post-partum et les lieux-ressources ;
- l'allaitement maternel exclusif est promu au sein des communautés via des éducatrices paires.

Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge des femmes enceintes sur le point d'accoucher ou présentant des complications obstétricales

> axe renforcement de l'action communautaire

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

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseurs traditionnels...) appuient les messages d'éducation pour la santé concernant l'importance des soins postnataux ;

88. Carole Dromer, *Pour une éthique de terrain: Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.

89. Projet de l'Unicef et de l'OMS dont l'objectif est de faire en sorte que toutes les maternités, qu'elles soient indépendantes ou situées dans un hôpital, deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel.

- des agents de santé communautaires sont formés et réalisent des séances d'éducation pour la santé au sein des communautés afin de favoriser les référencement des femmes ayant accouché vers les structures de santé ;
- les associations de femmes sont soutenues dans leurs actions communautaires de promotion de l'allaitement maternel exclusif ;

TCHAD – Éducation pour la santé

« L'équipe était confrontée à de grosses réticences de la population concernant l'allaitement maternel exclusif (AME). L'enjeu était de réussir à convaincre les populations des bienfaits de l'AME. Les sensibilisations se faisaient avec une boîte à images et des photos d'enfants allaités étaient exposées dans des centres de santé. Le message était compris mais l'AME n'était toujours pas appliqué dans la majorité des cas. Nous avons donc décidé d'impliquer des femmes pratiquant l'AME, pour témoigner avec leurs bébés, auprès d'autres femmes enceintes ou allaitantes. Dès les premiers témoignages, les villageois ont montré un grand intérêt pour la sensibilisation. Les femmes présentes ont posé beaucoup de questions et sont maintenant convaincues que le lait maternel apporte tous les éléments dont le bébé a besoin. »

Anne Laure Honauer, sage-femme

- un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes et des nouveau-nés présentant des complications dans la période du post-partum.



SOINS DU NOUVEAU-NÉ

1 / DÉFINITION

L'OMS a officiellement désigné la période néonatale comme étant les 28 premiers jours suivant la naissance de l'enfant.

Les soins néonataux sont les soins essentiels prodigués aux enfants après la naissance et qui ont pour but d'assurer une bonne transition à la vie extra-utérine. Il s'agit d'interventions préventives ainsi que la détection et la prise en charge précoce des complications néonatales.

Les interventions essentielles dans la période néonatale ont le potentiel de réduire de plus de 50 % les décès néonataux. De plus, elles peuvent améliorer considérablement la qualité de vie après la période néonatale.

Le suivi du nouveau-né devrait être réalisé :

- durant les 24 heures suivant la naissance : 24 heures de surveillance au niveau de la structure de santé par du personnel qualifié (un examen complet sera réalisé avant la sortie de l'enfant avec sa mère) ou visite à domicile ou dans une structure de santé par un personnel qualifié ;
- puis par une consultation au cours de la première semaine de vie.

Pour la mère, la période qui définit traditionnellement le post-partum se termine 6 semaines après la naissance. Les soins du nouveau-né doivent être réalisés simultanément à ceux de la mère.

La consultation suivant les soins néonataux est réalisée à 6 semaines de vie en même temps que la visite du post-partum pour la mère.

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- prévenir les complications néonatales et les pathologies infantiles ;
- détecter précocement et prendre en charge les complications chez le nouveau-né.

Interventions clés

1. Réanimation du nouveau-né à la naissance, notamment par la ventilation manuelle avec un sac autogonflant et un masque en cas de détresse respiratoire.

2. Soins immédiats du nouveau-né

- contrôle de la température du nouveau-né, lutte contre les hypothermies (promotion du contact peau à peau) ;
- soins prophylactiques oculaires (selon les protocoles nationaux) ;
- soins hygiéniques du cordon avec un antiseptique ;
- supplémentation en vitamine K1 (selon les protocoles nationaux).

3. Promotion, initiation précoce

(dans la première heure) et soutien à l'allaitement maternel exclusif à la demande de l'enfant.

4. Contrôle et surveillance de l'état et du bien-être du nouveau-né incluant :

- examen général ;
- mesure des biométries (poids, taille, périmètre crânien) et suivi de la croissance durant la période néonatale ;
- évaluation de la création du lien mère-enfant.

5. Vaccinations anti-hépatite B, BCG et vaccination contre la poliomyélite

(PV-0) pour les nouveau-nés âgés de moins d'une semaine, informations sur le calendrier vaccinal national.

6. Dépistage et traitement initial

- des nouveau-nés à risque** (prématurité, faible poids) et des complications (respiratoires, infectieuses, hypothermie) ainsi que référence si nécessaire :
- diagnostic et traitement des infections (peau, cordon, œil, bouche) ;
 - utilisation de la méthode Kangourou pour les enfants de faible poids de naissance et/ou prématurés et soutien à leur alimentation ;
 - suivi additionnel pour les bébés à risque élevé de complications ;
 - référence vers les structures appropriées pour la prise en charge des enfants avec des complications sévères.

7. Prévention et prise en charge des cas de syphilis congénitale

- prophylaxie néonatale en cas de syphilis maternelle diagnostiquée, traitée ou non traitée ;
- traitement ou référence des nouveau-nés symptomatiques ;
- traitement de la mère et de son partenaire si infectés et non traités.

8. Informations et conseils

relatifs à l'allaitement maternel exclusif, à la nutrition, à la protection thermique, aux soins du nouveau-né, à l'hygiène, à l'intérêt des soins postnataux et du suivi de l'enfant, à la vaccination, aux signes de danger du nouveau-né et nécessitant la recherche de soins, à un mode de vie sain, à l'enregistrement des naissances à l'état civil. Ces informations seront destinées aux mères mais aussi, dans la mesure du possible, à leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés. Elles doivent être transmises de façon culturellement adaptée et dans une langue comprise par les bénéficiaires.

9. Enregistrement des naissances et des décès à l'état civil, et des informations médicales dans les registres et carnets de santé

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES ENDÉMIQUES

10. Prévention du paludisme conseil sur la prévention du paludisme et distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.
 > cf. cadre d'intervention paludisme⁹⁰.

90. «Cadre d'intervention pour la lutte contre le paludisme dans les programmes de soins de santé primaires (SSP), de soins de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de VIH/sida», MdM S2AP, 2010 ; disponible sur demande au S2AP : S2AP@medecinsdumonde.net.

11. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida

> cf. 3B «prévention de la transmission mère enfant du VIH».

- traitement du nouveau-né par des antirétroviraux en fonction de son mode d'alimentation (allaitement maternel ou artificiel) et de la prise d'antirétroviraux maternel (traitement ou prophylaxie);
- soutien et conseils pour la mère notamment en termes d'allaitement maternel exclusif et sur l'importance de l'observance du traitement et de l'adhérence au traitement du nouveau-né.

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités

Les décès néonataux représentent 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans. Même si les programmes mis en place pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement ont permis de réduire les décès néonataux de 4,4 millions en 1990 à 3,1 millions en 2010, les progrès à faire restent importants. En 2010, la plupart des 3,1 millions de décès de nouveau-nés auraient pu être prévenus par une prise en charge adaptée des femmes et des nouveau-nés. Et 99 % d'entre eux se produisent dans les pays en développement⁹¹.

91. WHO, *Newborn health epidemiology*, 2011, www.who.int.

Entre 25 % et 45 % de ces décès se produisent pendant les premières 24 heures suivant la naissance, soit dans le post-partum immédiat, et 75 % se produisent pendant la première semaine de vie⁹². Dans les pays en développement, très peu de nouveau-nés reçoivent des soins pendant cette période. Les trois plus grandes causes de décès néonataux, correspondant à 80 % des décès néonataux, sont :

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

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

De plus, la morbidité néonatale est importante lorsque les nouveau-nés ne sont pas pris en charge à temps ou de manière appropriée. On estimait en 2005 que plus d'un million d'enfants ayant survécu à un état de mort apparente (asphyxie) étaient par la suite sujets à des complications : infirmité motrice cérébrale, difficultés d'apprentissage et autres incapacités⁹³.

Sur les 75 pays où plus de 95 % des décès maternels et infantiles surviennent, seulement 4 ont des indicateurs pour le suivi postnatal des nouveau-nés. Dans ces pays, seuls 50 % des nouveau-nés ont accès à des soins dans leur premier mois de vie⁹⁴. Cet exemple met en lumière le peu d'attention portée aux soins du nouveau-né et la sous-utilisation de ce type de service.

En plus des décès néonataux, en 2010, on estimait à 2,6 millions le nombre de mort-nés ou morts fœtales.

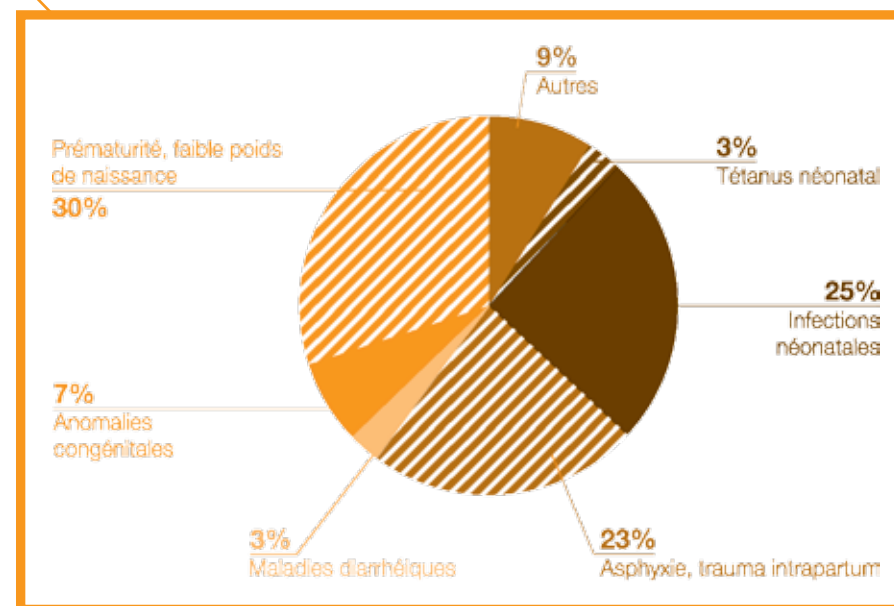
92. WHO, *Newborns: reducing mortality*, fact sheet N° 333, OMS, May 2012.

93. OMS, *Rapport de la santé dans le monde*, 2005.

94. WHO, Unicef, *Building a Future for Women and Children, Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival*, 2012.

FIGURE 4
CAUSES DES DÉCÈS NÉONATAUX

(Source : OMS⁹⁵)



b / Éducation pour la santé et signes d'alerte

Des recherches ont démontré la difficulté pour les familles de reconnaître les symptômes évocateurs de complications chez le nouveau-né, et cela particulièrement dans la première semaine de vie⁹⁶. Ce manque de connaissances a un impact sur les pratiques et induit un retard dans la recherche de soins et donc dans la délivrance de soins adéquats.

Certaines pratiques traditionnelles telles que le fait de donner un bain froid au bébé, des soins au cordon avec de la terre ou

d'autres substances, de jeter le colostrum et de lui donner d'autres aliments que le lait maternel après la naissance peuvent être néfastes à la santé et à la survie du nouveau-né.

L'initiative «Saving Newborn lives»⁹⁷ a démontré que la communication pour un changement de comportement au travers de la mobilisation communautaire sur des pratiques saines telles que l'allaitement maternel exclusif, les soins du cordon, le «peau à peau» pour la régulation thermique du nouveau-né pouvait réduire la mortalité néonatale de près de 50 %.

Il convient donc de renforcer les capacités des mères et des familles à repérer les symptômes évocateurs de problèmes

95. OMS, *The Global Burden of Disease: 2004 update*, OMS, 2008.

96. OMS, Unicef, *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés: une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*, 2009.

97. Tinker A. et al., «Advancing newborn health: The Saving Newborn Lives initiative», *Global Public Health*, 2009.

de santé et à consulter sans tarder. Les bonnes pratiques telles que l'allaitement maternel exclusif, la protection thermique du nouveau-né, les conditions d'hygiène pour les soins du cordon et de la peau seront des messages essentiels à promouvoir au sein des communautés afin de faire évoluer les comportements. Enfin, il est également nécessaire d'appuyer sur l'importance des soins postnataux pour le nouveau-né afin de réduire la morbidité et la mortalité néonatales.

c/Impact du continuum de soins

Les principales causes de décès néonataux sont évitables par des soins adaptés pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum :

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

L'espacement des naissances par l'information et les services de planification familiale ont également

un impact, puisque l'on sait que les grossesses rapprochées sont préjudiciables à la survie de l'enfant suivant. Ainsi, les enfants nés dans les deux ans suivant une naissance précédente présentent un risque accru de 60 % de mortalité infantile par rapport à ceux qui sont nés après un intervalle de trois ans ou plus⁹⁸.

On estime que près des trois quarts des décès néonataux pourraient être évités si les femmes avaient une alimentation adaptée et recevaient les soins nécessaires au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale⁹⁹.

Un peu moins de la moitié des femmes n'accouchent pas avec un accoucheur qualifié et plus de 70% des nouveau-nés ne reçoivent pas du tout de soins postnataux. Dans la plupart des pays, la mortalité néonatale est divisée par plus de deux lorsque les mères ont reçu des soins prénataux et des soins par du personnel qualifié à l'accouchement par rapport à des mères n'ayant pas reçu ce type de soins. Les accouchements non assistés par du personnel de santé qualifié sont des occasions ratées de prise en charge des nouveau-nés. Les accoucheurs qualifiés doivent avoir des connaissances et des capacités de prise en charge du nouveau-né, notamment concernant la réanimation en cas d'asphyxie.

Tant dans les SOUB que dans les SOUC, la prise en charge des soins néonataux d'urgence est censée être incluse, ce qui renforce la prise en compte du lien entre les soins obstétricaux et néonataux.

La prise en charge de la santé des nouveau-nés doit s'appuyer et s'intégrer dans le continuum de soins afin de réduire la mortalité et la morbidité néonatale.

98. Cleland J. et al., *Contraception and health*, Lancet 2012;380:149-156.

99. OMS, *Rapport de la santé dans le monde*, 2005.

d/Le personnel compétent dans la prise en charge des nouveau-nés

Il existe parfois une fragmentation dans la prise en charge de la santé des nouveau-nés. Celle-ci peut s'effectuer à la fois par du personnel chargé des soins obstétricaux et du post-partum, mais aussi par du personnel chargé de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, notamment pour la vaccination. Pourtant, les soins néonataux sont peu développés et nul ne s'occupe réellement de leur suivi.

Tout d'abord, il semble nécessaire d'avoir du personnel de santé qualifié pour l'accouchement capable de prendre en charge les soins immédiats du nouveau-né et de référer en cas de complications. Il s'agit du premier maillon de la chaîne. De plus, il est question d'inclure dans les formations de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) un module pour les nouveau-nés puisque actuellement la formation prend en charge seulement les nourrissons. Certains pays comme l'Inde, la Tanzanie et le Malawi ont déjà inclus le module néonatal¹⁰⁰. Il est d'autre part essentiel de faire le lien entre les soins de la mère et ceux de l'enfant.

Pour les soins à domicile, si des agents de santé communautaires peuvent appuyer l'action du personnel qualifié notamment dans la promotion de comportements sains, ils ne doivent pas les remplacer. La priorité sera donc de renforcer le nombre des personnels de santé ayant les capacités pour la prise en charge des nouveau-nés.

100. Lawn J., *Donnons une chance à chaque nouveau-né de l'Afrique*, The Partnership for Maternal Newborn & Child health, 2006.

e/Soins à domicile du nouveau-né¹⁰¹

En 2009, 72 % des bébés nés à domicile ne recevaient aucun soin postnatal. Le peu d'accès des nouveau-nés aux soins postnataux, particulièrement lorsque la femme a accouché à domicile, pose la question des soins à domicile. Or les soins dans les 24 heures suivant la naissance réduisent la mortalité néonatale. Cela conduit l'OMS et l'unicef à encourager les soins à domicile permettant une plus large couverture des soins postnataux. L'OMS et l'unicef incitent à l'appui du continuum de soins dans l'espace : dans la communauté/au domicile, dans les centres de soins de santé primaires et dans les structures de référence.

Le suivi du nouveau-né pour les mères ayant accouché à domicile et ne pouvant se rendre dans une structure de santé devrait inclure deux visites à domicile selon l'OMS et l'unicef :

- dans les 24 heures suivant la naissance : surveillance à domicile par l'accoucheur qualifié qui a réalisé l'accouchement ou par un personnel qualifié lors d'une visite à domicile ;
- le 3^e jour de vie.

Dans la mesure du possible, une troisième visite est recommandée à la fin de la première semaine de vie.

Cependant, il paraît difficile dans la plupart des pays d'effectuer deux contrôles postnataux dans les trois premiers jours par manque de personnels de santé qualifiés, de moyens financiers et de moyens de transport. Il paraît également difficile de convaincre les femmes de venir deux fois dans une structure de santé dans un temps très court après l'accouchement. MdM préfère donc se concentrer sur un suivi non différencié entre les femmes

101. OMS, Unicef, *Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant*, 2009.

ayant accouché à domicile et celles ayant accouché dans une structure sanitaire – dans les 24 premières heures, puis à la fin de la première semaine – ainsi qu’encourager les femmes à accoucher avec du personnel qualifié, idéalement dans une structure de santé.

Une revue de différentes études a démontré que les activités à base communautaire, réalisées par les personnes clés de la communauté, avaient un impact sur la réduction de la mortalité et de la morbidité néonatales¹⁰². Les actions des agents de santé communautaires et des groupes communautaires de promotion de la santé, en complémentarité avec les personnels de santé qualifiés, sont recommandées. Les thèmes ayant l’impact le plus fort sont la formation aux signes d’alerte et au référencement ainsi que l’initiation précoce de l’allaitement maternel exclusif.

f/ Le nouveau-né prématuré et/ou de faible poids

La prématurité

La prématurité est séparée en quatre groupes :

- **extrême prématurité** : entre 22 et 24 semaines d’aménorrhées (SA) ;
- **très grande prématurité** : de 24 SA à 28 SA ;
- **grande prématurité** : de 28 à 32 SA ;
- **prématurité moyenne** : de 32 à 37 SA.

En 2011, plus de 1 enfant sur 10 dans le monde est né prématurément, soit environ 15 millions d’enfants¹⁰³.

102. Lassi Z.S. et al., *Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010.

103. Save the Children, March of Dimes, OMS. *Arrivés trop tôt : Rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées*, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant, OMS, 2012.

Les taux de naissances prématurées augmentent pratiquement dans tous les pays qui disposent de données fiables. Les causes de la prématurité peuvent être : les accouchements prématurés spontanés, les grossesses multiples, les infections, les maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète), les déclenchements ou césariennes précoces pour causes médicales.

Dans les pays développés, la prématurité est la principale cause de mortalité périnatale. En effet, dans ces pays, jusqu’à 85 % des décès néonataux peuvent être attribués à la prématurité¹⁰⁴. Cette dernière est également une cause importante d’incapacité et de handicap.

Dans les pays en développement, les estimations du taux de mortalité des prématurés sont plus élevées pour des raisons différentes. La survie des prématurés, en particulier des grands prématurés, est inférieure du fait qu’on ne dispose pas des services de soins spécialisés nécessaires à leur traitement puisque nécessitant du matériel spécialisé coûteux et des ressources humaines qualifiées.

Quant aux prématurés qui survivent, ceux-ci présentent un risque accru de morbidité (troubles respiratoires, sensoriels, cognitifs et/ou psychomoteurs).

Le retard de croissance

Les nouveau-nés de faible poids (inférieur à 2 500 gr) ne sont pas tous prématurés. Le faible poids peut être secondaire à un retard de croissance in utero qui peut être lié à des problèmes de santé maternels (tels que la malnutrition chronique, les troubles hypertensifs, la consommation de tabac ou d’alcool, les pathologies placentaires...).

La prise en charge de ces enfants

30 % des décès néonataux sont liés à la prématurité ou à un faible poids

104. OMS, *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum*, Guide pratique, 1998.

de naissance. Les premiers jours et les premières semaines présentent de nombreux risques pour les nouveau-nés d’un poids insuffisant. Ces enfants demandent donc des soins supplémentaires pour améliorer leurs chances de survie.

Pour ces enfants, il faudra :

- encourager l’allaitement maternel exclusif et pour les nouveau-nés ne pouvant pas téter favoriser l’alimentation à la tasse avec le lait maternel ;
- veiller à ce que le nouveau-né soit maintenu au chaud (soins Kangourou) ;
- être particulièrement vigilant aux signes de complications pour pouvoir les traiter précocement et transférer l’enfant vers une unité de néonatalogie si besoin (notamment en cas de troubles respiratoires).

La méthode Kangourou

La méthode « mère kangourou » consiste à porter un nouveau-né sur le ventre en contact peau contre peau de la mère ou d’une autre personne de l’entourage lorsque la mère n’est pas disponible. Elle est un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d’allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité du nourrisson indépendamment du milieu, du poids, de l’âge gestationnel et des conditions cliniques. Cette méthode peu coûteuse doit être initiée dans une structure de santé avec un encadrement médical, puis elle peut être poursuivie à domicile par la mère.

Une revue des différentes études faites sur la méthode Kangourou¹⁰⁵ a prouvé qu’elle permet de diminuer la mortalité et la morbidité des nouveau-nés prématurés ou de faible poids. En effet, en comparaison de soins néonataux classiques (demandant d’importantes dépenses en termes de

105. Conde-Agudelo A. et al., *Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.

matériel, d’entretien et de personnel formé à la néonatalogie), la méthode Kangourou diminue aussi le taux de mortalité à 40-41 semaines d’âge post-menstruel, et diminue le nombre d’infections, d’infections nosocomiales, d’hypothermie, d’infections respiratoires basses et la longueur d’hospitalisation.

Plus de 75 % des décès d’enfants prématurés peuvent être évités sans recourir à des soins intensifs. La méthode Kangourou est alors tout à fait adaptée, celle-ci pourrait sauver 450 000 nouveau-nés par an.

g/ Vaccination

La vaccination permet de combattre et d’éliminer des maladies infectieuses potentiellement mortelles. Il est établi que c’est l’un des investissements les plus rentables dans le domaine de la santé. La naissance et le suivi postnatal sont des moments essentiels pour l’initiation et la promotion de la vaccination. Les recommandations de l’OMS¹⁰⁶ sont présentées ici. Il est cependant conseillé de se rapporter également aux calendriers des programmes nationaux de vaccination quand ces derniers existent. Les vaccins peuvent généralement être coadministrés (plusieurs vaccins administrés à des sites d’injection différents lors de la même consultation, sauf recommandation contraire particulière).

À la naissance (< 24 heures de vie) :

→ **BCG** : la vaccination est recommandée à la naissance pour les enfants vivant dans les pays où la charge de morbidité de la tuberculose est élevée. Le schéma vaccinal se compose d’une dose unique. Concernant les enfants exposés au VIH, il est recommandé de reporter la vaccination à l’obtention du résultat d’un test PCR (lorsque celle-ci est disponible) et en tout

106. OMS, *Vaccine Position Papers*, octobre 2012, <http://www.who.int>.

cas d'éviter la vaccination en cas de signes et de symptômes de l'infection à VIH; ce du fait de l'augmentation du risque de BCGite disséminée en cas de contamination. Il est important de se rapporter aux protocoles nationaux basés sur des facteurs nationaux et régionaux (prévalence de la tuberculose, du VIH, capacité de dépistage virologique des nouveau-nés...);

→ **hépatite B**: la transmission périnatale ou postnatale précoce de l'hépatite B est une cause importante d'infections chroniques dans le monde.

Les recommandations sont donc en faveur d'une vaccination à la naissance, même dans les pays de faible endémie. Le schéma vaccinal pourra varier selon les calendriers nationaux de 3 à 4 doses espacées d'au moins quatre semaines. La vaccination est d'autant plus importante chez les nouveau-nés de mère antigène HBs positif;

→ **VPO** (vaccin anti-poliomyélite oral): dans les pays où la poliomyélite est endémique, l'administration de VPO est recommandée à la naissance. Pour les autres pays, l'administration sera initiée à 6 semaines de vie. La primo-vaccination se compose de trois doses devant être espacées d'au moins quatre semaines.

À 6 semaines de vie

La consultation postnatale est l'occasion de compléter les schémas vaccinaux initiés à la naissance et d'administrer les autres vaccins. Les recommandations de l'OMS sont en faveur de l'initiation de la primo-vaccination à 6 semaines du DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche, schéma vaccinal en trois doses), du vaccin contre l'Haemophilus influenzae b (schéma vaccinal en trois doses), du vaccin contre le Pneumocoque (schéma vaccinal en deux ou trois doses) et du vaccin contre le Rotavirus (schéma vaccinal en deux ou trois doses).

4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de soins du nouveau-né de qualité dans les structures de santé¹⁰⁷.

Médicaments

- **antipyrétique**: paracétamol (sirop);
- **traitement prophylactique syphilis**: benzathine-pénicilline (IM);
- **solution antiseptique**: chlorhexidine digluconate (solution à 4 %);
- **antibiotiques**: ceftriaxone (IM), gentamicine (IM), ampicilline (IM), amoxicilline sirop;
- **PTME**: selon protocoles nationaux;
- **soins oculaires pour le nouveau-né**: pommade ophtalmique tétracycline 1 %, polyvidone iodée à 2,5 % (solution);
- **vitamine**: vitamine K1 (per os, IM);

107. La liste des médicaments, consommables et matériels médicaux nécessaires a été établie à partir des publications suivantes:
– MSF, *Obstétrique en situation d'isolement, Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes*, MSF, 2007.
– OMS, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale, Guide de pratiques essentielles*, OMS, Genève, 2003.
– WHO, *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion, Maternal, Newborn and Child Health*, WHO, 2010.
– **Reproductive Health Response in Conflict Consortium**, *Guide pratique d'intégration des soins obstétricaux d'urgence dans les programmes d'aide humanitaire*, 2005.
– WHO, *Guideline for the treatment of malaria*, WHO, 2010.

- **réhydratation**: sels de réhydratation orale (per os), zinc (per os);
- **traitement du paludisme** (recommandation OMS 2010): ACT (per os) en fonction du protocole national, artésunate (rectal).

Consommables

- **gants stériles et non stériles**, compresse ou gaze, sparadrap, aiguilles (IM et IV), seringues;
- **clamps de Barr** ou fils pour nouer le cordon;
- **pour le suivi des patients** (registre et carnet de santé);
- **liés aux précautions universelles** et à l'hygiène.

Matériels médicaux

- **matériel de base**;
→ **cf Annexe 2 «Kits médicaux»**;
- **plan de travail pour la réanimation du nouveau-né** (table d'examen), lits d'enfant pour hospitalisation, moustiquaires imprégnées;
- **masque facial et ballon autogonflant (Ambu) nouveau-né**;
- **aspirateur de mucosité**;
- **otoscope**.

Tests médicaux (en fonction des contextes épidémiologiques)

- **test VIH (PCR)**;
- **test rapide paludisme** ou microscope et lame pour goutte épaisse.

Vaccins

- **BCG**;
- **vaccin anti-hépatite B**;
- **PVO** (vaccination orale contre la poliomyélite).

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets doivent être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels doivent être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées. > cf. documents internes «Politique du médicament» et «Cycle de gestion du produit pharmaceutique»¹⁰⁸.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de considérer lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir quels sont les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents:

Taux de mortalité néonatale institutionnelle

Cet indicateur permet de connaître l'impact de nos projets (nécessite des projets sur le long terme). Il permet aussi d'évaluer la qualité de notre intervention en termes de soins aux nouveau-nés.

Taux de nouveau-nés ayant reçu des soins postnataux dans les 24 heures suivant la naissance

Cet indicateur permet d'évaluer la couverture des soins postnataux pour le nouveau-né. La période des 24

108. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

heures correspond à la phase où le risque de mortalité néonatale est le plus important.

Proportion du personnel médical ayant les connaissances de base pour les soins essentiels aux nouveau-nés

Les bonnes connaissances du personnel soignant sont une condition essentielle pour la mise en place de soins de qualité au nouveau-né. Ainsi, les activités de renforcement des capacités des acteurs de santé locaux sont souvent une composante importante des projets de MdM. Il semble donc important qu'un indicateur sur la qualité et la formation du personnel fasse partie des indicateurs de référence.

> Pour plus d'information, se référer au catalogue d'indicateurs «Santé sexuelle et reproductive» de MdM¹⁰⁹.

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins aux nouveau-nés soient réalisés dans le respect du lien mère-enfant. Les données médicales doivent être protégées.

> Il est recommandé de voir à ce propos le document «Pour une éthique de terrain¹¹⁰».

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales en termes de soins aux nouveau-nés

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

Des directives prenant en compte les contextes épidémiologiques et les recommandations de l'OMS sont nécessaires et devraient détailler les composantes essentielles minimales des soins aux nouveau-nés, notamment le moment, la fréquence et les personnes chargées des soins. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- des protocoles nationaux pour la prise en charge des nouveau-nés sont harmonisés et diffusés, et permettent d'améliorer le lien entre les différents services les prenant en charge ;
- la collecte d'informations sur les nouveau-nés via les registres d'état civil et l'intégration d'indicateurs sur les nouveau-nés dans le système national d'information sanitaire sont améliorées et permettent une meilleure analyse concernant la santé des nouveau-nés ;
- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) est intégrée dans le curriculum des personnels de santé chargés de l'accouchement et du post-partum afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés au niveau national.

Réduire les barrières à l'accès aux soins

> axe création de milieux favorables

Réduire les barrières à l'accès aux soins

est nécessaire, surtout pour les services postnataux qui sont souvent sous-utilisés. La demande des femmes pour ces soins est faible et des retards à l'utilisation des services postnataux existent. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins et les soins traditionnellement apportés aux nouveau-nés ;
- les barrières financières à l'accès aux soins pour les nouveau-nés sont levées ;
- le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés et une offre de soins en stratégie avancée.

Améliorer l'offre de soins au nouveau-né

> axe réorientation des services de santé

Ces services étant souvent peu utilisés, il est essentiel d'améliorer l'offre de soins au niveau des structures de santé et dans la communauté. L'offre de soins devra être de qualité et adaptée aux besoins des mères et de leurs enfants. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- la méthode Kangourou est utilisée et promue dans les établissements de santé ;
- les structures de santé sont équipées avec les médicaments et le matériel nécessaires pour fournir des soins adaptés aux nouveau-nés ;
- les structures de santé offrent des soins néonataux culturellement adaptés ;
- le suivi des nouveau-nés est réalisé à domicile lors de la première semaine de vie de façon à réduire la mortalité néonatale ;
- un système de référence entre les différents niveaux de structures de santé est mis en place et efficace ;
- les personnels de santé ont les compétences nécessaires à la prise en charge du nouveau-né notamment concernant la réanimation néonatale, compétences acquises lors de la formation initiale et continue.

LAOS – Formation des personnels de santé aux soins des nouveau-nés

« La formation "nouveau-nés" a pour objectif l'acquisition de réflexes adaptés et non préjudiciables dans la gestion des soins et de la réanimation des nouveau-nés.

Cette formation s'appuie sur des protocoles validés, adaptés aux centres de santé et à leur moyen.

Chaque formation est basée sur la même chronologie : une autoévaluation par l'utilisation de cas concrets à discuter en groupe, suivie d'un apport plus théorique à l'aide de schémas, puis de la mise en pratique avec l'utilisation d'un mannequin, notamment pour la réanimation néonatale.

Chaque participant étant évalué et soutenu par les autres. Des posters présentant le diagramme décisionnel en cas de réanimation sont ensuite affichés en salle de naissance.

Cette formation est répétée régulièrement en fonction des besoins identifiés lors des supervisions des équipes. »

Aude Morille, sage-femme

Renforcer ou mettre en place de l'éducation pour la santé pour les mères, leurs partenaires, familles et communautés

> axe acquisition des aptitudes individuelles

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des nouveau-nés à des soins postnataux et contribue à diminuer la mortalité néonatale. En effet, le renforcement des compétences des mères leur permettra de savoir comment prendre en charge leur enfant sur le plan sanitaire. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces

109. Inklus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

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

sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès aux soins. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les mères et les pères ont amélioré leurs connaissances sur l'intérêt des soins postnataux pour la mère et le nouveau-né, les signes d'alerte du nouveau-né et les lieux-ressources ;
- l'allaitement maternel exclusif est promu et soutenu au sein des communautés.

Favoriser l'implication communautaire autour des soins du nouveau-né

> axe renforcement de l'action communautaire

Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté et du gouvernement. Il est donc essentiel d'impliquer la communauté afin d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés au sein de la communauté et de réduire la mortalité néonatale. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, religieux, guérisseurs traditionnels...) appuient les messages d'éducation pour la santé sur l'importance des soins postnataux pour la mère et le nouveau-né ;
- des associations de femmes améliorent les pratiques sanitaires au sein de leur communauté en encourageant l'allaitement maternel exclusif ou d'autres pratiques bénéfiques pour la santé de l'enfant ;
- un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des nouveau-nés présentant des complications.



PLANIFICATION FAMILIALE

1 / DÉFINITION

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

Les services de planification familiale sont intégrés dans les soins préventifs et curatifs de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent de l'éducation pour la santé et des conseils permettant aux couples de prendre des décisions éclairées en termes de contraception, la mise à disposition de méthodes contraceptives, la prise en charge de problèmes de stérilité mais aussi la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).

La planification familiale est un élément essentiel du continuum de soins et a un impact important sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Ainsi, si toutes les naissances étaient espacées d'au moins deux ans, on estime que le taux de mortalité infantile diminuerait d'environ 10%. La prise

en compte des besoins non satisfaits en matière de contraception dans les pays en développement permettrait de réduire la mortalité maternelle d'environ 30% en réduisant les grossesses non désirées, les complications liées à ces grossesses, les avortements provoqués à risque¹¹¹. Ces services peuvent également avoir un impact sur le changement social, l'égalité de genre, l'éducation et la stabilité économique des femmes.

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- permettre aux femmes et aux couples de pouvoir exercer leurs droits sexuels et reproductifs et de choisir si et quand ils veulent avoir des enfants ;
- réduire le nombre de grossesses non désirées ;
- réduire la morbi-mortalité liée aux avortements à risque ;

¹¹¹. Cleland J. et al., *Contraception and health*, Lancet 2012;380:149-156.



Como
Se Produce
un
EMBARAZO



Realizado por
Rosalinda Tuóñez
Enviado '84

- réduire la morbi-mortalité liée aux grossesses répétées et rapprochées;
- prévenir et prendre en charge les IST.

Interventions clés

1. Éducation pour la santé adaptée aux adolescents/es, aux femmes, à leurs partenaires (les hommes), aux communautés sur la planification familiale (l'espacement des naissances, la contraception, les rapports protégés, les services existants, etc...), travail sur les croyances erronées en matière de planification familiale/contraception.

2. Contraception

- délivrance de conseils sur les avantages, effets secondaires, contre-indications médicales pour chacune des méthodes contraceptives;
- distribution aux femmes d'un choix large de méthodes contraceptives (au moins trois méthodes modernes et la contraception d'urgence);
- référencement et/ou prise en charge dans un SOUC pour une stérilisation féminine ou masculine selon les protocoles nationaux;
- accès des femmes à la contraception d'urgence.

3. IST

- prévention, dépistage des IST et prise en charge, avec notamment un traitement adapté pour la femme et son partenaire;
- promotion de la double protection (grossesse et IST) et distribution de préservatifs (masculins et féminins).

4. Cancers du col de l'utérus et du sein

(en fonction des protocoles nationaux et de la disponibilité des ressources nécessaires au dépistage et traitement précoce):

- information et conseils pour la prévention et la prise en charge;
- dépistage du cancer du sein et référencement vers des services adaptés le cas échéant;

- dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus (inspection visuelle à l'acide acétique – IVA, cytologie);
- traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. La cryothérapie a l'avantage de pouvoir être réalisée directement au niveau des structures de santé primaires et est très efficace pour les lésions de petite taille;
- référencement vers des services adaptés en cas de lésions cancéreuses ou avancées.

5. Identification initiale des cas de couples infertiles, prise en charge (traitement des IST) ou référencement dans une structure adaptée.

6. Identification, prise en charge et soutien des victimes de violences liées au genre

- identification des victimes de violences liées au genre;
- prévention de la violence;
- référencement ou prise en charge des complications résultant des violences (physiques, psychologiques, etc...).

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES D'ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE DU VIH

7. Counseling et dépistage du VIH à base volontaire puis référencement pour une prise en charge médicale

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

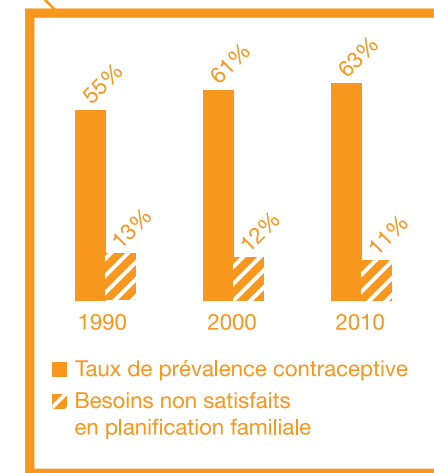
a/ Généralités

En 2008, environ 200 millions de femmes dans les pays en développement souhaitant prévenir ou espacer les grossesses n'avaient pas accès à des méthodes contraceptives¹¹². La même année, dans le monde, 63 % des femmes mariées ou en union utilisaient une méthode de planification familiale et 11 % des femmes avaient des besoins non satisfaits en termes de contraception¹¹³. En Afrique, 22 % des femmes en moyenne avaient des besoins non satisfaits en planification familiale¹¹⁴. Si des progrès ont été notables dans l'accès à la planification familiale au cours des années 1990, ils sont moins importants depuis les années 2000.

L'amélioration de l'accès à la planification familiale s'est accompagnée d'une diminution générale de la fécondité dans le monde, puisque le nombre moyen d'enfants par femme était de 2,69 en 2005 – contre 4,97 au début des années 1960¹¹⁵.

Le rapport coût-efficacité des services de planification est important puisque leur action est rapidement visible sur la santé des femmes. En effet, ces services permettent de réduire la mortalité et la morbidité maternelles en diminuant le nombre de grossesses, d'avortements à risque et de grossesses à hauts risques (notamment liées à une grande parité ou aux âges extrêmes). Il a été estimé que si les besoins en planification familiale

FIGURE 5
ÉVOLUTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE MONDE, 1990-2007
(Source: UNFPA¹¹⁶)



étaient comblés, **un tiers des décès maternels pourraient être évités**. Cela permettrait aussi de réduire la morbidité liée à la grossesse, à l'accouchement et aux avortements chez 15 millions de femmes par an¹¹⁷. La planification familiale a également un impact sur la santé des naissances (qui diminue le risque de malnutrition liée à un sevrage précoce) et une meilleure prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant (y compris la vaccination). Lorsque la grossesse est non désirée, une moins bonne fréquentation des soins prénataux est observée.

Les raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives peuvent être liées au choix limité de ces méthodes, à un accès

112. UNFPA, *Rapport annuel*, 2010.

113. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2012.

114. OMS, *Aide mémoire n° 351*, mai 2011.

115. OMS, *Rapport mondial de la santé*, 2005.

116. UNFPA, *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence*, 2010.

117. UNFPA, PATH, «Reducing unmet need for family planning: Evidence based strategies and approaches», *Outlook*, vol. 25 n° 1, November 2008.

limité à la contraception, notamment chez les adolescents, aux oppositions culturelles ou religieuses, aux craintes d'effets secondaires, à la faible qualité des services disponibles, aux obstacles liés aux questions de genre. Les besoins non satisfaits devraient être comblés en s'appuyant notamment sur la communication pour les changements de comportements, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité (dans les contextes de crise, les adolescents, les personnes les plus pauvres, les minorités ethniques)¹¹⁸. Pour cela, il est nécessaire qu'il y ait un vrai engagement politique des décideurs et leaders du secteur de la santé pour l'accès à des soins de qualité en termes de planification familiale.

b/Le droit à l'accès à la planification familiale

« Les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'Homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme et dans d'autres textes adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'être informés sur les moyens d'y parvenir, ainsi que le droit aux meilleures conditions de santé possibles tant sur le plan de la sexualité que sur le plan de la procréation¹¹⁹. » Ces droits pour l'accès à la planification familiale ont été notifiés dans de nombreux textes de référence internationaux.

> cf. annexe 1.

Toutes les personnes qui le souhaitent devraient avoir accès à la planification familiale, y compris les adolescents

ou les personnes non mariées. En aucun cas une méthode de planification familiale ne devra être prise sous la contrainte, cela constituant une violation en matière de droit des individus. Les femmes et leurs partenaires ont le droit d'être informés et d'avoir accès à des méthodes de planification familiale sûres, efficaces, abordables et acceptables. Les personnes doivent pouvoir effectuer un choix éclairé. L'accès à toutes les méthodes existantes devrait être possible pour chaque usager, y compris la contraception d'urgence¹²⁰.

c/Les services de qualité

Les services de planification familiale s'intègrent dans le continuum de soins et doivent inclure la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la prise en charge spécifique de certains usagers (adolescents et personnes vivant avec le VIH). Les soins de planification familiale doivent aussi être systématiquement proposés pendant la période du post-partum et du post-avortement.

Les facteurs jouant sur la qualité des services de planification familiale sont les suivants¹²¹ :

- une large gamme de méthodes contraceptives pouvant répondre aux besoins et choix des femmes et des couples y compris les méthodes de long terme (stérilisation, implant, dispositif intra-utérin);
- un personnel de santé qualifié et formé à la planification familiale, capable d'accompagner les couples sans les juger;
- des structures sanitaires suffisantes pour pouvoir assurer une bonne couverture de la population;
- une gestion de stock du matériel

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

121. OMS, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 4^e éd., OMS, 2011.

- et des méthodes contraceptives garantissant la disponibilité continue des différentes méthodes;
- la disponibilité des tests et médicaments permettant le dépistage et le traitement des IST;
- la connaissance de la population de l'existence de ces services et de ce qu'ils peuvent apporter;
- l'accessibilité financière et géographique des services de planification familiale.

Une vigilance particulière sera portée sur les interactions médicamenteuses, notamment avec les médicaments traitant la tuberculose et les antirétroviraux (ex/ pilule œstro-progestative contre-indiquée avec le Ritonavir). Le conseil est également un élément essentiel de la qualité des soins, il est développé ci-dessous.

d/Le conseil en planification familiale

Il se produit chaque année environ 26,5 millions de grossesses non désirées à cause d'une mauvaise utilisation de la méthode, d'un échec de la contraception ou de la non-disponibilité de la méthode. De plus, les désagréments liés à une méthode peuvent inciter une femme à cesser de l'utiliser, décision qui est souvent due à l'absence de choix, à une utilisation incorrecte ou à la peur des effets secondaires, autant de signes d'une défaillance de l'action de conseil et des services de planification familiale.

Les raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives sont diverses¹²² :

- dans environ 45 % des cas, les femmes n'ont pas l'impression qu'elles peuvent être enceintes;
- la peur des effets secondaires et le coût sont invoqués dans environ un tiers des cas;

122. OMS, *Rapport mondial de la santé*, 2005.

→ le refus de la contraception est une cause moins fréquente, mais encore assez importante de non-utilisation, souvent attribuée au conjoint.

Sur les missions France, 62% des femmes qui consultent n'ont jamais utilisé de contraception, essentiellement du fait d'une méconnaissance et de représentations négatives des contraceptifs¹²³.

Même lorsque les femmes ont des connaissances sur les services de planification familiale, des croyances erronées ou des peurs quant aux effets secondaires des méthodes contraceptives, ainsi que des questionnements autour de la religion peuvent parfois être une barrière à l'utilisation des services. Des conseils adaptés aident les femmes ou les couples à choisir la contraception qui leur convient et à l'utiliser de manière appropriée. Cela permet aussi d'éviter la discontinuité dans l'utilisation de méthodes contraceptives.

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

Chaque femme a des besoins différents, il est donc essentiel de laisser les femmes et les couples exprimer leurs besoins. Il faut s'assurer que les femmes utilisent les méthodes efficacement et avec satisfaction. Il faut aussi encourager

123. Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2010*, Octobre 2011.

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

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

les femmes ou les couples à revenir en consultation s'ils le souhaitent et prévoir la consultation suivante.

Une séance de conseil réussie prend en compte tous ces facteurs et demande donc du temps et du personnel qualifié. Il s'agit d'un élément clé d'un service de planification familiale de qualité, tant lors de l'adoption d'une méthode contraceptive qu'au cours des visites de suivi.

e/La contraception d'urgence

La contraception d'urgence désigne une contraception de « secours », utilisable par les femmes dans les quelques jours qui suivent un rapport non protégé pour éviter une grossesse non désirée. Elle n'est pas prévue pour servir de méthode régulière de contraception et il est essentiel lors de son administration de proposer une méthode de contraception à long terme. La contraception d'urgence répond aux droits des femmes d'accéder à la planification familiale, de choisir lorsqu'elles sont confrontées à une possibilité de grossesse et permet de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements à risque. Elle peut être utilisée en cas d'absence de contraception, d'échec de la contraception utilisée (ex/ erreur dans la prise de contraceptifs hormonaux, rupture de préservatifs...) ou en cas de viol. On peut utiliser une méthode hormonale (pilule contraceptive d'urgence, méthode Yuzpe) ou une méthode mécanique (par la pose d'un DIU).

Il est essentiel que les professionnels de santé soient formés à l'utilisation de ces méthodes et à leurs modes d'action afin que les femmes puissent y avoir accès. Cette méthode doit être disponible pour les personnes victimes d'agression sexuelle ainsi qu'en tant que méthode de planification familiale pour les femmes qui le souhaitent.

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

Même si la pilule contraceptive d'urgence est disponible dans de nombreux pays, elle reste encore très faiblement utilisée. En 2007, en France, une enquête sur les femmes demandant à avorter a révélé que plus de la moitié d'entre elles ignoraient le risque de grossesse au moment où elles sont tombées enceintes, ou ne pouvaient pas déterminer le rapport sexuel spécifique à l'origine de leur grossesse ; seule une minorité a utilisé des pilules contraceptives d'urgence. Au Royaume-Uni, une étude sur les usagères des services d'avortement et de soins prénataux a montré que sur 10 femmes ne voulant absolument pas être enceintes, seule une avait eu recours à une pilule contraceptive d'urgence¹²⁴.

Des perceptions erronées sur cette méthode sont nombreuses aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans les pays en développement. Des études innombrables et de nombreuses décennies d'utilisation ont démontré l'innocuité des pilules au lévonorgestrel. De plus, leur mode d'action n'est pas abortif, mais va empêcher l'ovulation et/ou réduire la mobilité des spermatozoïdes, elles n'auront donc pas d'impact sur une grossesse déjà en cours¹²⁵.

La pilule contraceptive d'urgence doit être prise dans les cinq jours pour être efficace. Plus la pilule est prise tôt, plus elle est efficace (méthode efficace entre 75 et 99 % selon le moment de la prise). Par la suite, il sera essentiel de proposer à la patiente une méthode de contraception (plus long terme) lui correspondant.

124. Westley E. et Glasier A., « Contraception d'urgence : dissiper les idées fausses et les croyances erronées », Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 2010;88:243-243.

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

Le dispositif intra-utérin

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

La méthode Yuzpe

Cette méthode permet lorsque la pilule contraceptive d'urgence n'est pas disponible de prendre tout de même une contraception d'urgence ; elle repose sur une modification de la prise de contraceptifs oraux associés, c'est-à-dire de pilules contraceptives contenant un œstrogène et un progestatif¹²⁶.

Le site d'« International Consortium for Emergency Contraception » donne des informations sur l'accessibilité à la pilule contraceptive d'urgence dans chacun des pays (lieu de disponibilité, nécessité d'une prescription, produit disponible)¹²⁷.

f/Usagers nécessitant une attention spécifique

Adolescents

Les données de 94 enquêtes nationales ont montré que les besoins non satisfaits en contraception étaient deux fois plus importants chez les adolescentes sexuellement actives que chez les femmes

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

127. <http://www.emergencycontraception.org/database/pill/viewAllCountry.php>

mariées¹²⁸. Les adolescents ont souvent peu accès aux méthodes contraceptives, ce qui les expose davantage à des risques de grossesses non désirées et d'IST.

L'âge ne constitue pas une contre-indication à des méthodes contraceptives et les critères médicaux d'accessibilité s'appliquent comme pour les adultes. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescent. Le choix de la méthode peut également être influencé chez eux par des facteurs tels que le caractère sporadique des rapports, la nécessité de dissimuler une activité sexuelle et le recours à une contraception.

Il est essentiel de renforcer le conseil pour les adolescents afin de les aider à choisir une méthode qui corresponde à leur besoin et qui leur convienne. Les taux d'abandon des méthodes contraceptives sont plus importants chez les adolescents que chez les adultes.

L'adolescent peut aussi chercher au sein des services de planification familiale des informations sur ses changements corporels, la sexualité, les IST... Des enquêtes ont montré que des interventions combinant éducation pour la santé et services de planification familiale permettaient de réduire le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes¹²⁹.

Les femmes victimes de violences

Jusqu'à 40 % des femmes demandant une interruption de grossesse ont subi des violences sexuelles et/ou physiques à un moment ou à un autre de leur vie¹³⁰. Violences et grossesses non désirées

128. UNFPA, *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All*, 2008.

129. Oranganje C. et al., *Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2009.

130. OMS, *Rapport mondial de la santé*, 2005.

sont parfois liées. Il est donc essentiel lors de la prise en charge des victimes de violences de prévenir les grossesses non désirées. Si la femme se présente à une équipe médicale dans les cinq jours suivant l'agression, un test de grossesse devra être réalisé et une contraception d'urgence sera proposée.

> cf. guide « Prévention et réponse aux violences liées au genre » de Médecins du Monde et 3A « Violences liées au genre ».

En l'absence de test de grossesse, la contraception d'urgence hormonale doit tout de même être proposée à toute femme qui présente un risque de grossesse non désirée, sachant que cette contraception n'a pas d'incidence sur une grossesse en cours.

g/ Distribution à base communautaire

De nombreux programmes ont montré que la distribution à base communautaire de contraceptifs pour améliorer l'accès à la planification familiale était efficace. Au Pakistan, six études ont montré que le taux de prévalence contraceptive avait augmenté de 12 % à 33 % après un an de cette pratique. C'est aussi le cas dans diverses études réalisées en Afrique, où la distribution de contraceptifs injectables à base communautaire a permis de désengorger les centres de santé en décentralisant les services de planification familiale, notamment grâce à des agents de santé communautaires¹³¹.

Une consultation technique réalisée en 2009¹³² à ce propos a conclu que les agents communautaires peuvent administrer

des contraceptifs injectables en toute sécurité et efficacité. Contrairement aux pilules contraceptives et aux préservatifs facilement disponibles dans les pharmacies, les méthodes contraceptives injectables nécessitent une personne formée pour réaliser l'injection. Il est donc essentiel de former les agents de santé communautaires et de les suivre dans leur activité. Ce type d'activité permet d'élargir le choix de méthodes contraceptives offert aux populations mal desservies et de réduire les besoins non satisfaits en planification familiale.

h/ Infécondité¹³³

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

L'infécondité touche en moyenne un couple sur 10 dans le monde. En Afrique subsaharienne, plus de 30 % des femmes âgées de 25 à 49 ans souffraient d'une infertilité secondaire en 2004¹³⁴.

Elle peut résulter de différents facteurs ou conditions chez la femme, l'homme ou le couple. Les maladies infectieuses, y compris les infections sexuellement transmissibles, sont une des causes majeures d'infécondité. En effet, sans traitement adapté, certaines IST telles

que la chlamydia et la gonorrhée peuvent affecter l'appareil génital et engendrer une infécondité. Des infections du post-partum ou post-avortement peuvent également conduire à une infécondité, réversible ou non.

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

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

i/ IST/VIH (double protection)

Plus de 80 % des infections à VIH sont transmises par voie sexuelle ; et les relations non protégées se traduisent chaque année par quelque 80 millions de grossesses non désirées, 340 millions d'infections sexuellement transmissibles curables et 2 millions de nouvelles infections à VIH¹³⁵. Il devient donc impératif de relier étroitement ces domaines au sein des services de planification familiale. De plus, les IST sont une cause majeure d'infécondité. Il est donc important de les dépister et de les traiter afin de pouvoir aider les couples ayant des difficultés à concevoir un enfant.

Le préservatif féminin ou masculin est le seul moyen contraceptif pour prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et les IST. Les services de planification familiale doivent promouvoir la double protection consistant à prévenir les

grossesses non désirées et les IST, soit par le préservatif seul, soit par le préservatif associé à une autre méthode contraceptive. Il faut faire davantage connaître auprès de ceux qui ont recours à la planification familiale l'avantage supplémentaire des préservatifs, la protection efficace contre les infections, afin qu'ils puissent choisir librement et en connaissance de cause leur méthode de contraception. Cette double protection devra être promue également au niveau des hommes, des jeunes et des populations à haut risque d'IST de manière à expliquer l'importance et l'intérêt de l'utilisation du préservatif.

De même, les services de planification familiale doivent jouer un rôle essentiel dans la lutte contre le VIH/sida en offrant aux femmes, aux hommes et aux couples le dépistage et le conseil volontaire. Des conseils appropriés en termes de planification familiale seront également offerts aux couples séropositifs.

j/ Cancer du col de l'utérus^{136,137,138}

Chaque année, 270 000 femmes décèdent des suites d'un cancer du col de l'utérus, et 85 % des décès ont lieu dans des pays à faible revenu. En Afrique, dans 80 % des cas, le diagnostic est établi à des stades avancés de la maladie, essentiellement du fait d'un manque d'informations et de services de prévention. Néanmoins, il a été démontré que les programmes de dépistage pouvaient réduire substantiellement la morbidité et la mortalité associées à ce cancer.

La stratégie de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses du col de

131. UNFPA, PATH, « Reducing unmet need for family planning: Evidence based strategies and approaches », *Outlook*, vol. 25 n° 1, November 2008.

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

133. OMS, *Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, 2011.

134. Cleland J. et al., *Family Planning: the unfinished agenda*. *Lancet* 2006;368:1810-27.

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

136. OMS, *La lutte contre le cancer du col de l'utérus*, Guide des pratiques essentielles, 2006.

137. ACCP, *Prévention du cancer-cervical, Aide-mémoire: Constats récents sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les pays à faible revenu*, 2011.

138. WHO/IARC/APHRC, *Prevention of Cervical Cancer Through Screening Using VIA and Treatment with Cryotherapy*, WHO, 2012.

l'utérus, la plus efficace et la plus efficiente, dans les pays à faible revenu consiste à dépister en utilisant soit l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA), soit le test ADN du virus du papillome humain (VPH), et ensuite à traiter par cryothérapie. La cryothérapie est une méthode sûre de traitement des lésions précancéreuses du col et permet un taux de guérison d'au moins 85 % lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels de santé qualifiés.

La combinaison du dépistage immédiat et du traitement par cryothérapie permet d'apporter une réponse immédiate aux femmes; ce qui est essentiel dans les contextes où l'accessibilité des services est limitée. Tandis que la sensibilité des méthodes d'inspection visuelle n'est pas aussi élevée que celle des tests ADN-VPH, et que leurs résultats varient davantage en fonction des études, la plupart des recherches ont permis de constater que leur sensibilité est aussi élevée, voire supérieure, à celle de la cytologie. En outre, L'IVA peut être mise en place dans de nombreuses régions à faible revenu, ce qui n'est pas le cas de la cytologie du fait des infrastructures qu'elle requiert.

Lorsque les femmes ne peuvent bénéficier du dépistage qu'une seule fois dans leur vie, ce doit être de préférence entre 35 et 45 ans. Les études récentes démontrent que pour une plus grande efficacité et compte tenu des ressources limitées, il faut essentiellement cibler les femmes de plus de 30 ans pour le dépistage. En effet, il est très rare de dépister un cancer du col chez des femmes de moins de 30 ans puisque l'évolution de la maladie est lente; entre dix et vingt ans pour progresser d'un stade précancéreux précoce jusqu'au stade de cancer invasif.

4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place des services de planification familiale de qualité dans les structures de santé^{139,140}:

Médicaments

- **anémie**: fer + acide folique (per os);
- **anesthésiant local**: lidocaïne (injectable et ou spray dermique);
- **solutions antiseptiques**: polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique);
- **contraceptifs**: pilules œstro-progestatives (per os), pilules progestatives (per os), pilule d'urgence: lévonorgestrel, progestatifs injectables (IM), œstro-progestatifs injectables (IM), DIU au cuivre et/ou avec des progestatifs, implants contraceptifs, méthodes locales (spermicides...);
- **traitement des IST**: benzathine-pénicilline (IM), érythromycine (IV), azythromicine (per os), cefixime (per os), ceftriaxone (IV), métronidazole (per os), acyclovir (per os), clotrimazole (comprimé ou crème vaginale);
- **traitement VIH**: selon protocoles nationaux (en fonction des contextes épidémiologiques).

139. WHO. *Package of interventions for family planning, Safe abortion, Maternal, newborn and child health.* WHO, 2006

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

Consommables

- de base; > cf. annexe 2.
- fils de sutures résorbables (vicryl 3,0), lames de bistouri;
- champs propres;
- liés aux précautions universelles et à l'hygiène;
- pour le suivi des patients : carnet de santé, registres.

Matériels médicaux

- les essentiels; > cf. annexe 2.
- **boîtes d'instruments**: boîte pour pose et retrait d'implant, boîte pour pose et retrait de DIU, boîte pour minilaparotomie pour la ligature des trompes de Fallope (dans centre de référence/SOUC), boîte pour vasectomie sans scalpel (dans centre de référence/SOUC);
- > voir détails dans l'annexe 2.
- **fourniture de bloc** pour les centres offrant la stérilisation féminine ou masculine;
- **stérilisateur** (selon recommandation nationale).

Tests médicaux

- **test rapide VIH** (en fonction des contextes épidémiologiques);
- **test rapide syphilis.**

Vaccins

- vaccin antitétanique.

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets devront être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels devront être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées. > cf. documents internes « Politique du médicament » et « Cycle de gestion du produit pharmaceutique »¹⁴¹.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents :

Taux de prévalence contraceptive

Cet indicateur permet de connaître l'impact de nos projets (nécessite des projets sur le long terme). Il permet aussi de voir si une intervention qui vise à renforcer les services de planification familiale est justifiée compte tenu de la situation du pays/de la région. Il doit être analysé pour plus de pertinence en parallèle des besoins non satisfaits en planification familiale. Il nécessite une enquête populationnelle de type CAP (connaissances, attitudes, pratiques) pour être mesuré (en début et en fin de projet), il peut aussi être mesuré au niveau national et régional par des enquêtes DHS (enquête démographique de santé).

Besoins non satisfaits en planification familiale

Cet indicateur permet de savoir quelles sont les femmes souhaitant espacer ou ne plus avoir de grossesses ne prenant pas de méthode

141. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

de contraception et donc de connaître les écarts entre l'offre et la demande de soins. Il permet d'identifier une population cible à risque de grossesse non désirée et qui doit être la cible d'un projet de planification familiale. Cet indicateur est mesuré par des enquêtes. Il peut être calculé au niveau national et régional par des enquêtes DHS.

Proportion de structures de santé, soutenues par MdM, prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins trois méthodes modernes de planification familiale

Cet indicateur permet de s'assurer de la disponibilité d'un service de planification familiale de qualité, appuyant sur l'importance de personnels qualifiés et d'une offre diversifiée pour s'adapter aux besoins de la population couverte. Il est important de s'assurer que la disponibilité des méthodes est assurée sur le long terme.

Couple année de protection

Cet indicateur permet de faire une estimation de la protection contre la grossesse fournie par les services de planification familiale sur une période d'un an, basée sur la quantité de tous les contraceptifs distribués aux usagers pendant cette même année. Il permet d'avoir un suivi de l'utilisation de contraceptifs lorsque le taux de prévalence contraceptive n'est pas disponible. La valeur de l'indicateur est calculée en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée aux usagers par un facteur de conversion qui donne une estimation de la durée de la protection contraceptive conférée par unité de cette méthode (par exemple 15 cycles de pilules correspondent à 1 couple année de protection et 1 DIU correspondent à 3,5 couples années de protection).

> Pour plus d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de MdM¹⁴².

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les services de planification familiale soient réalisés dans le respect des personnes. Les données médicales doivent être protégées.

> Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain¹⁴³ ».

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales de planification familiale > axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa

En investissant davantage dans les services de planification familiale, les gouvernements peuvent permettre aux femmes d'accéder à leur droit fondamental de décider de leur reproduction tel que décrit dans les textes internationaux. Ainsi, ils permettent aussi d'améliorer la santé des femmes et des enfants et de promouvoir des changements sociaux et économiques majeurs. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements

et politiques vers un développement et une intégration de ces services. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- l'accès aux services de planification familiale de qualité est possible sur tout le territoire, notamment auprès des populations en situation de plus grande vulnérabilité ;
- des protocoles nationaux pour les services de planification familiale incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés.

Réduire les barrières à l'accès aux services de planification familiale

> axe création de milieux favorables

Parmi les efforts concernant l'accès aux services de planification familiale, il convient d'identifier et d'éliminer les barrières financières, juridiques, socioculturelles, géographiques qui constituent un obstacle. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux services de planification familiale et à l'utilisation de la contraception ;
- le statut des femmes au sein de la communauté est amélioré afin qu'elles aient le pouvoir de prendre des décisions cruciales pour leur propre santé ;
- les couples ont accès à des méthodes contraceptives modernes gratuites ou abordables ;
- des médiateurs-traducteurs sont formés et travaillent dans les services de planification familiale afin de faciliter le lien entre les soignants et les communautés (dans les contextes où les professionnels de santé et les usagers ne partagent pas la même langue, la même réalité socioculturelle...).

Améliorer l'offre de soins de planification familiale

> axe réorientation des services de santé

Les services de planification familiale doivent faire partie intégrante des soins de santé essentiels ou primaires pour en faciliter l'accès. L'offre de services de planification familiale doit être de qualité et proposer des soins adaptés aux besoins des femmes, des hommes et des couples.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un large éventail de méthodes contraceptives modernes (y compris la contraception d'urgence) est proposé aux femmes, aux hommes et aux couples dans les services de planification familiale ;
- les services de planification familiale sont culturellement adaptés aux femmes, à leur famille et leur communauté pour faciliter leur utilisation ;
- la gestion de l'approvisionnement des méthodes contraceptives est renforcée via la formation et l'accompagnement des personnels de santé dans les structures sanitaires ;
- la double protection est promue et des préservatifs masculins et féminins sont proposés ;
- les personnels de santé chargés des services de planification familiale ont amélioré leurs compétences via la formation initiale et continue ;
- les équipes cadres réalisent des supervisions formatives adaptées et régulières auprès des acteurs de santé dans les services de planification familiale ;
- les services sont adaptés aux adolescents et répondent à leurs besoins.

COLOMBIE – Planning familial

« La communauté est sensibilisée et impliquée afin d'établir un réseau de soutien communautaire précieux »

142. Inklus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

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

qui informe sur la disponibilité d'une large gamme de contraceptifs fournis par les actions mobiles de proximité et qui sont les mêmes que ceux fournis par l'État colombien, y compris les contraceptifs d'urgence. Lors des activités mobiles en zone rurale, 55 % des femmes avec qui nous avons un contact reçoivent un moyen contraceptif. Nous fournissons aux femmes un stock suffisant de la méthode contraceptive de leur choix afin de garantir la continuité. Nous proposons une promotion des différents moyens de contraception et des conseils grâce au dialogue et à du matériel de communication adapté à la culture locale. Lors des activités mobiles, l'offre est proposée par tous les professionnels et permet l'accès à toutes les femmes. Il s'agit d'un travail d'équipe multidisciplinaire.»

Blanca Arevalo, coordinatrice générale

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

> axe acquisition d'aptitudes individuelles
Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux services de planification familiale et contribue à diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile. En effet, le renforcement des connaissances des femmes leur permettra d'avoir plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient

également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

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

Favoriser l'implication communautaire autour de la planification familiale

> axe renforcement de l'action communautaire
Il peut être intéressant de réfléchir les projets de planification familiale avec la société civile afin d'avoir un impact plus important. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté et du gouvernement. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (leaders religieux, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels...) sont sensibilisés sur l'importance de la planification familiale et encouragent l'utilisation des services de planification familiale

NIGER – L'implication des imams dans la promotion de la planification familiale

« Dans la mise en œuvre des activités de promotion de la planification familiale, dans le district d'Illéla, MdM a impliqué les leaders religieux favorables à la

thématique dans les sensibilisations au niveau communautaire. Des résultats concluants ont été enregistrés en matière de planification familiale au niveau du district avec des progrès enregistrés lorsque l'on compare le taux de prévalence contraceptive du premier trimestre 2011 avant l'intervention, qui était de 18 %, à celui du premier trimestre 2012, de 32 %.»

Adamou Samou,
responsable volet IEC

- des acteurs communautaires ou associations de femmes sont mobilisés pour la diffusion de messages sur les droits sexuels et reproductifs au sein de la communauté et pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs auprès des autorités locales ;

NIGER – L'école des maris

« L'école des maris est une stratégie qui découle du constat que le pouvoir des hommes peut constituer un frein à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Elle a été mise en place au Niger en 2008 par le Fnuap. Au Niger, les hommes sont souvent détenteurs du pouvoir de décision dans leur famille et dans la communauté; ils ont donc un grand rôle à jouer en matière de santé de la reproduction. L'école des maris est un espace de réflexion et de décision pour des maris modèles désireux d'entraîner d'autres maris à changer de comportement. L'équipe cadre du district sanitaire d'Illéla, appuyée par Médecins du Monde,

a décidé de mettre en œuvre cette stratégie. Une première rencontre des acteurs a eu lieu et les centres de santé ayant des indicateurs faibles ont été identifiés. Dans un second temps, l'équipe cadre du district sanitaire et MdM ont sélectionné une ONG locale à Illéla en vue de mener cette activité.»

Hedwige Badou, coordinatrice site

- des agents de santé communautaires sont formés et supervisés pour la distribution de contraceptifs au niveau communautaire (après une première prescription médicale).

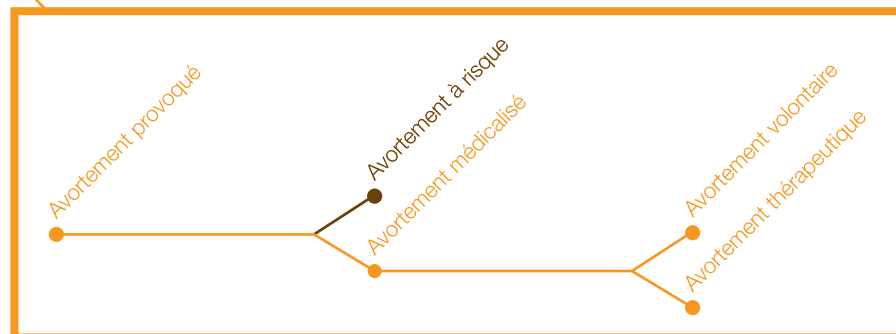
PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

> Pour plus de renseignements, se référer à l'annexe 1 «Éléments du contexte international et national pour orienter nos interventions de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées».

1 / DÉFINITION

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

LES DIFFÉRENTS TYPES D'AVORTEMENT PROVOQUÉS SONT LES SUIVANTS



Un avortement spontané (aussi appelé fausse couche) survient sans intervention alors qu'un avortement provoqué indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse. Une interruption thérapeutique de grossesse peut être réalisée sur indication médicale maternelle (mise en danger de la mère) ou fœtale (grave pathologie fœtale). Elle peut être réalisée selon le contexte légal, au-delà du terme de 22 semaines d'aménorrhée ou au-delà d'un poids de 500 grammes...

L'OMS définit l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme

« une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux. »

Il s'agit donc d'offrir aux femmes le traitement adapté en cas d'avortement spontané, de proposer l'accès à un avortement sans risque dans le cadre de la loi, de proposer une prise en charge des complications d'un avortement et des conseils adaptés avant et après un avortement. Les soins liés à l'avortement sûr pourront également permettre d'identifier d'autres besoins en santé sexuelle et reproductive et d'informer et conseiller les femmes sur la planification familiale.

2 / PAQUET MINIMUM D'ACTIVITÉS

Objectifs

- réduire la mortalité maternelle liée à des avortements à risque ;
- permettre aux femmes d'accéder à leurs droits sexuels et reproductifs ;
- réduire le nombre de grossesses non désirées et soutenir les femmes en situation de grossesse non désirée.

Interventions clés

Les interventions seront adaptées au contexte local ou national après une analyse de celui-ci.

1. Éducation pour la santé

des adolescents, des femmes, de leurs partenaires, des communautés sur la planification familiale et les services disponibles, les grossesses non désirées, la contraception, les conséquences des

rapports non protégés, les rapports sexuels sous la contrainte, les conséquences des avortements à risque, la disponibilité des services de dépistage des grossesses et de prise en charge des grossesses à risque, y compris la pratique d'un avortement médicalisé.

2. Soins pré-avortement : réalisation d'une consultation préalable

- **discussion et conseils** : information sur les options possibles pour la suite de la grossesse (avortement, garder la grossesse, l'adoption), évaluer le soutien autour de la femme, vérifier qu'elle ne subit pas de contrainte, discussion si la femme le souhaite sur les raisons de son choix, informer sur les procédures, les risques et les effets secondaires des différentes procédures ;
- anamnèse et examen clinique ;
- diagnostic et datation de la grossesse (date des dernières règles, examen clinique et si nécessaire : examen de laboratoire ou/et échographie) ;
- dépistage et traitement des IST ;
- traitement antibiotique prophylactique selon le protocole local (recommandé par l'OMS et l'IPPF¹⁴⁴ pour réduire le risque d'infection) en cas d'interruption de grossesse chirurgicale planifiée ;
- conseil en termes de contraception ;
- dépistage et prise en charge ou référencement des femmes victimes de violences liées au genre ;
- prescription d'antalgiques (anti-inflammatoires) notamment lorsque l'avortement médicamenteux est réalisé à domicile.

3. Soins liés à l'avortement sans risque

- prise en charge ou référencement selon le contexte et les possibilités vers une structure prenant en charge les avortements après décision libre et éclairée de la femme. Quel que soit

144. International Planned Parenthood Federation.

le contexte légal, une information complète doit être fournie à la femme;

- choix de la femme sur la méthode d'avortement après information et en fonction des disponibilités dans la structure;
- suivi des protocoles nationaux ou/et internationaux pour la réalisation de l'avortement médical ou chirurgical (aspiration manuelle ou électrique, ou dilatation et évacuation) en fonction du cadre légal et de l'âge gestationnel;
- prise en charge de la douleur des femmes (antalgiques type anti-inflammatoires et/ou anesthésies locales pour les méthodes chirurgicales);
- prise en charge ou référencement des femmes présentant des complications immédiates;
- conseil puis mise à disposition de méthodes modernes de contraception ou référencement vers des structures de référence pour des méthodes contraceptives définitives ou de long terme non disponibles au niveau primaire;
- information de la femme sur les signes d'alerte.

4. Soins post-avortement

(ces derniers doivent être disponibles quel que soit le contexte légal):

- prise en charge ou référencement des avortements incomplets pour aspiration manuelle ou électrique;
- prise en charge des complications liées à un avortement à risque (ou référencement vers un SOUC en cas de nécessité de transfusion et/ou prise en charge chirurgicale);
- prise en charge adaptée de la douleur;
- conseil et mise à disposition de méthodes modernes de contraception ou référencement vers des structures de référence pour des méthodes contraceptives définitives ou de long terme non disponibles au niveau primaire;
- informer les femmes sur le processus de rétablissement et les signes d'alerte (pas de visite de suivi recommandée).

5. Vaccination contre le tétanos lors de la prise en charge d'une femme ayant eu un avortement à risque

6. Identification, prise en charge et soutien des victimes de violences liées au genre

- identification des victimes de violences liées au genre;
- prévention de la violence;
- référencement ou prise en charge des complications résultant des violences (physiques, psychologiques, etc...).

À CONSIDÉRER DANS LES ZONES D'ÉPIDÉMIE GÉNÉRALISÉE DU VIH

7. Counseling et dépistage du VIH à base volontaire puis référencement pour une prise en charge médicale si nécessaire.

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités^{145,146}

En 2008, on estimait le nombre d'avortements provoqués à 43,8 millions. Ce sont ainsi 21 % des grossesses dans le monde qui se terminent par un avortement provoqué; et 49 % de ces avortements sont considérés comme à risque. En 2008, le nombre relatif d'avortements provoqués était inférieur dans les pays présentant une loi libérale sur l'avortement

145. Sadgh G., « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet*, 2012; 379:625-32.

146. Singh S. et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Guttmacher institute, 2009.

par rapport aux pays présentant une loi restrictive. Parallèlement, l'insécurité de l'avortement augmente dans les zones avec des lois restrictives puisque les femmes réalisent l'avortement plus tardivement, avec des techniques non sûres et par du personnel non qualifié, ce qui augmente le risque de complications telles que l'infection, l'hémorragie et l'avortement incomplet.

b / Les risques liés à l'avortement¹⁴⁷

Les risques liés à l'avortement dépendent de la structure où il a lieu, de la personne qui l'effectue, de la méthode utilisée, de la santé de la femme avant l'intervention et de l'âge de la grossesse. La femme peut parfois effectuer elle-même l'avortement ou avec le soutien d'une personne de la communauté ou un personnel soignant hors d'une structure sanitaire.

Les complications de l'avortement ou des soins post-avortement dépendent également de la qualité et de l'accessibilité des soins liés à l'avortement. On estime que 13 % des décès maternels étaient imputables à des avortements non sûrs en 2008, soit environ 47 000 femmes; et que 5 millions de femmes ont eu une incapacité temporaire ou permanente à la suite d'un avortement non sûr. Sur les 8,5 millions de femmes qui présentent des complications liées à un avortement non sûr, 3 millions ne cherchent pas de soins dans les structures de santé. Le coût des complications imputable aux avortements à risque est un fardeau économique pour les femmes et les systèmes de santé publique des pays en développement.

Les complications peuvent être à court terme un avortement incomplet, une hémorragie, une infection, un traumatisme

147. WHO, *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 3rd ed., 2011.

génital, une perforation utérine et/ou une rupture utérine. Des complications à plus long terme peuvent advenir telles que l'infertilité, des douleurs chroniques, des maladies inflammatoires pelviennes. **Cependant, lorsque l'avortement est médicalisé, les complications sont extrêmement rares.**

c / Les obstacles à l'accès à l'avortement^{148,149}

Les obstacles pour l'accès à des soins liés à l'avortement sûr peuvent être nombreux. Ils peuvent être d'ordre juridique (lois sur l'avortement, difficulté des procédures, délais trop courts) ou extra-juridique (manque de structure sanitaire ou de personnel, manque d'information, coût des soins).

> cf. annexe 1.

d / Les méthodes d'avortement¹⁵⁰

Elles seront précédées d'une anamnèse précise et d'un examen clinique.

Méthodes médicamenteuses

Selon l'OMS et l'IPPF, l'avortement médicamenteux est possible quel que soit le terme de la grossesse. Dans ce cadre, et notamment pour un avortement au-delà du premier trimestre de grossesse, l'avortement doit être réalisé à proximité d'une structure proposant une aspiration en cas de complications. Préalablement à l'établissement d'une offre de soins incluant l'avortement médicamenteux, les prestataires devront être formés à l'évaluation de l'âge gestationnel, à l'utilisation des médicaments, à l'évaluation de la complétude de l'avortement (vacuité utérine) et à la prise en charge des complications.

148. Guttmacher institute. *Facts on Induced abortion worldwide*, January 2012.

149. IPPF, *Accès à l'avortement sans risque, Un outil pour évaluer les obstacles juridiques et autres*, 2008.

150. WHO, *Safe abortion care: technical and policy guidance for health systems*, 2012.

L'innocuité et l'efficacité des méthodes médicamenteuses d'avortement au cours du premier trimestre ont été démontrées.

Les études montrent que l'association mifépristone (ou RU486) et une prostaglandine (misoprostol ou géméprost) ont une efficacité comprise entre 95 % et 98 %, tandis que le misoprostol seul est efficace à 75-90 %.

Pendant le coût reste une barrière importante à la possibilité de proposer un avortement médicamenteux par mifépristone. De plus, ce médicament n'est homologué et disponible que dans peu de pays, et un faible nombre d'entre eux sont des pays en développement. Le misoprostol seul est plus largement disponible et moins onéreux que la combinaison des deux médicaments. Par ailleurs, il est essentiel que les dosages de misoprostol soient adaptés aux protocoles nationaux ou internationaux puisque lorsque le misoprostol est sous-dosé, le taux d'avortements incomplets augmente. Dans les contextes où la législation est restrictive, il n'est pas rare que les femmes puissent se procurer dans les marchés ou pharmacies du misoprostol, mais souvent à des doses inappropriées, ce qui augmente les complications.

Pour un avortement médicamenteux, la méthode de choix est l'utilisation de mifépristone associée à du misoprostol (dose unique pour les grossesses jusqu'à 9 SA et doses répétées pour les grossesses supérieures à 9 SA). L'avortement médicamenteux peut se révéler plus long au-delà du premier trimestre de grossesse et nécessite un suivi plus rapproché, incluant notamment la possibilité de réaliser une aspiration en cas d'avortement incomplet.

Pour l'avortement provoqué au cours du deuxième trimestre de grossesse, la technique de dilatation et évacuation est la méthode chirurgicale recommandée. Une formation spécialisée et une pratique régulière sont nécessaires à cette pratique.

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et aspiration électrique intra-utérine (AEIU)

Cette méthode utilise l'aspiration provenant de pompes électriques ou de seringues manuelles de 60 ml reliées à une canule métallique ou en plastique pour l'évacuation utérine. Elle peut être réalisée en consultation externe, sous anesthésie locale. L'AMIU fait partie des éléments essentiels des soins obstétricaux d'urgence de base ou SOUB.

> cf. 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

Elle est pratique et sûre, notamment dans les pays en développement puisqu'elle ne nécessite pas d'électricité et très peu d'entretien du matériel. L'aspiration électrique intra-utérine (AEIU), qui fonctionne sur le même principe mais avec une aspiration plus importante, est donc plus efficace à la fin du premier trimestre de grossesse.

L'AMIU ou AEIU est l'intervention clé dans le cadre de l'avortement incomplet. Elle est plus facile à réaliser et à enseigner qu'un curetage. Elle est aussi plus rapide et moins douloureuse que la méthode dilatation et curetage. On rapporte des taux de 95 % à 100 % d'avortements complets. En cas d'avortement incomplet, la méthode médicamenteuse peut aussi être utilisée. Elle est aussi efficace dans le cadre des avortements provoqués médicalisés (thérapeutiques ou volontaires) jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

Après 14 semaines d'aménorrhée, il est recommandé une dilatation et évacuation. Il s'agit d'abord de dilater le col de l'utérus puis de réaliser une évacuation à travers l'aspiration et l'utilisation de pince-forceps.

La méthode dilatation et curetage n'est plus recommandée, car plus douloureuse et avec un risque important de complications, et doit donc être remplacée par la méthode AEIU ou AMIU ou par une méthode médicamenteuse.

En résumé, les méthodes préconisées pour l'avortement médicalisé en fonction du terme sont :

≤ 14 SA	> 14 SA
Avortement médicamenteux : Mifépristone associé au misoprostol (ou misoprostol seul) ou AMIU/AEIU	Dilatation et évacuation ou Avortement médicamenteux : Mifépristone associé au misoprostol (ou misoprostol seul)

Pour les avortements incomplets, l'utilisation de l'AMIU ou AEIU est recommandée. La gestion des avortements incomplets peut aussi se faire à travers l'utilisation de misoprostol.

e/Le conseil tout au long des soins liés à l'avortement sûr

Un conseil de qualité et une écoute attentive de la femme et de ses besoins sont des éléments essentiels des soins pour un avortement sûr. Ils seront nécessaires à chaque étape de la prise en charge. Ils doivent être pratiqués par du personnel qualifié sans jugement ou discrimination à l'égard de la femme ou du couple souhaitant interrompre une grossesse.

Si la femme est accompagnée, il est important d'avoir un moment seul avec elle afin d'évaluer si elle est soumise à des pressions et si elle a été victime de violences liées au genre, particulièrement si elle est mineure. Le conseil et l'écoute sont également le garant d'un consentement éclairé et libre de toute pression et de toute contrainte. La femme devra signifier son

consentement éclairé soit par écrit soit par oral en fonction des contextes.

Le conseil doit aborder les thèmes suivants : les différentes options liées à cette grossesse (adoption, interruption, la mener à terme), les différentes procédures d'interruption de grossesse, pour que la femme puisse choisir lorsque c'est possible la procédure d'interruption de grossesse, y compris les étapes de soins, les bénéfices et risques ainsi que les effets secondaires des médicaments, les signes d'alerte lors du retour à domicile, la contraception, la prévention des IST, y compris le VIH.

De plus, il est important de garantir la confidentialité et le respect de l'intimité et de la culture des patientes. Il peut aussi être important de protéger les dossiers des patientes¹⁵¹.

f/La contraception post-avortement¹⁵²

Il s'agit d'un élément essentiel des soins complets liés à l'avortement. Des études ont montré que dans tous les pays, plus le taux de prévalence contraceptive est important, plus le taux d'avortements provoqués diminue. À l'inverse, plus les besoins non satisfaits en contraception sont importants, plus le taux d'avortements augmente¹⁵³.

La question de la contraception doit être abordée à chaque visite (visite préalable, lors des suites immédiates de l'avortement et à la visite de contrôle et de suivi). Il s'agit de proposer un conseil approprié **> cf 2E « Planification familiale »**, en expliquant à la femme quand elle peut être à nouveau

151. Dromer C. et al., *Pour une éthique de terrain, Gestion des données personnelles sensibles*, MdM, 2010.
152. IPPF, *Interruption volontaire de grossesse au premier trimestre : protocoles et directives. Procédures chirurgicales et médicamenteuses*, 2009.
153. Gilda Sedgh and al., *Induced abortion : incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, *The Lancet*, 2012;379:625-32.

enceinte, les différentes méthodes contraceptives et leurs risques et bénéfices, l'existence de la contraception d'urgence, l'espacement minimal entre un avortement et une grossesse, qui est de six mois, afin que la femme puisse récupérer physiquement (notamment dans le cadre d'un avortement spontané), les IST et la double protection. Il est également important de discuter aussi des difficultés d'utilisation de la contraception si la femme utilisait une méthode contraceptive avant cette grossesse pour mieux pouvoir la conseiller. La femme devrait partir avec une méthode contraceptive qui lui convient, choisie par elle et qu'elle puisse se procurer facilement. L'acceptation de la contraception est meilleure lorsqu'elle est proposée sur le lieu initial de traitement.

L'insertion immédiate d'un DIU après l'avortement (qu'il ait été provoqué ou signalé comme « spontané ») est à la fois sans danger et pratique¹⁵⁴. De même l'implant, les pilules et injectables œstro-progestatifs ou progestatifs, la stérilisation masculine ou féminine, les préservatifs peuvent être utilisés tout de suite après un avortement¹⁵⁵.

4 / MÉDICAMENTS ET MATÉRIELS MÉDICAUX NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de soins liés à l'avortement dans les structures de santé¹⁵⁶.

154. Nguyen Thi Nhu Ngoc, *Insertion d'un dispositif intra-utérin immédiatement après l'avortement : Commentaire de la BSG* (dernière révision: 18 janvier 2005), OMS, 2005.

155. OMS, *Planification familiale après avortement : guide pratique à l'intention des responsables de programme*, 1997.

156. OMS, Fnuap, Unicef, Banque mondiale,

Médicaments

- **anémie**: fer + acide folique (per os);
- **anesthésiant local**: lidocaïne (injectable et ou spray dermique);
- **analgésiques**: anti-inflammatoires;
- **misoprostol + mifépristone** selon la disponibilité;
- **solutions antiseptiques**: polyvidone iodée (solution dermique et vaginale), chlorhexidine (solution dermique);
- **contraceptifs**;
- **traitement des IST**;
- **antibiotiques**.

Consommables

- **de base**;
- **champs propres**;
- **liés aux précautions universelles et à l'hygiène**;
- **pour le suivi des patients**: carnet de santé, registres.

Matériels médicaux

- **les essentiels**;
- **matériel pour AEIU, AMIU et dilatation et évacuation**: 1 boîte à instrument, une pince porte tampon de Cheron, un spéculum de Collin 35 et un spéculum de Collin 25 mm, un hystéromètre de Martin flexible, une cupule 100 ml, une pince Pozzi, une pince de Muzeux, 1 dilateur de Hégar de 3 à 16 mm de diamètre,

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, Guide destiné à la sage-femme et au médecin, 2004.

- **canules d'aspiration de 4 à 12 mm de diamètre, une pince Longuette, une pince en cœur, le matériel d'aspiration**: raccord métallique, tuyau souple, aspirateur électrique et silencieux, permettant d'obtenir une dépression réglable jusqu'à 800 mbars ou une seringue d'aspiration à butée permettant d'obtenir une dépression de 600 mbars;
- **matériel pour installation des contraceptifs**;
- **stérilisateur** (selon recommandation nationale).

Tests médicaux

- **test rapide syphilis**;
- **test de grossesse urinaire**;
- **test rapide VIH** (en fonction des contextes épidémiologiques).

Vaccins

- **vaccin antitétanique**.

> **Pour la prise en charge des complications, se référer à la fiche soins obstétricaux.**

En cas de nécessité, un transfert vers un centre proposant les soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) pourra offrir une prise en charge du type dilatation et évacuation ainsi qu'une transfusion ou la prise en charge d'une infection.

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets devront être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels devront être réalisés selon les critères

de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées.

> cf. documents internes « **Politique du médicament** » et « **Cycle de gestion du produit pharmaceutique** »¹⁵⁷.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins.

Nombre de structures de santé soutenues par MdM disposant de SOUB/SOUC

Cet indicateur permet d'évaluer le nombre de structures soutenues par MdM équipées avec du matériel d'AMIU et avec du personnel qualifié capable de l'utiliser; ce matériel étant essentiel pour la prise en charge des soins post-avortement.

Nombre de personnels formés à la prise en charge pré et post-avortement

La prise en charge de qualité des soins pré et post-avortement dépend de la formation du personnel de santé par rapport au conseil adapté mais aussi à l'utilisation de l'AMIU et AEIU. Cet indicateur permet d'évaluer la qualité des soins et de savoir si dans chaque structure du personnel compétent existe. Cet indicateur permet également de mettre en valeur la thématique puisque ces soins sont essentiels quel que soit le contexte légal autour de l'avortement.

Taux de femmes ayant reçu des conseils adaptés et une méthode contraceptive avant leur sortie de la structure de santé après un avortement spontané ou provoqué

157. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net.

Cet indicateur permet de lier les soins liés à l'avortement et la planification familiale. Le conseil et la mise à disposition de méthodes contraceptives sont un élément important de la prise en charge, que l'avortement soit spontané ou provoqué.

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins liés à l'avortement soient réalisés dans le respect des personnes. Les données médicales doivent être protégées.

> Il est recommandé de voir à ce propos le document «Pour une éthique de terrain¹⁵⁸».

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales de soins liées à l'avortement sûr

> axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa
Les soins liés à l'avortement devraient être pris en compte dans les politiques nationales de santé. En effet, quelle que soit la loi, les femmes devraient, a minima,

être prises en charge pour des soins pré et post-avortement. Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques vers une prise en compte et un renforcement de ces services. Ces actions peuvent se faire via un appui technique aux instances décisionnelles telle que le ministère de la Santé ou par des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- des protocoles nationaux de soins liés à l'avortement sûr sont établis et diffusés ;
- la politique de formation de personnels de santé qualifiés pour les soins pré et post-avortement et pour l'interruption de grossesse est renforcée ;
- en cas de dépénalisation de l'avortement, une régulation claire et adaptée favorise l'implémentation des services de santé ;
- la contraception d'urgence est autorisée dans le pays et accessible aux femmes qui souhaitent l'utiliser ;
- la prise en charge des complications post-avortement est réalisée de façon gratuite dans les services SOUC ;

HAÏTI – Plaidoyer sur la prise en charge des soins post-avortement

« Les avortements incomplets au sein de la population des femmes en âge de procréer venant consulter dans les cliniques de MdM de Port-au-Prince (Haïti) étaient un vrai problème de santé publique. Les avortements provoqués représentaient une large proportion (86 %) au sein de l'ensemble des avortements incomplets. Face à la gravité des complications et à la difficulté de référence de ces cas, MdM a mené une enquête prospective sur dix semaines afin de sensibiliser le ministère de la Santé et les autorités sanitaires, les agences onusiennes intervenant dans le domaine de la santé

et les autres organisations non gouvernementales sur ce problème. Les résultats ont été largement partagés et ont donné lieu à de nombreuses discussions sur le système de référence à mettre en place et la possibilité d'un accès aux soins gratuits pour ces urgences souvent vitales. Après plusieurs mois de plaidoyer, l'OMS a accepté de prendre en charge gratuitement tous les cas d'avortements incomplets dans les 21 hôpitaux du pays qu'elle soutenait, dans le cadre de son programme SOG [soins obstétricaux gratuits]. »

Myriam Pomarel, coordinatrice médicale volante desk Urgence

- les associations de la société civile sont soutenues par MdM afin de renforcer leur plaidoyer pour l'adoption de lois non restrictives sur l'avortement

URUGUAY – Partenariat en faveur de l'accès à l'avortement sûr et légal

« Depuis 2010, le projet de Médecins du Monde France en Uruguay appuie deux organisations de la société civile qui sont fortement impliquées dans la promotion et la défense des droits sexuels et reproductifs. L'une est une organisation de professionnels de santé, Iniciativas Sanitarias, qui est précurseur dans son domaine et l'initiatrice d'une stratégie de réduction des risques des grossesses non désirées devenue une politique d'envergure nationale depuis 2011. L'autre est une organisation féministe, Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), qui, depuis plus de vingt ans, mène une campagne

en faveur de la légalisation de l'interruption de grossesse. Cette campagne est soutenue par MdM. La collaboration avec MdM constitue un soutien pour notre partenaire, ce qui lui permet de participer aux débats citoyens, d'intervenir dans les médias, de s'organiser avec d'autres organisations sociales et d'intégrer à cette campagne de nouvelles formes de citoyenneté active via les réseaux sociaux. »

Carine Thibaut, coordinatrice générale
www.medicosdelmundo.org.uy

Réduire les barrières à l'accès aux soins liés à l'avortement sûr

> axe création de milieux favorables

Même si d'autres obstacles existent, la législation constitue une barrière particulièrement importante. Dans un grand nombre de pays, les lois sont un frein à l'accès des femmes à des soins liés à l'avortement sûr. Il paraît également essentiel que les femmes et les couples connaissent leurs droits en santé sexuelle et reproductive. Il est important d'analyser les différents freins à l'accès à l'avortement sans risque et légal :

- le statut des femmes au sein de la communauté est amélioré afin qu'elles aient le pouvoir de décider quand et combien d'enfant elles souhaitent avoir ;
- les femmes et leurs partenaires ont acquis des connaissances sur leurs droits en termes de santé sexuelle et reproductive, y compris concernant l'avortement ;
- les femmes ayant droit (selon la législation) à un avortement y ont accès dans des conditions médicales sûres et abordables financièrement.

Améliorer l'offre de soins liés à l'avortement sûr

> axe réorientation des services de santé

Les services liés à l'avortement sûr doivent

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

faire partie des éléments fondamentaux des soins de santé primaires pour en faciliter l'accès. C'est pour cela notamment que l'AMIU fait partie des SOUB. Il est essentiel que des soins de qualité liés à l'avortement sûr soient mis en place de façon à réduire la mortalité et la morbidité maternelles liées à l'avortement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- la formation initiale et/ou continue du personnel de santé est renforcée concernant la prise en charge des soins liés à l'avortement sûr, notamment sur l'AMIU ;
- un large éventail de méthodes contraceptives modernes (y compris la contraception d'urgence) est proposé aux femmes dans les services proposant les soins liés à l'avortement ;
- les structures de santé sont équipées en matériel et médicaments pour réaliser les soins liés à l'avortement sûr ;
- les femmes présentant un avortement incomplet ou des complications après un avortement sont prises en charge et référées si nécessaire vers une structure adaptée ;
- le personnel de santé a travaillé sur sa façon d'appréhender la question de l'avortement de façon à offrir une prise en charge appropriée et sans discrimination aux femmes souhaitant un avortement ;
- (lorsque le cadre législatif le permet) les femmes souhaitant un avortement reçoivent une prise en charge de qualité dans les structures de santé (soins pré et post-avortement, mise à disposition des méthodes médicamenteuses et de l'aspiration manuelle intra-utérine, planification familiale post-avortement) ;
- les réseaux de pharmacies « sûres » sont créés de façon à dispenser une information appropriée concernant l'avortement médicamenteux lorsque les femmes s'adressent à elles ;

MEXIQUE – Atelier sur les grossesses non désirées

«Un atelier "Prise en charge médicale et psychologique des grossesses non désirées au Chiapas" a eu lieu. Il s'agissait d'ouvrir le débat sur l'avortement à travers un angle socialement plus approprié. En effet, l'État du Chiapas rend illégal toute interruption de grossesse, excepté lorsque qu'elle fait suite à une violence sexuelle, lorsque la vie de la mère ou du fœtus à naître est en danger. Pendant deux jours, des intervenants ont abordé les causes, les conséquences d'une grossesse non désirée ainsi que les moyens et protocoles modernes pour interrompre la grossesse dès lors que la loi le permet. 91 participants des centres de santé, toutes disciplines confondues, ont échangé sur ces sujets, ce qui a permis d'aboutir à deux recommandations principales :

- la prévention des grossesses non désirées implique un effort supplémentaire en promotion et distribution de moyens de contraception dans les centres de santé, y compris la contraception d'urgence ;
- la profession médicale doit s'attacher à préserver la santé du patient et se détacher des barrières culturelles ainsi que du jugement qui entravent son service.»

Romain Lejeune, coordinateur général

Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé pour les femmes, les couples et les communautés

> axe acquisition des aptitudes individuelles
Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux soins liés à l'avortement

sûr et contribue à diminuer la mortalité maternelle. En effet, le renforcement des connaissances des femmes concernant leurs droits en santé sexuelle et reproductive leur permettra d'avoir plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux soins. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes/adolescentes ainsi que les hommes/adolescents ont amélioré leurs connaissances en matière de prévention et de prise en charge des grossesses non désirées ;
- les femmes connaissent leurs droits en santé sexuelle et reproductive, notamment celui d'accéder à la planification familiale et à un avortement sûr.

Favoriser l'implication communautaire autour des soins liés à l'avortement sûr

> axe renforcement de l'action communautaire

Il est indispensable de réfléchir les projets liés à l'avortement sûr avec les acteurs de la société civile afin d'avoir un impact plus important. Les projets sont plus efficaces lorsqu'ils sont exécutés dans le cadre d'un effort concerté et avec un engagement conjugué de la communauté, de la société civile et du gouvernement.

Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (associations de femmes, leaders communautaires et religieux, accoucheuses traditionnelles, guérisseurs traditionnels...) sont sensibilisés sur les droits en santé

sexuelle et reproductive, les services légaux d'avortement, et l'orientation des femmes ;

- des associations de la société civile se mobilisent pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs des femmes et des couples.



3

OFFRES
DE SOINS
TRANSVERSALES

3A PAGE 131

VIOLENCES LIÉES AU GENRE

- 131 1/Définitions
- 132 2/Place dans le continuum de soins
- 132 3/Comprendre la problématique
 - 132 a/Généralités
 - 133 b/Causes
 - 133 c/Conséquences
 - 134 d/Prévention
 - 134 e/Prise en charge
- 135 4/Cas spécifique des mutilations génitales féminines
 - 135 a/Définition
 - 136 b/Place dans le continuum de soins des mutilations génitales féminines
 - 137 c/Comprendre la problématique
- 139 5/Matériels et médicaments nécessaires
- 139 6/Indicateurs de référence
- 140 7/Modalités d'intervention

3B PAGE 145

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH

- 145 1/Définition
- 146 2/Place dans le continuum de soins
- 147 3/Comprendre la problématique
 - 147 a/Généralités
 - 153 b/Barrières à la PTME
 - 154 c/Conséquences pour l'enfant
 - 155 d/Offre de soins par Médecins du Monde
- 156 4/Matériels et médicaments nécessaires
- 156 5/Indicateurs de référence
- 157 6/Modalités d'interventions

3C PAGE 161

FISTULES OBSTÉTRICALES

- 161 1/Définition
- 162 2/Place dans le continuum de soins
- 164 3/Comprendre la problématique
 - 164 a/Généralités
 - 165 b/Causes et données épidémiologiques
 - 166 c/Conséquences
- 166 4/Matériels et médicaments nécessaires
- 167 5/Indicateurs de référence
- 168 6/Modalités d'intervention

3D PAGE 172

OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX ADOLESCENTS

- 172 1/Définition
- 172 2/Éléments de vulnérabilité
- 174 3/Offre spécifique de soins
- 178 4/Indicateurs

3E PAGE 179

OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX TRAVAILLEURS/EUSES DU SEXE

- 179 1/Définition
- 179 2/Éléments de vulnérabilité : stigmatisation et criminalisation
- 181 3/Offre spécifique de soins
- 185 4/Indicateurs

3F PAGE 186

OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX MIGRANTS

- 186 1/Éléments de vulnérabilité
- 187 2/Offre spécifique de soins
- 188 3/Indicateurs



3 A

VIOLENCES LIÉES AU GENRE

1 / DÉFINITIONS

> Pour approfondir la question, il est recommandé de se référer aux guides de Médecins du Monde « *Violences faites aux femmes, genre, culture et sociétés* » et « *Guide méthodologique : Prévention et réponse aux violences liées au genre* ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la violence est définie comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations¹⁵⁹ ».

Les violences liées au genre (VLG) peuvent se définir comme tout acte qui entraîne ou qui vise à entraîner un préjudice ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique à une femme parce qu'elle est une femme ou à un homme parce qu'il est un homme ou du fait de l'orientation sexuelle d'une personne, y compris la menace de tels actes, la coercition ou la privation

arbitraire de liberté, que cela arrive en public ou dans la vie privée. L'expression « violences liées au genre » est souvent employée afin de mettre l'accent sur les spécificités socioculturelles attribuées aux personnes selon leurs rôles et statuts en tant qu'êtres sexués. « Les violences liées au genre se manifestent par le fait de croyances, de traditions, de comportements ou d'attitudes dommageables envers les individus en fonction de leur sexe¹⁶⁰. »

Les violences liées au genre reflètent et renforcent les inégalités entre les hommes et les femmes et compromettent la santé, la sécurité et l'autonomie des personnes victimes. Elles sont une violation incontestable des droits humains et un problème majeur de santé publique dans tous les pays du monde et toutes les classes sociales.

Typologie de la violence

La violence peut être classée selon :

→ **la nature de l'agression** : violences physiques, sexuelles (viol, harcèlement sexuel...), morales et psychologiques, économiques et sociales (non-accès à l'école pour les filles, mariages forcés...),

159. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, OMS, 2002.

160. Josse E., *Les Violences sexospécifiques à l'égard des enfants*, 2007, www.resilience-psy.com.

l'exploitation, la traite d'êtres humains et les pratiques traditionnelles préjudiciables (mutilations génitales féminines, mariages précoces...);

→ **le lien entre la victime et l'agresseur :**

violence intrafamiliale ou domestique, civile ou communautaire, étatique ou institutionnelle.

2 / PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Les VLG peuvent entraîner des conséquences délétères sur la santé sexuelle et reproductive telles que les IST et le VIH/sida, les grossesses non désirées ou précoces, les avortements à risque, les fistules, les mutilations génitales et leurs conséquences, l'atteinte de la personne dans son intégrité... Compte tenu des interrelations importantes entre violences liées au genre et santé sexuelle et reproductive, tous les projets de SSR devraient prendre en compte les VLG. L'intégration de la thématique VLG dans les projets se fera de façon plus ou moins approfondie en fonction du contexte d'intervention. Cependant, tous les projets ayant une composante en SSR devront intégrer au minimum :

- la prévention des violences ;
- un accueil de qualité sans discrimination et en toute confidentialité ;
- l'identification des personnes victimes de violences ;
- le référencement des victimes de violences sexuelles et/ou physiques vers des services spécialisés identifiés dans le cas où la prise en charge médicale n'est pas possible ;
- le soutien psychosocial ;
- l'accompagnement et la prise en compte des personnes victimes de violences dans les soins de santé sexuelle et reproductive.

> **L'ensemble de ces activités est détaillé dans le « Guide méthodologique : Prévention et réponse aux violences liées au genre » de Médecins du Monde ¹⁶¹.**

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités

Nous pouvons constater que, même si les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent être victimes de violences liées au genre, les femmes et les filles en sont les principales victimes. Cela constitue une illustration symptomatique de la construction sociale inégalitaire entre les hommes et les femmes dans la plupart des sociétés.

La question des VLG est essentielle pour atteindre le troisième Objectif du millénaire pour le développement (OMD) qui concerne l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes. Les VLG ont aussi un impact sur les OMD 4, 5 et 6 ¹⁶².

La plupart des pays n'ont pas ou peu d'informations précises sur la prévalence des VLG. La majorité des cas reportés concerne les victimes ayant cherché et demandé de l'aide (au niveau du système de santé ou juridique). Or les études montrent qu'environ 20% à 70% des femmes maltraitées n'ont jamais parlé de la violence à personne jusqu'à ce qu'elles soient interrogées pour l'étude. Celles qui cherchent de l'aide s'adressent principalement à des membres de leur famille ou à des amis, plutôt qu'à des organismes ou institutions (police,

¹⁶¹. Branchat J., Duplessy C., *Guide méthodologique, Prévention et réponse aux violences liées au genre*, MdM, 2010.

¹⁶². Respectivement « Réduire la mortalité infantile », « Améliorer la santé maternelle », « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ».

système de santé, associations...) ¹⁶³.

Dans les contextes de crise, de violence, de conflit, les données relatives aux VLG sont encore moins disponibles.

Il existe néanmoins quelques données :

Une étude multipays de l'OMS a observé que 15 % à 71 % des femmes signalent avoir été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime à un moment ou à un autre de leur vie ¹⁶⁴.

D'après Amnesty International, les femmes et les filles représentent 98 % des personnes contraintes à l'exploitation sexuelle commerciale. De plus, les personnes victimes de la traite ou d'exploitation sont plus à risque de violences pouvant entraîner des conséquences psychologiques et physiques graves.

En France, d'après l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, 654 000 femmes ont déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles en 2009, soit 20 000 de plus qu'en 2008. Dans la plupart des cas, les violences ont lieu au sein même du foyer. C'est ainsi que tous les deux jours et demi une femme meurt sous les coups de son conjoint, pour un total de 140 femmes tuées en 2009.

b / Causes

Aucun facteur n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes sont violentes envers d'autres ou pourquoi la violence est plus fréquente dans certaines situations que dans d'autres. Il est néanmoins possible de dégager un ensemble de causes communes aux diverses formes de violence. Ces causes sont autant de facteurs de risque pouvant laisser présager de la survenue d'actes de violence. Elles résultent de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux :

¹⁶³. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.

¹⁶⁴. OMS, « La violence à l'encontre des femmes », aide-mémoire n° 239, septembre 2011.

→ les situations de conflit, de post-conflit et de déplacement

des populations exacerbent la violence et occasionnent de nouvelles formes de violence à l'encontre des populations vulnérables et plus particulièrement des femmes et des mineurs. Les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays sont particulièrement touchés. Le recours systématique à des violences sexuelles en tant qu'arme de guerre est largement documenté et constitue une violation grave des droits humains et du droit international humanitaire ;

→ **pendant la grossesse**, il a été constaté une augmentation des actes de violences envers les femmes, notamment des violences domestiques. Ce type de violence touchait en moyenne entre 4 % et 12 % des femmes enceintes dans le monde en 2002, et 50 % de ces femmes subissaient des violences pour la première fois ¹⁶⁵;

→ concernant les personnes infectées par une infection sexuellement transmissible (IST) ou le VIH, **la révélation du statut sérologique** peut conduire à des formes de violences.

c / Conséquences

La violence peut conduire à court et long terme à de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les personnes victimes et leurs enfants, allant jusqu'au décès.

Les effets sur la santé peuvent être des troubles physiques (lésions, infections), des conséquences psychosomatiques (telles que des céphalées, des douleurs du dos, des douleurs abdominales...), des maladies chroniques (invalidité, VIH/sida, fistule obstétricale...), des conséquences pour la santé mentale (des dépressions, des états de stress post-traumatique,

¹⁶⁵. WHO, « Intimate partner violence during pregnancy », information sheet, 2011.

des troubles du sommeil, de l'alimentation, des perturbations émotionnelles et des tentatives de suicide).

La violence peut entraîner des comportements néfastes pour la santé tels qu'une augmentation du tabagisme, l'usage abusif de drogues et d'alcool et des comportements sexuels à risque à un stade ultérieur de la vie.

Les violences peuvent également avoir des conséquences sociales et économiques.

Au niveau de la santé sexuelle et reproductive, les violences peuvent entraîner des grossesses non désirées, des problèmes gynécologiques, des avortements et des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. La violence va induire un plus grand nombre d'avortements spontanés ou provoqués (avortements à risque lorsque l'avortement volontaire est illégal), mais aussi de naissances d'enfants mort-nés, d'accouchements prématurés et de déficit pondéral à la naissance. Elles peuvent également avoir un impact sur le post-partum (anxiété, dépression, carence de soins pour l'enfant). Enfin, les violences peuvent aussi être responsables de décès. En 2006, au Mozambique, la violence était la quatrième cause de décès maternel¹⁶⁶.

d/Prévention

Promouvoir des actions de prévention primaire est une des actions clés de réduction de la violence liée au genre. Il est important de réaliser une éducation pour la santé via du matériel d'information, éducation, communication (IEC) adapté culturellement. Des campagnes d'information par les médias, l'éducation pour la santé dans les écoles, l'implication des hommes dans la lutte contre les VLG sont autant d'activités à mettre en place pour prévenir les violences. La prévention primaire doit

comprendre la lutte contre les discriminations à l'encontre des femmes, la promotion de l'égalité entre les sexes et l'évolution des normes culturelles pour ne plus laisser de place à la violence¹⁶⁷.

Cette prévention primaire sera bien sûr réalisée en parallèle de la prise en charge holistique des personnes victimes de VLG et de la prévention des conséquences à court et moyen termes des violences.

e/Prise en charge

Une action multisectorielle est indispensable pour prendre en charge dans leur globalité les conséquences de la violence et répondre aux besoins des personnes victimes. Cette prise en charge holistique devra inclure des soins médicaux et psychologiques, la protection, l'accès à la justice (lutte contre l'impunité) et la réinsertion sociale et économique.

Les personnels des services de santé sexuelle et reproductive doivent être capables d'identifier les personnes victimes de violences. Pour cela, ils doivent connaître les signes laissant suspecter des actes de violence et maintenir une attitude proactive à ce sujet. De plus, les personnels de santé doivent savoir comment prendre en charge les victimes détectées, soit de façon directe soit par l'orientation vers d'autres services. Selon le contexte, les services médicaux sont souvent la première porte d'entrée pour la prise en charge des personnes victimes de violences. La capacité à identifier ces personnes ainsi que la qualité de l'accueil et les soins dispensés sont donc primordiaux pour garantir l'adhésion à une prise en charge globale.

Il est essentiel d'assurer la confidentialité et le respect de l'intimité des personnes victimes. Les personnels de santé doivent avoir un comportement approprié, traiter

les personnes sans discrimination, et s'assurer de leur consentement libre et éclairé et de leur protection si nécessaire.

> **Les principes d'éthique médicale sont plus précisément expliqués et définis dans le guide «Pour une éthique de terrain» de Médecins du Monde¹⁶⁸.**

Les principales composantes de l'assistance médicale en cas de violence sont les suivantes :

- entretien (anamnèse, identification et description des faits) ;
- information médicale pour obtenir le consentement libre et éclairé pour l'examen et la prise en charge ;
- examen clinique permettant la documentation des blessures et des examens paracliniques si nécessaire ;
- prise en charge thérapeutique ;
- rédaction du certificat médical à la demande de la personne victime par un personnel médical habilité à le faire ;
- suivi médical et orientation vers les services légaux et/ou sociaux ;
- prise en charge psychologique et suivi.

En cas de violences sexuelles s'ajoutent :

- **évaluation en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST)**, y compris pour le VIH/sida : dépistage et traitement préventif dont la prophylaxie post-exposition pour le VIH/sida et le traitement antibiotique prophylactique pour les IST, vaccination pour l'hépatite B si elle est disponible ;
- **prévention des grossesses non désirées** : dépistage de grossesse, mise à disposition de contraception d'urgence, accès à l'avortement en cas de grossesse issue d'un viol (en fonction de la législation et du contexte).

4 / CAS SPÉCIFIQUE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

a/Définition

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont une forme de violence liée au genre.

« Les mutilations génitales féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou tout autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques¹⁶⁹. »

Les mutilations génitales féminines sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. Elles comportent l'ablation de tissus génitaux normaux et sains ou le fait d'endommager ces tissus et entravent le fonctionnement naturel de l'organisme féminin.

Elles sont classifiées en quatre types par l'OMS :

- **type I : clitoridectomie** : ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris) ;
- **type II : excision** : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;
- **type III : infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris ;
- **type IV** : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

166. Glasier A. et al., *Sexual and reproductive health: a matter of life and death*, Lancet 2006;368:1595-1607

167. UNFPA, *Addressing violence against women and girls in sexual and reproductive health services: a review of knowledge assets*, 2010.

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

169. OMS, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines*, déclaration interinstitutions HCDH, OMS, Onusida, Pnud, Uncea, Unesco, UNFPA, UNHCR, Unicef, Unifem, 2008.

b/Place dans le continuum de soins des mutilations génitales féminines¹⁷⁰

Soins prénataux		Soins obstétricaux
<p>→ Une attention particulière doit être portée aux victimes de MGF tant dans la confidentialité que dans le respect de l'intimité et une grande prudence doit être observée lors de l'examen après avoir obtenu l'accord de la patiente.</p> <p>→ Prévention et prise en charge des complications/conséquences liées aux MGF.</p>	<p>→ Information de la femme et du couple sur les complications liées aux MGF ainsi que sur les raisons et le moment de l'ouverture des MGF de type III et de la non-refermeture après l'accouchement.</p> <p>→ Ouverture des MGF de type III ou désinfibulation durant le 2^e trimestre de la grossesse pour prévenir les complications durant l'accouchement.¹⁷¹</p> <p>→ Sensibilisation sur l'importance d'accoucher dans un SOUC en cas de MGF.¹⁷²</p>	<p>→ Prise en compte du risque de complication plus élevé en cas de MGF.</p> <p>→ Élaboration d'une stratégie pour minimiser les traumatismes du périnée en fonction de la MGF, incluant l'ouverture d'une MGF si celle-ci n'a pas été réalisée pendant la grossesse.</p> <p>→ Référence vers un SOUC pour une césarienne en cas de complications. Il est recommandé par la suite de ne pas refermer l'ouverture réalisée.</p>
Soins du post-partum	Soins liés à l'avortement sûr	Planification familiale
<p>→ Surveillance accrue, notamment concernant les risques d'infection des lésions périnéales (une augmentation du nombre des consultations postnatales peut être envisagée).</p> <p>→ Prévention des MGF : information sur les risques et conséquences pour l'enfant qui vient de naître de subir une MGF.</p>	<p>→ En cas d'avortement spontané, d'avortement incomplet et de souhait d'interruption volontaire de grossesse, il est nécessaire d'ouvrir une MGF de type III. Il est recommandé par la suite de ne pas refermer l'ouverture réalisée.</p>	<p>→ Il est difficile de proposer aux femmes atteintes de MGF de type III un dispositif intra-utérin ou des méthodes locales (type cape cervicale) lorsqu'il n'y a pas eu de désinfibulation, néanmoins les autres méthodes hormonales peuvent être proposées.</p>

170. WHO, *Management of pregnancy, childbirth and postpartum period in presence of female genital mutilations*, 2001.

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

172. OMS, *Mutilations sexuelles*

féminines, intégration de la prévention et de la prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines dans les programmes d'études en soins infirmiers et en soins obstétricaux, Guide du formateur, 2001.

c/Comprendre la problématique

Généralités

Dans le monde¹⁷³, environ 140 millions de jeunes filles et de femmes souffrent actuellement des séquelles de mutilations sexuelles. La plupart des femmes et filles touchées vivent en Afrique subsaharienne, mais aussi dans certains pays du Moyen-Orient et en Asie, ainsi que dans des communautés d'immigrants originaires de ces pays en Europe et en Amérique du Nord. On estime qu'en Afrique 92 millions de jeunes filles de 10 ans et plus ont été mutilées sexuellement. Ces mutilations peuvent être faites chez le nouveau-né, pendant l'enfance, l'adolescence, au moment du mariage ou lors d'une première grossesse selon les zones géographiques. Elles sont également pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans.

Elles sont presque toujours pratiquées sur des mineures et constituent une violation des droits de l'enfant. Ces pratiques violent également les droits à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique, le droit d'être à l'abri de la torture et de traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit à la dignité humaine ainsi que le droit à la vie lorsqu'elles ont des conséquences mortelles. Cette intervention est le plus souvent pratiquée au sein des communautés, notamment par des exciseurs traditionnels. Toutefois, plus de 18% des mutilations sexuelles féminines sont pratiquées par des soignants, et cette tendance augmente. Une étude réalisée en 2009¹⁷⁴ dans six pays d'Afrique montrait qu'au-delà

173. OMS, « Mutilations sexuelles féminines », aide-mémoire n° 241, février 2012, www.who.int

174. Taghreed A. et al., *for the FGM Cost Study Group of the WHO, Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal et Soudan)*, WHO, 2009.

des énormes traumatismes psychologiques que les MGF entraînent, elles font supporter à la société des pertes de vie et des coûts financiers importants. Les coûts annuels des complications obstétricales liées aux MGF dans les six pays africains étudiés se montaient à 3,7 millions de dollars et représentaient 0,1 % à 1 % des dépenses publiques pour la santé des femmes de 15 à 45 ans. Le coût des efforts des États pour prévenir ces mutilations pourrait être compensé par les économies résultant des complications obstétricales évitées.

En France : si la pratique de l'excision est interdite sur l'ensemble du territoire français, elle a tout de même lieu, notamment dans les communautés d'immigrés originaires de pays où se pratiquent les mutilations génitales féminines. L'institut national d'études démographiques, lors d'une enquête réalisée en France en 2004, a montré que les mutilations sexuelles concernaient « environ 53 000 femmes adultes »¹⁷⁵ (il n'existe pas actuellement de données sur les enfants et adolescentes en France). Le droit français pénalise les mutilations génitales féminines. Il définit ainsi l'agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace, surprise » (article 222-22 du Code pénal) ; et depuis le 1^{er} mars 1994, l'Article 312 du Code pénal qualifie l'excision de « violence sur mineur ayant entraîné mutilation ». La chirurgie réparatrice pour les MGF est prise en charge par l'assurance maladie, notamment l'opération qui vise à reconstituer le clitoris, pratiquée dans une dizaine d'hôpitaux en France.

Conséquences médicales Conséquences immédiates

les complications immédiates peuvent être : douleur violente, choc, hémorragie, tétanos

175. Andro A., Lesclingand M., *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France*, Population et Sociétés, octobre 2007.

ou septicémie (infection bactérienne), rétention d'urine, ulcération génitale et lésion des tissus génitaux adjacents, et peuvent aller jusqu'au décès. Le risque de transmission du VIH et des hépatites est également réel puisque ces mutilations sont majoritairement réalisées dans de mauvaises conditions d'hygiène (ex/ même matériel pour plusieurs femmes ou filles).

Conséquences obstétricales

Une étude concernant la prise en charge dans les structures de santé de six pays africains publiée en 2006 par l'OMS a montré que les femmes ayant subi une mutilation génitale féminine ont sensiblement plus de risques d'éprouver des difficultés lors de l'accouchement et que leurs bébés sont davantage exposés au risque de mourir¹⁷⁶. L'étude en question a montré que la gravité des complications augmentait avec l'étendue et la sévérité de la mutilation. Chez les femmes qui ont subi la forme la plus extrême de mutilation (MGF de type III), la nécessité d'avoir une césarienne est en moyenne de 30 % supérieure à celle des femmes n'ayant subi aucune mutilation. De même, le risque d'hémorragie du post-partum est de 70 % plus élevé chez les femmes ayant subi une mutilation de type III. L'étude a également montré que la mutilation génitale féminine fait courir un risque important au bébé lors de l'accouchement. Les chercheurs ont montré que les bébés dont la mère a subi une mutilation ont plus souvent besoin d'être réanimés (le taux est de 66 % plus élevé chez les enfants des femmes ayant subi une mutilation de type III). De même, le taux de mortalité des bébés pendant et immédiatement après l'accouchement est beaucoup plus élevé lorsque la mère a subi une mutilation génitale féminine :

176. OMS, Groupe d'étude sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains, Lancet 2006;367:1835-1841.

la surmortalité est de 15 % dans le cas des mutilations de type I, de 32 % dans le cas des mutilations de type II, et de 55 % dans le cas des mutilations de type III. On estime que dans le contexte africain, elles pourraient être à l'origine d'un à deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements.

Conséquences à long terme

Certaines complications telles que des infections récidivantes de la vessie et des voies urinaires ; vaginites, hémato-colpos (non-écoulement des menstruations), kystes, stérilité, troubles sexuels (dyspareunies, impossibilité de pénétration) et troubles psychologiques (dépression) peuvent survenir. De plus, il existe des complications dues à un accouchement difficile telles que la fistule, l'incontinence. Il n'existe pas actuellement de données sur ces complications.

Facteurs culturels, religieux et sociaux

Les mutilations sexuelles féminines sont le produit de divers facteurs culturels, religieux et sociaux au sein des familles et des communautés. Là où elle relève d'une convention sociale, la pression sociale qui incite à se conformer à ce que font ou ont fait les autres constitue une forte motivation pour perpétuer cette pratique. Les mutilations sexuelles féminines sont souvent considérées comme faisant partie de la nécessaire éducation d'une jeune fille et de sa préparation à l'âge adulte et au mariage. Elles sont souvent motivées par des croyances relatives à ce qui est considéré comme un comportement sexuel approprié : une virginité pré-nuptiale et une fidélité conjugale. Ainsi, selon les croyances de nombreuses communautés, les mutilations sexuelles réduiraient la libido féminine et décourageraient les femmes d'avoir des relations sexuelles « illicites ».

Les mutilations sexuelles féminines sont également associées à des idéaux culturels de féminité et de modestie selon lesquels les jeunes filles sont « belles » et « propres » après l'ablation de parties de leur anatomie considérées comme « masculines » ou « malpropres ».

Bien qu'aucun texte religieux ne prescrive cette intervention, les praticiens pensent souvent qu'elle a un fondement religieux. Dans la plupart des sociétés où les mutilations sexuelles féminines sont pratiquées, celles-ci sont considérées comme une tradition culturelle, argument souvent avancé pour les perpétuer.

NB/ Il faut savoir que certaines pratiques traditionnelles telles que les assèchements vaginaux par insertion d'objets dans le vagin (pierres) ou de fumigènes existent. Elles ne sont pas considérées comme des MGF, mais peuvent avoir un impact sur la planification familiale, la transmission du VIH par exemple et le vécu de la sexualité par la femme. Il est donc important de les prendre en considération.

5 / MATÉRIELS ET MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES

Les matériels médicaux et médicaments nécessaires spécifiques à la prise en charge des personnes victimes de violences sont :

- thermomètre, sphymomanomètre, stéthoscope ;
- kit pour les victimes de violences sexuelles incluant la prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH, la pilule du lendemain, les traitements antibiotiques prophylactiques pour les IST ;
- boîte de pansement et de sutures pour la prise en charge des lésions et/ou blessures, fils de sutures, désinfectant, compresses ;

- spéculum ;
- kit de désinfection ;
- placard pour ranger les dossiers avec un verrou ;
- certificat médical ;

> un exemple de certificat médical est situé dans le guide « Pour une éthique de terrain, Médecins du Monde »¹⁷⁷

- vaccin tétanos et hépatite B si disponible ;
- gants.

6 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir quels sont les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents :

Pourcentage de structures de santé soutenues par MdM avec au moins une personne formée à l'accueil, l'identification, la prise en charge ou le référencement des personnes victimes de violences sexuelles

La formation du personnel de santé sur cette thématique est essentielle pour que les personnes victimes de violences puissent accéder à des soins de qualité. Cet indicateur permet également de s'assurer que cette thématique est prise en compte sur les projets puisque c'est une priorité pour MdM.

Proportion de personnes victimes de violences ayant reçu les soins médicaux appropriés (selon les protocoles nationaux)

Cet indicateur permet de mettre en lumière la qualité de la prise en charge des personnes victimes de violences.

177. Dromer C., Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles, MdM, 2010.

Proportion de la population ayant des connaissances sur les droits des femmes et de l'enfant (droit à la santé, à la liberté, à la sécurité, à être protégé)

Cet indicateur permet de mettre le focus sur les activités communautaires et sur l'importance du changement social pour la prévention des VLG. Les droits de l'enfant permettent de prendre en compte les adolescentes.

Proportion des femmes prises en charge pour des VLG ayant reçu un certificat médical

Le certificat médical est un élément essentiel de la prise en charge des personnes victimes de violences. Il devrait être proposé systématiquement, les femmes peuvent ou non l'accepter. Cet indicateur est un indicateur indirect de la qualité des soins.

7 / MODALITÉS D'INTERVENTION

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que la prise en charge de personnes victimes de violences soit réalisée en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité du patient. Les données médicales seront protégées.

> Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain ¹⁷⁸ » de MdM.

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales concernant les violences liées au genre

> axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa
La prévention, l'accueil, l'identification et la prise en charge des personnes victimes de violences liées au genre devraient être intégrés dans les politiques nationales de santé sexuelle et reproductive.

Il est donc essentiel d'encourager les gouvernements et politiques à une attention particulière sur ce problème de santé publique. Ces actions peuvent se faire via un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou le ministère de la Justice, ou par des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action national pour la prévention de la violence sont encouragées par MdM ;
- des services médico-légaux pour une prise en charge spécialisée des personnes victimes de violences sont mis en place par le gouvernement ;
- les victimes de violences ont un accès facilité aux démarches judiciaires et au certificat médical gratuit (plaidoyer) ;
- les décideurs politiques soutiennent la criminalisation des mutilations génitales féminines ;
- les protocoles nationaux sur la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles sont harmonisés et diffusés ;
- la prise en charge des personnes victimes de VLG est intégrée dans le curriculum des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmières).

178. Dromer C., Pour une éthique de terrain : Gestion des données personnelles sensibles, MdM, 2010.

Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes victimes de violences liées au genre > axe réorientation des services de santé

Une attention particulière doit être portée tout au long du continuum de soins afin de prévenir, identifier et prendre en charge les personnes victimes de violences liées au genre. Les services de santé sexuelle et reproductive sont une porte d'entrée privilégiée pour la prise en charge de ces personnes :

- le personnel soignant des services de santé sexuelle et reproductive est formé à la prévention, à l'accueil, à l'identification et à la prise en charge médicale des personnes victimes de violences ;
- le personnel médical est formé à la prise en charge des mutilations génitales féminines ;
- les personnes victimes de violences et leurs familles ont accès à des soins psychologiques ;
- les structures sanitaires sont équipées pour la prise en charge des personnes victimes de VLG (équipement et médicaments, notamment la PPE et la contraception d'urgence).

MEXIQUE – détection et prise en charge des victimes de violences liées au genre

« Après un an et demi de projet, 933 femmes ont participé aux séances de sensibilisation sur les VLG dispensées par notre psychologue. Par ailleurs, deux sessions de sensibilisation ont eu lieu auprès des psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux des centres de santé partenaires. En fonction des circonstances de la typologie de la violence,

des protocoles de prise en charge ont été mis en place. Les femmes nous sollicitant sont accompagnées vers le service médical prenant en charge les victimes de violences dans l'hôpital général de la ville, auprès des autorités judiciaires pour porter plainte et dans tout autre structure pouvant contribuer à l'amélioration de leur situation (refuge, protection de l'enfance...). Une trentaine de femmes ont déjà été prises en charge par MdM. »

Romain Lejeune,
coordinateur général

- la coordination est encouragée entre les différents centres de prise en charge des personnes victimes de VLG pour faciliter leur orientation

LIBERIA – Gestion médicale des violences liées au genre (VLG)

« Après l'ouverture de l'hôpital CB Dunbar, hôpital spécialisé en soins obstétricaux (SOUC), la gestion des cas de violences sexuelles et liées au genre s'est améliorée grâce à la mise en place des stratégies suivantes :

- formations de perfectionnement pour tout le personnel médical. Cela a permis à tout le personnel de détecter efficacement les victimes de VLG qui arrivaient à l'hôpital ;
- mise en place d'une salle de consultation spécifique. Nous avons apporté intimité et confidentialité aux patients ;
- désignation de personnel dédié aux VLG. Les victimes ont eu accès aux soins 24h/24, 7j/7 ;

→ mise à jour des protocoles selon les standards nationaux pour les victimes des VLG.

Les stratégies mentionnées ci-dessus ont amélioré les soins aux victimes de violences sexuelles et liées au genre. Ces résultats encouragent d'autres acteurs travaillant sur les VLG à référer les patients vers l'hôpital CB Dunbar pour des soins complémentaires. À la suite des efforts réalisés pour une prise en charge appropriée de ces personnes, le nombre de cas de VLG pris en charge a augmenté pendant le premier semestre l'année suivante.»

Barsee Y. Zogbaye, référent VLG

Renforcer les connaissances des femmes/adolescentes et des hommes/adolescents en matière de droits humains et de violences liées au genre

> axe acquisition des aptitudes individuelles

Le renforcement des connaissances en matière de droit et de santé permet de prévenir les VLG et de renforcer l'accès des personnes victimes de violences aux différents services de prise en charge. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules destinataires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les adolescents, les hommes, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès aux soins des personnes victimes de violences. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- des programmes éducatifs pour les adolescents sur les rôles et les droits de l'homme et de la femme dans le couple et sur les droits de l'enfant (dans les écoles et les communautés) sont développés ;
- les femmes et les couples connaissent

leurs droits et les droits de l'enfant ainsi que les lieux de ressources en cas de violences.

Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les violences liées au genre

> axe renforcement de l'action communautaire

L'engagement de la société civile et des communautés est essentiel pour mettre fin aux VLG. Les inégalités et la discrimination au sein de la communauté sont des facteurs favorisant les violences. Il est donc primordial que la communauté participe à la lutte contre les VLG. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un **diagnostic socioculturel** permet de mieux appréhender les violences liées au genre et de connaître la typologie de la violence ;
- **les personnes clés de la communauté** (agents de santé communautaires, leaders, accoucheuses traditionnelles, associations de femmes) sont sensibilisées sur les violences liées au genre et sur l'abolition des mutilations génitales féminines.

GUINÉE CONAKRY – Lutte contre les mutilations génitales féminines

« Constat : la prévalence des mutilations génitales féminines en Guinée en 1995 était de 96 % et la plupart des MGF étaient réalisées par les accoucheuses traditionnelles (AT). Mdm a décidé de s'impliquer dans la lutte contre les MGF au niveau d'une sous-préfecture de la Guinée avec pour principaux enjeux de :

- comprendre les fondements majeurs sur lesquels repose la pratique des MGF ;
- initier un changement durable visant l'abandon de la pratique des MGF réalisées par les AT.

De nombreuses étapes ont été nécessaires pour mener à bien ce projet et de nombreux partenariats ont été créés, au final :

- les AT, après avoir signé un « engagement » avec la sous-préfecture, se voyaient proposer la possibilité de pratiquer une activité génératrice de revenus pour compenser la perte financière liée à l'arrêt de la pratique de l'excision. Formation, fournitures de matériel et suivi étaient prévus ;
- en 2001, dans la sous-préfecture concernée, la prévalence des MGF n'était plus que de 15 %.

Myriam Pomarel, coordinatrice générale (1995-2000)

- des personnes ressources sont identifiées et sensibilisées pour soutenir les personnes victimes de VLG au sein de la communauté ;
- des personnes au sein de la communauté sont formées à l'écoute et au soutien psychologique des personnes victimes (ou création d'une ligne téléphonique) ;
- les hommes sont impliqués dans la lutte contre les VLG via des campagnes d'information, des groupes de parole...

Encourager le changement social et la valorisation de la position de la femme/adolescente au sein de la communauté

> axe création de milieux favorables

La question du genre et la position de la femme dans la société influencent grandement les violences liées au genre. La prise en compte de ce facteur et l'appui au changement social peut permettre de prévenir les violences liées au genre. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les camps de réfugiés sont conçus et planifiés de façon à prévenir les violences liées au genre ;
- des relais communautaires sont formés et diffusent des messages en faveur de l'arrêt des MGF et des mariages précoces ;
- un partenariat est établi avec des associations locales qui traitent des violences liées au genre afin de les soutenir dans leur plaidoyer ;
- des campagnes de masse sur les questions de genre, de droit des femmes et de l'enfant et de lutte contre les VLG sont mises en place par des associations locales soutenues par MdM.



3 B

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH

1 / DÉFINITION

Le VIH ou virus d'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui détériore progressivement le système immunitaire. Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) est la phase ultime d'évolution de la maladie caractérisée par un certain nombre de symptômes et pathologies dites opportunistes. Les modes de transmission du VIH sont les rapports sexuels non protégés (vaginaux, buccaux, anaux), les contacts sanguins (échange de seringues ou transfusion de produits sanguins contaminés) et la transmission de la mère à l'enfant.

Les trois phases de l'infection sont : la primo-infection ; la phase de latence clinique caractérisée par des symptômes cliniques mineurs ; et enfin la phase de sida (infections opportunistes majeures). La phase de latence peut durer en moyenne une dizaine d'années sans médication ou être allongée en cas de thérapie rétrovirale, avant que les symptômes liés aux infections opportunistes n'apparaissent. Le suivi de

l'infection se fera par le suivi des symptômes (quatre stades cliniques de l'OMS), la présence de maladies opportunistes, le taux de CD4 et la charge virale si elle est réalisable.

La transmission mère-enfant du VIH est la transmission du virus VIH depuis une mère infectée vers son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. Elle est aussi appelée transmission verticale ou périnatale. Au niveau mondial, 14 % des nouveaux cas de contamination par le VIH concernent des enfants de moins de 15 ans, dont 95 % ont été contaminés par cette voie. Le risque de transmission verticale du VIH se situe entre 20 % et 45 % sans intervention médicale. Il est d'environ 20 % pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et augmente ensuite en fonction de la durée et des pratiques d'allaitement maternel (20 % à 35 % pour un allaitement de 6 mois, 30 % à 45 % pour un allaitement de 18 à 24 mois)¹⁷⁹.

¹⁷⁹. WHO, CDC, *Prevention of mother-to-child transmission of HIV, Generic training package; draft participant manual*, January 2008 (rev. July 2008).

La prévention de la transmission verticale du VIH ou PTME est un terme désignant l'ensemble des services et interventions réalisés pour réduire le risque de transmission verticale du VIH. Aujourd'hui, on parle également de la prévention de la transmission parents-enfant qui inclut davantage le partenaire et pas seulement la mère.

Grâce à la PTME, le risque de transmission du VIH d'une femme séropositive à l'enfant peut être réduit à moins de 2 % dans le cas des femmes non allaitantes et à moins de 5 % pour les femmes allaitantes¹⁸⁰.

2 / PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

Il est recommandé de considérer la prévention de la transmission verticale selon une approche stratégique globale comprenant quatre piliers incontournables.

Pilier 1 : prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer

Des efforts visant à prévenir les infections à VIH chez les femmes en âge de procréer doivent être renforcés en prévenant la transmission par voie sexuelle ou par injection de drogue. Les efforts de prévention primaire du VIH doivent aussi être intégrés aux services de SSR. Cette prévention doit aussi cibler particulièrement les adolescentes et leur(s) partenaire(s) à travers une éducation sexuelle adaptée, la promotion de la double protection, la promotion du dépistage du VIH et des autres IST.

180. OMS, *Recommandations rapides : l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, version 2, 2010.

Pilier 2 : prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

Renforcer l'accès des femmes vivant avec le VIH aux services de planification familiale afin de diminuer les besoins non satisfaits en termes de contraception. Ces services permettent aux femmes d'éviter des grossesses non désirées et d'optimiser d'autres effets sur leur santé (nutrition, récupération entre deux grossesses...). Ces services devraient aussi permettre d'accompagner les femmes et couples séropositifs ou sérodiscordants qui désirent un enfant afin de définir le meilleur moment de la conception (statut immunitaire, absence d'infections opportunistes en cours, choix d'ARV adaptés...).

Pilier 3 : prévention de la transmission du VIH des mères vivant avec le VIH à leurs enfants

Les femmes enceintes doivent régulièrement se voir proposer un dépistage et des conseils en matière de VIH, tandis que les femmes enceintes ou venant d'accoucher séropositives et leurs nouveau-nés doivent bénéficier d'un accès garanti aux médicaments antirétroviraux afin de réduire les risques de transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Des conseils et un accompagnement doivent être proposés en matière d'alimentation infantile et autres éléments essentiels pour la santé de la femme et du nouveau-né.

Pilier 4 : fournir un traitement, des soins et un soutien appropriés aux femmes vivant avec le VIH, à leurs enfants ainsi qu'à leur famille

Les soins, le traitement et le soutien psychosocial en matière de VIH doivent être accessibles aux femmes, à leurs enfants vivant ou non avec le VIH et à leurs familles. Il faut inclure un diagnostic précoce chez les nourrissons, mais aussi la mise en place de thérapies antirétrovirales à vie pour les femmes enceintes ou venant d'accoucher séropositives le nécessitant.

Concernant le pilier 3, les recommandations font référence à deux approches clés¹⁸¹ :

- **traitement** : traitement antirétroviral (TARV) à vie pour les femmes VIH positives qui ont besoin de traitement ainsi que le traitement pour l'enfant ;
- **prophylaxie** : administration d'ARV pendant une période limitée pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (pour la mère et l'enfant).

Les protocoles OMS (2010) diffèrent en fonction de ces deux approches. Il est néanmoins nécessaire de s'appuyer sur les protocoles nationaux lorsqu'ils existent. Les trois premiers piliers de la PTME se retrouvent tout au long du continuum de soins. > cf tableau page suivante « **Activités à réaliser au cours du continuum de soins** »

ÉLIGIBILITÉ DES TRAITEMENTS ARV

Stade clinique de l'OMS	Test CD4 non disponible	Test CD4 disponible	
		CD4 ≤ 350	CD4 > 350
1	Prophylaxie	TARV	Prophylaxie
2	Prophylaxie	TARV	Prophylaxie
3	TARV	TARV	TARV
4	TARV	TARV	TARV

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a / Généralités¹⁸²

Fin 2010, on estimait à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17 % par rapport à 2001. À l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH reste stable, à 50 %, bien qu'elles soient plus touchées que les hommes en Afrique subsaharienne (59 %) et dans les Caraïbes (53 %). On estime à 2,7 millions le nombre de

nouvelles infections à VIH en 2010, dont 390 000 enfants. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH continue de baisser, dans certains pays plus rapidement que dans d'autres. L'incidence du VIH a chuté dans 33 pays, dont 22 pays d'Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie.

En 2010, environ 48 % des femmes enceintes dans le monde ont accédé à un dépistage du VIH, à un conseil et à des interventions prophylactiques à base d'antirétroviraux au cours de leur grossesse. On estime entre 42 000 et 60 000 le nombre de femmes enceintes décédées à cause du VIH en 2009.

En 2010, les décès liés au sida chez les enfants de moins de 15 ans ont également baissé. On a ainsi observé une baisse de 20 % des décès liés au sida chez les enfants

181. OMS, *Recommandations rapides : l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, version 2, 2010.

182. Onusida, *Rapport mondial*, 2011.

**ACTIVITÉS À RÉALISER AU COURS
DU CONTINUUM DE SOINS**

	Soins prénataux	Soins obstétricaux	Soins postnataux	Soins du nouveau-né	Planification familiale	Soins liés à l'avortement
Éducation pour la santé sur les conséquences des rapports non protégés, les préservatifs masculins et féminins, la double protection, les IST et le VIH/sida	X	X	X		X	X
Counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes enceintes et de leur partenaire (initiés par le personnel soignant)	X	X				
Test CD4 ou suivi des stades cliniques de l'OMS des femmes séropositives	X	X	X		X (à renforcer si désir de grossesse)	
Mise sous traitement (ou référence pour mise sous traitement) ARV adapté pendant la grossesse en cas de séropositivité pour la femme et son partenaire	X	X	X		X	
Prophylaxie cotrimoxazole pour les femmes enceintes séropositives	X					
Éducation pour la santé, soutien et soins pour les mères infectées par le VIH (incluant les soins psychosociaux, le traitement des infections opportunistes, l'accompagnement pour l'adhérence au traitement et les conseils nutritionnels pour la mère et l'enfant)	X	X	X	X	X	X
Respect des pratiques qui réduisent le risque de transmission (éviter la rupture artificielle des membranes, épisiotomies, les manœuvres invasives, réduire le risque d'hémorragie du post-partum)		X				
Traitement ARV pendant la période du travail (prophylaxie ou TARV en cours)		X				
Conseil, mise en place et appui dans le mode d'alimentation du nouveau-né		X	X			
Counseling et dépistage de l'infection VIH sur une base volontaire des femmes de sérologie inconnue et de leur partenaire			X		X	X
Prophylaxie en fonction du mode d'alimentation de l'enfant ou TARV pour la mère			X			
Administration de la prophylaxie ARV chez le nouveau-né en fonction de la prise d'ARV de la mère et du mode d'alimentation du nouveau-né				X		
Prophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole à partir de 6 semaines de vie jusqu'à un test confirmé négatif				X		
Réalisation de test virologique par PCR VIH chez l'enfant âgé de 4 à 6 semaines et référence pour mise sous TARV si test positif				X		
Test sérologique 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement maternel				X		
Dépistage des enfants avec une suspicion clinique d'infection VIH				X		
Soutien des femmes séropositives avec une grossesse non désirée					X	X
Information, conseil et provision de contraceptifs adaptés au besoin de la femme et du couple			X		X	X

par rapport à 2005. Cela est dû à la fois à la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants de mère vivant avec le VIH et à une augmentation des traitements qui leur sont destinés.

Il existe¹⁸³ un consensus mondial sur le fait que la planète doit faire tout son possible pour éliminer toute nouvelle infection à VIH parmi les enfants d'ici à 2015 et maintenir en vie les mères et les enfants vivant avec le VIH : réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH pendant l'enfance et réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au VIH.

Dans les pays à revenu élevé

En 2010, 390 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH dans le monde. Pourtant, dans les pays ayant un revenu élevé, le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les enfants, ainsi que les décès d'enfants dus au VIH, était virtuellement nul. Dans les pays à revenu élevé, la transmission verticale du VIH est faible, inférieure à 1 %. Les programmes d'éducation sur la PTME, le counseling et le dépistage proposé à toutes les femmes en consultation prénatale, l'utilisation des ARV pendant le travail et l'accouchement, les naissances par césarienne ont diminué les risques de transmission pendant la grossesse et l'accouchement. L'utilisation de lait artificiel a permis d'éliminer le risque de transmission pendant l'allaitement¹⁸⁴.

Dans les pays en développement

Les pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2009 (et désignés comme prioritaires par le plan mondial pour éliminer les infections

à VIH chez l'enfant) sont¹⁸⁵ : Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Ouganda, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

Le pourcentage de femmes enceintes qui bénéficient d'un test et de conseils est très variable : de plus de 95 % en Afrique du Sud et en Zambie à 9 % en République démocratique du Congo et à 6 % au Tchad. Pour l'accès aux ARV, les données sont variables.

FACTEURS DE RISQUES DE TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH

Pendant la grossesse

- Charge virale élevée (nouvelle infection, réinfection ou stade avancé)
- Infection placentaire virale, bactériale ou parasitaire, y compris le paludisme
- IST

Pendant le travail et l'accouchement

- Charge virale élevée
- Procédure d'accouchement invasive qui augmente les contacts avec le sang ou les liquides biologiques maternels (épisiotomie, rupture artificielle des membranes)
- Chorioamniotite (provenant d'une IST ou autre infection)
- Accouchement prématuré
- Grossesse gémellaire
- Naissance d'un enfant de petit poids (<2500 g)



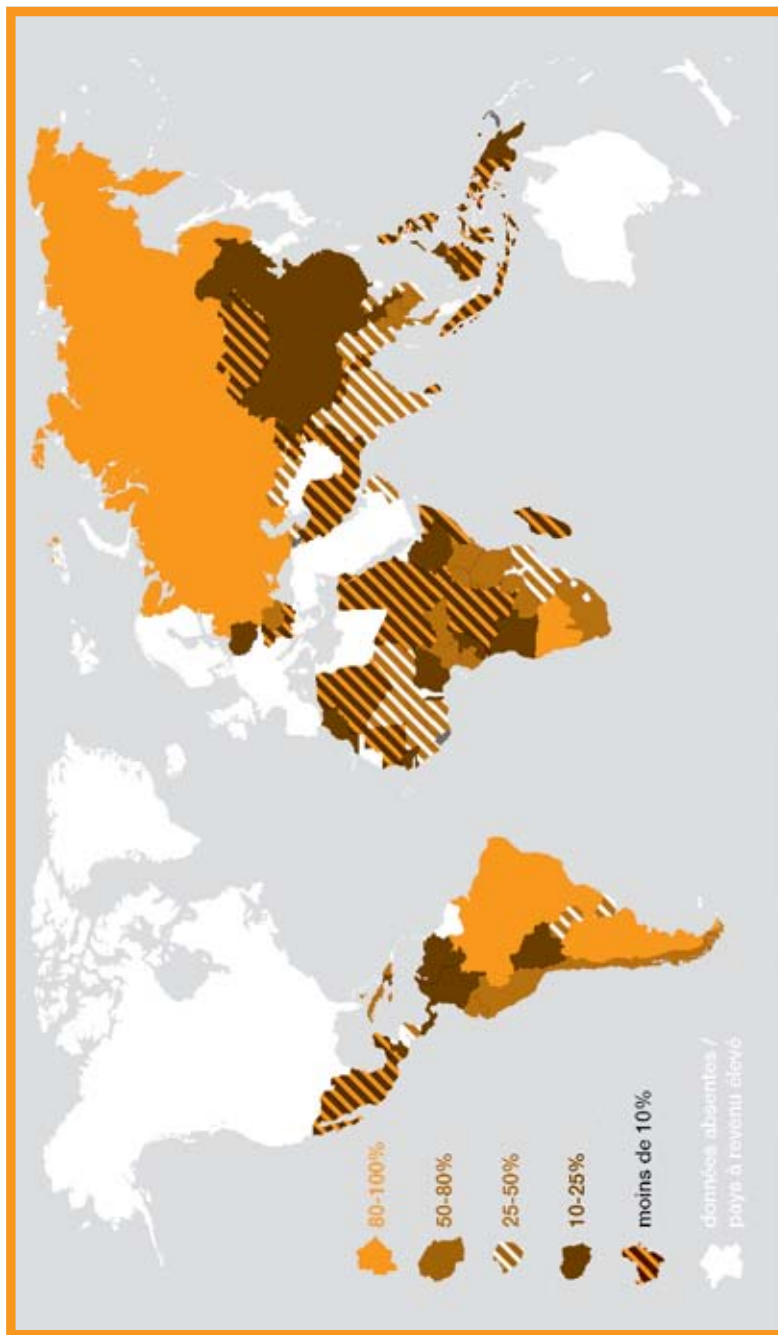
183. Onusida, *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, 2011-2015, 2011.

184. Baek C., Rutenberg N., *Implementing Programs for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Constrained Settings: Horizons Studies*, 1999-2007, Population Council, Public health reports, March-April 2010, vol. 125.

185. Onusida, *Rapport mondial*, 2011.

Carte 4 : Couverture des femmes enceintes ayant accès à un traitement antirétroviral dans le cadre de la PTME dans les pays en voie de développement en 2008¹⁸⁶

186. WHO/Unicef/Unicef, Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2009.



Pendant l'allaitement

- Charge virale élevée
- Durée de l'allaitement
- Alimentation mixte (consommation d'eau, d'autres liquides ou des aliments solides en plus de l'allaitement maternel)
- Abscès du sein, crevasses, mastite
- Infections buccales du nouveau-né (plaies, candidose)

Remarque : Lorsque la charge virale maternelle est élevée, un accouchement par césarienne programmé, dans la mesure où la césarienne est réalisable (ressources en personnels ou matériels disponibles) et sûre, peut réduire le risque de transmission mère enfant du VIH1. Cependant, le taux de morbidité dans le post-partum est plus important après une césarienne qu'après un accouchement par voie basse¹⁸⁷.

Pour prévenir la transmission mère-enfant, il est donc important d'assurer un suivi prénatal de qualité, et que l'accouchement soit réalisé par du personnel qualifié et formé à la prise en charge du VIH. Un suivi efficace de la mère dans le post-partum et du nouveau-né dans les premiers mois de vie est aussi nécessaire. Il est par ailleurs essentiel de renforcer l'éducation pour la santé : la prévention des IST et du paludisme, la nutrition de la mère et du nouveau-né, les méthodes d'allaitement maternel si c'est le mode d'alimentation choisi. Il s'agit donc d'inclure la PTME dans la globalité du continuum de soins.

187. Read J.S., Newell M.L., *Efficacy and Safety of Cesarean Delivery for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.

b/ Barrières à la PTME

Accès aux services de PTME

Un des problèmes majeurs pour la PTME est l'accès insuffisant des femmes enceintes aux soins prénataux. Dans les pays en développement, où ils constituent une porte d'entrée privilégiée pour le dépistage et le traitement, seulement 70% des femmes bénéficient de consultations prénatales. Différentes études ont prouvé l'intérêt d'inclure la PTME dans les services de SSR. De nombreuses enquêtes, notamment en Afrique du Sud, ont démontré que l'initiation des traitements antirétroviraux durant les soins prénataux était efficace et sûre¹⁸⁸.

Pour que la PTME soit un succès, les femmes doivent avoir un accès élargi à des soins prénataux, à des accouchements par du personnel qualifié, aux soins du post-partum et à une planification familiale de qualité. Elles doivent également utiliser plus fréquemment les services déjà existants, et de façon plus précoce qu'elles ne le font actuellement quand elles sont enceintes. La régularité de fréquentation des services de santé pourra faciliter l'adhérence aux traitements.

Le renforcement de la PTME est une excellente opportunité d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et d'augmenter l'utilisation du large éventail d'interventions qu'offrent ces services.

Enfin, les projets devraient considérer leurs contacts avec les femmes enceintes comme une occasion d'atteindre les familles, notamment en proposant des services de conseil et de dépistage aux couples.

Il faut donc renforcer l'accès à des services de SSR de qualité afin de pouvoir renforcer la PTME.

188. Black V. et al., *Safety and efficacy of initiating highly active antiretroviral therapy in an integrated antenatal and HIV clinic in Johannesburg, South Africa*, Journal of AIDS, 2008 Nov1;49(3):276-281.

Par ailleurs, la décentralisation du paquet complet de PTME est un facteur important pour permettre de réduire les barrières géographiques à l'accès à la PTME. Il est également important d'appuyer la gratuité du dépistage et des traitements ARV pour limiter les barrières financières.

Qualité du traitement

Une étude en Afrique¹⁸⁹ a démontré que lorsque les mères prenaient un traitement antirétroviral composé de trois médicaments (trithérapie) pendant la grossesse et l'allaitement, le risque de transmission du VIH était quasi divisé par deux par rapport aux femmes qui ne prenaient que deux médicaments.

Si les 22 pays prioritaires concernant l'épidémie de VIH offraient à toutes les femmes de leurs programmes consacrés à la réduction de la transmission mère-enfant de passer de leur traitement actuel à ceux recommandés par l'OMS en 2010, il y aurait une réduction immédiate de 20 % du nombre de nouvelles infections chez les enfants¹⁹⁰.

Les femmes enceintes, pour réduire les risques de transmission mère-enfant, devraient donc recevoir un traitement selon les recommandations de l'OMS.

Stigmatisation

Il est essentiel de fournir des soins non stigmatisants afin que les femmes se sentent en confiance et qu'elles ne soient pas perdues de vue après l'annonce de la séropositivité¹⁹¹.

La difficulté de révéler son statut sérologique

au partenaire ou aux proches est une des raisons fréquentes de l'abandon de soins. Elle est attachée aux inégalités liées au genre mais aussi aux croyances, stigmatisations et à la discrimination autour du VIH/sida et des personnes séropositives. On sait depuis longtemps que le phénomène de stigmatisation lié au VIH/sida est un obstacle majeur à l'efficacité des mesures de santé publique. La peur d'être rejeté ou maltraité dissuade en effet de nombreuses personnes de faire un test de dépistage, et à plus forte raison de commencer ou de suivre un traitement. Vaincre la stigmatisation constitue un élément moteur pour favoriser l'accès aux soins et l'adhérence aux traitements.

Des activités au niveau communautaire pour diminuer les stigmatisations envers les personnes vivant avec le VIH sont également importantes à mettre en place pour faciliter l'adhérence au traitement et le suivi des femmes et des enfants dans le cadre de la PTME.

c/ Conséquences pour l'enfant

Espérance de vie des enfants infectés par le VIH

Les enfants infectés par le VIH ont un système immunitaire faible et sont donc beaucoup plus vulnérables aux infections. Le développement de la maladie peut être plus ou moins rapide, mais en général si l'enfant n'a pas accès à un traitement, il décèdera avant l'âge de 5 ans. Avec des soins et un traitement appropriés, les enfants infectés ont une bien meilleure espérance de vie (jusqu'à l'âge adulte).

Alimentation du nouveau-né

Le choix de l'alimentation de l'enfant est très important puisque l'allaitement pourrait être responsable d'environ 50 % des transmissions mère-enfant du VIH. L'utilisation de lait artificiel est la meilleure

façon de réduire les risques de transmission, mais si cette méthode est facilement accessible dans les pays à revenu élevé, elle ne l'est pas toujours dans les pays en développement pour des raisons de disponibilité ou de risques pour l'enfant dans son utilisation (hygiène, eau propre...). L'OMS a mis en place les critères Afass¹⁹² (acceptable, praticable, financièrement abordable, sûr et durable) qui permettent d'évaluer si un allaitement artificiel peut être réalisé¹⁹³. Dans les pays en développement, où souvent l'allaitement artificiel ne correspond pas à ces critères, **un allaitement maternel exclusif**, qui permet de réduire les risques de transmission mère-enfant par rapport à une alimentation mixte, est recommandé. En effet, un allaitement artificiel qui ne correspond pas aux critères Afass est associé à un risque de mortalité infantile plus élevé que celui observé chez les nouveau-nés allaités au sein. De même, l'allaitement mixte est associé à un risque accru de transmission mère-enfant du VIH par le lait maternel. Par ailleurs, la poursuite du traitement ou de la prophylaxie ARV maternelle ou/et une prophylaxie ARV pour le nouveau-né pendant l'allaitement maternel diminue le risque de transmission du virus à l'enfant¹⁹⁴.

d/ Offre de soins par Médecins du Monde

Recommandations

Les activités PTME au sein du continuum de soins dépendent de l'épidémie dans la zone d'intervention. Si l'épidémie de VIH est généralisée, soit supérieure à 1 % dans la population générale, alors MdM privilégie des activités autour du troisième pilier de la PTME (prévention de la transmission du VIH des mères vivant avec le VIH à leurs enfants).

Si l'épidémie n'est pas généralisée mais que dans la population cible du projet des bénéficiaires sont à risque pour le VIH/sida, une intervention spécifique peut être envisagée.

De façon générale, la PTME ne se limitant pas seulement au dépistage et au traitement, la prévention primaire (pilier 1) et la prévention des grossesses non désirées (pilier 2) doivent être réalisées quels que soient le contexte et le niveau de l'épidémie.

L'intervention de MdM dépend également des activités déjà mises en place (ou pas) par les institutions et les partenaires.

En résumé, voici le type de prise en charge à mettre en place sur les projets de MdM en fonction du contexte d'intervention :

Contexte d'intervention	Zone d'épidémie généralisée au niveau national	Contexte d'épidémie non généralisée	
		Population générale	Population spécifique
Type de prise en charge	Piliers 1, 2 et 3 de la PTME	Piliers 1 et 2 de la PTME	Piliers 1, 2 et 3 de la PTME

¹⁹². Acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe.

¹⁹³. WHO/Unaid/Unicef/UNFPA, Guidelines on HIV and Infant Feeding, Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence, WHO, 2010.

¹⁹⁴. Groupe de travail Esther mère-enfant, Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant vers un allaitement sécurisé par les antirétroviraux ?, GIP Esther, novembre 2008.

4 / MATÉRIELS ET MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la mise en place de la PTME :

- **tests HIV1 et 2** : 2 tests nécessaires, préqualifiés par l'OMS, 1^{er} test : Détermine ou SD Bioline (2^e intention) et 2^e test : Uni-Gold ;
- **carte** (papier buvard) pour test PCR (test virologique) pour les nouveau-nés ;
- **matériel IEC** (information, éducation, communication) ;
- **ARV** selon les protocoles nationaux ou internationaux ;
- **antibiotiques** pour le traitement des infections opportunistes ;
- tests de dépistage, spéculum et traitements des IST ;
- **cotrimoxazole sirop et per os** pour la prévention des infections opportunistes chez le nouveau-né et la mère ;
- **appareil de laboratoire** : compteur pour la numération des CD4 dans les centres de référence ;
- **préservatifs** féminins et masculins.

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante du continuum de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents.

Taux de services de planification familiale proposant le counseling et le dépistage VIH

L'intérêt de conseiller et dépister les femmes dans les services de planification familiale est un élément de prévention primaire pour

les femmes en âge de procréer. La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives est aussi un élément essentiel de la PTME.

Taux des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale qui ont eu accès au counseling et au dépistage pour le VIH

Cet indicateur permet de connaître la couverture effective du dépistage VIH chez les femmes enceintes ayant reçu des soins prénataux.

Taux des femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent une prophylaxie antirétrovirale ou un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Cet indicateur permet de mesurer la couverture ARV pour les femmes enceintes. Le traitement par ARV est un élément essentiel de la PTME.

Taux des enfants nés de mères séropositives dépistés pour le VIH

Cet indicateur permet d'évaluer la couverture du dépistage VIH des enfants nés de mères séropositives. Cet indicateur mesure la qualité du suivi des femmes séropositives dans le cadre du programme de PTME et de leurs nouveau-nés puisque le test sérologique de l'enfant, qu'il soit par PCR avant 18 mois ou sérologique après 18 mois ou le sevrage de l'allaitement, est un élément essentiel du suivi de l'enfant.

Taux du personnel de santé ayant les connaissances nécessaires en PTME

Les bonnes connaissances du personnel soignant sont une condition essentielle pour la mise en place de la PTME. Ainsi, les activités de renforcement de capacités des acteurs de santé locaux sont souvent une composante importante des projets de MdM. Il semble donc important qu'un indicateur sur la qualité et la formation du personnel fasse partie des indicateurs

de référence. On pourra le mesurer au moyen d'un questionnaire évaluant les connaissances en PTME des personnels de santé.

> Pour plus d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de Médecins du Monde ¹⁹⁵

6 / MODALITÉS D'INTERVENTIONS

Les activités de MdM doivent s'inscrire dans le droit des patients à la confidentialité, l'intimité, le choix éclairé et à des soins sans discrimination, quel que soit leur statut VIH.

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

Appuyer des politiques de santé sexuelle et reproductive incluant la PTME

> axe promotion d'une politique de santé saine de la Charte d'Ottawa

Les politiques de santé doivent appuyer la mise en place de la PTME. Leur soutien permet une meilleure intégration de ces pratiques dans les services existants de SSR et facilite la pérennisation de ces activités. De plus, MdM soutient la mise en place de traitements antirétroviraux adaptés, efficaces et de qualité. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- la PTME est intégrée dans la stratégie nationale en santé sexuelle et reproductive

et l'application de cette politique ;
→ des protocoles de PTME efficaces et avec des traitements conformes aux dernières recommandations de l'OMS sont mis en place et diffusés.

Réduire les barrières à l'accès aux soins

> axe création de milieux favorables

Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire en prenant en compte le fait que les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir une vulnérabilité accrue par rapport au reste de la population et sont parfois victimes de stigmatisation par la population ou par le système de santé. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins et la perception du VIH/sida ;
- les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes vivant avec le VIH sont levées ;
- le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés.

LIBERIA – Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

« Depuis l'instauration de la composante PTME en 2007, le suivi de patients séropositifs a rencontré de nombreux obstacles. Les femmes dépistées séropositives ne venaient pas prendre leur traitement ou le contact était perdu. Au fur et à mesure, les services de PTME ont été de mieux en mieux acceptés grâce au soutien de MdM. Les supervisions réalisées auprès des personnels de santé, les formations et un approvisionnement régulier en tests et médicaments appropriés ont permis

195.  Inclus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

d'améliorer les services proposés. Des activités régulières de sensibilisation pour la communauté ont été mises en place et ont permis une meilleure adhésion des femmes au traitement. Néanmoins, il reste un long chemin à parcourir avant d'abaisser les réticences du personnel médical et les peurs et tabous des femmes et des hommes dans la communauté.»

Felecia M. Lawah, référente PTME,
et Marie-Jean Pare,
coordinatrice médicale

Appuyer la mise en place ou le renforcement de la PTME dans les services de santé sexuelle et reproductive

> axe réorientation des services de santé
La PTME doit être incluse dans des services de SSR. Pour cela, il faut que les services de SSR soient disponibles et de qualité avec le matériel et les médicaments nécessaires, mais aussi un personnel compétent tant au niveau médical que psychosocial. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

→ la disponibilité et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive (incluant la planification familiale) sont assurées, en particulier en direction des femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires ;

ZIMBABWE – Plaidoyer pour décentraliser les traitements antirétroviraux (ARV) gérés par les infirmiers en soins de santé primaires

« Au début, seuls les docteurs étaient capables d'initier un traitement ARV pour les nouveaux patients et de

réaliser le suivi du traitement. Seuls trois hôpitaux s'occupaient des traitements ARV dans toute la région et les gens devaient attendre longtemps et beaucoup voyager pour être traités.

La tendance s'est modifiée après le plaidoyer de MdM auprès du ministère de la Santé sur la décentralisation des traitements ARV. Des infirmiers qualifiés réalisent le suivi des patients sous ARV, ce qui a amélioré l'accès et la couverture des services. Ces infirmiers font également le suivi du traitement ARV chez les enfants. Trois centres hospitaliers d'initiation du traitement et quatorze centres d'approvisionnement du traitement et de prise en charge des infections opportunistes ont été créés dans le district. Le nombre de patients sous traitements ARV a ainsi augmenté ; le nombre d'abandons des traitements a baissé ; la qualité de vie des patients s'est améliorée avec moins de décès enregistrés dus à des infections opportunistes.»

Maurice A. Opiyo,
coordinateur médical

→ le counseling et le dépistage du VIH initié par le personnel soignant sont intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment aux services de planning familial et de soins prénataux ;
→ les femmes vivant avec le VIH, leur partenaire et leurs enfants ont accès aux traitements et/ou à la prophylaxie VIH pour la PTME ;
→ un appui psychosocial des patientes vivant avec le VIH ainsi que de leur partenaire est mis en place au sein des services de SSR ;

ZIMBABWE – Groupes de soutien pour les mères séropositives

« Les groupes de soutien ont été créés pour inciter les femmes à se rapprocher des services de santé et pour s'assurer que les bébés exposés suivaient bien le traitement prophylactique du VIH. MdM a proposé aux femmes enceintes séropositives de rejoindre des groupes de soutien dans les structures de santé. Les équipes de MdM ont ensuite sensibilisé les membres des groupes sur l'adoption d'un style de vie positif, la prévention de la transmission parents-enfants du VIH et sur l'importance du suivi des traitements ARV. Le projet initial était de gérer 10 groupes de soutien mais, face à la demande, nous en avons créé 14 avec 166 membres. Nous avons pu observer grâce à ces groupes de support une baisse du nombre d'abandons et une augmentation du nombre de nourrissons exposés au VIH recevant un traitement prophylactique dans les deux mois après la naissance.»

Maurice A. Opiyo,
coordinateur médical

→ la formation continue ou initiale des personnels de santé est renforcée sur la PTME ;
→ les structures de santé sont équipées avec le matériel, les tests et les médicaments nécessaires à la prise en charge des femmes séropositives et des nouveau-nés exposés.

Renforcer l'éducation pour la santé sur la PTME et la SSR

> axe acquisition d'aptitudes individuelles
L'objectif de ces activités est d'améliorer les connaissances des individus afin d'adopter des pratiques à moindres risques

de transmission du VIH ainsi que de rechercher des soins adaptés aux besoins de chacun. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

→ les connaissances des femmes et de leurs partenaires concernant le VIH/sida et les IST (prévention, dépistage, traitement) ainsi que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont améliorées via des activités d'éducation pour la santé par les personnels de santé ou les agents de santé communautaires ;
→ l'utilisation des préservatifs féminins et masculins est promue au sein des communautés.

Favoriser l'implication communautaire autour des actions de prévention et de prise en charge de la PTME

> axe de renforcement de l'action communautaire

Il est important que la communauté s'implique dans la PTME de façon à éduquer à la santé et accompagner les femmes séropositives, et lutter contre les problèmes psychosociaux et la stigmatisation qu'elles rencontrent au sein de leur communauté. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

→ les actions de sensibilisation auprès des communautés permettent de réduire la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ;
→ des personnes ressources dans la communauté sont formées sur la prévention du VIH et des IST et l'adhésion aux traitements (travailleurs pairs, agents de santé communautaires ou autres personnes clés de la communauté) ;

ZIMBABWE – Grand-mère de la gentillesse (Grandmothers of Kindness - GoK)

« GoK est un concept communautaire qui a été mis en place par le gouvernement à la suite d'enquêtes et s'appuyant

sur d'autres exemples à l'international. Celui-ci permet aux enfants orphelins ou vulnérables d'être pris en charge par des grands-mères dans leur communauté. GoK est un groupe de femmes bénévoles, réalisant un appui et un suivi des orphelins et des enfants séropositifs vulnérables. Les GoK accompagnent les enfants pour faire un dépistage, un suivi CD4, un soutien psychosocial. MdM a soutenu ce projet et a formé 153 GoK qui ont suivi 884 orphelins et enfants vulnérables séropositifs. L'appui à cette association a permis d'augmenter le nombre d'enfants dépistés et mis sous traitement dans la région. »

Maurice A. Opiyo,
coordinateur médical

→ des organisations à base communautaire (organisations non gouvernementales, associations ou réseaux de personnes vivant avec le VIH) sont soutenues de façon à mettre en place des interventions relatives à la PTME, notamment concernant l'appui nutritionnel et le support psychosocial.

3 C

FISTULES OBSTÉTRICALES

1 / DÉFINITION

La fistule obstétricale (FO)¹⁹⁶ est une communication anormale entre le vagin et la vessie et/ou le rectum, par lequel l'urine et/ou les matières fécales fuient constamment.

La cause principale des fistules obstétricales est le travail dystocique et prolongé (pouvant durer jusqu'à plusieurs jours). En effet, lorsque le travail se prolonge, la pression constante de la tête du bébé contre les parois pelviennes peut réduire drastiquement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant la vessie, le vagin et le rectum. Lorsque la mère survit, ce type de travail se termine souvent lorsque le fœtus meurt et que sa macération progressive est suffisante pour permettre son expulsion par le vagin. Le tissu pelvien délabré par l'ischémie s'escarifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre les organes adjacents. Les femmes souffrant d'une fistule obstétricale sont donc incontinentes pour les urines et/ou les matières fécales et gaz. De nombreuses classifications des FO existent ne prédisant pas toutes du pronostic du traitement.

La classification actuellement utilisée au sein des projets de MdM est celle de l'Association de traitement des fistules obstétricales en Afrique (Afoa).

Elle distingue trois groupes de complexité croissante :

- **la fistule vésicale simple (FVS)**, qui est une fistule vésico-vaginale siégeant à la face postérieure de la vessie, à distance du col, et en tissu souple, de taille inférieure à 3 cm ;
- **la fistule vésicale complexe (FVC)**, qui regroupe :
 - la fistule intéressant la région trigono-cervico-urétrale en respectant la continuité de la paroi antérieure de la vessie avec la paroi antérieure du col et de l'urètre,
 - la fistule n'intéressant ni le col ni l'urètre mais qui, soit a déjà été opérée, soit a une taille supérieure à 3 cm ;
- **la fistule vésicale grave (FVG)**, qui regroupe :
 - la destruction totale de l'urètre,
 - la destruction intéressant les parois antérieure et postérieure de la vessie (transsection ou section circulaire) avec urètre partiellement détruit, souvent obturé,
 - la destruction totale du vagin associée à une sclérose importante.

196. OMS, *Fistule obstétricale, Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes*, 2009.

Les fistules hautes et les fistules recto-vaginales sont classées à part :

→ **la fistule urétéro-vaginale (FUV) :**

l'uretère, souvent dilaté, s'abouche directement dans la paroi vaginale, souvent à côté d'une large fistule. Son traitement est particulier, nécessitant souvent une opération par voie haute ;

→ **la fistule vésico-utérine (FVU) :**

il y a les fistules vésico-utérines vraies, mais on classe aussi dans cette catégorie des fistules très proches, sinon au contact du col utérin, surtout quand la lèvre antérieure de celui-ci est déchirée. En réalité, ce sont des fistules vésico-utéro-vaginales ;

→ **la fistule recto-vaginale haute (FRV h),** sans rupture sphinctérienne ;

→ **la fistule rectale basse (FRV b),** avec rupture sphinctérienne.

CLASSIFICATION DE L'OMS

I Fistule qui n'atteint pas le mécanisme de clôture
II Fistule qui atteint le mécanisme de clôture
A La fistule n'atteint pas du tout l'urètre
a Pas de <i>Circumferential defect</i>
b Présence de <i>Circumferential defect</i>
B La fistule atteint l'urètre au moins en partie
a Pas de <i>Circumferential defect</i>
b Présence de <i>Circumferential defect</i>
III Cas exceptionnels (ex. : l'uretère est atteint)

2 / PLACE DANS LE CONTINUUM DE SOINS

ACTIVITÉS LIÉES À LA FISTULE DANS LE CONTINUUM DE SOIN

	Soins prénataux	Soins obstétricaux	Soins postnatals	Planification familiale	Soins liés à l'avortement
Éducation pour la santé sur la fistule avec notamment promotion du suivi de grossesse et de l'accouchement avec du personnel qualifié	X	X	X	X	X
Dépistage des cas de violences liées au genre	X	X	X	X	X
Mise en place de SOUB et de SOUC avec du personnel de santé qualifié et le matériel adéquat		X			
Utilisation du partogramme et prise en charge adaptée des travaux dystociques (ex. césarienne)		X			
Système de référencement efficace des femmes de la communauté vers les structures de santé et des SOUB vers les SOUC		X			
Pose d'une sonde urinaire pendant une semaine chez les femmes à risque de développer une FO		X	X		
Promotion de la planification familiale	X	X	X	X	X
Prévention des grossesses précoces				X	X
Conseil et mise à disposition de méthodes contraceptives pour les femmes venant d'être opérées d'une FO				X	

Le tableau ci-dessus récapitule les différentes activités concernant la fistule à mener au long du continuum de soins.

La prévention des fistules obstétricales doit se faire tout au long du continuum de soins via l'éducation pour la santé des femmes, de leur mari et des communautés. Il est important qu'ils sachent ce qu'est la fistule, comment elle se crée et comment la prévenir et la soigner.

Il est donc essentiel de promouvoir le suivi de grossesse et l'accouchement dans une structure de santé avec du personnel qualifié. **De plus, il est important de prendre en charge ou d'orienter les femmes porteuses d'une fistule vers les services adaptés. Les services de prise en charge de la fistule devraient offrir de l'éducation pour la santé, des interventions chirurgicales avec des chirurgiens formés, la prise en charge psychosociale,**

des soins postopératoires de qualité, des consultations de suivi et de la rééducation (par un kinésithérapeute). Cette prise en charge nécessite une équipe pluridisciplinaire (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, animateurs psychosociaux, sages-femmes...).

Il est à noter que le traitement chirurgical des fistules est une chirurgie de pointe, notamment pour les fistules complexes, et qu'il est difficile de trouver actuellement des médecins formés à cette technique. Cependant, des centres de formation existent et des partenariats sont possibles pour l'accession à la formation au niveau national et international. Le traitement chirurgical des fistules peut, principalement dans les cas de fistule complexe, demander plusieurs opérations qui seront espacées dans le temps (cicatrisation). La formation des chirurgiens locaux doit être encouragée. Des soins postopératoires de qualité sont aussi un élément essentiel de la réussite du traitement et peuvent durer jusqu'à un mois après chaque opération. Ils comprennent la surveillance du bien-être de la femme, les toilettes périnéales et vaginales, le suivi des sondes urinaires.

Il est essentiel que les femmes puissent bénéficier de conseils de qualité en pré et postopératoire. En préopératoire, il faut informer la femme sur l'opération et les soins postopératoires (diagnostic, méthode et durée de l'opération), obtenir son consentement libre et éclairé, lui donner des conseils d'hygiène, de nutrition. En postopératoire, il faut l'accompagner dans les soins postopératoires, la sensibiliser à l'hygiène, la nutrition, la planification familiale, mettre à disposition des méthodes contraceptives, l'informer sur les signes d'alerte et les consultations de suivi.

La prise en charge psychosociale des femmes atteintes de fistule est nécessaire.

L'apparition d'une fistule les a souvent mis en marge de la société, il faut donc les aider à se réinsérer. Des activités variées peuvent être mises en place telles que des groupes de parole, des entretiens individuels, des médiations familiales, des sensibilisations sur le thème de la fistule dans le village de la femme, le soutien des associations de femmes atteintes de fistule (guérie ou pas), le soutien des initiatives de microfinance ou d'activités génératrices de revenus.

Les problèmes d'incontinence vont nécessiter de la rééducation périnéale. Les patientes présentant une fistule peuvent aussi présenter des problèmes moteurs secondaires qui nécessitent une rééducation (trouble de la marche).

> **Le document de capitalisation « Mille femmes de Mopti, Rapport sur la prise en charge de 1000 femmes victimes de fistules obstétricales en région de Mopti de 1993 à 2010, Médecins du Monde ¹⁹⁷ » met en lumière les dix-sept années d'expérience de ce projet de MdM au Mali.**

3 / COMPRENDRE LA PROBLÉMATIQUE

a/ Généralités

On estime à plus de 2 millions le nombre de femmes souffrant d'une fistule obstétricale non traitée et au moins 50 000 à 100 000 nouveaux cas apparaissent chaque année ¹⁹⁸. Il est extrêmement difficile d'obtenir des données précises sur la fistule puisque la majorité des femmes porteuses d'une fistule

ne sont pas diagnostiquées. Ces chiffres sont probablement sous-estimés. Entre 2003, début de la campagne « Pour la fin des fistules » du Fnuap, et 2010, seulement 12 000 femmes ont été opérées pour une fistule dans le monde.

b/ Causes et données épidémiologiques

Les fistules obstétricales peuvent être évitées. Pour cela il suffirait :

De repousser l'âge de la première grossesse

Les grossesses précoces sont souvent en lien avec les mariages précoces et le manque d'accès à la planification familiale pour les adolescents ; ces grossesses augmentent le risque de FO car les femmes de moins de 18 ans sont plus à risque de travail dystocique de par leur immaturité physique. En Éthiopie et au Nigeria ¹⁹⁹, par exemple, plus de 25 % des patientes vivant avec une FO ont été enceintes avant l'âge de 15 ans, et plus de 50 % avant l'âge de 18 ans. 65 % des femmes atteintes d'une fistule le sont à la suite d'une grossesse adolescente ²⁰⁰.

La constitution d'une FO se produit généralement lors du premier accouchement. Dans les pays en développement, de nombreuses adolescentes peuvent également être victimes de sous-alimentation et avoir un poids insuffisant, ce qui augmente également le risque de FO.

De permettre l'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive de qualité

Dans les pays développés, la FO due à une dystocie mécanique et à une stagnation

de la dilatation appartient désormais au passé, la disproportion foeto-pelvienne pouvant être évaluée lors de la consultation prénatale, les anomalies du travail pouvant être diagnostiquées grâce au partogramme et la césarienne pouvant être pratiquée.

Dans les pays manquant de ressources, la réalité est différente : la grande majorité des femmes qui décèdent ou qui développent une FO pendant l'accouchement n'ont pas eu accès aux soins obstétricaux dont elles avaient besoin, soit par manque de service, soit par difficulté d'accès. En Afrique, seulement 8 % à 35 % des femmes présentant des complications pendant le travail recevraient des soins dans une structure appropriée.

En Afrique subsaharienne, l'incidence de la fistule obstétricale a été estimée à environ 124 cas pour 100 000 accouchements en zone rurale, alors qu'elle est pratiquement nulle dans les grandes villes ²⁰¹. La plupart des femmes qui développent des FO non traitées accouchent à domicile et sans l'assistance d'un personnel compétent pour les aider.

Les grossesses non désirées, le nonaccès à la planification familiale et le statut de la femme dans la société ont également un impact sur la demande et l'accès aux soins et donc sur l'apparition d'une fistule. Les mutilations génitales féminines sont également un facteur de risque de la FO.

D'autres causes médicales à la fistule peuvent être les complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, le traumatisme chirurgical (généralement une lésion vésicale lors d'une césarienne ou d'une hystérectomie). Les cancers gynécologiques et/ou leur traitement par

¹⁹⁷. Disponible sur demande au S2AP : S2AP@medecinsdumonde.net.

¹⁹⁸. Vangeenderhuysen C. et al., « Obstetric fistulae, Incidence estimates for sub-Saharan Africa », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001.

¹⁹⁹. Ampofo E.K. et al., « Risk factors of vesico-vaginal fistulae in Maiduguri, Nigeria: A case-control study », *Tropical Doctor*, 1990.

²⁰⁰. OMS, « Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? », Fact sheet, WHO/MPS/08.14, 2008.

²⁰¹. Vangeenderhuysen C. et al., « Obstetric fistulae, Incidence estimates for sub-Saharan Africa », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001.

radiothérapie peuvent également provoquer une FO, cause beaucoup plus rare dans les pays en développement.

Les violences liées au genre telles que les abus sexuels et viols sont aussi une cause de FO. Dans les situations de guerre, les violences sexuelles sont fréquentes, souvent utilisées comme un moyen d'intimidation ou de contrôle. Dans certaines régions déchirées par la guerre, des travailleurs sociaux ont estimé qu'une femme sur trois a été victime de viol et que la majorité des nouveaux cas de FO sont causés par le viol. En République démocratique du Congo, en 2004, 68% des femmes ayant été opérées de fistule avaient une fistule de cause traumatique²⁰².

c/ Conséquences

Les femmes vivant avec une FO sont extrêmement gênées par le fait de ne pas pouvoir contrôler leurs fonctions organiques, d'être constamment salies et mouillées et de sentir mauvais. Elles sont très souvent victimes de stigmatisation, de discrimination et, au bout du compte, d'exclusion sociale pouvant aller de la non-participation aux moments clés de la vie sociale (cérémonies) à la répudiation ou au bannissement de la communauté. Les répercussions sociales sont plus ou moins fortes en fonction des contextes.

Cela a non seulement des conséquences psychologiques individuelles, mais signifie aussi que les femmes vivant avec une FO sont souvent cachées et donc plus difficiles à atteindre lorsque des services de chirurgie de la FO sont disponibles.

Leur douleur et leur honte peuvent être encore renforcées par des infections à répétition, une stérilité, des lésions vaginales pouvant rendre les rapports sexuels

douloureux ou impossibles, et parfois une paralysie musculaire des membres inférieurs secondaire à la dystocie prolongée pouvant rendre la marche difficile.

4 / MATÉRIELS ET MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES

Voici une liste des médicaments et matériels nécessaires pour la prise en charge des fistules dans les structures de santé²⁰³ :

Médicaments

- **antalgiques** : paracétamol (per os), ibuprofène (per os) ;
- **anémie** : fer + acide folique (per os) ;
- **solutés** : ringer lactate poche 500 ml et chlorure de sodium 0,9 % poche 500 ml ;
- **antibiotiques** : amoxicilline (per os), cotrimoxazole (per os), ampicilline (IV, IM) et gentamicine (IV, IM) ;
- **solutions antiseptiques** : polyvidone iodée (solution dermique et vaginale) ;
- **contraceptifs** ;
- **traitement des IST.**

Consommables

- **de base** ; > cf. annexe 2
- **fils de sutures résorbables** : vicryl 3-0 / 17 mm 1/2c ; Vicryl 3-0 / 17 mm 3/8c ; Vicryl 4-0 / 17 mm 1/2c ; Vicryl 4-0 / 22 mm 3/8c et vicryl 3,0 2,0 et 0 ;
- **poche de colostomie** ;

²⁰³. Cette liste s'appuie sur le matériel utilisé par la mission MdM Tchad depuis 2009.

²⁰². Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists, The Acquire project, *Traumatic Gynecologic Fistula: A Consequence of Sexual Violence in Conflict Settings*, Engender Health, June 2006.

- liés aux précautions universelles et à l'hygiène ; > cf. annexe 2
- pour le suivi des patients. > cf. annexe 2

Matériels médicaux

- **les essentiels** ; > cf. annexe 2
- **fournitures** : brancard, lits d'hospitalisation, moustiquaires imprégnées ;
- **stérilisateur.**

Pour l'opération

- table de bloc opératoire ;
- scialytique ;
- blouses, bonnets, masques et sabots de bloc opératoire ;
- draps et linge stérilisables ;
- brosses et savon antiseptiques ;
- compresses stériles ou compresses stériles abdominales ;
- champs opératoires stériles ou stérilisables ;
- **matériel chirurgical** : boîte de fistule ; boîte de laparotomie (si colostomie envisagée) ; > cf. annexe 2
- bleu de méthylène.

Pour l'anesthésie

- **matériel médical** : extracteur d'oxygène, laryngoscope, pince de Magill, insufflateur manuel avec valve, stéthoscope et sphygmomanomètre, monitoring (pouls, tension artérielle, saturation) ;
- **consommables** : lunette ou masque à oxygène, tuyau en silicone, sonde

- endotrachéale, sonde gastrique, aiguilles spinales ;
- **médicaments** : substitut de plasma, atropine, bupivacaïne, éphédrine, adrénaline, naloxone, furosémide, lidocaïne (injectable et ou spray dermique) ;
- **médicaments réglementés** : diazépam, kétamine, fentanyl, morphine, thiopental.

Les précautions universelles et un protocole de gestion des déchets devront être mis en place dans chaque structure de santé. Les achats de médicaments et de matériels doivent être réalisés selon les critères de qualité de MdM auprès de sources d'approvisionnement validées.

> cf. documents internes «Politique du médicament» et «Cycle de gestion du produit pharmaceutique»²⁰⁴

5 / INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

Les indicateurs de référence sont des indicateurs qu'il est important de suivre lorsque l'on travaille sur cette composante de soins. Lors de la conception d'un projet, il est important de choisir les indicateurs appropriés au contexte, mesurables et pertinents :

Taux de femmes présentant une fistule obstétricale traitée avec succès dès la première intervention chirurgicale

Cet indicateur mesure la qualité de la prise en charge. Il pourra être désagrégé en fonction du type de fistule obstétricale (simple ou complexe).

²⁰⁴. Ces documents sont consultables sur la bibliothèque intranet de MdM ou disponibles sur demande au S2AP : S2AP@medecinsdumonde.net.

Nombre de chirurgiens nationaux formés (localement ou à l'international) à la prise en charge des fistules obstétricales

Les activités de MdM étant très axées sur le transfert de compétences, il est important d'évaluer le nombre de praticiens formés à la prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale.

Proportion de femmes porteuses de fistule obstétricale opérées qui ont été prises en charge sur le plan psychosocial

Cet indicateur permet de voir si les femmes ont accès à une prise en charge globale, à la fois médicale et psychosociale. Il s'agit donc d'un indicateur de qualité de la prise en charge.

Proportion de femmes diagnostiquées pour une fistule obstétricale ayant été opérées

Cet indicateur permet de voir l'efficacité et la capacité des services de prise en charge.

> Pour plus d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs « Santé sexuelle et reproductive » de Médecins du Monde ²⁰⁵

6 / MODALITÉS D'INTERVENTION

Les causes de la FO étant identiques à celles de la mortalité maternelle et néonatale, il paraît essentiel d'intégrer les projets prenant en charge les FO dans une stratégie globale de renforcement de la santé sexuelle et reproductive. Tout projet souhaitant travailler sur la FO devrait s'inscrire dans une approche globale incluant prévention et prise en charge complète (accompagnement psychosocial et médico-chirurgical). À l'inverse, chaque projet travaillant sur les soins

obstétricaux devrait, à minima, inclure la prévention de la fistule.

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

Quelles que soient les modalités d'intervention retenues, il est essentiel que les soins liés aux FO soient réalisés en toute confidentialité et dans le respect de l'intimité de la patiente. Les données médicales seront protégées.

> Il est recommandé de voir à ce propos le document « Pour une éthique de terrain » ²⁰⁶

Appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales sur la fistule obstétricale

> axe promotion d'une politique de santé publique saine de la Charte d'Ottawa
La prévention, le dépistage et la prise en charge de la fistule obstétricale devraient être pris en compte dans les politiques nationales de santé sexuelle et reproductive. Lorsque ce n'est pas le cas, nous pouvons envisager d'apporter un appui technique aux instances décisionnelles telles que le ministère de la Santé ou réaliser des actions de plaidoyer. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :
→ une stratégie nationale de lutte contre

les FO est mise en place et intégrée dans la stratégie nationale visant à améliorer la santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale ;
→ la prise en charge de la fistule obstétricale est réalisée de façon décentralisée pour les fistules simples en lien avec un centre de référence capable de prendre en charge les fistules complexes ;
→ des indicateurs sont mis en place dans le Système national d'information sanitaire (Snis) pour le suivi des cas de fistules obstétricales.

Réduire les barrières à l'accès aux soins

> axe création de milieux favorables
Réduire les barrières à l'accès aux soins est nécessaire puisque les FO sont liées au manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence. De plus, les femmes porteuses ne sont souvent pas informées de l'existence d'un traitement pour leur maladie. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :
→ un diagnostic socioculturel est réalisé pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux soins et la perception de la fistule au sein de la communauté ;
→ les barrières financières à l'accès aux soins des femmes enceintes (grossesse et accouchement) et à l'accès au traitement de la fistule sont levées ;
→ le lien entre les soignants et les communautés est renforcé via des activités d'éducation pour la santé au sein des communautés.

MALI – Prise en charge globale et plaidoyer pour l'accès aux soins

« Médecins du Monde a développé en fin d'année 1993 à l'hôpital régional de Mopti un projet de prise en charge des fistules obstétricales. Dès l'origine, l'objectif de Médecins du Monde était de traiter dans les meilleures conditions

possibles un maximum de malades et de former une équipe chirurgicale autonome sur place. [...] Essentiellement chirurgical au départ, le projet MdM a évolué dans la période la plus récente pour assurer une prise en charge globale, médicale et psychologique. [...] MdM a également développé un volet de prévention et de sensibilisation communautaire [...] Résultats : de 1993 à 2009, 1108 fistules obstétricales ont été traitées chirurgicalement. [...] Au final, 779 fistules ont été fermées et sont continentes pour 1 054 patientes, soit un taux de guérison de 73,9%. À l'heure où le Mali diffuse une stratégie nationale d'éradication de la fistule obstétricale, MdM est entré dans une phase de désengagement du projet, à échéance de 2013, soit après vingt ans de présence. Jusqu'à ce terme, MdM s'emploie à améliorer davantage la prise en charge globale et gratuite des cas de fistules obstétricales à l'hôpital régional de Mopti et à poursuivre un plaidoyer en faveur de la gratuité des soins, décrétée au plan national, pour les femmes victimes d'une fistule obstétricale.»

Extrait de *Mille femmes de Mopti*, Rapport sur la prise en charge de 1 000 cas de fistules obstétricales en région de Mopti de 1993 à 2010, MdM Mali

Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des femmes porteuses d'une fistule obstétricale

> axe réorientation des services de santé
Un effort devra être fait sur les différentes parties du continuum de soins afin de prévenir la constitution de fistule. Parallèlement, il faudra prendre en charge les femmes présentant une fistule de façon globale. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

205. Inklus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

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

- la qualité des services de santé sexuelle et reproductive est améliorée pour permettre à toute femme enceinte d'avoir accès aux consultations prénatales et à des soins obstétricaux d'urgence ;
- la FO, sa prévention et son traitement (y compris la prise en charge du travail, l'utilisation du partogramme, le travail dystocique, etc.) sont introduits dans les programmes de formation initiale et continue du personnel soignant ;
- des services accessibles et de qualité sont mis en place pour le traitement chirurgical de la FO et la rééducation ;
- des chirurgiens et autres professionnels locaux sont formés et capables de prendre en charge des patientes porteuses d'une FO ;
- l'intégration effective des femmes porteuses d'une fistule au sein de leur communauté est facilitée via un suivi psychosocial.

TCHAD – Accompagnement psychosocial des femmes porteuses d'une fistule

« J'ai raccompagné Kaltouma (opérée d'une fistule obstétricale) dans son village. Pendant l'entretien de sortie à l'hôpital, la patiente m'avait demandé de rencontrer les leaders communautaires pour leur expliquer pourquoi elle aurait besoin de revenir pour une nouvelle opération. Elle avait peur que la population pousse son mari à refuser qu'elle revienne à l'hôpital. J'ai fait la médiation familiale avec le mari, le beau-frère et les tantes pour leur expliquer l'état médical de Kaltouma, les conseils postopératoires, en particulier la contraception. Le mari de Kaltouma est très ouvert, il a bien compris. Ils vont suivre les recommandations. »

**Achta Ali Seid,
animatrice psychosociale**

Renforcer ou mettre en place une éducation pour la santé pour les femmes, les couples et les communautés

> axe acquisition des aptitudes individuelles

Le renforcement des connaissances en matière de santé permet de renforcer l'accès des femmes aux différents services du continuum de soins et de diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. En effet, le renforcement des connaissances des femmes sur leurs droits en santé sexuelle et reproductive leur permet d'avoir plus d'autonomie et la capacité de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent, et de planifier leurs grossesses. Il est nécessaire que les femmes ne soient pas seules bénéficiaires de ces sensibilisations, mais que les partenaires, les familles et les communautés soient également impliqués. L'engagement familial et communautaire est indispensable pour l'adoption de comportements sains et pour l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive. De plus, la connaissance par tous de la fistule obstétricale permet de diminuer la discrimination et le rejet social qui pèse sur ces femmes ; et facilite l'accès à la prise en charge. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les femmes et leur famille ont amélioré leurs connaissances sur la FO, ses causes, comment la prévenir et la traiter ;
- les femmes et leur famille ont amélioré leurs connaissances sur les droits sexuels et reproductifs.

Favoriser l'implication communautaire autour de la fistule obstétricale

> axe renforcement de l'action communautaire

La fistule obstétricale est méconnue dans les communautés. Cela a un impact sur la vision et le comportement de la communauté par

rapport aux femmes porteuses d'une fistule, mais aussi sur la prévention et le dépistage de la fistule obstétricale. Il est donc essentiel d'inclure la communauté dans les activités liées à la fistule obstétricale. Les résultats suivants peuvent alors être poursuivis :

- les leaders et autres personnes influentes des communautés (accoucheuses traditionnelles, leaders religieux, guérisseurs traditionnels...) appuient les messages d'éducation pour la santé sur les droits en santé sexuelle et reproductive, les soins prénataux, obstétricaux et postnataux, la planification familiale et la prévention et le référencement des femmes porteuses d'une fistule ;
- des agents de santé communautaires sont formés aux messages clés pour la prévention des FO, la détection et le référencement des femmes présentant une fistule obstétricale.

→ un système de référencement communautaire est mis en place pour le transport des femmes enceintes présentant des complications.

TCHAD – Formation des accoucheuses traditionnelles au référencement

« Une formation des accoucheuses traditionnelles est réalisée par l'équipe de MdM sur la problématique de la fistule obstétricale et l'importance de la référence des accouchements compliqués pour l'éviter. Lors de la formation, une démonstration de la constitution de la fistule se fait à l'aide d'un bassin obstétrical et du mannequin d'un nouveau-né. Cette démonstration a systématiquement un impact impressionnant auprès des accoucheuses traditionnelles qui prennent conscience des limites de leur pratique et de l'intérêt de la référence. »

Anne-Laure Honauer,
sage-femme

3D

OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX ADOLESCENTS

1 / DÉFINITION

L'OMS définit l'adolescence comme la période qui correspond à la classe d'âge 10-19 ans.

2 / ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ

Les adolescents représentent un cinquième de la population mondiale. Beaucoup sont en bonne santé mais un grand nombre est confronté à toute une série de difficultés qui ont des répercussions immédiates ou à terme sur leur santé et qui ont des incidences non seulement pour cette génération mais aussi pour la prochaine. Il peut s'agir de l'infection à VIH, des grossesses précoces, de la violence, de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, des traumatismes ou des problèmes de santé mentale.

Les complications obstétricales des grossesses précoces²⁰⁷

En 2008, on estimait les grossesses chez les filles de 15 à 19 ans à 16 millions, soit environ 11 % des grossesses dans le monde. La proportion de grossesses adolescentes était de 18 % en Amérique latine et de 50 % en Afrique subsaharienne. Entre 1990 et 2007, le taux de naissances chez les adolescentes est passé de 60 à 48 naissances pour 1 000 filles de 15 à 19 ans sachant que des efforts majeurs ont été réalisés dans les années 1990. Le faible niveau d'éducation, la pauvreté et la vie en milieu rural augmentent le risque des adolescentes d'être enceintes et diminuent l'accès à la contraception.

Dans les pays en développement et émergents, 10 % des mères le sont avant l'âge de 16 ans, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est. Certaines grossesses sont désirées et planifiées, notamment chez les adolescentes mariées, mais ce n'est pas le cas pour

207. WHO, «Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?», Fact sheet WHO/MPS/08.14, 2008.

toutes. Beaucoup d'adolescentes enceintes sont obligées d'arrêter l'école précocement, ce qui a des conséquences socio-économiques importantes.

Les grossesses et accouchements chez les adolescentes sont considérés comme étant plus à risque. Les 11 % de grossesses adolescentes correspondent à 23 % de la morbi-mortalité maternelle totale dans le monde. Plus de 65 % des femmes atteintes d'une fistule obstétricale le sont à la suite d'une grossesse durant l'adolescence. Les adolescentes ont plus de difficultés à faire suivre leurs grossesses, à accoucher avec du personnel qualifié et à se faire suivre en post-partum. Les adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risque de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 45 ans, et celles âgées de 10 à 15 ans ont cinq fois plus de risque de décès²⁰⁸.

Conséquences chez les nouveau-nés

Les mortinaissances et les décès néonataux dans la première semaine de vie sont deux fois plus nombreux chez les enfants de mères de moins de 20 ans. Les nouveau-nés de mères adolescentes ont plus de risques de naître prématurés, avec un faible poids de naissance ou d'avoir une hypoxie à la naissance ; ce qui augmente le risque de mortalité et de morbidité néonatales et infantiles.

Les grossesses non désirées

Les grossesses à l'adolescence chez des filles non mariées ont beaucoup plus de risque de recourir à un avortement provoqué. Si la grossesse a lieu hors mariage, les sanctions sociales peuvent être sévères et l'avortement provoqué semble souvent le seul moyen d'éviter l'humiliation publique

et le rejet. De plus, les adolescentes n'ont pas facilement accès à l'information sur la contraception et aux services de planification familiale et ont donc des difficultés à prévenir les grossesses non désirées.

Ce sont 14 % des avortements à risque qui sont réalisés chez des filles de 15-19 ans. De plus, les complications sont plus fréquentes chez les adolescentes²⁰⁹. Les raisons sont notamment un recours fréquent à des avortements illégaux et clandestins, ou à une intervention plus tardive pendant la grossesse.

NICARAGUA – Travailler avec des adolescents et des jeunes

« Lorsque nous avons réalisé l'assemblée communautaire pour sélectionner les adolescents et les jeunes qui allaient être formés comme promoteurs de santé, ce qui m'a le plus frappé c'est le cas d'une adolescente de 16 ans (qui est à présent promotrice du projet), déjà mère d'un enfant de 1 an et enceinte de 28 semaines. Elle nous a raconté que sa mère lui disait que les méthodes contraceptives provoquaient le cancer du col de l'utérus, et que c'est pour cela qu'elle ne s'était pas protégée. Après les formations "Grossesse chez les adolescentes et méthodes contraceptives", elle a réfléchi et a déclaré qu'elle n'aurait plus d'autres enfants parce qu'elle utiliserait une des méthodes pour éviter les grossesses. »

Esminia Guido,
référente adolescents sur le projet

208. WHO, *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Health Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*, WHO Guidelines, 2011.

209. WHO, «Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?», Fact sheet WHO/MPS/08.14, 2008.

Les IST et le VIH/sida

En 2009, 40 % des nouvelles infections à VIH adultes ont été recensées chez les jeunes de 15 à 24 ans²¹⁰. Actuellement, seuls 36 % des jeunes hommes et 24 % des jeunes femmes dans le monde ont des connaissances complètes et correctes leur permettant de se protéger du VIH.

Les adolescents manquent souvent d'information sur les IST, dont le VIH, mais aussi sur les moyens de se protéger. De plus, les inégalités liées au genre et la pression qui existent sur les jeunes filles font que les adolescentes n'ont généralement pas le pouvoir de refuser des rapports sexuels ou d'imposer l'utilisation de préservatifs. Les problématiques d'addictions étant particulièrement présentes chez les jeunes (usages de drogues, alcool, tabac), les risques de contamination des adolescents par le VIH ou d'autres IST (hépatite B) dans le cadre de l'usage de drogues par voie intraveineuse via le partage du matériel d'injection sont également très importants.

Les violences liées au genre (VLG)

Les atteintes sexuelles, les rapports sexuels forcés et le viol sont des réalités qui affectent les jeunes, dans tous les pays du monde. Outre des conséquences psychologiques durables, ils peuvent entraîner des problèmes tels que des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. > cf. **3A « Violences liées au genre »**.

On estime que chaque jour, dans le monde, 430 jeunes de 10 à 24 ans meurent à la suite de violences interpersonnelles. Et le nombre de jeunes hospitalisés à la suite de violences serait de 20 à 40 fois supérieur²¹¹.

210. OMS, « Risques pour la santé des jeunes », aide-mémoire n° 345, 2011.

211. WHO, « Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? », Fact sheet WHO/MPS/08.14, 2008.

Selon les contextes, entre 7 % et 48 % des adolescentes auraient eu leur première expérience sexuelle sous la contrainte. Les adolescentes risquent davantage d'être poussées ou forcées par un homme plus âgé à avoir des rapports sexuels sans avoir la possibilité de se protéger. Les rapports sexuels forcés rapportés par 10 % des adolescentes ayant eu des rapports avant l'âge de 15 ans contribuent grandement aux grossesses non désirées.

Les difficultés économiques peuvent contraindre les filles comme les garçons à partir de chez eux pour tenter de gagner leur vie ailleurs. Ce genre de situation se solde parfois par l'exploitation sexuelle et la prostitution. Dans d'autres cas, les adolescents partent de chez eux parce qu'ils sont victimes de violences de la part d'un membre de leur famille et finissent par vivre dans la rue ou par être exploités sexuellement²¹².

3 / OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

Les adolescents sont une population vulnérable en termes de santé sexuelle et reproductive. Presque tous les pays sont signataires de la Convention de Nations unies relative aux droits de l'enfant, laquelle déclare clairement que les adolescents ont droit aux informations sanitaires ainsi qu'aux services de santé dont ils ont besoin. Pourtant, les services de santé ne sont pas toujours accueillants envers les adolescents et ne prennent pas toujours en compte leurs besoins spécifiques en termes de santé.

212. OMS, Unicef, Commonwealth Medical Association Trust, *Programme d'orientation sur la santé des adolescents destiné aux prestataires de soins de santé*, 2006.

Les adolescents manquent souvent d'information sur les services de santé (lieu, coût). Même lorsqu'ils connaissent les services, la honte, la peur de la stigmatisation et du manque de confidentialité les font hésiter à s'y rendre. Les services de santé sexuelle et reproductive et les personnels de santé doivent s'adapter aux spécificités de cette population afin de leur proposer une prise en charge adaptée.

Les personnels soignants devraient avoir une formation sur les spécificités de la prise en charge de ce public. Le Fnuap a mis au point l'outil d'évaluation HEADSSS (habitat, éducation, activités, drogues, sexualité, sécurité et suicide/dépression) qui aide le personnel de santé à identifier les adolescents avec des vulnérabilités lors de consultations de santé sexuelle et reproductive. En effet, ce questionnaire de 15 à 30 minutes permet de mettre en lumière les facteurs de risque et les problèmes de santé des adolescents. Il permet de leur proposer des conseils immédiats en fonction de leurs besoins et de les mettre en relation avec des systèmes d'assistance si nécessaire²¹³. Dans les cas où une stratégie nationale sur la santé des adolescents est présente, il est important de s'y référer.

L'éducation par les pairs constitue un excellent moyen de diffuser des informations sur la santé sexuelle et reproductive. Les pairs sont habituellement perçus comme des sources d'information sûres et fiables. L'utilisation de réseaux de pairs peut mettre les adolescents plus à l'aise pour dialoguer et évaluer les risques personnels.

Le soutien des familles et des communautés envers les adolescents, notamment sur les aspects sanitaires, de prévention

213. Fnuap, Save the children, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*, Fnuap, 2009.

et d'éducation, permettront de faciliter la réussite des projets.

Les jeunes ne formant pas un groupe homogène, les interventions devraient être conçues pour des sous-groupes spécifiques notamment liés à l'âge, au sexe, à la scolarisation et à l'état matrimonial. Une approche individualisée devrait également être mise en place pour que chacun puisse avoir une réponse adaptée à ses problèmes de santé.

Caractéristiques des services adaptés aux adolescents

- personnels de santé formés à la prise en charge des adolescents, sans jugement ni discrimination, respectant la confidentialité et proposant des soins adaptés au patient ;
- des activités d'éducation pour la santé avec du matériel d'information, éducation et communication adapté pour les adolescents, qui pourront être développées dans les communautés, écoles, lieux de rassemblement des jeunes, structures de santé.

NIGER – Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (SSRAJ) au niveau communautaire

« La stratégie SSRAJ au niveau communautaire est mise en œuvre par le district sanitaire d'Illéla avec l'appui de MdM sur vingt sites et un centre "amis des jeunes". Cette activité s'articule autour de la sensibilisation à travers la communication de masse et la communication interpersonnelle des jeunes par leurs pairs formés sur les thématiques relatives aux IST/VIH, mariage précoce, toxicomanie, planification familiale. Le référencement des cas d'IST identifiés se fait

vers le centre de prise en charge avec la distribution gratuite des préservatifs.»

M^{me} Mohamed Habsatou Sayabou, responsable volet PF/SSRAJ

NIGER – Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (SSRAJ) au niveau scolaire

«L'intervention sur la SSRAJ initiée par MdM au niveau scolaire est une stratégie venant en appui à l'une des priorités du plan d'action annuel du district sanitaire d'Illéla, qui encourage l'adoption de nouveaux comportements positifs chez les adolescents et leur responsabilisation en matière de sexualité. Elle implique les professeurs de la thématique "science de la vie et de la terre" dans la sensibilisation des jeunes de 15 à 18 ans au niveau des établissements scolaires. Cette stratégie s'articule autour de la projection de sketches audiovisuels portants sur les thématiques relatives aux IST/VIH, mariage précoce, toxicomanie, planification familiale, grossesses non désirées, suivis de débats animés par les professionnels de la santé, les enseignants, les leaders religieux et les sociologues.»

M^{me} Mohamed Habsatou Sayabou, responsable volet PF/SSRAJ

→ des structures médicales offrant un environnement sécurisant, évitant la stigmatisation : certains projets/pays ont ouvert des centres spécifiques pour adolescents qui fonctionnent,

mais dans d'autres contextes ce type de centres est trop stigmatisant et les jeunes ne s'y rendent pas ; il peut alors être plus efficace d'intégrer les services pour adolescents dans les structures et services existants ;

- des services de qualité répondant à leurs besoins en termes de santé sexuelle et reproductive ;
- des services qui disposent des matériels et équipements nécessaires ;
- des services proposant des sorties dans les communautés, les écoles (stratégie avancée) afin d'approcher les adolescents qui ne viennent pas dans les centres de santé

PÉROU, LIMA – Création de 11 centres d'accueil pour les adolescents (2006 à 2010)

« Chaque centre proposait, deux à trois jours par semaine, des activités sportives et culturelles avec des ateliers de sensibilisation à la SSR et des consultations individuelles avec des psychologues et sages-femmes de notre équipe. Nous sommes également intervenus dans des collèges auprès des élèves et de leurs professeurs avec la formation d'ateliers de discussion. Nous avons aussi travaillé au sein de centres de placement d'adolescents et de commissariats. Parmi ces nombreux adolescents, nous avons formé plus de 100 promoteurs de santé pairs qui pour certains sont encore actifs aujourd'hui. À notre départ, trois de nos centres ont été repris par la municipalité en tant que centre culturel.»

Maryse Bosmaric, responsable de mission Pérou

→ des services en relation avec des travailleurs pairs afin d'accroître leur portée et leur accessibilité.

RDC, KINSHASA – Rôle des éducateurs pairs avec les filles des rues

«Le statut de proximité de l'éducateur pair lui permet de réaliser des actions de prévention sur les IST/VIH/sida, le planning familial, d'induire des changements de comportements durables ; de favoriser des modes de communication informels. Le projet a identifié et formé un échantillon de personnes vivant dans la rue qui voulaient bien partager avec leurs semblables leurs expériences, vécus, mais surtout leurs histoires en tant que bénéficiaires du projet. Par exemple, une jeune fille pair éducatrice partage avec une nouvelle bénéficiaire les avantages de la méthode contraceptive implant, l'importance de réaliser le suivi de grossesse, etc. Un jeune homme pair éducateur est plutôt chargé de la sensibilisation sur le port correct du préservatif et sa distribution dans le milieu ouvert (maraudes) ou au centre d'accueil des filles.»

Wania Correia, coordinatrice programme

- des services qui encouragent le soutien des parents et de la communauté ;
- un système de recueil et d'analyse de données efficace pour obtenir des données fiables sur les adolescents.

L'accès à la planification familiale est essentiel pour repousser l'âge de la première grossesse, pour prévenir les grossesses non désirées et les IST, dont le VIH/sida.

La double protection doit être fortement promue, et des distributions gratuites de préservatifs doivent être réalisées. La contraception d'urgence doit être accessible pour les adolescents en cas de besoin. Il est important d'évaluer les barrières à l'accès à la contraception pour les adolescents existantes (ex/ barrières légales, administratives, liées aux services...) et de travailler afin de réduire ces barrières.

Concernant le VIH et les IST, les adolescents doivent savoir comment se protéger et en avoir les moyens (préservatifs). L'amélioration de l'accès aux services proposant conseil et dépistage leur permet de connaître leur statut, d'éviter une future infection et, le cas échéant, de recevoir des soins et le traitement adaptés. Des efforts doivent être réalisés dans la prévention et la prise en charge des VLG.

La vulnérabilité des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum étant très importante, il est essentiel de leur apporter des soins attentifs dans ces composantes du continuum de soins. Les soins prénataux sont parfois pour les adolescentes la première porte d'accès vers les structures de santé. Des efforts doivent être réalisés pour que ce public utilise ces services de santé. En outre, il est important que les adolescentes bénéficient d'un accompagnement particulier dans les soins du nouveau-né par les personnels de santé et par leur famille.

Compte tenu du nombre important d'avortements à risque dans cette population, les soins pré et post-avortements doivent être réalisés sans discrimination et comprendre la promotion des méthodes de contraception à long terme. De plus, dans les contextes où l'avortement est légal, les soins disponibles pour les adolescentes devraient être réalisés dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité.

4 / INDICATEURS

Dans le cas d'un projet qui porte une attention particulière aux adolescents, il est important d'avoir des indicateurs concernant les adolescents ou de désagréger les indicateurs de suivi par classe d'âge (suivant les classes utilisées par le Système national d'information sanitaire, moins de 19 ans et 19-45 ans).

Par exemple :

Taux de prévalence contraceptive ou couple années protection

Cet indicateur peut être désagrégé afin de calculer le taux de prévalence contraceptive chez les adolescentes et permet de mesurer l'efficacité d'un service de planification familiale auprès de ce public.

Taux de grossesses adolescentes

Cet indicateur fait partie du suivi de l'Objectif du millénaire pour le développement n°5. Il permet d'évaluer les avancées en termes de grossesse précoce et de planification familiale.

Taux de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances approfondies sur le VIH

Cet indicateur fait partie de l'Objectif du millénaire pour le développement n°6 et permet d'évaluer les connaissances en matière de VIH des jeunes. Il peut être calculé par une enquête CAP, laquelle demande des moyens importants, ou à travers une enquête ponctuelle, dans une structure accueillant des jeunes par exemple.



OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX TRAVAILLEURS/EUSES DU SEXE

1 / DÉFINITION

Un/une **travailleurs/euses du sexe**²¹⁴ désigne une personne qui offre des prestations sexuelles en échange d'une compensation monétaire, soit dans le cadre de son métier soit lors de pratiques occasionnelles. La majorité des travailleurs du sexe sont des femmes mais il existe également des hommes et des transgenres.

Il est important de noter que le travail du sexe est très diversifié et comprend une multitude de profils et pratiques. Ainsi, il convient de ne pas placer les personnes se prostituant dans une même case, tant leurs réalités, statuts, besoins sont divers. Chaque

personne, chaque situation est différente. Ce texte propose d'interroger les grands axes pour une offre de soins pertinente mais reste à relativiser en fonction des situations.

2 / ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ : STIGMATISATION ET CRIMINALI- SATION

Les personnes se prostituant sont dénigrées et rejetées dans de nombreuses sociétés, souvent accusées d'être la cause de la transmission des maladies, en particulier de la transmission du VIH, de l'augmentation de la criminalité, voire de la dégradation de l'image des femmes. Ces accusations révèlent surtout le reproche fait aux personnes se prostituant de ne pas respecter

214. À noter que nous n'employons volontairement pas le terme « prostitution », moralement chargé et associé à la déviance, la débauche. Parler de travail favorise la distinction entre l'activité économique et la personne elle-même et contribue à sortir la prostitution de l'invisibilité, vecteur de stéréotypes et stigmatisation. De plus, de nombreuses personnes se prostituant revendiquent, à travers le monde, le statut de travailleur du sexe afin d'obtenir reconnaissance et droits sociaux.

les codes moraux en place. Elles sont renforcées par les inégalités liées au genre. Dans de nombreux pays, le travail du sexe est criminalisé ; cela engendre des conséquences néfastes sur la santé des personnes proposant des services sexuels tarifés.

Du fait de la stigmatisation, marginalisation et criminalisation, les personnes se prostituant sont exposées à de nombreux risques que sont les maladies, les violences, un harcèlement par les services de police, l'exploitation (prostitution des enfants, traite humaine, exploitation des migrants)... Cela peut entraîner une diminution de l'estime de soi, des troubles psychosociaux, l'utilisation de substances psychoactives et la diminution de l'accès aux services publics, notamment les services de santé. Tout cela a également un impact important sur les liens sociaux et peut conduire au rejet de la part de la famille et/ou des amis, entraînant des difficultés pour se loger et se déplacer.

Ces risques ne sont donc pas limités à une exposition accrue à des virus tels que le VIH ou les hépatites, ils s'envisagent globalement en termes de sécurité et de répercussions sanitaires, sociales et économiques. Les personnels des structures de santé peuvent aussi être discriminants à l'encontre des travailleurs du sexe, ce qui va influencer sur leur accès aux soins.

L'approche développée auprès des travailleurs/euses du sexe est la réduction des risques (RdR). Sa mise en application implique non seulement des interventions en matière de santé publique, mais également des actions de plaidoyer permettant de modifier l'environnement politique et légal dans lequel vivent ces personnes.

Les IST et le VIH/sida

Les complications des IST (inflammation pelvienne, grossesse extra-utérine, infertilité)

sont fréquentes chez les travailleurs/euses du sexe. De plus, les IST ainsi que les traumatismes génitaux causés par des rapports sexuels répétés sont des facteurs aggravants pour l'infection du VIH.

Une revue de la littérature a montré que la prévalence du VIH était plus importante dans la population des travailleurs du sexe que dans la population générale. Dans les pays en développement, la différence pouvant aller de 11,6 % de prévalence du VIH dans la population générale (femmes en âge de procréer) à 30,7 % de prévalence chez les travailleuses du sexe²¹⁵.

La prévalence du VIH varie en fonction de l'épidémie du VIH dans la zone et des comportements à risque de la personne et des clients.

En 2010, une étude multipays (44 pays) montre que seulement 50 % des travailleurs du sexe dans le monde ont accès à des programmes de prévention du VIH. Néanmoins, dans les projets de MDM, nous constatons que dès lors que les personnes se prostituant ont la possibilité de se protéger (et de protéger les clients), elles le font. Dans certains projets, la contamination par le VIH, grâce aux mesures de prévention, est nulle.

L'usage de substances psychoactives (drogues, alcool)

Il est important de noter que travail du sexe et consommation de drogues/alcool ne vont pas nécessairement de pair. En effet, le mythe selon lequel toutes les personnes se prostituant consommeraient des drogues n'est pas fondé et la réalité est autrement plus complexe. Sans établir de généralisation, la consommation de drogues et alcool est un facteur de risque et de vulnérabilité chez certains travailleurs du sexe, pouvant mettre

en danger leur sécurité et leur santé. En effet, le risque de subir des violences (physiques et sexuelles) est accru. Une surconsommation de drogues et/ou d'alcool peut également entraîner une diminution de l'utilisation efficace des préservatifs et des rapports sexuels non protégés risquent d'être plus facilement acceptés (vecteur de contamination des IST). En cas de partage de seringues, le risque de contamination par le VIH, les hépatites B et C et la syphilis est élevé.

Les violences liées au genre (VLG)²¹⁶

Les violences dirigées contre les travailleurs/euses du sexe, telles que les violences physiques, sexuelles, le harcèlement, le vol, l'exploitation et le meurtre, sont un problème majeur dans de nombreux contextes, particulièrement dans les plus répressifs. La violence augmente la morbidité, le risque de handicap, les troubles psychosociaux, et peut entraîner une baisse de l'estime de soi. La prostitution chez les enfants (mineurs de moins de 18 ans) est une violation des droits de l'enfant. L'Unicef estime que 1 million d'enfants entrent chaque année dans le commerce du sexe.

Grossesses non désirées et planification familiale

Les rapports sexuels non protégés (ou accidents de rupture de préservatifs) peuvent conduire à des grossesses non désirées. Les travailleurs/euses du sexe n'ayant parfois pas accès aux services de santé, il est rare qu'ils/elles aient accès à des services de planification familiale. Peu de données existent sur l'incidence des grossesses non désirées chez les travailleuses du sexe. Une estimation sur les 9 millions de filles mineures se prostituant évalue le nombre d'avortements provoqués à plus de 1,2 million par an.

3 / OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

Le travail du sexe peut être exercé sous différentes formes : travail dans la rue, dans les bars, les salons de massage, les maisons closes, la prostitution en vitrine, les services d'escort, sur internet...²¹⁷ Autant de modes de travail différents qui vont impliquer des modalités d'intervention différentes. Dans l'accompagnement des travailleurs du sexe, il est également fondamental de prendre en considération l'impact de la stigmatisation et de l'exclusion sociale sur leur vie. Les principes de base à respecter sont :

- le respect de la confidentialité et de l'anonymat ;
- le non-jugement et l'acceptation des différents modes de vie et pratiques des personnes rencontrées : création de liens de confiance ;
- un accueil favorable ;
- l'accès gratuit aux soins ;
- l'accès gratuit au matériel de prévention ;
- les horaires d'ouverture adaptés ;
- un travail de proximité avec des activités d'outreach, cliniques mobiles ;
- une offre de soins la plus globale possible incluant les aspects psychosociaux ;
- l'empowerment ;
- l'inscription dans la durée (la durée d'un financement ne devant pas déterminer la durée du projet).

FRANCE, NANTES – Funambus :
activités avec les travailleurs du sexe

« Tout le programme repose sur un lien de confiance que l'équipe

²¹⁵. Baral S. et al., *Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*, *The Lancet, Infectious Diseases*, March 2012, 12: 538–49.

²¹⁶. Rekart M., *Sex-work harm reduction*, *The Lancet*, 2005; 366: 2123–34.

²¹⁷. Gaffney J. et al., *Practical Guideline for Delivering Health Services to Sex Workers*, Correlation project, 2008.

de professionnels a su instaurer avec les personnes proposant des services sexuels tarifés. La combinaison de l'unité mobile et du lieu fixe permet de répondre aux besoins collectifs et individuels dans une démarche d'empowerment. Le local est un lieu ressource avec un seuil d'accès facilité. L'unité mobile modifie le rapport "bénéficiaire"/"expert" pour créer une rencontre sur le lieu de travail des personnes. Sans cette pratique de proximité, sans la posture de l'intervenant, non jugeante, de réduction des risques et pragmatique, les questions de santé émergeraient difficilement.»

Irène Aboudaram, coordinatrice technique, mission prostitution

Les personnes travaillant avec les travailleuses du sexe doivent répondre à leurs besoins, respecter leur autonomie et dignité quels que soient l'âge, l'origine, l'orientation sexuelle ou le statut sérologique de la personne. Le **non-jugement** est donc un principe clé.

Pour mettre en place des actions de plaidoyer, pour changer les lois, les mentalités et lutter contre les discriminations, la première étape consiste à **impliquer les personnes se prostituant** dans les projets.

De plus, ces dernières disposent d'une réelle connaissance du terrain, de leurs réalités et besoins ; leur implication permet au projet d'être plus pertinent dans la mesure où il est orienté par ceux à qui sont destinés les services. Les projets doivent être élaborés **pour et par les usagers**. Ainsi, l'implication des personnes se prostituant dans les projets est un atout incontournable. Cela se fait à différents niveaux : le plus classique étant les « éducateurs pairs », qui réalisent un travail

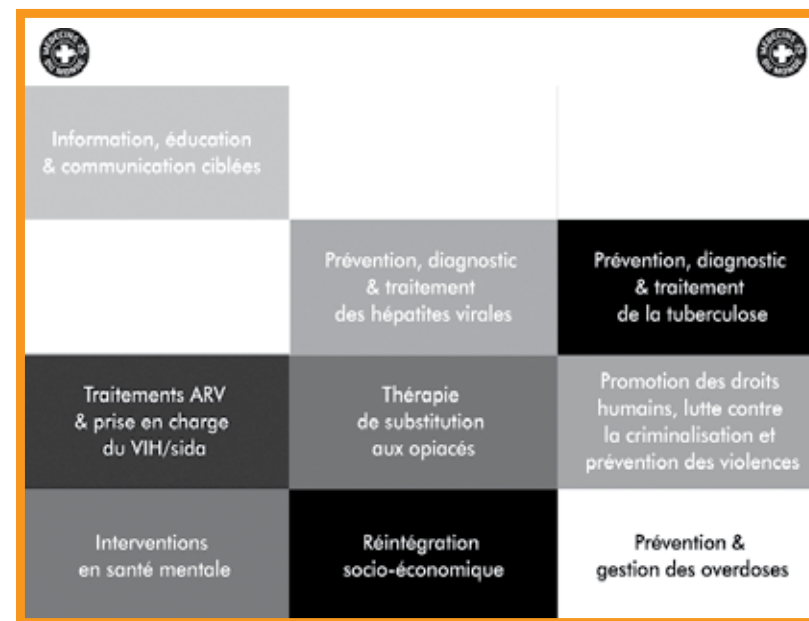
de sensibilisation de proximité auprès des communautés et peuvent assurer la promotion du projet. Ils sont ainsi des intermédiaires essentiels pour la diffusion des messages de prévention (eux seuls connaissent réellement les pratiques) et l'instauration de relations de confiance. La collaboration avec les personnels de santé est doublement profitable, usagers et professionnels s'enrichissent des compétences de l'autre pour ajuster leurs pratiques. Les principes de réduction des risques promus au sein de l'association visent à impliquer les pairs au-delà du rôle de prévention et de relais auprès des populations. Ainsi, il est pertinent d'impliquer les pairs dans les réflexions et décisions stratégiques attenantes au projet. Il en est de même pour les actions de plaidoyer, qui gagnent en poids et légitimité lorsqu'elles sont coportées par les personnes concernées.

Il est également pertinent d'encourager le développement de groupes d'**autosupport** (ou syndicats de travailleurs du sexe par exemple).

À noter que le travail avec les pairs doit se faire en suivant les mêmes modalités qu'avec les salariés, en encourageant le recrutement de travailleurs pairs (ce qui n'exclut pas pour autant d'envisager une implication sous forme de bénévolat). Cela participe également de **leur réintégration sociale et économique**.

Pour faciliter la confiance et l'utilisation des services par les travailleurs du sexe, il est essentiel de gagner leur confiance par **la continuité, la faisabilité et la flexibilité des services**.

Les cliniques mobiles offrant des services médico-sociaux permettent de réduire les barrières géographiques d'accès aux soins. D'autres modalités d'intervention sont possibles telles que l'utilisation des **nouvelles technologies** (SMS, e-counseling...).



En lien avec les recommandations internationales dans le champ de la prévention et du traitement du VIH ciblant les usagers de drogues par voie intraveineuse, MdM propose un cadre d'intervention pluridisciplinaire et plus large, reposant aujourd'hui sur 12 axes, qui a été adapté et élargi à 13 axes pour les interventions en direction des personnes proposant des services sexuels tarifés et les LGBT²¹⁸. En effet, les projets RdR de MdM se sont d'abord développés en France auprès des usagers de drogues dès 1989, puis auprès des travailleuses du sexe à Paris. Ainsi les modes d'intervention auprès des personnes se prostituant sont directement issus des projets auprès des usagers de drogues.

COMPOSANTES DE LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES TRAVAILLEURS DU SEXE SELON MDM

Principes d'intervention des agences onusiennes

1. Traitement et prise en charge du VIH/sida
2. Dépistage et conseils VIH/sida et hépatites virales
3. Information, éducation et communication ciblées*
4. Distribution de préservatifs (masculin, féminin et gel)
5. Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
7. Prévention, diagnostic et traitement des hépatites virales

218. Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres.

Valeur ajoutée de MdM

- 8. Réintégration socio-économique
- 9. Défense des droits humains, lutte contre la criminalisation et prévention des violences
- 10. Interventions en santé mentale, support psychosocial (le cas échéant)
- 11. Empowerment des travailleurs du sexe
- 12. Promotion et accompagnement vers les traitements post-exposition
- 13. Autosupport

* Par « ciblé », nous entendons des actions telles que la prévention des violences via des séances d'autodéfense par exemple.

> Pour plus d'information sur la réduction des risques se référer au document «Principes et histoire de la Réduction des risques, entre santé publique et changement social²¹⁹» de Médecins du Monde.

Exemples d'activités menées sur des projets travaillant avec et auprès des travailleurs/euses du sexe :

- ateliers collectifs sur la législation de la prostitution dans le cadre du renforcement de l'accès aux droits ;
- cours d'autodéfense ;
- animations thématiques dans le local d'accueil de MdM, avec des jeux de rôles/de situation où les personnes se prostituant sont les actrices ;
- discussions autour du préservatif féminin avec démonstration via une « vaginette » ;
- distribution et promotion des digues dentaires (carré de latex souple, notamment utilisé pour se protéger des maladies et IST lors d'un rapport bucco-génital entraînant un contact

- avec la vulve ou l'anus du/de la partenaire) ;
- entretiens individuels et discussions (notamment dans le bus se rendant sur les lieux de travail des travailleurs/euses du sexe) sur divers sujets concernant la santé, les IST (que faire lors d'une rupture de préservatif par exemple), leurs droits, leur sécurité (que faire lors d'une arrestation par la police par exemple), mais également leur vie, projets...

MEXIQUE – Éducation pour la santé auprès des travailleuses du sexe

« Le projet de MdM au Chiapas entend favoriser l'accès aux soins de SSR pour les femmes migrantes employées domestiques et travailleuses du sexe. Ces dernières nous accueillent une fois par mois, pendant une heure, sur leur lieu de travail (bar, maison close, etc.) afin que l'équipe médicale leur dispense des formations traitant de SSR, de VLG, de droit et d'estime de soi. Au cours de ces rencontres, les participantes reçoivent une dotation de préservatifs, de lubrifiants et une brochure synthétique sur le thème abordé. Après une année et demie de projet, 931 travailleuses du sexe ont participé à nos activités. À l'issue de ces échanges, les femmes qui le souhaitent peuvent recevoir une fiche d'orientation vers un centre de santé pour faciliter leur accès aux soins ou un accompagnement particulier lorsqu'elles font face à une problématique sociale ou sanitaire requérant une attention particulière. »

Romain Lejeune,
coordinateur général

4 / INDICATEURS

Dans le cas d'un projet spécifique aux travailleurs/euses du sexe, on pourra proposer ces indicateurs :

- taux de travailleurs du sexe ayant des connaissances sur la prévention, le dépistage et le traitement des IST ;
- taux de travailleurs du sexe ayant refusé des prestations sexuelles non protégées dans le dernier mois ;
- taux de travailleurs du sexe couverts par une assurance maladie.

219. À paraître en 2013.



OFFRE DE SOINS ADAPTÉE AUX MIGRANTS

➤ Les Nations unies estiment qu'il y avait 214 millions de migrants internationaux dans le monde en 2009²²⁰. Le nombre de migrants en situation irrégulière est estimé à des dizaines de millions de personnes dans le monde.

1 / ÉLÉMENTS DE VULNÉRABILITÉ

La santé de nombreux migrants est à risque compte tenu des parcours migratoires complexes et difficiles, des violences, de la discrimination, des barrières à l'accès aux soins. Ces barrières comprennent des aspects socioculturels (langues, différences culturelles), financiers et administratifs (absence de papiers, méconnaissance des droits...).

Accès aux soins

Malgré les conventions des droits humains qui protègent les droits des migrants,

nombreux sont ceux qui n'ont pas accès aux services sociaux et sanitaires.

Il existe peu de données sur la santé des migrants, néanmoins il ressort que les migrants utilisent moins les services de santé que la population générale. En général, les soins de santé primaires sont peu utilisés et le recours aux services est réalisé tardivement et en urgence.

En France, 28 % des hospitalisations de femmes bénéficiant de l'AME (aide médicale d'État) sont liées à des complications de la grossesse, en lien avec un retard de suivi. Une autre étude de périnatalité en France a montré un risque accru de mortalité maternelle chez les femmes de nationalité étrangère, pouvant en partie être expliqué par un moindre recours aux soins. Une situation irrégulière sur le territoire

ou une arrivée récente en France sont des facteurs de surveillance insuffisante de la grossesse²²¹.

Chez les populations roms, en France, en 2007, seules 8,3 % des femmes étaient suivies pendant leur grossesse, le taux de prévalence contraceptive était de 10 %. Plus de 60 % des femmes rencontrées dans le centre d'accueil de soins et d'orientation (Caso) de Saint-Denis²²² n'ont jamais utilisé de contraception.

Chez les femmes migrantes, en Europe, la mortalité maternelle est plus importante. Celles-ci ont moins accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Les femmes font également plus face aux violences liées au genre²²³.

Stigmatisation

La stigmatisation autour des populations migrantes engendre à leur encontre des violences, l'exclusion, le nonaccès aux services de santé. L'attitude des soignants peut être un élément clé dans l'utilisation de services de santé par les migrants.

2 / OFFRE SPÉCIFIQUE DE SOINS

En Europe, les femmes représentent 40 % des migrants. L'OMS Europe définit les migrants comme une population prioritaire en SSR. Il est donc essentiel de leur offrir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité afin de réduire la vulnérabilité de ces populations.

221. MdM, *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, rapport 2010*, octobre 2011.

222. MdM, *La mission Banlieue, rapport d'activité 2010*, juillet 2011.

223. Keygnaert I. et al., *Sexual health of migrants in Europe: some pathway to improvement*, Entre nous, the European Magazine for Sexual and Reproductive Health, 2011.

Points clés de la prise en charge des migrants²²⁴ :

- améliorer la qualité des services de soins via des consultations transculturelles (réduction des barrières liées à la langue, utilisation de médiateurs de santé, sensibilisation et formation des personnels de santé sur les problématiques de santé et les droits des migrants et sur la non-discrimination) ;
- organiser la médiation sanitaire²²⁵ entre les populations migrantes et les structures sanitaires étatiques ;
- développer des projets de proximité « allant vers » les plus exclus des soins et du système de soins de droit commun ;
- informer et éduquer à la santé les populations migrantes sur leurs droits en santé et la SSR dans leur langue et avec du matériel IEC adapté culturellement. La promotion de la santé devrait inclure une stratégie avancée au sein des populations afin d'augmenter la couverture ;
- réduire les barrières financières à l'accès aux soins de SSR en limitant le paiement direct du soin et en encourageant la gratuité pour les plus vulnérables (femmes enceintes migrantes, enfants migrants) ;
- réduire les risques liés à l'environnement physique ;
- suivre et analyser l'utilisation des services de santé des personnes migrantes et mettre en évidence les barrières à l'accès aux soins. Le manque de données est un frein à un appui plus approprié pour les migrants ;

224. WHO Regional Office for Europe, *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*, 2010.

225. La médiation sanitaire s'inscrit dans la médiation sociale définie comme suit : « un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose. »

- mettre en place un réseau de partenaires, sensibiliser les structures médicosociales à la prise en charge des migrants ;
- appuyer les changements politiques en faveur de la protection des migrants et d'un accès égalitaire des services de santé.

MEXIQUE – SSR et femmes migrantes

« En collaboration avec l'autorité locale de santé, un agenda d'ateliers de sensibilisation est mis en œuvre dans les villes du projet. À terme, les 11 centres de santé auront bénéficié de 5 ateliers faisant le lien entre une problématique sanitaire et la question migratoire :

- accès au système de santé mexicain pour une femme migrante ;
 - prévention et prise en charge des grossesses non désirées auprès du public migrant ;
 - référencement des femmes migrantes victimes de VLG ;
 - accès à la planification familiale pour les femmes migrantes ;
 - trajectoires migratoires et accès à la carte de santé du migrant.
- Ces ateliers permettent aux femmes migrantes de recevoir un meilleur accueil dans les structures de santé et de réduire les discriminations dont sont victimes les migrants. »

Romain Lejeune,
coordinateur général

3 / INDICATEURS

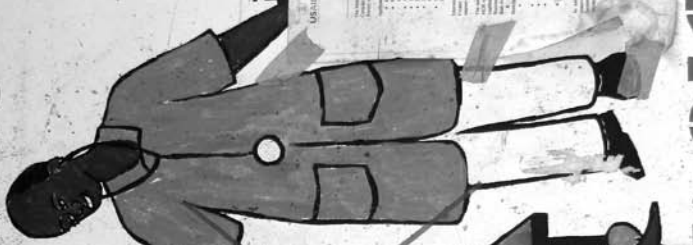
Les indicateurs SSR « classiques » peuvent être utilisés pour le suivi des activités auprès des populations migrantes. Il peut être intéressant de comparer les chiffres entre les populations migrantes et les populations autochtones afin d'identifier d'éventuels écarts et d'en analyser les raisons :

- taux de CPN1 (c'est-à-dire le pourcentage de femmes enceintes migrantes ayant reçu au moins une consultation prénatale) ;
- taux de mortalité néonatale institutionnelle ;
- taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié ;
- taux de prévalence contraceptive ;
- taux de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes ayant bénéficié de soins prénataux ;
- pourcentage des nouveau-nés vaccinés pour l'hépatite B dès la naissance.



CLINIC FREE OF CHARGE
FOR CONSULTATIONS AND DRUGS

✓ FOR EVERYBODY



✗ MONEY BUSINESS — PLEASE REFER TO OIG

FR 190

BARRIÈRES
À L'ACCÈS
AUX SOINS

4A

PAGE 193

DÉFINITIONS

4B

PAGE 195

LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

195 1/Définition/concept

195 2/Comment réduire
cette barrière
à l'accès aux soins ?

197 3/Indicateurs

4C

PAGE 198

LES BARRIÈRES GÉOGRAPHIQUES

198 1/Définition/concept

198 2/Comment réduire
cette barrière
à l'accès aux soins ?

200 3/Indicateurs

4D

PAGE 201

LES BARRIÈRES FINANCIÈRES

201 1/Définition/concept

202 2/Comment réduire
cette barrière
à l'accès aux soins ?

204 3/Indicateurs

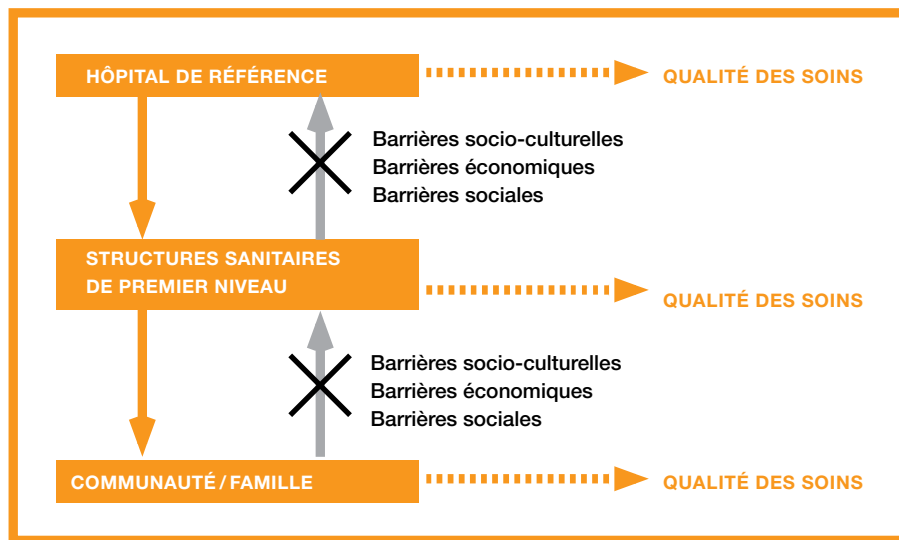
4A

DÉFINITIONS

➤ L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, sociaux, culturels, environnementaux, économiques et politiques. Ces déterminants de la santé permettent d'expliquer les inégalités en santé au sein d'un même pays ou entre différents pays. Il est donc important d'en tenir compte et d'agir sur ces différents facteurs pour améliorer la santé des populations. Entre autres, ces facteurs ont un impact sur la disponibilité d'une offre de soins adaptée et de qualité mais aussi sur l'accès à cette offre de soins. En tenant compte notamment des déterminants socioculturels, économiques et géographiques, Médecins du Monde souhaite renforcer les liens entre les différents niveaux de prise en charge des femmes et des nouveau-nés.

Avoir un service de soins disponible ne signifie pas qu'il soit concrètement utilisé. En effet, si la qualité des soins est améliorée à tous les niveaux de prise en charge cela ne préjuge pas de l'accès effectif des femmes et de leurs nouveau-nés ; pour cela il est nécessaire de renforcer le continuum de soins et de s'assurer du lien effectif et continu entre les niveaux de prise en charge.

**MODÈLE DE RÉPONSE EN SSR INCLUANT
LA PRISE EN COMPTE DES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS**



Ce schéma illustre les différentes barrières qui peuvent entraver le continuum de soins dans l'espace. D'autre part, rappelons que la mortalité et la morbidité maternelles s'expliquent par le modèle des « Trois retards » : > cf. 2B « Soins obstétricaux et néonataux immédiats ».

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

Ce modèle met en évidence à la fois l'importance de l'existence de structures

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

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

44B

LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS

1 / DÉFINITION / CONCEPT

« Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins (DSC) peuvent se définir comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin²²⁶. »

La réflexion autour des DSC est de plus en plus présente et est un axe fort des nouvelles politiques d'aide. L'OMS, certains gouvernements et ONG commencent à prendre en compte les contextes socioculturels dans leurs projets de santé afin d'améliorer l'accès des populations aux soins. À Médecins du Monde, il s'agit d'un axe de travail transversal depuis quelques années : un cadre de référence ainsi que des documents et des ateliers sur l'approche des DSC à MdM ont été développés. La prise en compte des DSC permet de renforcer le dialogue entre les acteurs de projets de santé et les bénéficiaires

²²⁶ Bouchon M., *Accès aux soins et déterminants socioculturels*, MdM, 2012.

et améliore ainsi la qualité des projets en prenant en compte les besoins, les valeurs et les normes des usagers, et en intégrant ceux-ci dans la construction et la mise en œuvre du projet.

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

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

- Il est donc important de comprendre :
- les représentations liées à l'adolescence, la grossesse, les maladies, le corps, les traitements (stigmatisation de certaines maladies...);
 - l'interprétation des symptômes et les causes des maladies ;
 - le langage (les mots utilisés pour parler de la grossesse, de la maladie, la compréhension des messages

- et leur interprétation) ;
- le rôle clé de la société, du groupe, de la famille dans l'itinéraire thérapeutique (rôle des maris, des pères, des mères, des accoucheuses traditionnelles, des leaders religieux...);
 - le pluralisme médical avec des offres de soins variées (médecines traditionnelle et biomédicale) ;
 - la relation soignant/soigné ;
 - les enjeux économiques, sociaux et politiques.

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

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

> ces méthodes sont expliquées dans le guide « Collecte de données qualitatives²²⁷ » de Médecins du Monde

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

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

LAOS – Comprendre les traditions et s'adapter

« Lors de l'ouverture du projet, nous avons découvert une tradition lao-tienne, le *youfay* (qui signifie le feu) : après son accouchement, la femme est installée avec son nouveau-né près d'un feu alimenté par son mari et la communauté et laissée pendant plusieurs jours dans une chaleur intense et des fumées denses. Au premier abord, cette tradition nous avait paru difficile à supporter avec notre regard de femmes étrangères et dangereux de notre point de vue médical. Pourtant, une enquête qualitative nous a permis de mieux comprendre cette tradition, de savoir pourquoi elle était réalisée et d'adapter notre message d'éducation à la santé pour qu'il soit acceptable médicalement et culturellement. Notre message a donc été que le *youfay* devait être moins chaud et durer moins longtemps pour permettre à la femme de se reposer et de respecter la tradition sans prendre de risque pour sa santé ou pour celle de son enfant. Aujourd'hui, les messages de prévention sont bien compris et acceptés par la population. »

Élise Lesieur - Coordinatrice médicale

La qualité des services de SSR n'est pas d'une grande utilité si par ailleurs les patients désertent ces services ou ne comprennent pas les soins ou les médicaments qu'on leur propose. L'adaptation socioculturelle des procédures, le langage, les normes (position d'accouchement, présence d'un ou de plusieurs accompagnants...), les valeurs, les pratiques relationnelles avec les soignants sont déterminantes dans l'accès aux soins.

FRANCE, CASO PARIS – Accompagnement d'une famille

« L'histoire de Marc illustre assez bien les difficultés entre une famille rom et l'institution de l'hôpital. Il y a deux ans, sa mère s'est rendue aux urgences car, à 6 mois de grossesse, elle perdait les eaux ; elle ne pouvait pas expliquer en français qu'elle avait déjà accouché d'un bébé prématuré de 900 gr ni qu'elle avait déjà eu un bébé mort in utero. Elle n'a pas été hospitalisée et est retournée dans sa cabane. Une semaine plus tard, elle est revenue, et est restée à la maternité jusqu'à l'accouchement d'un nouvel enfant de près de 1 kg, Marc, qui depuis souffre de diverses complications liées à sa prématurité. À l'âge de 2 ans, Marc présentait des séquelles motrices nécessitant un bilan et une prise en charge adaptés. Les parents ne comprenant pas les dates de consultation, ils n'ont pu honorer les nombreux rendez-vous donnés par l'hôpital... jusqu'à ce que le médecin de l'hôpital fasse un signalement au procureur pour défaut de soins. MdM a alors accompagné cette famille dans les différentes consultations. Les parents assurent désormais tous les rendez-vous sans aucun problème. Dans cette situation, MdM n'a fait que faciliter la rencontre entre cette famille, avec sa langue, son rythme et ses repères, et le monde de l'hôpital et ses logiques administratives. »

Dr Anne-Marie Dandres - Pédiatre

Les activités d'éducation pour la santé adaptées aux besoins, représentations

et pratiques de la population sont essentielles pour améliorer les connaissances en SSR, pour renforcer les aptitudes et pour encourager l'adoption des pratiques saines.

3 / INDICATEURS

Le choix d'indicateurs de suivi de projet spécifiques peut encourager la prise en compte des DSC. En effet, des indicateurs sur les DSC pourront pousser les équipes à être vigilantes à leur prise en compte tout au long de la mise en œuvre du projet.

Par exemple :

- taux d'accouchement assistés respectant la position d'accouchement souhaitée par la femme ;
- taux de consultations prénatales pour lesquelles les moyens (interprète, médiateur, cryptogrammes...) sont mis en place pour que la communication orale soit efficace.

44C

LES BARRIÈRES GÉOGRAPHIQUES

1 / DÉFINITION / CONCEPT

La barrière géographique correspond à la distance physique entre l'offre de soins et la demande. L'accessibilité géographique dépend de la proximité ou de l'éloignement du patient avec la structure sanitaire délivrant les soins requis.

La barrière géographique est souvent déterminée par la distance et le temps de transport qui dépend du moyen de transport mis à disposition de la femme (marche à pied, âne, cheval, bateau, voiture, bus...), et la difficulté du trajet (état des routes, saison des pluies/mousson, relief, passage d'un bac...).

L'accessibilité géographique dépend aussi et surtout de la disponibilité des services en santé sexuelle et reproductive dans les structures sanitaires à proximité des communautés.

D'autres facteurs tels que le prix du transport, la fréquence des soins pendant la grossesse ou des maladies chroniques ont également un impact sur l'accès géographique aux soins.

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

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

La disponibilité et la qualité des services

→ **certaines populations sont particulièrement éloignées géographiquement** du premier centre de soins, avec un contraste important entre les zones urbaines et les zones rurales. Il existe des critères pour la mise en place de certaines structures de santé : quatre centres offrant des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et un centre offrant des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC)²²⁸ pour 500 000 habitants. Cependant, il est spécifié que dans les zones rurales

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

avec des populations dispersées un nombre de structures plus important pourra être mis en place afin de toucher une plus grande partie de la population. La seule option envisageable dans certaines zones peut être la création de structures de santé supplémentaires. Pour cela, il est nécessaire de discuter avec les autorités responsables de la définition de la carte sanitaire ;

- **il est essentiel que les populations puissent être soignées indépendamment de toute sectorisation** et de leur lieu de résidence ;
- **la décentralisation de certains soins vers les structures périphériques** peut aussi faciliter l'accès à des soins de qualité et plus complets. Par exemple, la décentralisation des services offrant la PTME a permis à plus de femmes enceintes d'être dépistées pour le VIH et d'avoir accès à un traitement antirétroviral. De même, lorsque le premier niveau de soins offre les SOUB, cela permet aux femmes de pouvoir être traitées plus facilement en cas de complications obstétricales. La qualité des soins est un argument supplémentaire pour encourager les populations à se déplacer, même lorsque le trajet est long et/ou difficile ;
- **les activités de stratégies avancées (outreach) peuvent également réduire la barrière géographique**, tout en favorisant l'instauration d'un lien de confiance entre les personnels de santé et la population. Elles pourront être encouragées notamment lorsque les femmes ont des difficultés à se déplacer (consultation postnatale dans les 48 heures suivant l'accouchement) ou lorsque les soins sont fréquents ;
- **des services de santé peuvent être organisés au sein de la communauté** par la communauté elle-même ou par des acteurs communautaires. Par exemple, la distribution de contraceptifs via des agents de santé communautaires est de plus en plus fréquente.

L'amélioration des systèmes de référencement

- le référencement des accouchements ou des urgences (hémorragie, éclampsie...) de la communauté au premier niveau de soins est souvent un problème. Il doit être fait rapidement. Or les femmes, les familles ne sont souvent pas en mesure d'organiser ce transport. Des initiatives au sein des communautés sur la mutualisation de moyens de transport ou de fonds d'urgence peuvent exister, être renforcées ou initiées par MdM afin de faciliter la référence. Ces initiatives doivent toujours être construites et développées en lien étroit avec les communautés bénéficiaires afin qu'il y ait une appropriation par les personnes concernées ;
- lorsque le référencement des accouchements de la communauté au premier niveau de soins est difficilement envisageable dans un délai court, il est possible d'envisager et de discuter le rapprochement des femmes enceintes au plus près des structures sanitaires en fin de grossesse (hébergement familial, maisons d'attentes...) ; solutions qu'il convient d'aborder lors des consultations prénatales ;
- **le référencement entre les soins de santé primaires et les soins de santé secondaires** est aussi un élément essentiel pour diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Il est donc important que les référencements soient possibles via un service d'ambulance afin de prendre en charge les urgences ou complications de la grossesse et de l'accouchement au niveau des SOUC. Il est également essentiel de former les personnels de santé sur l'orientation dans les délais des femmes et des nouveau-nés vers les structures appropriées. Il est aussi important d'établir des critères de référence clairs pour les soins urgents ainsi que pour les soins non urgents nécessitant un niveau supérieur de prise

en charge (ex/ méthodes contraceptives définitives, traitement des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus...). Pour faciliter un référencement dans des délais acceptables, un système de communication efficace est requis.

Les modalités financières de transport :

→ l'accessibilité géographique dépend également de l'accessibilité financière et des modalités de financement du transport pour les personnes les plus démunies. Le coût du transport, notamment dans les situations d'urgence, peut être très élevé. Il est donc important que la question du financement de ce transport soit réfléchiée et discutée avec les communautés et avec les couples en amont. > cf. 2A «Soins prénataux» et 4D «Les barrières financières».

3 / INDICATEURS

Voici des indicateurs sur les barrières géographiques à l'accès aux soins qu'il peut être intéressant de suivre. Ils peuvent différer en fonction des modalités d'intervention mises en place pour la réduction des barrières géographiques.

Nombre de centres de soins obstétricaux d'urgence de base pour 500 000 habitants

Cet indicateur mesure la disponibilité physique des soins obstétricaux, ce qui peut permettre d'identifier les manques de ressources de santé pour la population.

Proportion des communautés / villages ayant un système de transport d'urgence opérationnel

L'indicateur mesure l'existence d'un système de référencement opérationnel pour les femmes depuis la communauté vers les structures de santé afin de lutter contre les barrières géographiques.

Proportion de femmes en travail prolongé (> 24 heures) avant leur arrivée au centre SOUC

Cet indicateur mesure le retard pris dans la décision de référer une parturiente présentant un travail dystocique vers un centre capable de lui dispenser les soins appropriés. Il concerne aussi le deuxième retard dans le fait d'identifier la structure adaptée et de trouver un moyen de transport. C'est un indicateur mesurant donc la qualité de la référence.

> Pour plus d'informations, se référer au catalogue d'indicateurs «Santé sexuelle et reproductive» de MdM²²⁹.

229.  Inclus dans le CD-Rom joint au présent cadre de référence.

4D

LES BARRIÈRES FINANCIÈRES

1 / DÉFINITION / CONCEPT

Dans de nombreux pays, la tarification aux usagers (ou paiement direct) dans les structures de santé constitue un obstacle à l'accès aux soins. Les coûts des soins sont souvent élevés et non prévisibles pour les ménages. De plus, la capacité des ménages à payer les soins est souvent faible.

Chaque année, plus de 100 millions de personnes basculent dans la pauvreté à la suite de dépenses de santé²³⁰. Des centaines de millions d'autres renoncent simplement à se faire soigner faute d'argent. La santé maternelle représente en moyenne entre 1 % et 5 % des dépenses d'un ménage et entre 5 % et 34 % si la femme a une grossesse ou un accouchement compliqué²³¹.

Les exemples d'inégalités d'accès aux soins liées à des barrières financières sont nombreux. L'analyse des enquêtes démographiques et de santé réalisées dans

50 pays en 2005 a montré que seulement 34 % des femmes dans le quintile le plus pauvre avaient recours à un accouchement assisté, contre 84 % des femmes dans le quintile le plus riche²³².

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

Les barrières financières à l'accès aux soins comportent non seulement les coûts directs, c'est-à-dire le prix de la consultation et le coût des médicaments et analyses, mais aussi les coûts indirects, à savoir le transport vers la structure de santé (dont la charge grossit en fonction de la distance), la nourriture pour les accompagnants, mais aussi les pourboires aux soignants qui sont parfois exigés... En plus des coûts directs et indirects, le recours aux soins correspond souvent à un manque à gagner résultant de l'interruption d'activités génératrices de revenus (commerce, période de récolte, etc.).

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

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

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

NÉPAL – Comment financer le transport vers la structure de santé pour un accouchement

« Le gouvernement népalais a fourni l'équivalent de 500 euros de fonds de roulement à chaque comité de développement des villages attribués à des femmes agents de santé communautaires. Ces bénévoles peuvent utiliser 75 % de ces fonds pour des activités génératrices de revenus et 25 % doivent rester disponibles à tout moment pour les urgences obstétricales. MdM aide à mobiliser des fonds pour les urgences médicales et les augmente via la mise à disposition d'un fonds d'urgence obstétricale (Obstetric Emergency Fund ; OEF) pour ces coopératives. Ces dernières ont été créées par notre projet qui intègre microfinance et santé sexuelle et reproductive. Pour les urgences obstétricales, les femmes ont accès à un prêt sans intérêts auprès de l'OEF. »

Sita Ram Wagle,
coordinateur projet

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

Le 24 mai 2011, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution (64.9) invitant les États membres à « veiller à ce que

les systèmes de financement de la santé évoluent de telle sorte qu'ils évitent les paiements directs importants au point de prestation et comportent une méthode de prépaiement des contributions financières pour les soins et services de santé, ainsi qu'un mécanisme de répartition des risques dans la population pour éviter les dépenses de soins de santé catastrophiques et l'appauvrissement des individus ayant eu à se faire soigner ».

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

La crise économique actuelle ralentit l'avancée des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les barrières socioculturelles et les questions de genre influencent les barrières financières à l'accès aux soins. En effet, dans de nombreux pays, les femmes ont un pouvoir de décision, de contrôle des ressources financières et un niveau d'éducation moins élevés que les hommes. De plus, la distance et le coût pour l'accès aux soins dissuadent davantage les femmes que les hommes.

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

- politiques nationales de gratuité pour les femmes enceintes et/ou enfants de moins de 5 ans (Ghana, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Sierra Leone, Côte d'Ivoire...);
- forfait obstétrical (Mauritanie);

- mutuelle de santé communautaire et micro-assurance (Guinée, Ghana, Rwanda, Cambodge);
- système de prime conditionnelle (Inde, Népal);
- assurance nationale pour la santé de la mère et de l'enfant (Bolivie);
- systèmes de bons « vouchers » (Cambodge, Laos).

NIGER – Implication des collectivités locales

« L'implication des collectivités dans la mise en œuvre des projets communautaires, initiée par MdM, n'est plus à démontrer dans le district sanitaire d'Illéla. En effet, les quatre communes se sont résolument engagées à accompagner les initiatives du district sanitaire dans la mise en œuvre et la pérennisation du système de financement solidaire des évacuations sanitaires basé sur la collecte de centimes additionnels au niveau des formations sanitaires. Ces collectivités ont participé activement à l'atelier de mise en place du système, et se sont engagées financièrement à soutenir cette activité. En outre, le maire d'Illéla est le président du comité de gestion. »

Abdou Djibo,
chargé de liaison communautaire

De manière générale, les expériences d'exemption de paiement sont positives pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Néanmoins, le succès d'une telle entreprise dépend largement de la possibilité de s'appuyer sur une réelle volonté politique et sur une planification en amont intégrant les enjeux liés aux financements pérennes de la gratuité,

mais aussi les aspects techniques relatifs à la gestion de l'impact sur les populations, les ressources humaines dans les structures de santé, l'approvisionnement en médicaments. Il est également essentiel que ces politiques de santé soient largement diffusées auprès des populations bénéficiaires.

> Médecins du Monde s'est positionné en 2012 sur l'accessibilité financière aux soins dans un document : « Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé primaires²³³ ».

MdM s'inscrit dans une logique d'introduction ou d'extension de la gratuité d'accès aux soins de santé primaires et souhaite appuyer plus particulièrement les politiques de « gratuité » sélectives au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. MdM considère la levée des barrières financières comme une étape indispensable vers l'accès universel aux soins. Cette stratégie contribuera notamment à l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5²³⁴.

SAHEL – Plaidoyer pour la levée des barrières financières

« Au Mali, au Burkina Faso et au Niger, les taux de mortalité materno-infantile sont parmi les plus élevés au monde du fait en partie de l'utilisation insuffisante ou trop tardive du système de santé. L'éloignement géographique des services de santé, le coût élevé des soins et médicaments, la pénurie du personnel de santé viennent entraver davantage l'accès aux soins des populations. »

233. Disponible sur demande au S2AP : S2AP@medecinsdumonde.net

234. Respectivement « Améliorer la santé maternelle » et « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ».

MdM met en œuvre dans ces trois pays un projet d'«amélioration d'accès aux soins de ces populations» avec les autorités politiques chargées des questions de santé, les autorités coutumières, les organisations de la société civile, les équipes cadres de district et les comités de gestion de la santé. L'objectif final de ce projet est de promouvoir la mise en œuvre de nouvelles politiques de santé favorables à la levée des barrières financières pour l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Notre approche est basée sur la mise en œuvre effective des politiques de gratuité promues dans les trois pays, mais également sur l'extension progressive de ces politiques aux soins maternels et infantiles non couverts. Étant conscients que le meilleur plaidoyer est celui qui est porté par les communautés elles-mêmes, nous favorisons le renforcement de capacités de ces communautés. Pour ce qui est de la démarche, nous menons avec d'autres partenaires des expérimentations sur le terrain en matière de levée des barrières financières et les valorisons auprès des autorités nationales et les partenaires techniques financiers pour qu'ils se les approprient. Nous mutualisons ce travail dans les trois pays en même temps que nous valorisons le travail effectué avec les autres acteurs. Pour ce qui est des activités, nous les menons en fonction du contexte sociopolitique spécifique à chaque pays : renforcement de capacités des acteurs des médias, des

organisations communautaires de base dans la levée des barrières financières, concours de dessins scolaires, sketches, chansons, marche publique organisée par les associations appuyées par MdM, audiences avec les autorités politiques, conférences, etc.

Diouf Cheikh, coordinateur
du plaidoyer régional Sahel

L'introduction de ces politiques d'exemption de paiement ne doit pas se faire au détriment de la qualité de l'offre de soins. MdM s'inscrit également en faveur de politiques de gratuité couvrant tous les aspects du continuum de soins en santé sexuelle et reproductive. Enfin, MdM souhaite que les coûts indirects tels que le transport et la nourriture pour les accompagnants soient mieux pris en considération dans le cadre des politiques nationales de gratuité.

> Pour plus d'informations sur les expériences de Médecins du Monde concernant la levée des barrières financières, se référer au document : «Atelier sur la levée des barrières financières à l'accès aux soins, mars 2012²³⁵».

3 / INDICATEURS

Voici des indicateurs sur les barrières financières à l'accès aux soins qu'il peut être intéressant de suivre au cours du projet. Ils peuvent différer en fonction des modalités d'intervention mises en place pour la réduction des barrières géographiques. Il s'agit d'indicateurs simples de suivi de projet, mais il est possible de recourir à un spécialiste externe (économiste

235. Disponible sur demande au SZAP :
SZAP@medecinsdumonde.net.

de la santé) pour identifier des indicateurs plus spécifiques à mesurer au cours d'enquêtes ponctuelles.

Taux de structures de santé soutenues par MdM où de nouvelles modalités de renforcement de l'accessibilité financière sont mises en place

Cet indicateur permet de s'assurer que la question de l'accessibilité financière est prise en compte dans les projets sachant qu'il s'agit d'une des priorités de l'association.

Taux d'accouchements institutionnels

Il est intéressant de comparer les taux d'accouchements institutionnels avant et après la mise en place de la gratuité afin d'évaluer l'efficacité de la mesure. On peut aussi comparer deux zones géographiques avec ou sans mise en place d'un système de gratuité. Enfin, on peut observer les différences de fréquentation par quintile de revenu du foyer (mesure de l'équité d'accès aux soins).

Exemples en fonction de la modalité de mise en œuvre de la gratuité :

Proportion des femmes ayant accouché dans une structure de santé ayant utilisé un chèque santé (ou voucher)

L'indicateur mesure l'utilisation d'un système de gratuité par les femmes enceintes. Il permet de vérifier si les femmes utilisent le système de gratuité mis en place.

Proportion de communautés ayant un fonds de prêt d'urgence pour les femmes enceintes souffrant de complications obstétricales

L'indicateur mesure l'existence d'un fonds de prêt opérationnel favorisant le référencement des femmes depuis la communauté vers les structures de santé afin de lutter contre les barrières géographiques et financières.

DIAGNOSTIC
EN SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE



5



DIAGNOSTIC
EN SANTÉ
SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE

5A ^{PAGE 209}

DÉFINITION

5B ^{PAGE 210}

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

- 210 1/L'analyse du contexte
- 211 2/L'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé
- 212 3/L'identification des problèmes de santé publique et des interventions possibles

5C ^{PAGE 213}

ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR L'ANALYSE DU CONTEXTE LORSQUE LE CHAMP D'INTERVENTION ENVISAGÉ INCLUT LA SSR

- 213 1/Politiques de santé
- 214 2/Cadre légal
- 214 3/Genre
- 215 4/Évaluation des structures de santé
- 215 5/Évaluation des personnels de santé

5A

DÉFINITION

➤ **Le diagnostic de santé** a pour objectif d'appréhender un contexte dans sa globalité, de mieux comprendre un phénomène de santé et ses déterminants, d'interroger les comportements et les représentations de chacun. Il permet d'identifier le problème de santé publique retenu, les objectifs et les choix d'intervention.

5B

DIAGNOSTIC GÉNÉRAL

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

Le diagnostic comprend trois étapes :

- l'analyse du contexte ;
- l'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé ;
- l'identification des problèmes de santé publique et des interventions possibles.

Ces 3 étapes vont brièvement être décrites dans les chapitres suivants.

> Il est fortement conseillé de se référer au guide «**Planification des projets de santé**» (à paraître) de Médecins du Monde pour plus d'informations.

1 / L'ANALYSE DU CONTEXTE

L'analyse du contexte consiste à collecter et analyser des données concernant

les facteurs qui influencent une situation donnée. Les facteurs qui influencent une situation sont :

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

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

La compilation et l'analyse des données doivent être réalisées selon des méthodologies

quantitatives²³⁶ et qualitatives²³⁷ complémentaires. L'analyse des données doit se faire au fur et à mesure de leur compilation, ce qui permet d'identifier les manques et de les compléter. Il est important de trier les informations, et de ne conserver que celles qui sont pertinentes. Les données conservées et leur analyse doivent être retranscrites dans le rapport de mission exploratoire.

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

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

Individuel ou collectif, un problème de santé représente un **écart** entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur..., ou par des normes sociales.

L'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé sont indispensables, même quand on a déjà pré-identifié le problème de santé publique sur lequel on souhaite intervenir, afin

de vérifier la validité de ce choix et de le confronter aux réalités du terrain.

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

Le diagnostic épidémiologique est un état des lieux des problèmes de santé et de leurs déterminants à partir de données quantitatives relatives à leur fréquence, leur répartition au sein de la population ainsi que les facteurs de risque et conséquences qui y sont associés. Au stade du diagnostic initial, ces informations sont récoltées et analysées à partir de sources secondaires (Snis/SIS, registres d'enregistrements tenus par la communauté, rapports d'études...). C'est uniquement quand les données nécessaires n'existent pas qu'on peut envisager dans certains cas des enquêtes spécifiques pour une collecte de données quantitatives primaires²³⁸.

Le diagnostic perceptuel est un état des lieux des problèmes collectifs de santé dits « ressentis » (ou perçus) et exprimés. Ces informations collectées par des méthodes qualitatives (entretien, observation, focus group) ou quantitatives (questionnaire) permettent de connaître l'importance, la répartition et les conséquences des problèmes de santé par « l'expérience, la connaissance d'une situation et le ressenti des gens : populations et professionnels²³⁹ ». Ces problèmes collectifs de santé sont issus de l'opinion des populations ou des professionnels de santé. Cette opinion est forgée par les connaissances, croyances, attitudes et valeurs d'un groupe à un moment

²³⁶. Gumucio S. et al., *Collecte de données : méthodes quantitatives, l'exemple des enquêtes CAP (connaissances, attitudes, pratiques)*, MdM, 2010.

²³⁷. Bouchon M. et al., *Collecte de données : méthodes qualitatives*, MdM, 2^e édition, 2012.

²³⁸. Les données secondaires sont des données existantes dans des rapports ou autres documents ; les données primaires sont des données nouvelles collectées par l'équipe exploratoire.

²³⁹. D'après Baumann M. et al., *Santé communautaire et action humanitaire, le diagnostic de santé d'une population*, ENSP, 2001.

donné de son histoire. Il faut avoir le réflexe avant toute chose de savoir si des données secondaires existent avant d'envisager une collecte de données primaires.

L'analyse du problème doit comprendre la description, les conséquences et les causes (déterminants) du problème. La priorisation des problèmes collectifs de santé (PCS) se fait sur la base de critères prédéfinis (fréquence, gravité, conséquences), mais également sur la base d'une négociation entre les différents acteurs (ressenti sur ce qui est important). À l'issue de la priorisation, trois PCS au maximum doivent être retenus ; les déterminants de ceux-ci sont alors analysés de façon approfondie sous la forme d'**un arbre à problèmes**.

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

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

Le choix de l'intervention doit tenir compte de ce qui se fait déjà dans la zone (projets

existants). Il s'agit de se situer en termes de complémentarité et non de duplication des efforts. Le choix de l'intervention doit aussi tenir compte de ce que nous savons faire et de ce que nous voulons faire.

Les interventions possibles doivent être revues à partir de critères opérationnels de priorisation, de leur plus-value potentielle et des opportunités, contraintes et conditions critiques. Le choix de l'intervention doit être communiqué aux parties prenantes impliquées dans le processus de diagnostic et compris par les partenaires. À l'issue de cette étape, la stratégie d'intervention est élaborée et décrite dans le rapport de mission exploratoire.



ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES POUR L'ANALYSE DU CONTEXTE LORSQUE LE CHAMP D'INTERVENTION ENVISAGÉ INCLUT LA SSR

1/ POLITIQUES DE SANTÉ

Une attention particulière doit être portée à la connaissance et la compréhension des politiques de santé en SSR. En effet, sous l'impulsion des Objectif du millénaire pour le développement, de nombreuses politiques ou stratégies en santé sexuelle et reproductive ont été mises en place au niveau international, régional et national. Par exemple, pour l'Afrique, des recommandations ont été données par l'OMS au niveau international ; la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle (Carma) a été lancée au niveau régional ; enfin, chaque pays a développé une ou plusieurs politiques sur la santé et/ou plans d'actions pour la santé

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

De plus, de nombreux textes de références en faveur des droits à la santé sexuelle et reproductive existent. > cf 1A

«L'engagement de Médecins du Monde».

Il est important de bien connaître la manière dont les États s'engagent et mettent

en œuvre les textes internationaux, les engagements pris au niveau régional ainsi que les politiques nationales et leur déclinaison dans le domaine de la SSR. En effet, ces différents éléments influencent la qualité et la nature de l'offre de soins, la manière dont les droits des femmes sont respectés à tous les niveaux des institutions publiques et par conséquent les projets en SSR dans un contexte donné.

2 / CADRE LÉGAL

Concernant la santé sexuelle et reproductive, la connaissance du cadre légal est souvent essentielle. En effet, les questions relatives à l'avortement, aux violences liées au genre, à la planification familiale, à la santé des adolescents peuvent parfois être sujettes à polémique, il est alors indispensable de connaître les lois qui régissent une zone, un pays.

Par exemple, concernant l'avortement, les dispositions légales doivent être connues afin de savoir dans quelle mesure MdM peut intervenir dans une zone ainsi que les modalités d'intervention possibles.

> cf. annexe 1.

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

Autre exemple, l'importance du cadre légal s'est également illustrée en République démocratique du Congo, où les adolescentes n'avaient initialement pas le droit d'accéder à la planification familiale.

Il faut donc bien connaître le cadre légal afin de mettre en place un projet de santé sexuelle et reproductive en connaissant les possibilités et les contraintes posées par les lois.

3 / GENRE²⁴⁰

L'approche genre est un élément important à introduire dans l'analyse du contexte afin de mieux l'intégrer dans les projets. Celle-ci est particulièrement pertinente dans les projets de SSR. Il s'agit alors de répondre à la question suivante : « Quel est l'impact des relations entre les hommes et les femmes sur les droits en matière de santé et l'accès aux soins ? » Il s'agit de prendre en compte les inégalités existantes entre les sexes et d'identifier les risques que ces dernières impliquent en matière de santé.

Le but de cette analyse est d'identifier les différents problèmes de santé auxquels les femmes et les hommes sont confrontés, d'analyser le rôle du genre dans ces problèmes, d'évaluer les différences sexospécifiques dans la prise en charge médicale pour un même problème de santé et les barrières liées au genre dans l'accès aux soins.

Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic intermédiaire, il peut aussi s'agir d'évaluer les besoins et priorités des hommes et des femmes reflétés dans les projets, si des changements sont nécessaires pour permettre aux femmes de participer et de bénéficier davantage du projet et s'il est possible de réduire ou d'éviter des inégalités entre les sexes. En bref, cette analyse du genre permet d'identifier la possibilité des femmes et des hommes d'exercer leurs droits en matière de santé.

> Un exemple de grille d'analyse sur les questions de genre, réalisée par Medicos

240. Lopez Mendez I., *Modulo de formación para la integración de género en el ciclo de los proyectos de Médicos del Mundo*, MdM, 2009.

del Mundo (MdM Espagne) est proposé en annexe 4²⁴¹.

Cette analyse du genre peut fournir les moyens d'adapter de façon plus équilibrée et adaptée les ressources disponibles aux besoins des individus en matière de santé et de contribuer à une plus grande équité entre les hommes et les femmes.

> L'intérêt de l'approche genre est développé dans la partie 6 « Modes opératoires spécifiques ».

4 / ÉVALUATION DES STRUCTURES DE SANTÉ

Pour bien connaître un contexte sanitaire, il faut étudier le système de santé. Il est nécessaire de connaître la pyramide sanitaire (différents niveaux de soins) afin de mettre en lumière le continuum de soins dans l'espace.

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

Le niveau théorique de santé est connu lors de la collecte d'informations sur les politiques de santé existantes : quels services de SSR en fonction de la situation de la structure dans la pyramide sanitaire. Le niveau réel est identifié à partir

241. Pour plus d'informations se référer au document de Medicos del Mundo, *Gender and Health*, Chapitre VI, « Gender based analysis in health projects or programs: a methodological approach », MdM, 2010.

des observations sur le terrain de l'équipe réalisant la mission exploratoire. Il est également important de connaître la charge de travail des structures de santé et leur couverture en termes de soins (couverture CPN, couverture vaccinale, consultations de planification familiale, nombre de victimes de violences prises en charge...).

> Une grille d'évaluation (checklist) des services de santé sexuelle et reproductive, proposée par Médecins du Monde, se situe en annexe 3.

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

5 / ÉVALUATION DES PERSONNELS DE SANTÉ

Dans le monde, le déficit en nombre et en compétences de sages-femmes et d'accoucheurs qualifiés renforce les difficultés de prise en charge des femmes présentant des complications obstétricales. Dans certains pays, le nombre de sages-femmes devrait être multiplié par 10 pour répondre aux besoins. De plus, de nombreux personnels de santé exerçant en santé sexuelle et reproductive n'ont pas les compétences nécessaires pour offrir un paquet complet de soins de qualité²⁴². Les personnels de santé ont un impact fort sur la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales et sur la mise en place de services de SSR adaptés aux besoins. Leur évaluation est donc une phase importante de l'analyse du contexte.

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

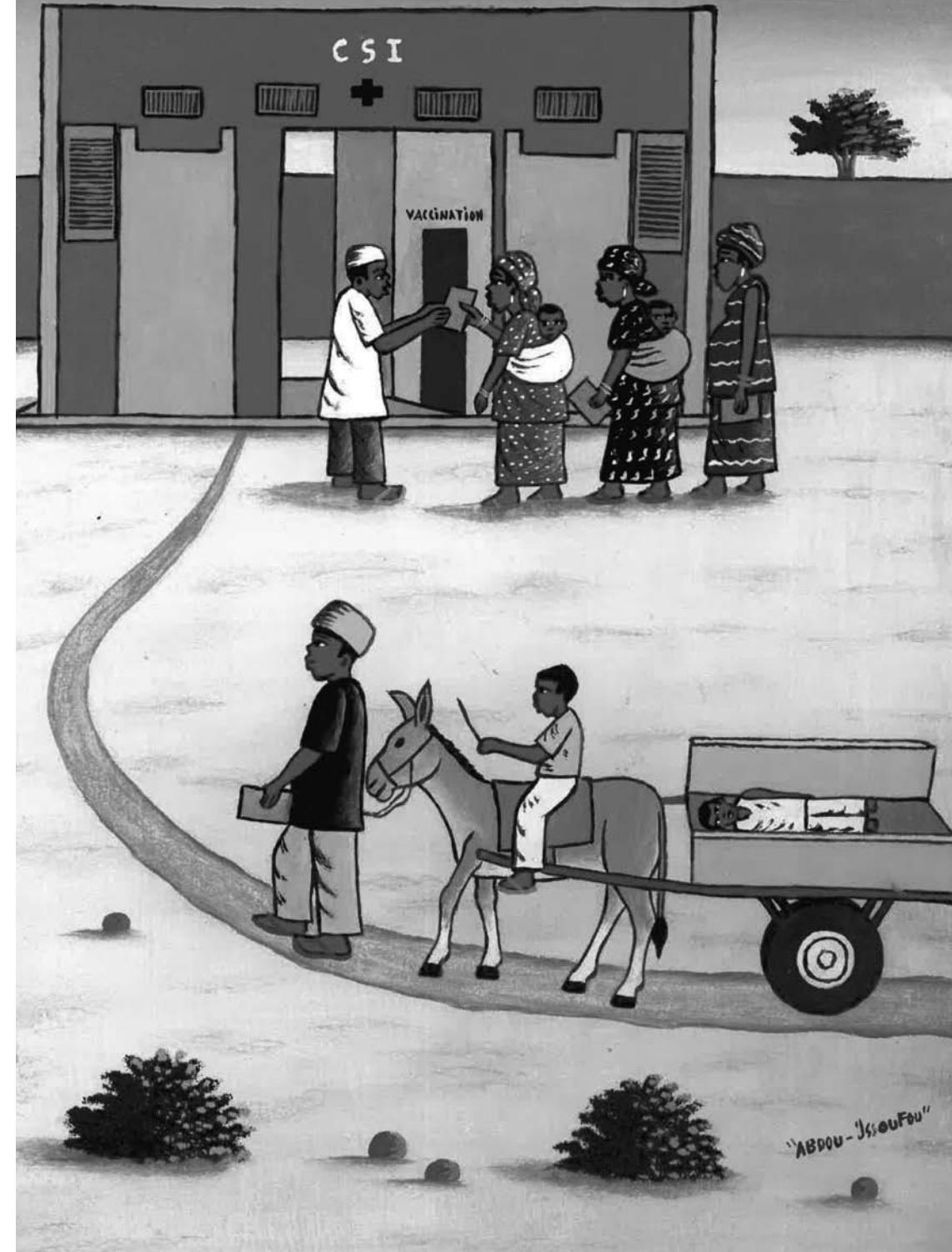
Pour cela, il faut connaître les curriculums des professionnels travaillant sur la SSR, savoir comment et en combien de temps ils sont formés. Puis, il s'agit de faire une comparaison entre les connaissances nécessaires requises et les connaissances et pratiques des personnels de santé exerçant dans les structures de santé. Afin de réaliser cette analyse, des observations peuvent être réalisées lors des visites dans les structures de santé par l'équipe de la mission exploratoire et/ou des tests d'évaluation des connaissances peuvent être proposés.

Le programme de santé maternelle et néonatale de JHPIEGO propose notamment des outils d'évaluation du personnel.

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

En conclusion

Tout projet devrait démarrer par un diagnostic qui justifie du point de vue technique et politique nos interventions. Une bonne analyse du contexte et des acteurs est essentielle pour ensuite programmer et mettre en œuvre un projet répondant aux besoins, pertinent et faisable. Travailler sur des problèmes de santé publique concernant la SSR signifie que nos projets ont une vision qui va au-delà d'une intervention purement médicale, et qui prend en compte les déterminants d'un problème collectif de santé, les politiques de santé, le cadre légal et les questions de genre.





6

MODES
OPÉRATOIRES
SPÉCIFIQUES



6A PAGE 222

**L'APPROCHE
COMMUNAUTAIRE**

222 1/Définition/concept

222 2/Intérêt
du mode opératoire

6B PAGE 225

**LES ACTEURS
COMMUNAUTAIRES**

6C PAGE 228

**PARTENARIAT
ET ALLIANCES**

228 1/Définition/concept

22 2/Intérêt
du mode opératoire

6D PAGE 230

**LE CONTEXTE
D'URGENCE**

230 1/Définition/concept

231 2/Le dispositif minimum
d'urgence: DMU

6E PAGE 233

**L'APPROCHE
GENRE**

233 1/Définition/concept

234 2/Intérêt
de l'approche genre

235 3/Prise en compte
du concept de genre
dans les projets de SSR
de MdM

237 4/Indicateurs

➤ Les modes opératoires détaillés dans ce chapitre sont des points essentiels à prendre en compte dans la conception, la mise en place, la réalisation et l'évaluation des projets avec une composante en SSR. L'approche communautaire, les partenariats et alliances, l'approche genre sont développés dans cette partie, ainsi que la spécificité des projets dans les contextes d'urgence.

6A

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

1 / DÉFINITION / CONCEPT

Les institutions internationales ont de plus en plus affirmé l'importance de l'approche communautaire (Déclaration d'Alma Ata, 1978 ; Charte d'Ottawa, 1986 ; Déclaration de Jakarta, 1997...).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé communautaire comme le « processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté et développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté ». La santé communautaire débute alors lorsque les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus adaptées.

L'action communautaire pour la santé humaine désigne les efforts collectifs

déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière. Selon l'OMS, la participation communautaire est un moyen amenant à une meilleure organisation des services de santé et/ou à l'amélioration de la santé des populations.

> Tous ces concepts ainsi que le concept de communauté sont détaillés dans le guide « Travailler avec les communautés » de Médecins du Monde²⁴³.

2 / INTÉRÊT DU MODE OPÉRATOIRE

L'approche communautaire est un aspect essentiel des projets de SSR de Médecins du Monde. Ses enjeux sont divers, tant pour MdM que pour les populations.

Enjeux pour MdM

→ **efficacité et efficience** : la recherche d'une action pertinente adaptée

243. Bouchon M., *Travailler avec les communautés*, MdM, 2012.

aux besoins réels des communautés et à leur contexte permet d'améliorer l'efficacité des projets. Le travail avec les communautés permet au projet d'augmenter ses ressources et d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus isolées ;

→ **appréhension et compréhension des besoins** : l'analyse de la situation et de l'identification des problèmes ou préoccupations ainsi que des ressources n'est pas un exercice facile mais il est nécessaire. Travailler avec les communautés demande de réels efforts afin d'établir de bonnes relations entre chacun et d'élaborer des projets pertinents pour tous ;

→ **éthique et question de l'acceptation** : le travail avec les communautés implique pour les professionnels de respecter la dignité des personnes, de leur reconnaître un droit de regard, des compétences, des potentialités, de les considérer moins comme des « victimes » ou des « bénéficiaires » que comme de véritables « acteurs ». Ce changement de regard est essentiel pour augmenter le degré d'acceptation des projets. Cela est d'autant plus important que lorsque l'on parle des femmes il existe une fréquente tendance à les placer « naturellement » dans une position de « bénéficiaires », de « victimes » ;

→ **rencontre des savoirs** : savoirs externes comme soutien aux savoirs internes : le travail avec les communautés doit être vu comme un moyen pour les professionnels de renforcer les savoirs locaux et les capacités des structures traditionnelles. Mais travailler avec les communautés signifie donc aussi soutenir les stratégies locales (après un diagnostic sur les savoirs locaux) et renforcer le tissu social quand il existe ;

→ **plaidoyer** : la participation des populations peut permettre de mettre en place une dynamique de plaidoyer pour les victimes d'inégalités, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

En santé sexuelle et reproductive, l'approche communautaire est essentielle. Elle permet de renforcer le continuum de soins dans l'espace (lien entre la communauté, le premier et le deuxième niveau de soins). Cette dimension permet d'augmenter l'efficacité des projets. Les enjeux autour de la SSR étant forts au sein de la communauté, il est essentiel d'impliquer les populations dans les projets. Cela facilite l'acceptation et l'adhésion aux activités et services mis en place.

Enjeux pour la population

→ **droit à la santé** : la santé est un droit, celui de bénéficier de conditions de vie décentes et de pouvoir accéder aux mesures de prévention et de soins. L'enjeu pour la population est donc d'améliorer une situation sanitaire qui ne lui convient pas ;

→ **la santé, une ressource pour le développement** : la santé a un impact sur l'individu mais aussi sur ses capacités, ses projets. La santé peut alors être perçue comme une « ressource » et non comme une fin en soi ; cette ressource permettant de mener ses projets à bien ;

→ **participation communautaire, un moyen de lutter contre les inégalités** : il s'agit ici pour les populations d'accroître leur capacité d'action sur leur propre santé dans une démarche collective. Cela correspond à la notion d'« empowerment », qui représente la capacité des personnes à faire avancer leur cause. Il ne s'agit pas seulement d'accroître l'estime de soi, mais d'aller vers davantage de responsabilité et de justice sociale.

Les femmes, les couples, les familles ont le droit d'accéder à des soins de SSR de qualité. Améliorer la santé des femmes et leur accès aux soins, c'est aussi améliorer leur quotidien et celui de leur famille et leur permettre de réaliser leurs projets. Par exemple, le fait pour une femme de pouvoir choisir quand elle aura son premier enfant peut lui permettre de planifier des études. La question du genre est un facteur clé des inégalités en santé.

Limites

Le travail avec les communautés ne va pas de soi et est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. L'inscription d'une personne dans des actions collectives ne se fait pas naturellement, mais par une construction, une prise de conscience de l'appartenance à un groupe. Ce qu'on met sous le terme « communauté » peut donc être très varié, du groupe restreint aux relations et échanges intenses, à la collectivité où existent seulement des rapports d'interdépendance entre des individus qui peuvent ne jamais se rencontrer physiquement. Cela recouvre des réalités très différentes auxquelles il convient d'être attentif. Il faut également essayer d'identifier les véritables besoins de la communauté en étant vigilant à l'organisation sociale et aux jeux de pouvoir, être attentif à ne pas stigmatiser les populations déjà marginalisées, suggérer plutôt qu'imposer pour la mise en place d'actions cohérentes ou tout au moins conciliables avec les croyances et les valeurs existantes, et acceptées par la communauté. La participation des femmes dans les activités communautaires est parfois difficile compte tenu de leur place dans la communauté. Or en termes de SSR, les femmes devraient pouvoir s'exprimer pour que les projets soient réellement adaptés à leurs besoins. Une vigilance particulière doit ainsi être portée sur les différences liées au genre dans la communauté et leur impact sur la participation et l'appropriation du projet par les femmes.

Les niveaux de participation de la communauté peuvent être très différents en fonction des projets et de la volonté de la communauté.



LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

➤ Ces personnes représentent un élément central pour intégrer socialement les projets, et faciliter *l'empowerment* et la participation des populations locales. Les acteurs communautaires, véritables ponts entre les communautés et le projet, renforcent et étendent les services de santé en place, leur permettant d'atteindre des populations plus difficiles d'accès (comme dans le cas des conflits armés) ou plus vulnérables. Néanmoins, il est essentiel de prendre en compte le fait que ces agents communautaires sont souvent pris dans les mêmes contraintes sociales, économiques et familiales que les populations qu'ils aident.

L'« agent de santé communautaire » (ASC)

Ce terme est apparu en 1978 dans la déclaration d'Alma Ata adoptée par de nombreux gouvernements et ONG, laquelle précisait que l'ASC doit répondre à un certain nombre de critères : être membre de la communauté, avoir été choisi par elle, répondre à la communauté de ses activités, avoir reçu une formation. En 1989, l'OMS reconnaissait que les ASC pouvaient

améliorer les indicateurs sanitaires et diminuer les taux de mortalité. Certains peuvent être spécialisés, notamment en SSR.

L'intérêt des agents de santé communautaires est leur proximité et leur mobilité au sein des communautés. Même si leur appartenance à la communauté peut rendre parfois leurs activités partiales (position dans les conflits...), celle-ci permet d'adapter les actions aux besoins des communautés.

Les ASC doivent être capables d'identifier des symptômes simples et de faire un référencement médical.

Mais il existe une grande disparité de niveaux entre les ASC et il est difficile d'avoir des activités homogènes au sein d'un même projet.

La formation et la supervision des ASC sont des éléments essentiels pour l'adhésion au projet. La supervision permet une continuité, un encadrement et la reconnaissance du travail effectué. Elle peut être réalisée par MdM ou par la communauté via des comités villageois.

Il faut veiller à ne pas trop demander aux acteurs communautaires en termes de volume horaire et de responsabilités. En effet, leurs activités sont le plus souvent bénévoles, ils ont la plupart du temps une activité parallèle génératrice de revenu. Cela veut dire instaurer dès le départ des standards pour définir les rôles, les tâches et les limites de l'engagement des agents communautaires pour préserver l'équilibre des agents communautaires et ne pas perturber leur vie sociale et économique.

Si la pertinence du recours aux personnes relais ne fait plus aucun doute, la question de leur rémunération reste essentielle lorsqu'on réfléchit à la motivation des agents et à la pérennité des projets. D'autres éléments permettent néanmoins de renforcer la motivation des ASC tels que la reconnaissance de la communauté, la possibilité d'avoir de nouvelles connaissances, la possibilité et l'envie de faire changer les choses pour le bien-être de sa communauté.

Pour éviter que les projets « construisent » et « fabriquent » des agents de santé communautaires sans ancrage réel lors du démarrage du projet, il est essentiel d'identifier les acteurs préexistants lors de la phase de diagnostic. Il est par exemple nécessaire de prendre en compte le dispositif

mis en place dans le cadre de la politique de santé communautaire d'un État.

Les exemples d'activités réalisées auprès d'acteurs communautaires dans des projets de SSR sont variés:

- formation aux messages clés en termes de SSR et référencement des femmes vers les structures de santé;
- distribution à base communautaire de la contraception après une première prescription médicale;
- distribution de misoprostol pour la prévention de l'hémorragie du post-partum;
- soutien psychosocial des femmes et des enfants vivant avec le VIH/sida.
- ...

Dans le cadre de la SSR, il est important d'encourager la présence de femmes parmi les agents de santé communautaires afin que les messages soient plus facilement accessibles aux femmes et de diminuer les rapports de pouvoir liés à la connaissance et au genre.

Les accoucheuses traditionnelles (AT)

Les accoucheuses traditionnelles exercent habituellement au sein de leur communauté, où elles accompagnent l'accouchement des femmes. Leurs rôles et savoirs autour de la naissance et de la grossesse diffèrent en fonction des personnes et des sociétés. Dans certaines communautés, il n'existe d'ailleurs pas d'accoucheuses traditionnelles et les femmes se soutiennent lors de l'accouchement sans que l'une d'elle soit particulièrement désignée.

Il conviendra d'être vigilant quant à la grande disparité des AT, qui ne nous permet rien de transposer un programme qui aurait fonctionné à un endroit dans un autre contexte. En effet, si le terme d'accoucheuse traditionnelle a été choisi par l'OMS pour désigner une femme qui assiste

les accouchements sans qualification officielle, il semble artificiel en pratique de la concevoir comme une entité unique présente à l'identique dans toutes les cultures.

Dans les années 1970, l'OMS a encouragé la formation des accoucheuses traditionnelles. Après vingt ans, les résultats sur la mortalité maternelle n'étant pas à la hauteur des espérances, ce type de projet a été abandonné. Pourtant, dans certaines communautés, les AT existent et ont un rôle important dans la vie des femmes. Il est donc intéressant de les impliquer dans les projets de SSR dans certains contextes, mais les modalités restent à définir (agent de santé communautaire, accouchement dans les structures sanitaires, distribution à base communautaire de contraceptifs...). Dans la majeure partie des cas, il s'agit de les impliquer en tant que relais entre la communauté et les centres de santé en ce qui concerne la santé des femmes et en tant qu'accompagnatrice pour l'éducation pour la santé.

D'autres acteurs communautaires peuvent avoir un impact sur la santé, tels que **les travailleurs pairs²⁴⁴, les leaders religieux et les tradithérapeutes.**

> Pour plus d'information, se référer aux documents « Document de réflexion concernant l'implication des accoucheuses traditionnelles dans les projets²⁴⁵ » et « Travailler avec les communautés²⁴⁶ » de Médecins du Monde.

244. Personnes ayant une connaissance personnelle des pratiques de la communauté ciblée avec laquelle elles travaillent.

245. Disponible sur demande au S2AP: S2AP@medecinsdumonde.net

246. Bouchon M., *Travailler avec les communautés*, MdM, 2012.

6C

PARTENARIAT ET ALLIANCES

1 / DÉFINITION/ CONCEPT

Le partenariat

Il s'agit d'une relation établie entre des partenaires, c'est-à-dire des associés, deux individus, groupes ou structures qui se rejoignent autour d'une idée ou d'un fait commun (organiser une action, réaliser un projet...).

D'un point de vue organisationnel, le partenariat est une relation qui doit être fondée sur la définition conjointe des objectifs et des moyens de les atteindre, un partage des responsabilités et un apprentissage mutuel. Après la clarification des rôles et la planification des ressources, un accord de partenariat est signé²⁴⁷.

Les alliances

Il s'agit d'un accord ou d'une union conclue entre plusieurs personnes, groupes, organisations pour leurs intérêts communs. La construction d'alliances comporte une médiation entre les différents partenaires

pour la définition de buts, d'objectifs, de règles éthiques de base et de domaines d'action communs pour la réalisation d'un accord sur la norme de coopération propre à l'alliance.

Partenaires, alliés, associés, collaborateurs : cette relation peut prendre diverses formes en fonction des objectifs partagés entre les différents acteurs.

2 / INTÉRÊT DU MODE OPÉRATOIRE

Médecins du Monde affirme l'importance d'établir des partenariats, des alliances afin d'assurer l'adaptation d'un projet et sa pérennité, mais aussi pour mutualiser les efforts vers l'atteinte des objectifs. Les partenariats et alliances permettent, par complémentarité, de renforcer l'impact du projet. Ils permettent également d'assurer le continuum de soins. Ils peuvent se nouer à différentes phases du projet même s'il est souvent préférable de les établir au début pour une meilleure compréhension des rôles et des objectifs de chacun.

Les enjeux du partenariat et des alliances sont :

- de favoriser l'empowerment et la participation des acteurs locaux ;
- de crédibiliser une démarche ou un projet ;
- de favoriser la pérennisation des interventions ;
- d'assurer le continuum de soins ;
- d'obtenir un support technique et matériel ;
- de transmettre des informations ;
- de faire du plaidoyer ;
- ...

associations de sages-femmes) lorsqu'elles existent et en tant que défenseur du droit à la santé sexuelle et reproductive. Ces associations ont en général une bonne compréhension du contexte et représentent de fait des alliées essentielles pour l'adaptation et l'acceptation d'une intervention en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). Il faut néanmoins rester prudent sur les enjeux de pouvoirs interassociatifs et ne pas les relayer ou les amplifier.

Pour beaucoup d'organisations, le partenariat est un moyen d'impliquer des associations locales dans la réponse et dans l'aide, et donc d'impliquer la population. MdM souhaite soutenir les acteurs locaux existants et notamment les autorités sanitaires afin de renforcer le développement de services de santé sexuelle et reproductive assurant une prise en charge de qualité. Par acteurs locaux, on entend par exemple les ONG locales, les organisations communautaires... Ce type de partenariat est difficile mais essentiel : les partenaires locaux sont souvent des interprètes culturels qui bénéficient d'une bonne connaissance du terrain et de l'organisation des communautés. Leur ancrage local leur confère un rôle de « passeurs de projets » permettant de reprendre et de maintenir les activités en place.

Il est donc nécessaire de réaliser un diagnostic des dynamiques locales existantes. Lorsqu'il n'y a pas de structure existante et reconnue, alors le « partenariat » peut consister dans le soutien à la création de nouveaux comités. Mais il faut faire attention à ne pas imposer ses propres idées ou des formes de comités étrangères à la culture de travail ou de solidarité existante, il faudra donc réaliser un diagnostic des modes de solidarité culturellement adaptés.

En outre, MdM reconnaît l'importance des associations de femmes et des associations professionnelles (en particulier les

²⁴⁷. URD et ALNAP, *Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires. Pour une meilleure implication des populations affectées par une crise dans la réponse humanitaire*, Groupe URD, 2009.

6D

LE CONTEXTE D'URGENCE

1 / DÉFINITION / CONCEPT²⁴⁸

L'urgence correspond à une situation de crise telle que définie en 1996 par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) : situation de rupture des besoins de base pour la survie des populations en cas de conflits et en cas de catastrophes dues à l'homme et à la nature.

Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) a établi une définition de travail des situations d'urgence : toute situation menaçant la vie ou le bien-être des réfugiés si on ne prend pas immédiatement des mesures appropriées et qui exige une réaction extraordinaire et des mesures d'exception. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les centres de prévention et de contrôle des maladies considèrent que la phase d'urgence est la période où le taux brut de mortalité est supérieur à un décès par 10 000 personnes par jour. Souvent, cette

phase se caractérise par des déplacements internes ou transfrontaliers de populations, un changement du pouvoir aux échelons local et national, un effondrement de l'infrastructure (ex/ les institutions sanitaires et juridiques), une augmentation des violences, des difficultés d'accès à la nourriture et une hausse des taux de mortalité. Dans certaines régions ou pays, on peut observer que les crises sont chroniques.

Par définition, la phase post-crise commence lorsque les taux de mortalité reviennent au niveau de ceux de la population environnante et que les besoins fondamentaux sont satisfaits. La confiance augmente, en ce qui a trait à la sécurité, les services de santé se sont normalisés et l'on peut introduire des stratégies à long terme et amorcer les activités de renforcement des capacités et de reconstruction. Néanmoins, certains besoins fondamentaux ne sont parfois pas couverts au démarrage de cette phase.

Il est essentiel de s'adapter au fur et à mesure à l'évolution de contexte et de considérer le plus tôt possible la mise en place d'interventions avec une vision de plus long terme. Il faut aussi prendre garde à éviter de déstructurer les dispositifs existants.

248. Commission des femmes pour les réfugiés, *Dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise - Module d'apprentissage à distance du DMU, version 2011 révisée,* <http://misp.rhrc.org>

2 / LE DISPOSITIF MINIMUM D'URGENCE : DMU^{249,250}

En situation d'urgence, il existe de nombreuses priorités sanitaires concomitantes, par exemple lutter contre le choléra, la rougeole, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la malnutrition, mais il faut aussi aborder certains aspects de SSR tels qu'exprimés dans le DMU. Au lieu d'essayer de mettre en œuvre une vaste gamme d'activités de SSR, limiter la portée de l'aspect de santé reproductive au DMU permet de concentrer l'attention sur les mesures essentielles dans les urgences où les ressources humaines et matérielles sont limitées.

Le DMU est également une norme dans la révision 2004 du projet « Sphère, Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes » pour les fournisseurs d'aide humanitaire.

Le dispositif minimum d'urgence en santé reproductive est un ensemble coordonné d'activités prioritaires conçues dans les buts suivants :

1. Assurer l'identification d'une organisation par le secteur de la santé afin de diriger la mise en œuvre du DMU

Il s'agit de l'organisation chef de file en matière de santé reproductive pour la coordination entre les organisations offrant des services sanitaires, notamment au niveau des fournitures et ressources.

249. Ibid.

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

2. Prévenir et prendre en charge les conséquences des violences sexuelles

- en mettant en place des mesures pour protéger les populations touchées, surtout les femmes, jeunes filles et garçons, contre la violence sexuelle ;
- en proposant des soins cliniques aux victimes de viols ;
- en sensibilisant la communauté aux services cliniques disponibles.

3. Réduire la transmission du VIH

- en s'assurant que les transfusions sanguines sont effectuées en toute sécurité ;
- en facilitant et en faisant appliquer les précautions standards ;
- en mettant à disposition des préservatifs gratuits.

4. Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelles et néonatales

- en assurant la prestation de soins obstétricaux d'urgence et de soins néonataux dans les SOUB et les SOUC permettant la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ;
- en mettant en place un système d'orientation pour faciliter le transport et les communications entre la communauté et l'établissement de santé (SOUB) et entre ce dernier et l'hôpital de référence (SOUC) ;
- en proposant des kits d'accouchement hygiéniques aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses pour permettre un accouchement à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène lorsqu'aucun accès vers l'établissement de santé n'est possible.

5. Programmer, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins primaires en phase post-crise.

- En aidant les partenaires du secteur de la santé à :
- coordonner les commandes d'équipements et de fournitures de santé

- reproductive à partir de l'utilisation estimée et constatée ;
- recueillir les données existantes ;
- identifier des sites appropriés pour la prestation future de l'ensemble des services de santé reproductive ;
- évaluer la capacité du personnel à fournir des services complets de santé reproductive et prévoir une formation/mise à niveau du personnel.

Il est important d'inclure également les contraceptifs nécessaires pour répondre aux demandes en termes de planification familiale ainsi que les tests et le traitement syndromique des IST.

Le DMU explique non seulement comment établir des services contribuant à la réalisation de chacun de ces objectifs, mais également comment calculer les besoins en fournitures en matière de santé sexuelle et reproductive et comment se procurer des kits de santé reproductive d'urgence interorganisations qui contiennent les fournitures nécessaires à la prestation des services de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire²⁵¹.

MdM pourra mettre en place des activités de chacun des 5 axes du DMU. Il n'est pas tout le temps possible de mettre en place toutes les activités du DMU, il faut alors sélectionner les plus pertinentes en fonction du contexte, du type d'interventions, du niveau de soins sur lequel on travaille (primaire ou secondaire) et des acteurs déjà en place.

Dans la phase post-crise, les soins de SSR seront réintégrés aux soins de santé primaires et toutes les composantes du continuum de soins pourront être mises en place dans une volonté de renforcement des capacités du système de santé local et avec une stratégie de long terme.

²⁵¹. Fnuap, Save the children, Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire, Fnuap, 2009.



L'APPROCHE GENRE

1 / DÉFINITION/ CONCEPT

Le genre est un concept sociologique qui renvoie à la construction et à la répartition des rôles sociaux attribués à chaque sexe, dans une société et à une époque données. Il fait référence aux rôles et responsabilités des femmes et des hommes tels qu'ils sont déterminés par la société. Il est lié à la façon dont nous sommes perçus et censés penser et agir en tant qu'hommes et femmes en fonction de l'organisation de la société et non du fait de nos différences biologiques. Ces rôles et responsabilités renvoient aux différents travaux effectués par les hommes et les femmes, à leurs besoins pratiques et stratégiques, à leurs différents niveaux d'accès aux ressources et aux différentes sphères dans lesquelles ils ou elles peuvent prendre des décisions et exercer un contrôle sur les ressources et les avantages. Ces rôles et responsabilités sont déterminés d'un point de vue social et culturel et peuvent différer d'une communauté à une autre, d'un pays à un autre. Ils sont véhiculés par l'institution, la famille, l'éducation. En matière de santé et genre, les facteurs biologiques, culturels, socio-économiques et psychosociaux ont

pour conséquences des différences entre les hommes et les femmes dans l'accès aux soins.

Ces constructions sociales sont sources d'inégalités entre hommes et femmes, la plupart du temps au détriment de ces dernières.

Voici quelques exemples d'inégalités liées au genre²⁵² :

- on estime que des millions de fœtus et de bébés de sexe féminin sont supprimés chaque année à cause de la préférence pour les fils ;
- les femmes produisent la moitié des aliments, ne gagnent que 10 % du revenu total et ne possèdent que 2 % des terres ;
- on ne compte que 18,4 % de femmes dans les Parlements (2008) ;
- en Afrique, 75 % des personnes entre 15 et 24 ans séropositives sont des femmes (Unaid, 2006).

> Pour plus d'informations, se référer au guide de Médecins du Monde Espagne « Gender and health²⁵³ ».

²⁵². Adéquations, Aster et Ciedel, Fiches pédagogiques Genre et Développement, F3E, 2010.

²⁵³. Medicos del Mundo, Gender and Health, 2010.

2 / INTÉRÊT DE L'APPROCHE GENRE²⁵⁴

L'intégration du concept de genre dans la pensée et les stratégies de développement a été réalisée selon plusieurs étapes : l'approche Intégration de la femme au développement puis l'approche Femme et développement avant d'arriver à l'approche Genre et développement.

Ainsi, l'approche « Genre et développement » a été adoptée à la Conférence de Pékin (1995). Elle consiste à prendre en compte la répartition des rôles et des activités des femmes et des hommes dans chaque contexte et dans chaque société pour tendre vers un équilibre des rapports de pouvoir entre les sexes. C'est ce que l'on appelle lutter contre les inégalités de genre, qu'elles s'expriment par des disparités d'accès à l'éducation, aux soins, au travail, à un salaire décent, à des responsabilités, à des mandats politiques...

Ces inégalités de genre sont notamment un obstacle majeur au respect des droits sexuels et reproductifs et à l'accès aux soins. La reconnaissance des droits sexuels et reproductifs exigibles pour toutes les personnes sans discrimination implique de s'inscrire en faveur de l'équité de genre, de reconnaître les diverses orientations sexuelles, de promouvoir la lutte contre les violences liées au genre et d'y participer²⁵⁵. Lors de la conférence du Caire (1994), l'importance d'impliquer les hommes, afin qu'ils prennent leurs responsabilités en matière de santé et droit sexuels

254. Sen G. et al., *Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*, Women and Gender Equity Knowledge Network, 2007.

255. Branchat J., Duplessy C., *Guide méthodologique, Prévention et réponse aux violences liées au genre*, MdM, 2010.

et reproductifs, a été affirmée. Les normes et les valeurs de « genre » ne sont pas fixes ; elles évoluent dans le temps, varient sensiblement d'un endroit à un autre et sont susceptibles de changer. Les conséquences négatives pour la santé qui résultent des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes ne sont donc pas fixes non plus, elles peuvent évoluer.

Parmi les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) figure la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes (OMD 3) en tant que moyen efficace pour combattre la pauvreté, la faim et la maladie, et pour promouvoir un développement réellement durable. L'OMD 3 souhaite en effet éliminer les disparités entre les sexes concernant l'enseignement puisque plus les femmes sont instruites, plus elles sont autonomes et ont de bonnes conditions de santé²⁵⁶. Lorsqu'elles sont autonomes, les femmes prennent conscience de leur importance dans la société et peuvent faire valoir leur droit d'accéder à des services de santé de qualité. Cette prise de conscience est fondamentale afin d'accroître les ressources essentielles pour sauver la vie et favoriser la santé des femmes. En favorisant l'égalité des sexes, on crée les conditions nécessaires à l'existence de services de santé adaptés en veillant à ce que les politiques publiques et les allocations budgétaires bénéficient aux femmes. D'autre part, le renforcement des possibilités de décisions des femmes, via l'amélioration de leurs connaissances sur les droits en SSR, leur permet d'avoir un poids économique plus important au sein de la communauté.

MdM souhaite s'engager à soutenir les personnes discriminées du fait de leur sexe et notamment les femmes afin de renforcer

256. OMS, *Autonomisation et égalité des sexes: des objectifs essentiels à atteindre pour sauver la vie des femmes*, 2008.

leur capacité de prise de décision concernant leur vie sexuelle et reproductive, libres de coercition, discrimination et violence.

En appuyant le respect des droits sexuels et reproductifs et l'accès aux soins, MdM s'engage à soutenir la réduction des inégalités de genre. En informant les femmes sur la santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits, MdM encourage le renforcement de leur capacité de prise de décision concernant leur vie sexuelle et reproductive. En sensibilisant les communautés sur la SSR, MdM veut diminuer l'impact de certaines normes sociétales ou relations de pouvoir sur la possibilité des femmes de revendiquer et faire respecter leurs droits.

La mise en œuvre de l'approche genre au sein des projets de santé présente plusieurs avantages pour les projets en SSR²⁵⁷ :

- améliorer notre compréhension de la situation socioculturelle, y compris l'état de santé des femmes et des hommes ;
- révéler des différences et des inégalités dans les profils de santé des hommes et des femmes ;
- obtenir une nouvelle vision plus complète de la santé et une plus grande sensibilité sociale ;
- obtenir des moyens d'adapter plus précisément et d'équilibrer les ressources disponibles aux besoins sanitaires des individus ;
- contribuer à une plus grande équité entre les sexes ;
- améliorer la qualité et l'impact des projets de SSR.

Une enquête réalisée par l'OMS montrait que les projets qui intégraient l'approche genre ont obtenu des résultats positifs en santé sexuelle et reproductive²⁵⁸.

257. Lopez Mendez I., *Modulo de formación para la integración de género en el ciclo de los proyectos de Médicos del Mundo*, MdM, 2009.

258. OMS, IGWG, 'So What', *L'intégration du facteur genre dans les programmes: a-t-elle une incidence sur les résultats?*, 2006.

3 / PRISE EN COMPTE DU CONCEPT DE GENRE DANS LES PROJETS DE SSR DE MDM

L'intégration du genre se réfère aux stratégies qui tiennent compte des normes sexospécifiques²⁵⁹ et qui compensent les inégalités fondées sur le genre. Dans les ménages et les communautés, les rôles des hommes et des femmes et leur pouvoir relatif modèlent l'éducation, la division du travail, l'attribution des responsabilités et des ressources ainsi que les comportements vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive et de l'utilisation des services de santé.

Il y a généralement deux types de stratégies d'intégration du genre : celles qui **tiennent compte des différences entre les sexes** et celles qui **transforment réellement les relations entre les sexes**.

Certaines interventions tiennent compte des différences entre les sexes. Ces interventions facilitent l'accès des femmes aux services et leur bien-être, sans tenter de modifier les relations de pouvoir entre les sexes. Ces stratégies peuvent inclure une répartition basée sur la communauté, la modification des heures de travail, la formation spéciale de prestataires femmes, des services de garde d'enfant dans les centres de santé ou des exonérations de tarifs.

Enfin, les interventions qui cherchent à transformer les relations entre les sexes

259. Les normes sexospécifiques sont les perceptions de la société sur ce que signifie le fait d'être un homme ou une femme.

peuvent être plus longues à produire des résultats mais ces changements ont plus de chances d'apporter aux femmes et aux familles des avantages à long terme et durables. Les programmes et politiques peuvent transformer les relations de genre :

- en encourageant la prise de conscience critique des rôles respectifs des hommes et des femmes et des normes sexospécifiques ;
- en promouvant la place des femmes par rapport à celle des hommes ;
- en défiant les déséquilibres de pouvoir, de répartition des ressources et d'attribution des tâches entre les hommes et les femmes ;
- ou encore, en abordant le déséquilibre des pouvoirs dans les relations entre les femmes et les dispensateurs de soins de santé.

De nombreux programmes d'intégration du genre ciblent la participation des hommes dans la santé sexuelle et reproductive. La participation des hommes est indispensable pour promouvoir l'équité entre les sexes dans les programmes de SSR mais ne garantit pas en soi cette promotion.

Voici quelques propositions d'activités pouvant permettre de réduire les inégalités liées au genre contribuant à l'autonomisation : En général :

- donner la parole aux femmes ;
- mettre en lumière les inégalités liées au genre ;
- sensibiliser les hommes tout d'abord sur les différences entre les hommes et les femmes et sur des changements d'attitudes possibles pour l'égalité homme-femme ;
- fournir des ressources indépendantes pour les femmes (le crédit, le revenu, l'éducation, les transports, etc.) ;
- ...

En santé sexuelle et reproductive :

- améliorer l'accès aux services de santé via la levée des barrières financières ;

- former les femmes en matière de droits sexuels et reproductifs pour qu'elles puissent choisir le nombre d'enfant(s) au(x) moment(s) où elles le souhaitent ;
- former les hommes en matière de droit sexuels et reproductifs en expliquant les risques sanitaires pour leurs femmes, leurs enfants, leurs familles... ;
- encourager les hommes à participer aux consultations de SSR et des enfants pour ne pas laisser toute la responsabilité en termes de santé à la femme (planification familiale, traitement des IST, consultation des enfants) ;
- augmenter la capacité à négocier des rapports sexuels protégés avec des hommes notamment dans le cadre de la PTME ;
- renforcer les connaissances des femmes sur leurs droits afin d'améliorer leur capacité à prendre plus de décisions, notamment sur l'accès aux soins ;
- encourager la création d'associations d'hommes souhaitant promouvoir une autre forme de masculinité ;
- ...

NICARAGUA – Changement des comportements machistes au sein des groupes de jeunes hommes

« Dans le cadre de nos activités de prévention des violences faites aux femmes auprès de jeunes hommes, nous avons rencontré un jeune intéressé pour participer au projet. Avant, c'était un jeune qui ne remettait jamais rien en question, qui violentait sa mère, ses sœurs, ses voisins, qui leur criait dessus et qui leur interdisait de s'impliquer dans sa vie. En outre, il avait des relations sexuelles avec des femmes et ne se rendait pas compte du mal qu'il pouvait leur causer »

avec ce comportement. Il a participé aux démarches de changement des comportements machistes et violents via la sensibilisation. Il a réussi à identifier ses propres attitudes négatives liées à "la tradition patriarcale qui colle aux hommes depuis des siècles". Aujourd'hui, il affirme que "le changement n'arrivera pas du jour au lendemain parce que les mauvaises habitudes sont difficiles à oublier. Mais à partir du moment où on prend la décision de changer: vouloir c'est pouvoir". »

Marlon Zamora, référent implication des hommes sur le projet

4 / INDICATEURS

Voici quelques exemples d'indicateurs pour évaluer votre impact en termes de genre sur les projets :

- taux de consultations de planification familiale réalisées pour un usager masculin ;
- taux d'écoles secondaires et d'universités incorporant de l'éducation sur les droits sexuels et reproductifs ;
- taux de consultations prénatales auxquelles le partenaire masculin a participé.

Il est possible de désagréger d'autres indicateurs de santé entre hommes et femmes.



7

ANNEXES



PAGE 242

**SIGLES
ET ACRONYMES**

PAGE 244

ANNEXE 1
**ÉLÉMENTS
DU CONTEXTE
INTERNATIONAL
ET NATIONAL
POUR ORIENTER
NOS INTERVENTIONS
DE PRÉVENTION
ET PRISE EN CHARGE
DES GROSSESSES
NON DÉSIRÉES**

245 1/Axes d'intervention

246 2/Contexte international

246 a/Santé Publique

248 b/Droits humains

248 3/Contexte national

248 a/Lois nationales

254 b/Obstacles

autres que légaux

254 c/Acteurs de terrain

PAGE 256

ANNEXE 2
KITS MÉDICAUX

PAGE 260

ANNEXE 3
**GRILLE
D'ÉVALUATION
EN SANTÉ SEXUELLE
ET REPRODUCTIVE**

260 1/Informations
générales

262 2/Ressources
humaines

263 3/Services en santé
sexuelle et reproductive

267 4/Données
épidémiologiques
et d'utilisation
des services

268 5/Supervision
des structures

268 6/Lien avec
les communautés

PAGE 269

ANNEXE 4
**GRILLE POUR
RÉALISER
UNE ANALYSE
DES RAPPORTS
SOCIAUX DE SEXE**



SIGLES ET ACRONYMES

AEIU	Aspiration électrique intra-utérine
AFOA	Association de traitement des fistules obstétricales en Afrique
AME	Allaitement maternel exclusif
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuses traditionnelles
BCG	Bacille Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
CAP	Connaissance, attitude, pratique
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire)
CPN	Consultation prénatale
DSC	Déterminants socioculturels
DHS	Enquête démographique de santé
DIU	Dispositif intra-utérin (stérilet)
DMU	Dispositif minimum d'urgence
DTC	Diphthérie, tétanos, coqueluche

FNUAP	Fond des Nations unies pour la population
HAS	Haute autorité de santé (France)
HCR	Haut-commissariat des Nations unies pour les réfugiés
HEADSSS	Habitat, éducation, activités, drogues, sexualité, sécurité et suicide/dépression
IEC	Information, éducation, communication
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IM	Intramusculaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
IV	Intraveineux
IVA	Inspection visuelle à l'acide acétique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel (exclusif) et de l'aménorrhée
MdM	Médecins du Monde
MGF	Mutilations génitales féminines
MSF	Médecins sans frontières
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale

PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PPE	Prophylaxie post-exposition
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
RdR	Réduction des risques
SA	Semaine d'aménorrhée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRAJ	Santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents
TARV	Traitement antirétroviral
TPI	Traitement préventif intermittent
TMN	Tétanos maternel et néonatal
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VLG	Violence liée au genre
VPH	Virus du papillome humain
VPO	Vaccin anti-poliomyélite oral

ANNEXE 1

ÉLÉMENTS DU CONTEXTE INTERNATIONAL ET NATIONAL POUR ORIENTER NOS INTERVENTIONS DE PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

➤ La santé sexuelle et reproductive est l'une des quatre priorités de Médecins du Monde. Dans ce cadre, le conseil d'administration de l'association s'est positionné en mars 2011 sur la question de la prévention et de la prise en charge des grossesses non désirées. Ce positionnement engage l'association dans une démarche de soutien actif en faveur du « droit des femmes à avoir ou non des enfants, à choisir le nombre de leurs enfants et l'espacement entre les naissances ». Ainsi, toute femme doit avoir le choix de recourir à la contraception pour éviter une grossesse non désirée et avoir accès à l'avortement sans risque et légal, le cas échéant.

Pour atteindre ces objectifs, Médecins du Monde agit en faveur de la prise de conscience des soignants concernant leur devoir de réduire les risques de morts évitables et accompagne les femmes interrompant leur grossesse (protocoles pré et post-avortement provoqué au minimum...), Médecins du Monde s'implique en fonction de chaque réalité locale pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge sans risque des grossesses non désirées et s'engage auprès des mouvements de la société civile en soutenant leur combat pour permettre aux femmes d'accéder à une santé sexuelle et reproductive choisie et de qualité.

Pour rappel, le terme avortement désigne l'interruption de la grossesse, quelle qu'en soit la cause, avant que le fœtus soit apte à la vie extra-utérine (avant le terme de 22 semaines d'aménorrhée ou avec un poids < à 500 gr). Un avortement spontané (aussi appelé fausse couche) survient sans intervention alors qu'un avortement provoqué indique qu'une intervention a été pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse²⁶⁰.

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

Il s'agit de :

→ **l'avortement thérapeutique**, qui est pratiqué lorsque la grossesse met en péril la santé physique et/ou mentale de la femme. Dans les cas où l'avortement thérapeutique est considéré comme un critère pour un avortement autorisé dans le cadre légal, les pays définissent généralement la liste des affections incluses sous cette terminologie. Ces listes ont pour but d'illustrer les cas considérés comme mettant la vie en danger, mais ne visent pas à faire obstacle à la décision clinique du médecin sur

ce qui est ou non dangereux pour une femme en particulier. Cependant, de telles listes peuvent être interprétées de façon réductrice ou être considérées comme exhaustives alors qu'elles ne le sont pas.

→ **l'avortement médicalisé**, qui est une procédure d'interruption de la grossesse réalisée par un personnel qualifié dans de bonnes conditions de sécurité. En effet, quand il est pratiqué par un prestataire de soins formé et avec le matériel adapté, suivant une technique correcte et des normes sanitaires rigoureuses, l'avortement est l'une des interventions médicales les plus sûres. L'avortement médicalisé s'oppose à l'avortement à risque ou pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, c'est-à-dire par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

L'objectif du présent document est de proposer des éléments contextuels et un cadre méthodologique pour l'analyse des situations locales concernant les avortements provoqués pour les projets intégrant un volet de santé sexuelle et reproductive.

1 / AXES D'INTERVENTION

Une analyse du contexte permet d'adapter au mieux nos interventions mais aussi de définir, le cas échéant, des objectifs et stratégies de plaidoyer pertinents.

Sur l'ensemble des projets incluant un volet de prise en charge des femmes en âge de procréer, lorsque le cadre légal national le permet, nous veillerons à la mise à disposition des femmes de méthodes d'interruption de grossesses simples, efficaces, sans risque, en nous appuyant

²⁶⁰ OMS, *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2004.

si possible sur les protocoles nationaux déjà existants. Dans certains contextes, l'avortement provoqué est autorisé mais encadré par des règles strictes (ex/ plusieurs médecins doivent signer un accord) qui retardent ou compromettent l'accès à un avortement sûr et légal. Dans ce cas, nous pourrions travailler avec nos partenaires afin de lever ou réduire les barrières à l'accès pour un avortement sans risque et légal.

Dans un contexte où l'avortement provoqué est encadré par des lois restrictives, la possibilité de proposer un accès à l'interruption de grossesse médicalisée, soit à travers les services que nous soutenons, soit à travers des partenaires engagés sur le terrain, pourra être discutée au sein des instances décisionnelles de MdM au regard de sa pertinence, des responsabilités engagées et des risques pour l'association, ses membres et les usagers.

Médecins du Monde respecte le droit d'un personnel soignant à se déclarer objecteur de conscience à titre individuel, cela n'enlève pas son obligation d'orienter les patientes pour une prise en charge efficace et respectueuse de leur choix. D'autre part, en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient, le professionnel de santé doit prendre toutes les mesures nécessaires pour écarter le danger même si ces mesures vont à l'encontre de ses convictions. Les personnels non soignants travaillant au sein des structures médicales ne peuvent opposer ce droit et se doivent d'accueillir les usagers et de respecter leur choix pour leur propre santé quelle qu'en soit la nature.

Nous rappelons que, quel que soit le contexte, la contraception d'urgence est en général disponible. Il s'agit d'une méthode contraceptive permettant

d'éviter une grossesse non désirée, et non pas d'une méthode abortive. À ce titre, elle devrait être mise à disposition dans les services de planification familiale, ainsi qu'un choix adapté et large de méthodes contraceptives.

2 / CONTEXTE INTERNATIONAL

a/ Santé Publique

Le cinquième Objectif du millénaire pour le développement (OMD) définit lors du sommet du Millénaire qui s'est tenu en 2000 concerne l'amélioration de la santé maternelle et vise une réduction de 75 % de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

L'analyse séparée des tendances > **carte 1 ci-contre** montre qu'au niveau mondial la mortalité maternelle a baissé en moyenne de moins de 1 % par an entre 1990 et 2008, soit nettement moins que la baisse annuelle, de 5,5 % qui serait nécessaire pour atteindre le cinquième OMD.

Les avortements à risque effectués soit par des personnes dépourvues des compétences nécessaires, soit dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux, représentent 48 % des avortements pratiqués dans le monde, soit 21,6 millions d'avortements à risque en 2008. Dans les pays développés, 92 % des avortements sont pratiqués dans des conditions satisfaisantes, tandis que dans les pays en développement, 55 % des avortements sont considérés comme à risque. Ce taux atteint 95 % en Afrique et en Amérique latine, et 60 % en Asie. Au niveau mondial, le taux d'avortements à risque n'a pas diminué entre 2003 et 2008 (respectivement 15 et 14 avorte-



Carte 1 : Mortalité maternelle dans le monde
D'après Trends in maternal mortality 1990-2008, OMS, 2010.

ments à risque pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans)²⁶¹.

Le poids des avortements à risque dans la mortalité maternelle au niveau mondial est important : 13 % des décès maternels toutes causes confondues, soit 47 000 décès par an²⁶². La quasi-totalité de ces décès surviennent dans les pays en développement. Chaque année, 5 millions de femmes sont hospitalisées pour des complications à la suite d'un avortement à risque, essentiellement pour des causes hémorragiques ou infectieuses. Les conséquences ne sont pas uniquement d'ordre médical, il faut également souligner le poids économique et sociétal des avortements à risque : perte de productivité, coûts pour les systèmes de santé, séquelles à long terme, infertilité...

b/ Droits humains

Le droit à l'avortement est sous-tendu par plusieurs droits universels :

- le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité ;
- le droit d'être protégé de toute forme de torture, peine ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- l'interdiction de toute forme de discrimination ;
- le droit à la santé, à la santé de la reproduction et à la planification familiale (le droit d'avoir le choix d'avoir ou non des enfants et le droit à déterminer le nombre de ses enfants et l'espace-temps entre les naissances) ;
- le droit au respect de la vie privée.

L'ensemble de ces droits sont retranscrits dans les engagements pris par la communauté internationale et ratifiés par les États > cf. **tableau 1 ci-contre**.

Qu'il s'agisse de traités, conventions ou déclarations, ces textes constituent un cadre légal de protection internationale et régionale relatif aux droits des femmes et il est important d'identifier quels sont les textes ratifiés par chaque État.

3 / CONTEXTE NATIONAL

Pour chaque pays d'intervention de Médecins du Monde, il est important de connaître le contexte légal et tous les autres obstacles potentiels à un avortement sans risque.

a/ Lois nationales

Il est parfois difficile de se procurer tous les instruments juridiques d'un pays, et les dispositions légales sur l'avortement ne sont pas forcément rassemblées dans un même texte. De plus, dans les pays de droit coutumier (ensemble des règles ou pratiques traditionnelles courantes qui guident les conduites acceptées et attendues au sein d'une communauté, et qui sont considérées comme des lois), l'avortement n'est pas forcément régi par une loi spécifique mais plutôt par une décision de justice. L'absence de lisibilité des textes légaux est malheureusement fréquente et n'est probablement pas le fait du hasard : « Le manque de clarté dans bon nombre de lois est un grave dysfonctionnement. L'appréhension éprouvée par des prestataires de services de santé les amène à refuser de s'impliquer, ce qui pousse les femmes dans l'urgence à recourir à des pratiques à risque et illégales même dans des cas où, pourtant, la loi autorise les procédures menées par des prestataires compétents et qualifiés²⁶³ ».

TABLEAU 1
PRINCIPAUX INSTRUMENTS
DU DROIT INTERNATIONAL SE RAPPORTANT
À LA QUESTION DE L'AVORTEMENT
(1948-1966)*

	Déclaration universelle des droits de l'Homme 1948	Pacte international relatif aux droits civils et politiques 1966	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 1966
Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité	Art. 3	Art. 6.1 Art. 9.1	
Droit d'être libre de toute forme de torture, peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant	Art. 5	Art. 7	
Droit de ne pas subir de discriminations sexuelles	Art. 2	Art. 2.1	Art. 2.2
Obligation pour l'État de modifier les coutumes discriminatoires envers les femmes			
Droit à la santé, à la santé de la reproduction et à la planification familiale			Art. 10.2 Art. 12.1 Art. 12.2
Droit au respect de la vie privée		Art. 17.1	
Droit au choix d'avoir ou non des enfants, de déterminer le nombre de ses enfants et l'espacement entre les naissances		Principe 1	

261. OMS, *Unsafe abortion - Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality* in 2008, 2011.

262. Ahman E., Shah I.H., *New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality*, Int J Gynaecol Obstet, 2011 Nov; 115(2):121-6. Epub 2011 Aug 31.

263. Cook R.J. et Dickens B.M., *Human rights dynamics of abortion law reform*, Human Rights Quarterly, 2003.

*À partir de « Access to abortion, IPPF, 2008 »

TABLEAU 1 (SUITE)
PRINCIPAUX INSTRUMENTS
DU DROIT INTERNATIONAL SE RAPPORTANT
À LA QUESTION DE L'AVORTEMENT*

	Convention des droits de la femme 1979	Convention relative aux droits de l'enfant 1989	Convention américaine relative aux droits de l'Homme 1969
Droit à la vie, à la liberté et à la sécurité		Art. 6.1 Art. 6.2	Art. 4.1 Art. 7.1
Droit d'être libre de toute forme de torture, peine ou traitement cruel, inhumain ou dégradant		Art. 37	Art. 5.1 Art. 5.2
Droit de ne pas subir de discriminations sexuelles	Art. 1 Art. 3	Art. 2.1	Art. 1 Art. 17.4
Obligation pour l'État de modifier les coutumes discriminatoires envers les femmes	Art. 2 Art. 5	Art. 24.3	
Droit à la santé, à la santé de la reproduction et à la planification familiale	Art. 10 Art. 11.2 Art. 11.3 Art. 12.1 Art. 14.2	Art. 24.1 Art. 24.2	
Droit au respect de la vie privée		Art. 16.1 Art. 16.2	Art. 11
Droit au choix d'avoir ou non des enfants, de déterminer le nombre de ses enfants et l'espacement entre les naissances		Art. 16.1	

	Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples 1981	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales 1950	Déclaration et programme d'action de Vienne 1993	Programme d'action de la CIPD du Caire 1994	Programme d'action de Pékin 1995
Art. 4 Art. 6		Art. 2.1 Art. 5.1		Principe 1 §7.3 §7.17	\$96 \$106 \$108
Art. 5		Art. 3	56		
Art. 2 Art. 3 Art. 18.3		Art. 14	§18	Principe 1 Principe 4	\$214
			§18 §38 §49	§5.5	\$224
Art. 16 Art. 18.1			§41	Principe 8 §7.45	\$89 \$92 \$267
		Art. 8			\$106 \$107
				Principe 8 §7.45	\$223

*À partir de «Access to abortion, IPPF, 2008»

On peut classer les différents pays en fonction du degré de restriction de l'accès à l'avortement légal. > cf **tableau 2 ci-dessous**

Depuis 1994, 26 pays ont assoupli leurs législations en matière d'avortement provoqué (Bénin, Burkina Faso, Tchad, Colombie, Éthiopie, Iran, Mali, Népal, Niger, Espagne...). Au contraire, dans la même période, le Salvador et le Nicaragua ont durci leurs législations en interdisant totalement l'avortement et la Pologne a retiré les raisons socio-économiques des conditions d'accès légal à l'avortement provoqué.

> cf **carte 2 ci-contre**

La structure fédérale de certains pays rend encore plus complexe l'analyse du contexte législatif et réglementaire local. Ainsi, aux États-Unis, au Mexique ou encore en Australie, des différences importantes peuvent être mises en évidence entre les différents États ou territoires.

TABLEAU 2
NIVEAU DE RESTRICTION DES LÉGISLATIONS CONCERNANT L'AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS LE MONDE ET RÉPARTITION MONDIALE*

Législation	Nombre de pays concernés	Part de la population mondiale concernée
Avortement provoqué interdit ou autorisé uniquement en cas de menace vitale pour la mère	67	25,70 %
Avortement provoqué autorisé en cas de menace pour la santé physique de la mère	36	9,60 %
Avortement provoqué autorisé en cas de menace pour la santé physique et/ou mentale de la mère	23	4,20 %
Avortement provoqué autorisé en cas de menace pour la santé physique et/ou mentale de la mère, ou pour raisons socio-économiques	14	21,30 %
Avortement provoqué autorisé sans restriction	56	39,30 %

*D'après **Center for Reproductive Rights**, rapport 2009.

264. OMS, *Unsafe abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 2010.*

S'il est difficile de détailler ici les différents textes de lois régissant l'accès à l'avortement dans les différents pays, on retrouvera une revue quasi exhaustive de celles-ci sur le site web de *l'Annual review of population law* de l'Université de Harvard :

> www.hsph.harvard.edu/population/abortion/abortionlaws.htm

Il est important de souligner que les restrictions légales à l'avortement provoqué n'affectent pas l'incidence de celui-ci. En revanche, on observe une mortalité maternelle plus élevée > cf **carte 1** et des complications liées à l'avortement plus fréquentes dans les pays où l'accès à un avortement provoqué sans risque est le plus difficile²⁶⁴.



Carte 2 : Régime législatif concernant l'avortement provoqué / Degrés de restriction des lois sur l'avortement dans le monde

D'après **Center for Reproductive Rights**, rapport 2009.

b/Obstacles autres que légaux

Une analyse complète de la situation de l'avortement dans un pays donné ne saurait se satisfaire de la seule analyse du cadre légal. Même lorsque celui-ci est très libéral, il ne suffit pas à garantir un accès réel au droit à l'avortement dans des conditions sanitaires satisfaisantes. L'évaluation

doit donc prendre en compte les obstacles autres que légaux qui peuvent restreindre le plein exercice du droit à l'avortement par les femmes.

Les obstacles à prendre en compte peuvent être liés aux conditions d'application du droit à l'avortement tel qu'il est prévu par la loi ou au contraire être dépendant d'autres facteurs liés à l'organisation des systèmes de santé ou aux contraintes politiques. > cf. **tableau 3 ci-dessous.**

TABLEAU 3
PRINCIPAUX OBSTACLES EXTRA-LÉGISLATIFS
À LA PLEINE APPLICATION DU DROIT À L'AVORTEMENT

Obstacles procéduraux	Obstacles extra-juridiques
Délai à partir du début de la grossesse	Manque de personnel médical
Accord ou autorisation d'un tiers (médecin, juge, administration, conjoint, partenaire, parents)	Manque de services efficaces
Obligation de déclaration	Manque de médicaments, équipements, nuisant à la qualité des soins
Délai de réflexion	Manque d'information
Restriction de la publicité liée à l'avortement	Coût
Clause de conscience	Activisme des opposants aux droits des femmes
	Manque de volonté politique d'application de la loi

c/Acteurs de terrain

Dans le cadre de la mise en place de projets en santé sexuelle et reproductive, il peut être nécessaire de rechercher une complémentarité avec d'autres acteurs. Plusieurs ONG internationales intègrent dans leurs projets la question de l'interruption volontaire de grossesse et sont bien implantées dans certains pays. La bonne connaissance des organisations nationales et éventuellement locales est également déterminante. Parmi les ONG internationales

particulièrement en pointe sur la question et avec qui Médecins du Monde a eu des contacts sur les différents terrains, on citera (liste non exhaustive) :

International Planned Parenthood Federation (IPPF). Fondée en 1952 après la Conférence de Bombay sur la santé reproductive, l'IPPF est une ONG de premier plan en matière de santé sexuelle et reproductive. Basée à Londres, elle a six bureaux régionaux (Kenya, Tunisie, Belgique, Inde, Malaisie, États-Unis) qui travaillent

dans 170 pays par le biais d'associations membres. Il s'agit d'un prestataire de services (planning familial, services liés à l'avortement, santé materno-infantile, soins gynécologiques, VIH, IST, prise en charge de l'infertilité...). Elle a pris en charge 33 millions d'utilisateurs en 2010. L'IPPF administre un fonds multibailleur pour l'avortement médicalisé, le SAAF, qui offre un soutien aux initiatives visant à accroître l'accès aux services d'avortement médicalisé, qu'il s'agisse d'initiatives de recherche, de plaidoyer ou de prestation de service.

Marie Stopes International (MSI).

Cette ONG anglaise dispose de 629 centres dans 40 pays, ce qui lui permet de délivrer des soins de santé reproductive à plus de 7 millions de couples en 2010, y compris un accès sûr à l'avortement provoqué et à des soins post-abortifs. MSI met en œuvre plusieurs projets de recherche concernant la sécurité des avortements et la prise en charge des grossesses non désirées. Elle a également développé des outils d'évaluation des actions, libres de droits, permettant aux ONG d'évaluer l'impact de leurs actions en santé sexuelle et reproductive (Impact 2, disponible depuis début 2012, qui remplace Impact et Reach Calculator).

ANNEXE 2

KITS MÉDICAUX

Nom des boîtes	Composition
Boîte de désinfibulation	1 boîte en inox 1 paire de ciseaux de Mayo 1 pince à disséquer 1 porte-aiguille
Boîte d'accouchement	1 boîte en inox 2 paires de ciseaux de Mayo 2 pinces Kocher
Boîte de suture	1 boîte en inox 1 porte-aiguille 1 paire de ciseaux mousse 1 pince à dissection
Boîte de césarienne	1 boîte en inox 1 panier à instruments 4 pinces à champ de Backhaus 2 pinces à hémostase Bengolea 2 pinces à hémostase de Kelly 2 pinces de Kocher 1 pince anatomique 4 pinces à tissu de Duval 1 pince chirurgicale standard 1 cupule 100 ml 1 porte-aiguille de Mayo-Hégar 1 écarteur de Farabeuf (paire) 1 manche de bistouri N°4 1 paire de ciseaux de Metzemaum 1 paire de ciseaux de Mayo courbe

Boîte de fistule	1 boîte en inox 1 valve vaginale de Doyen 90 mm 4 pinces à champs de Backhaus 12 cm 2 pinces Kocher droites A/G 14 cm 2 pinces Babcock 16 cm 2 pinces Allis 19 cm 1 pince à dissection S/G 20 cm 1 pince à dissection s/g 25 cm 2 pinces Pozzi 24 cm 1 porte-aiguille Mayo-Hegar 20 cm 1 paire de ciseaux Metzenbaum droit 20 cm 2 paires de ciseaux Mayo courbes 25 cm 1 paire de ciseaux Mayo droits 18 cm 2 paires d'écarteurs Farabeuf 15 cm 2 écarteurs de Hartmann double fil 1 manche de bistouri N°4 1 sonde cannelée 14 cm 1 jeu de bougies simples de Hegar inox N°4 à N°18 1 speculum de Collin de 25 mm 1 speculum de Collin de 35 mm
Matériel pour minilaparotomie pour la ligature des trompes de Fallope (dans centre de référence ou SOUC)	1 boîte en inox 1 scalpel 1 élévateur utérin 1 porte-aiguille 1 paire de ciseau mousse 1 pince à disséquer
Matériel pour vasectomie sans scalpel (dans centre de référence ou SOUC)	1 pince Babcock 1 pince de dissection 1 paire de ciseaux de Sims
Matériel pour pose et retrait de DIU	1 boîte en inox 1 cupule 1 pince Rochester péan 24 cm 1 pince de Pozzi 24 cm 1 pince à pansement droite (longuette) 24 cm 1 sonde utérine/hystéromètre 1 speculum de 30 mm 1 speculum de 35 mm 1 paire de ciseaux de Sims 20 cm carte de rappel DIU
Matériel pour pose et retrait d'implant	Scalpel Pince à disséquer Carte de rappel d'implant

<p>Matériel pour AEIU, AMIU, dilatation et évacuation</p>	<p>1 boîte à instrument en inox 1 pince porte tampon de Cheron 1 spéculum de Collin 35 mm 1 spéculum de Collin 25 mm 1 hystéromètre de Martin flexible 1 cupule 100 ml 1 pince Pozzi 1 pince de Muzeux 1 dilateur de Hégar de 3 à 16 mm de diamètre Canules d'aspiration de 4 à 12 mm de diamètre 1 pince Longuette 1 pince en cœur Matériel d'aspiration : raccord métallique, tuyau souple, aspirateur électrique et silencieux, permettant d'obtenir une dépression réglable jusqu'à 800 mbars, ou une seringue d'aspiration à butée permettant d'obtenir une dépression de 600 mbars</p>
--	---

Nom des kits	Composition
<p>Consommables de base en SSR</p>	<p>Gants stériles et non stériles Compresses ou gaze Sparadrap Seringues et aiguilles (IM et IV) Cathéters 20 et 22G Tubulures Sonde urinaire évacuatrice 12, sonde urinaire 12 et 14 Préservatifs masculins et féminins</p>
<p>Consommables liés aux précautions universelles et à l'hygiène</p>	<p>Savon Collecteur objet tranchant ou coupant Poubelle Dasri (déchets d'activité de soins à risques infectieux) Eau de javel Gants à usage unique</p>
<p>Matériels essentiels en SSR</p>	<p>Matériel IEC Stéthoscope, sphygmomanomètre, thermomètre Stéthoscope de Pinard Garrot Mètre mesureur, balances adulte et nouveau-né Toise adulte et nourrisson Table d'examen Speculums Roulette de suivi de grossesse</p>

<p>Contraceptifs</p>	<p>Pilules œstroprogestatives (per os) Pilules progestatives (per os) Pilule d'urgence : lévonorgestrel Progestatifs injectables (IM) Œstro-progestatifs injectables (IM) DIU au cuivre ou avec des progestatifs Implants contraceptifs Méthodes locales (spermicides...) Préservatifs masculins et féminins</p>
<p>Traitement des IST</p>	<p>Benzathine-pénicilline (IM), Érythromycine (IV) Azythromicine (per os) Cefixime (per os) Ceftriaxone (IV) Métronidazole (per os) Acyclovir (per os) Clotrimazole (comprimé ou crème vaginale)</p>
<p>Pour la transfusion</p>	<p>Consommables : Carte de contrôle au lit du patient Aiguilles 21G Tubes sous vide EDTA Poche à sang de 150, 250 et 450 ml Tests nécessaires : Photomètre hémoglobine (Hémocue) avec lancettes et microcuvettes Test HIV (2 tests) Test hépatite B Test hépatite C Test rapide paludisme Test syphilis Tests groupe sanguin (anti A, anti B anti AB, anti D (rhésus), anticorps monoclonaux) Matériel : Réfrigérateur Centrifugeuse Balance électronique Minuteur Manchette à pression</p>

ANNEXE 3

GRILLE D'ÉVALUATION EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Questionnaire No :	Date de la visite : ___/___/___
Nom et adresse (ville/district/région) de la structure de santé évaluée	
Évaluateur(s) :	

1 / INFORMATIONS GÉNÉRALES

Type de structure de santé	
Horaires d'ouverture	

a/ Accès à la structure	
Moyens de transport :	
Temps depuis la base/le centre de référence :	<i>Préciser si différences selon les saisons :</i>

b/ Infrastructure	
Type de murs et état	
Type de toit et état	

Propreté de la structure	
Accès à l'eau	Oui / Non
Si oui :	Quelle distance ? Quel type d'accès ? Eau potable : Oui / Non Eau pour le lavage des mains : Oui / Non
Type d'énergie :	
Régularité de l'accès à l'énergie	Oui / Non
Latrines	Oui / Non ; si oui combien :
Incinérateur	Oui / Non
Fosse à placenta	Oui / Non
Système de gestion des déchets	Oui / Non
Boîtes à objets tranchants et coupants à disposition dans les services	Oui / Non

c/ Population cible	
Zone de couverture : (Km)	Nombre de villages/ quartiers couverts :
Rural / Urbain	
Population totale couverte	
Nombre de femmes en âge de procréer (15-45 ans)	
Nombre de femmes enceintes attendues	
Nombre d'enfants de moins de 5 ans	
Groupes ethniques	
Population déplacée	Oui / Non Nombre :
Population réfugiée	Oui / Non Nombre :

d/ Transport et communication	
Mode de communication	Radio Téléphone mobile/ fixe Internet Autres :
Équipement informatique	Oui/non
Transport disponible au niveau de la structure	Oui / Non lequel :

2 / RESSOURCES HUMAINES

Prendre le temps de compléter/connaître avant l'évaluation les recommandations nationales ou internationales en termes de ressources humaines pour le niveau de soins

évalué. C'est la comparaison avec ce qui est attendu dans les recommandations et ce qui est effectivement mis en place qui nous permet d'évaluer la structure.

Type de personnels	Présence dans la structure	Nombre de personnes	Nb de personnels recommandé pour le niveau de soins évalué	Commentaires (diplômes valides/ faisant fonction, temps plein/ temps partiels...)
Gynécologue-obstétricien	Oui / Non			
Médecin	Oui / Non			
Sage-femme	Oui / Non			
Infirmier	Oui / Non			
Assistant infirmier	Oui / Non			
Pharmacien	Oui / Non			
Technicien en pharmacie	Oui / Non			
Technicien de laboratoire	Oui / Non			
Anesthésiste	Oui / Non			
Accoucheuse traditionnelle	Oui / Non			
Agent de santé communautaire	Oui / Non			
Personnel de ménage	Oui / Non			
Gardiens	Oui / Non			
Autres	Oui / Non			

Remarques : _____

3 / SERVICES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Prendre le temps de compléter/connaître avant l'évaluation les recommandations nationales ou internationales en termes de services de SSR pour le niveau de soins

évalué. C'est la comparaison avec ce qui est attendu dans les recommandations et ce qui est effectivement mis en place qui nous permet d'évaluer la structure.

Services		Selon les recommandations nationales ou internationales	Commentaires	Coût des soins
Soins prénataux	Oui / Non			
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida	Oui / Non			
Prise en charge de l'éclampsie	Oui / Non			
Utilisation d'utérotoniques	Oui / Non			
Administration d'antibiotiques par voie parentérale	Oui / Non			
Accouchement eutocique	Oui / Non			
Accouchement assisté	Oui / Non			
Réalisation d'une délivrance artificielle	Oui / Non			
Césarienne	Oui / Non			
Transfusion	Oui / Non			
Soins néonataux dont la réanimation du nouveau-né	Oui / Non			
Soins postnataux	Oui / Non			
Soins post-avortement dont aspiration manuelle intra-utérine	Oui / Non			

Services		Selon les recommandations nationales ou internationales	Commentaires	Coût des soins
Planning familial	Oui / Non			
Prise en charge des IST	Oui / Non			
Promotion et éducation à la santé	Oui / Non			
Prise en charge des VLG	Oui / Non			
Prise en charge des fistules	Oui / Non			
Service de référencement	Oui / Non			
Activités en stratégie avancée	Oui / Non		Préciser :	
Vaccination	Oui / Non			
Laboratoire	Oui / Non			
Pharmacie	Oui / Non			

Niveau SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)

Niveau SOUC (Soins obstétricaux d'urgence complets)

Remarques : _____

a / Équipement				
Équipement		État		
		Bon	Moyen	Inutilisable
Table d'examen	Oui/non			
Tensiomètre	Oui/non			
Stéthoscope	Oui/non			
Stéthoscope obstétrical	Oui/non			
Doppler (Soni Caid)	Oui/non			
Thermomètre	Oui/non			
Kit de suture	Oui/non			
Source d'oxygène	Oui/non			
Kit d'accouchement	Oui/non			
Partogramme	Oui/non			

Ventouse obstétricale	Oui/non			
Kit aspiration manuelle intra-utérine	Oui/non			
Spéculum vaginaux	Oui/non			
Masque facial et ballon autogonflant pour réanimation néonatale	Oui/non			
Balance pédiatrique	Oui/non			
Périmètre brachial	Oui/non			
Toise	Oui/non			
Carnet de vaccination	Oui/non			

b / Pharmacie	
Existe-t-il une liste standard de médicaments ? (Si oui en prendre une copie)	Oui/non
Fréquence et fournisseur des médicaments	
Les médicaments sont-ils gratuits ?	Oui/non
Quels sont les médicaments gratuits ?	Tous Médicaments essentiels Liste restreinte
Les médicaments sont stockés dans un lieu propre et rangé ?	Oui/non
Les médicaments sont dans un endroit fermé à clé ?	Oui/non
La température et l'humidité sont acceptables (environ 20°C) ?	Oui/non
Existe-t-il un frigo pour les médicaments et vaccins ?	Oui/non
Il y a des outils de suivi de consommation et du stock de médicaments mis en place ?	Oui/non
Existe-t-il des ruptures de stock ?	Oui/non

c / Médicaments		
Médicaments, consommables, tests	Présence dans le centre	Rupture de stock dans les 3 mois précédents (cocher si rupture)
Fer + acide folique (cp)		
Paracétamol 500 mg (cp)		
Albendazole ou mebendazole		
Artesunate/ luméfantrine		
Ocytocine (ampoule)		
Misoprostol (cp)		
Sulfate de magnésium (ampoule)		
Métronidazole (flacon)		
Ampicilline (flacon)		
Ringer lactate		
Fils de suture		
Tétracycline 1 %		
Polyvidone iodée		
Au moins 3 contraceptifs : (citer)		
-		
-		
-		
Préservatifs		
Tests VIH		
Tests syphilis		
Bandelettes urinaires		

d / Référencement		
Existe-il une structure de référence identifiée ? Laquelle	Oui/non	
Est-ce que la structure possède un véhicule en cas d'urgence ?	Oui/non	
Si non, est-ce que la structure de référence possède une ambulance ?	Oui/non	
Les transports sont-ils gratuits ? Si non, combien coûtent-ils ?	Oui/non	

Commentaires : _____

4 / DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET D'UTILISATION DES SERVICES

Indicateurs	Données
Nombre de décès maternels au sein de la structure dans l'année précédente	
Nombre de décès néonataux au sein de la structure dans l'année précédente	
Nombre moyen de consultations par jour et par soignant	
Taux de CPN1 (ou nombre de CPN1 par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Taux de CPN4 (ou nombre de CPN4 par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Taux de vaccination pour TT2	
Nombre d'accouchements institutionnels	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Nombre de césariennes	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Taux de césariennes (dernier trimestre)	
Taux de consultations postnatales (ou nombre de CPoN par mois)	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Nombre d'aspirations manuelles intra-utérines réalisées par mois	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Nombre de consultations de planning familial pour des nouveaux patients	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Nombre de consultations de planning familial pour des anciens patients	Mois 1 : Mois 2 : Mois 3 :
Nombre de cas de fistule dépistés par an	
Nombre de cas de violences liées au genre pris en charge dans l'année précédente	

Système national d'informations sanitaires	
Les registres de consultation et d'accouchement sont-ils correctement remplis ?	Oui/non
La structure de santé possède-t-elle le format Snis en vigueur ?	Oui/non
Les rapports Snis sont transmis mensuellement ?	Promptitude : Oui / Non Complétude : Oui / Non
Les données sanitaires sont-elles suivies/analysées ?	Oui/non

5 / SUPERVISION DES STRUCTURES

Activités		Personnes responsables (exemple : directeur de la structure, équipe cadre de district, Coges, Gosan...)
Suivi des activités de la structure en interne	Oui/non	
Monitoring et supervision des activités de la structure en externe	Oui/non	
Supervision et suivi des agents de santé communautaires	Oui/non	

6 / LIEN AVEC LES COMMUNAUTÉS

Type d'agents communautaires	Nombre	Fonctions

Remarques : _____

ANNEXE 4

GRILLE POUR RÉALISER UNE ANALYSE DES RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE ²⁶⁵


Une analyse des rapports sociaux de sexe permet d'identifier l'exercice du droit à la santé ainsi que la reconnaissance de ce droit pour les femmes et pour les hommes, en tant que droit humain. L'objectif à terme des projets de MdM est d'améliorer un état de santé, en dépassant, transformant

ou modifiant, si nécessaire, les pratiques ou relations de pouvoir (y compris celles liées au genre) qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique ou mentale des femmes et des hommes, ainsi que sur leur accès à des services de santé de qualité.

Étapes pour réaliser une analyse des rapports sociaux de sexe (« genre »)	
A/Analyse du profil des activités et des rôles associés au genre (analyse des tâches que les femmes et les hommes réalisent dans leur vie quotidienne)	Qui est responsable ? Qui fait quoi ? En combien de temps ? Où ? Quand ? Avec qui ?
B/Analyse de l'accès et du contrôle des ressources	Qui utilise ? Qui est propriétaire ? Qui décide ? À quel niveau : foyer, communauté, marché, État...
C/Identification des besoins des femmes et des hommes	Quelle différence existe-t-il entre les profils de santé des hommes et des femmes ? Quels sont les besoins des femmes ? des hommes ? Quels sont les besoins identifiés par le projet : pratiques, stratégiques ? Comment sont identifiés ces besoins ?
D/Analyse de la qualité de la participation des femmes et des hommes dans le projet	Qui participe dans le projet ? À quel niveau ? Où, avec qui, comment ; quand et dans quel but ? Quel contrôle auront les participantes/participants sur le résultat du projet ?
E/Analyse de la capacité des organisations, des partenaires à travailler selon une approche genre	Les organisations responsables ont intégré l'approche genre dans leurs politiques, leur structure, leur culture ?

265. À partir du document de *Medicos del Mundo, Gender and Health, Chapitre VI, Gender based analysis in health projects or programs: a methodological approach*, MdM, 2010.

*Pour votre protection
Pour protéger les autres ...*

SID 
Infections
Sexuellement
Transmissibles

SERVEZ VOUS





DOCUMENTS PROPOSÉS DANS LE DVD « POUR ALLER PLUS LOIN »...

- Ensemble des documents MdM évoqués dans le guide
- Documents décrivant les engagements internationaux en matière de SSR
- Documents décrivant les engagements internationaux en matière de protection sociale en santé
- Documents présentant un état des lieux chiffré de la problématique
- Des guides et articles proposant des protocoles, approches interventionnelles et éléments de réflexion sur les différentes composantes du continuum de soins présentées dans le cadre de référence

Ces documents sont proposés dans leurs versions en français, anglais et espagnol lorsque ces versions sont disponibles.

La sélection est composée de documents qui sont en accès libre au moment de l'impression du présent guide.



OUVRAGES PARUS DANS LA MÊME COLLECTION

- **Collecte de données, méthodes qualitatives**, MdM, mai 2009, 2^e éd. 2012. **DVD inclus**
- **Violences faites aux femmes : genre, culture et sociétés, approche pratique**, MdM, septembre 2009.
- **Prévention et réponse aux violences liées au genre, guide méthodologique**, MdM, 2010.
- **Éducation pour la santé, guide pratique pour les projets de santé**, MdM, juin 2010.
- **Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé-histoires de vie)**, MdM, septembre 2010 (version électronique uniquement).
- **Collecte de données, méthodes quantitatives, les enquêtes CAP (Connaissances, attitudes & pratiques)**, MdM, mai 2011. **DVD inclus**
- **Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins**, MdM, mai 2012. **DVD inclus**
- **Travailler avec les communautés**, MdM, mai 2012. **DVD inclus**

À PARAÎTRE

- **Planification de projets de santé**, MdM, à paraître en 2013.



La Santé Sexuelle et Reproductive : une priorité d'intervention de Médecins du Monde.

Ce cadre de référence décrit les engagements de MdM en faveur du respect des droits sexuels et reproductifs. Son objectif est de sensibiliser sur les enjeux de la SSR et de partager les savoirs et le savoir-faire de MdM.

Ce guide souligne l'importance d'un accompagnement global des personnes dans leur diversité. Il s'inscrit dans une démarche continue de **qualité des soins** à tous les niveaux et tout au long du cycle de vie. Il s'adresse à l'ensemble des acteurs à l'international et en France qui participent à la conception et à la mise en œuvre de projets abordant les questions de santé sexuelle et reproductive.

Il fournira aux personnels médicaux des recommandations concrètes quant à l'offre de soins à fournir et des outils pour faciliter leur mise en place. Par ailleurs, les coordinateurs de projets pourront y trouver des éléments de réflexion et d'appui concernant toutes les étapes de planification de projet.

De nombreux exemples issus des projets de MdM illustrent les modalités d'intervention possibles et mettent en lumière la diversité des contextes et des publics ciblés.

Il regroupe dans un document unique, sous forme de fiches thématiques, les aspects opérationnels du positionnement de l'association. Il intègre les recommandations internationales et discute l'adaptation des projets aux différents contextes d'intervention.

10 €



DVD INCLUS /
DVD INCLUDED /
INCLUE DVD



Ce guide a été réalisé avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement. Les idées et opinions présentées sont celles de Médecins du Monde et ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.