



Maladie à virus Ebola (MVE) et santé sexuelle et reproductive (SSR)

Orientations opérationnelles



Objectif général



Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la santé sexuelle et reproductive (SSR) tout en minimisant la transmission de la maladie à virus Ebola (MVE) tout au long de la flambée et en assurant la sûreté du personnel soignant, des personnes et de leurs communautés.

Objectif de ces orientations



Fournir des orientations programmatiques visant à assurer la continuité des services de SSR pendant une flambée d'Ebola, ainsi que des orientations quant aux meilleures pratiques concernant les soins aux femmes et aux filles enceintes et allaitantes¹ infectées par le virus Ebola.



Cible

Les prestataires de soins et gestionnaires de programmes dans des contextes humanitaires et fragiles à risque ou affectés par une flambée de Ebola.

1

INTRODUCTION

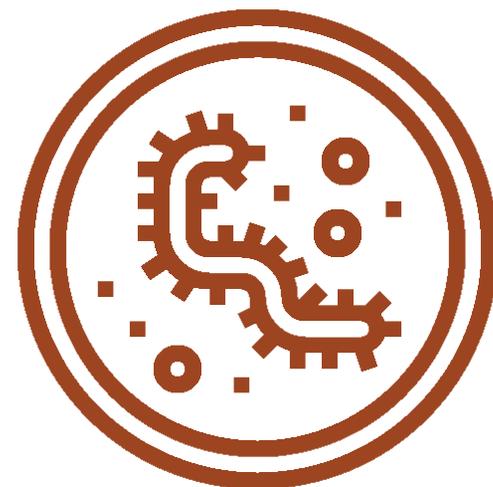
Le virus Ebola provoque des états malades aigus, souvent mortelles, et son taux brut de mortalité avoisine les 50 %. Les années 2010 ont enregistré plusieurs flambées de maladie à virus Ebola, dont l'épidémie en Afrique de l'Ouest, principalement en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone en 2014-2016, avec environ 28.000 cas dont 11.310 décès (1) ; et des flambées récurrentes en République Démocratique du Congo (RDC), la plus importante se situant en 2018-2020 avec 3.470 cas. Une nouvelle flambée a commencé en Guinée et en RDC en 2021.

L'expérience des épidémies passées a montré que **le manque d'accès aux services de santé essentiels et la fermeture de services non liés à la riposte à l'épidémie ont entraîné plus de décès que ceux causés par l'épidémie à proprement parler.** (2) Il est donc essentiel que les services de santé, en particulier l'ensemble du dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la SSR, se poursuivent tout au long d'une épidémie, que la population soit informée et encouragée à continuer à utiliser les services, et que les services soient sûrs et sécurisés pour le personnel soignant, les patients et leurs communautés.

De nouveaux traitements contre la Maladie à Virus Ebola (MVE) ont récemment été élaborés et approuvés mais ne sont toujours pas disponibles partout. Le traitement symptomatique est principalement fourni, y compris l'administration de solutés intraveineux, l'oxygène, les transfusions sanguines, le traitement des co-infections potentielles, etc. Les succès du traitement précoce à la fois dans la MVE et les complications de la grossesse sont bien documentés. (2,3)

Depuis 2016, des vaccins efficaces contre le Virus à Ebola sont disponibles et ont été mis en œuvre en utilisant une stratégie en anneau lors de plusieurs flambées. **Les femmes enceintes et allaitantes doivent se voir offrir la vaccination, dans le respect le plus strict des protocoles nationaux.** (3)

Ce guide vise à aider les organisations et les prestataires de services à fournir un DMU pour la SSR et, si possible, des services complets de SSR tout au long d'une flambée de MVE et pendant les phases de rétablissement communautaire. Il se concentre sur la poursuite des services et l'adaptation des stratégies pour toutes les personnes vivant dans des contextes de flambées de MVE, qu'ils aient l'infection à Ebola ou pas.



¹ Le document s'adresse aux femmes et aux filles pour parler des femmes enceintes et menstruées, mais des services doivent être accessibles pour les personnes trans et non binaires qui en ont besoin.

2

QUE SAVONS-NOUS DE LA MVE ET DE LA SSR ?

Effets sur la santé publique/SSR dans les contextes de flambée

Il y a un risque que l'accès et la demande de services et de fournitures essentiels de SSR diminuent dans les contextes de MVE.

- ▶ Le fardeau supplémentaire de la maladie et les procédures supplémentaires nécessaires liées à la MVE renforcent la **pression** sur les systèmes de santé fragiles.
- ▶ Lors de flambées précédentes, l' **utilisation des services de santé maternelle** -y compris l'accouchement en établissement et les soins prénatals (SPN) - a diminué, en raison à la fois du manque de disponibilité des services de santé maternelle (par exemple en raison de la fermeture des services et du manque de personnel soignant), mais aussi de la baisse de la demande de services (par ex. peur et/ou méfiance envers les services). On suppose que cela a conduit à une aggravation de **mortalité maternelle**, liée aux effets de la MVE plutôt qu' au virus à proprement parler. (4)
- ▶ **Les services clés du DMU pour la SSR** sont souvent **ignorés** et jugés non essentiels dans le contexte des flambées émergentes, entraînant l'indisponibilité des soins vitaux pour les femmes et les filles.
- ▶ La **peur** de contracter l'Ebola dans les établissements de santé, d'être mis à l'isolement suite au triage ou envoyé dans des centres de traitement Ebola (CTE) peut **influer sur la décision de demander des soins**. Ces peurs peuvent augmenter si les femmes et les filles contractent l'Ebola après avoir accouché au niveau des établissements de santé, sont isolées après le triage sans recevoir les soins nécessaires ou sont envoyées au CTE sans soins et soutien adéquats. (2)
- ▶ L'accès aux services de santé peut enregistrer **des retards accrus** en raison, par exemple, de la réticence à laisser les femmes et les filles enceintes à utiliser les transports en commun, les taxis et les motos, de l'augmentation des coûts et des retards induits par les postes de dépistage d'Ebola. (2)
- ▶ Un **retard dans la réception des soins obstétricaux** peut avoir lieu dans les établissements de santé en raison du **triage, des tests et du temps d'attente** pour les résultats, ainsi que du **manque** d'accès aux **ressources** adéquates. (2)
- ▶ Les personnes qui **souffrent d'un saignement pour d'autres raisons que la MVE** (y compris les survivantes de violences sexuelles, les femmes et les filles menstruées, les femmes et les filles après fausses couches ou avortement, etc.) peuvent être réticentes à demander des soins ou à informer le personnel de santé à propos de leur saignements pendant le triage, par exemple. (2)
- ▶ Les femmes et les filles qui accouchent, qui sont **positives à la maladie à Ebola**, **présentent un risque** pour les soignants, tant pour les professionnels de santé que pour le personnel de soutien.

- ▶ La **peur des prestataires de soins** a conduit à des refus de fournir des services de prise en charge pendant le travail et l'accouchement dans les établissements de santé, et à une augmentation des accouchements à domicile. (5)
- ▶ Pendant des flambées précédentes, un nombre disproportionné d'**infections et décès dus à la MVE** ont été parmi les **prestataires de soins**. (6)
- ▶ Les flambées peuvent **perturber les chaînes d'approvisionnement** et accroître les goulots d'étranglement logistiques dans la distribution des produits SSR **sauf-vie** aux points de prestation de services de santé.
- ▶ Des flambées de maladies comme la MVE peuvent **épuiser des fournitures essentielles** destinées aux services SSR, car des ressources limitées sont réaffectées pour fournir des soins cliniques aux patients positifs à la MVE.

Effets cliniques de la MVE spécifiques à la santé maternelle et néonatale

- ▶ **Mortalité des femmes et des filles enceintes** : Il y a eu une augmentation présumée du risque de mortalité par la MVE chez les femmes enceintes et les filles; toutefois, une revue scientifique récente n'a pas montré de mortalité plus élevée chez les femmes enceintes. Auparavant, cette hypothèse entraînait le risque que les femmes enceintes reçoivent moins de soins que les autres. (1)
- ▶ **Issues de la grossesse** : Les preuves actuelles montrent un risque extrêmement élevé, presque 100 %, d'avortement spontané, de décès foetal ou néonatal chez les femmes et les filles qui contractent la MVE pendant la grossesse. ² (1)
- ▶ **Symptômes de la maladie à virus Ebola pendant la grossesse** : La MVE chez les femmes enceintes peut être difficile à distinguer des complications obstétricales. Le dépistage standard basé sur les symptômes à une faible spécificité chez les femmes enceintes et les filles, et la présentation peut parfois être atypique (1, 7). Les complications obstétricales peuvent également être présentées comme des symptômes associés à la MVE, ce qui fait que le personnel de santé suspecte la MVE chez des personnes non infectées. (2, 7) Cela peut renforcer la stigmatisation et la peur parmi les prestataires de soins.
- ▶ **Les nouveau-nés** : Les nouveau-nés peuvent ne pas montrer les signes typiques de la maladie à virus Ebola et rester asymptomatiques malgré leur contagiosité. (7)
- ▶ **Transmission pendant la grossesse, le travail et l'accouchement** : la transmission de la maladie à virus Ebola se produit par contact avec des fluides corporels et des produits de conception, ce qui rend les soins post-avortement, le travail et l'accouchement particulièrement risqués. La RT-PCR reste positive pour Ebola dans les produits de conception pendant des périodes prolongées, y compris chez les femmes qui ont survécu et longtemps après avoir été testées négatives après leur guérison. On suppose qu'une PCR positive reflète une infectivité

² Cela pourrait toutefois changer avec l'accès à de nouveaux traitements. des flambées précédentes

³ La transcription inverse et amplification en chaîne par polymérase (RT-PCR) est un outil de diagnostic utilisé lors des tests de dépistage d'Ebola.

continue (en l'absence de cultures virales). La MVE chez la mère et/ou le nourrisson conduit à des infections secondaires en plusieurs cas. (1, 7)

- ▶ **Transmission sexuelle après la guérison de la MVE** : Le virus Ebola a été détecté dans le sperme pendant au moins plusieurs mois après la guérison de la MVE (la durée exacte de la sécrétion virale n'est pas bien connue) et une transmission sexuelle d'homme à femme, bien que très rare, a été signalée. (8) On en sait moins sur le liquide vaginal.

3

POUR SUIVRE ET ADAPTER LES SOINS DE SSR

Recommandations générales

- ▶ Un **accès ininterrompu aux services du DMU** pour la SSR doit être assuré
- ▶ Des précautions de **prévention et contrôle des infections** (PCI) standard doivent être incorporées dans toutes les procédures, indépendamment de la suspicion ou de la confirmation de la MVE pendant la flambée. Il convient d'utiliser des **équipements de protection individuelle** (EPI) en fonction du niveau de risque d'exposition. Les accouchements, les soins post-avortement (SPA) et les autres procédures où il y a un risque de contact avec tout type de fluide corporel (par exemple pendant la prise en charge clinique des survivant.e.s de viol, etc.) doivent être manipulés avec des EPI standard en suivant les précautions de PCI standard. (9, 10)
- ▶ Assurer **les bonnes connaissances, la bonne attitude et la bonne pratique des personnels soignants** concernant le strict respect des protocoles de PCI, y compris la pose et le retrait des EPI.
- ▶ Mettre en place un **système de triage systématique et rigoureux**, y compris un dépistage des symptômes et une définition des cas de MVE, en tenant également compte du fait que les symptômes obstétricaux peuvent à tort être perçus comme MVE. Cela doit être équilibré avec l'historique des contacts potentiels avec de cas d'Ebola (2). Les tests et l'isolement doivent être disponibles pour les personnes considérées comme cas suspects de MVE. (10)
- ▶ Respecter les **procédures opérationnelles standard pour l'isolement** des femmes et des filles jusqu'à ce que le statut soit confirmé, conformément aux directives de PCI de l'OMS, **référéncement vers** les centres de traitement Ebola (CTE) pour les femmes et les filles infectées. (10)
- ▶ La **vaccination** doit être proposée aux sages-femmes, aux obstétriciens/gynécologues, aux médecins généralistes, aux infirmières et autre personnel soignant de première ligne, y compris les sages-femmes et les autres travailleurs de santé qui opèrent à niveau communautaire, qui doivent être prioritaires pour la vaccination, afin de garantir la sécurité des prestataires (la résistance potentielle à la vaccination doit être traitée). La stratégie de

vaccination en anneau contre Ebola ⁴ doit inclure les femmes et les filles enceintes, allaitantes et en âge de procréer. Envisager de proposer des vaccins à tous les patients admis à l'hôpital.

- ▶ Il est nécessaire d'augmenter des investissements dans la **gestion des déchets** dans les établissements de SSR pour gérer l'élimination des EPI usagés, et d'améliorer les pratiques de gestion des déchets tels que les produits d'hygiène menstruelle usagés, les produits de conception, les fluides corporels liés à la grossesse et (par exemple l'élimination sûre du placenta).
 - ▶ Dans le domaine des **services de SSR**, la prestation de soins pendant le travail et l'accouchement et le contact potentiel avec le sang et les liquides organiques présentent le principal risque d'infection par la MVE. Les services **ambulatoires** peuvent et doivent continuer (y compris la prise en charge clinique du viol, la planification familiale et la contraception, et les services liés à l'avortement) sans nécessiter d'ajustement significatif, sauf ceux nécessaires pour répondre aux besoins de services supplémentaires liés à la MVE (et l'application des mesures de PCI standard).
 - ▶ La **télé médecine, le conseil à distance et l'autogestion** peuvent être envisagés pour les services ambulatoires pertinents, en particulier en tenant compte de la situation de la COVID-19 en plus de la flambée d'Ebola, et peuvent inclure par exemple les services de planification familiale et de contraception, les services de soins prénatals et postnatals (les soins prénatals et postnatals ne font pas partie du DMU pour la SSR mais doivent être fournis dans la mesure du possible). (11)
 - ▶ Les **fournitures et intrants pour la SSR** et l'espace nécessaire **pour les personnes positives à la MVE** doivent être disponibles au CTE, y compris l'**équipement** et l'**espace** pour l'accouchement par voie vaginale, la césarienne et les soins post-avortement, afin que les femmes et les filles et leurs bébés reçoivent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) appropriés. Cela ajoute un fardeau supplémentaire à la chaîne d'approvisionnement et logistique en termes de nombre de structures de soins prises en charge.
 - ▶ Des **tests de grossesse** doivent être proposés systématiquement à toutes les femmes et les adolescentes qui arrivent avec une suspicion de MVE. En cas de test positif : les femmes et les filles doivent être conseillées sur les options disponibles. Elles doivent être prêtes à savoir à quoi s'attendre en cas de fausse couche, quand et où se faire soigner, recevoir du misoprostol (si cliniquement indiqué, faisable et acceptable) et proposer une gamme de méthodes de contraception réversibles à longue et à courte durée d'action pour la période post-avortement ou en cas de test de grossesse négatif. Elles doivent également recevoir un soutien psychologique de la part des premiers secours psychologiques (PSP); et orientés vers des soins spécialisés en santé mentale et soutien psychosocial (SMSP) chaque fois que cela est nécessaire ou demandé.
- ### Information et éducation
- ▶ Le contenu des messages de **communication et sensibilisation en santé à niveau communautaire** doit être mis à jour et renforcé pour inclure des messages sur la SSR et la MVE. (6)

⁴ Une stratégie consiste à vacciner les contacts des patientes confirmées positives à la MVE et les personnes qui sont en contact étroit avec ces contacts.

- ▶ Les activités de sensibilisation doivent être adaptées à la situation et **envisager des mesures de PCI** (y compris pour la MVE et la COVID-19), garantir l'information des communautés et les habiliter. Il est important d'**impliquer**, dans des activités de sensibilisation, les associations de survivant.e.s de MVE, les leaders communautaires et autres, y compris les femmes et les jeunes, avec une attention particulière portée aux adolescents, populations clés et autres populations vulnérables.
- ▶ L'information et l'éducation peuvent se faire par le biais des médias (y compris Internet et les réseaux sociaux) et en diffusant des matériels pédagogiques sur la santé simples et de préférence illustrés.
- ▶ La sensibilisation doit inclure des messages de santé publique clairs et cohérents axés sur la SSR et la MVE. Les **messages clé** à destination de la communauté doivent inclure :
 - ▶ La promotion de l'utilisation des services de santé, en particulier les services du DMU pour la SSR. Les membres de la communauté sont encouragés à continuer à rechercher et à recevoir des soins pendant le travail, l'accouchement et autres urgences obstétricales, et pour toutes les urgences résultant d'autres maladies, traumatismes ou violences (sexuelles).
 - ▶ Des informations sur les services de SSR disponibles et sur comment y accéder (qu'il conviendra de mettre à jour régulièrement, afin de reprendre les voies de référencement existantes et les fermetures potentielles).
 - ▶ Les signes de danger de grossesse et avoir un plan d'accouchement sûr.
 - ▶ La planification familiale et une gamme d'options de contraception réversibles à longue et à courte durée d'action, y compris les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence.
 - ▶ Des informations générales sur la MVE (y compris les informations sur le vaccin) et les mesures de PCI (y compris l'élimination en toute sécurité du matériel de santé menstruelle et d'hygiène).
 - ▶ Les risques particuliers liés à la grossesse et à la MVE, les risques des produits de conception et des liquides organiques liés à la grossesse et comment les gérer.
 - ▶ La différence entre « saignement explicable » (par exemple menstruation, métrorragie ou dû à des violences) et « saignement inexplicable » (suspicion de MVE).
 - ▶ La transmission sexuelle de la MVE et la promotion de pratiques sexuelles sans risque.
 - ▶ Traiter la stigmatisation et les préjugés concernant la SSR (grossesse, avortement, fausses couches, menstruations) et la MVE.



Coordination (Objectif 1 du DMU pour la SSR)

- ▶ S'assurer que les besoins de SSR sont pris en compte dans la réponse globale à la MVE, et que la poursuite et l'adaptation du **DMU pour les services de SSR est priorisé** tout au long de la flambée épidémique.
- ▶ S'il existe une structure parallèle de coordination de la riposte à la MVE, le(s) **coordonnateur SSR/acteurs SSR** doivent être inclus, afin de garantir que les besoins et les droits en matière de besoins et droits en SSR soient pris en compte et traités tout au long de la réponse à la MVE (y compris l'évaluation des besoins en matière de SSR et la priorisation de l'accès à la SSR et de la continuité des services). (2)
- ▶ Plaider pour l'inclusion des sages-femmes, des obstétriciens/ gynécologues, des médecins généralistes, des infirmières et autres agents de soins de SSR de première ligne, y compris les sages-femmes et les autres travailleurs de santé qui opèrent à niveau communautaire, dans les **plans de vaccination nationale**.
- ▶ S'assurer que **le personnel de santé est formé** sur l'utilisation appropriée des EPI et les mesures de PCI, la prise en charge des cas et la surveillance de la MVE.
- ▶ Développer, valider et distribuer des **protocoles cliniques** de PCI et de SSR adaptés pour garantir que la qualité des soins soit soutenu par des structures de coordination, y compris le pôle santé et les groupes de travail sur la SSR.
- ▶ S'assurer que les **fournitures et les intrants pertinentes**, notamment les EPI et autres ressources de PCI (y compris les stations de lavage des mains, l'élimination des déchets, etc.), pour traiter toutes les femmes et filles enceintes et en travail d'accouchement pendant la flambée, sont disponibles dans les établissements de SSR et le CTE. Les besoins et les plans d'approvisionnement doivent être abordés lors des réunions de coordination.
- ▶ Veiller à renforcer les **systèmes d'aiguillage et référencement** pour garantir un accès continu aux services (en particulier SONU et prise en charge clinique du viol) tout au long de la quarantaine et compte tenu des autres obstacles.

Prise en charge des survivant.e.s de violences sexuelles (Objectif 2 du DMU pour la SSR)

- ▶ **Soins cliniques et référencement vers d'autres services de soutien** pour les survivantes de violences sexuelles doivent rester disponibles 24h/24 et 7j/7, en donnant la priorité à l'accès à la contraception d'urgence (CU), dans la fenêtre de 120 heures, aux tests de dépistage pour les IST et le VIH et à la prophylaxie post-exposition (PPE) dans la fenêtre de 72 heures. Dans la mesure où ces services sont souvent fournis à niveau ambulatoire, ils présentent moins de risques pour les prestataires et les patients. Il existe un risque que l'épidémie de MVE provoque une augmentation des violences basées sur le genre (VBG) au sein d'une communauté. (2)
- ▶ Il y a aussi un risque que les survivant.e.s évitent de se rendre aux services de santé, de peur d'être mis(es) en isolement, surtout s'ils/si elles saignent (2). Il est important de s'assurer qu'il y ait une **compréhension claire dans le système de triage** de la différence entre « saignement explicable » (par exemple menstruation, métrorragie ou violence) et « saignement inexplicable » (suspicion de MVE).

- ▶ Les survivantes peuvent chercher une **assistance post-viol à tout moment après l'événement**. Les survivantes qui présentent une grossesse de quelconque âge gestationnel doivent recevoir des informations sur toutes les options qui s'offrent à elles, y compris les soins d'avortement sans risque ou un référencement pour ces soins, dans toute la mesure de la loi.

Prévention de la mortalité et de la morbidité liées au VIH et aux autres IST (Objectif 3 du DMU pour la SSR)

- ▶ Les **précautions** universelles standard et les mesures de **prévention** du VIH ainsi que la poursuite du traitement antirétroviral doivent être assurées, en collaboration avec les acteurs du VIH, conformément au DMU pour la SSR et aux protocoles locaux. Il est nécessaire de fournir une prophylaxie post-exposition aux survivantes de viol, le cas échéant, et en cas d'exposition professionnelle.
- ▶ Veiller à ce que les patients VIH **poursuivent** leurs ARV sans avoir à effectuer plusieurs visites dans les établissements de santé. Lorsque les ressources le permettent, fournir aux patients une **distribution multi mensuelle de médicaments ARV** afin de réduire les visites aux centres de santé pour la recharge de stock personnel.
- ▶ Le renforcement des **mesures universelles de PCI** en riposte à la MVE traite aussi les principaux risques de transmission du VIH.
- ▶ Veiller à ce que les personnes qui ont guéri de la MVE ne transmettent pas l'infection à leurs partenaires sexuels. Des **préservatifs** masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) doivent être **disponibles** pendant toute la durée de la flambée et après, sur la base d'une stratégie claire de distribution de préservatifs (y compris la mise à disposition au sein de la communauté et en prenant soin de les rendre accessibles aux adolescents). Des préservatifs doivent également être disponibles au CTE et fournis aux patients guéris au moment de leur sortie, avec des informations sur une possible transmission sexuelle. Il est recommandé aux hommes survivants de la MVE d'utiliser un préservatif (ou de s'abstenir de relations sexuelles) pendant au moins 1 an ou jusqu'à l'obtention de deux tests PCR de sperme négatifs. (12)

Continuité des soins de santé maternels et néonataux (Objectif 4 du DMU pour la SSR)

L'accès à un accouchement par du personnel qualifié et à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour toutes les naissances figure parmi les services les plus essentiels, fait partie du DMU pour la SSR et doit être assuré à toutes les femmes et filles qui en ont besoin et à leurs nouveau-nés.

Toutes les femmes et filles enceintes :

- ▶ Aux niveaux SONU de base (SONUB) et SONU complets (SONUC)
 - ▶ Un **accès continu aux services de SONUB et SONUC** doit être assuré pour toutes les femmes et filles ayant besoin de services quel que soit leur statut infectieux.
 - ▶ Chaque travail et accouchement (ainsi que les autres services SONU, y compris les soins post-avortement) doivent être traités dans le respect total des **mesures de PCI** et les travailleurs de première ligne doivent être formés pour y faire face lors d'une flambée. Des précautions strictes doivent être suivies tout au long de la flambée, notamment compte tenu de la sensibilité limitée des tests et des définitions de cas. (7)

- ▶ Les femmes enceintes et les filles doivent être examinées par du personnel de santé ayant une expérience en obstétrique pour s'assurer que **les complications des grossesses sont identifiées et traitées de toute urgence** et que, dans la mesure du possible, **les signes normaux du travail ne soient pas confondus** avec la MVE. (1, 3)

- ▶ Les **procédures opérationnelles standard pour les dépistage d'Ebola et l'isolement** doivent être mises en place en tenant compte des femmes et des filles qui ont besoin des services de SONU.

- ▶ Des **tests** doivent être disponibles pour toutes les femmes et filles enceintes et en travail présentant tout type de symptômes. Les tests doivent être rapides et de préférence directement fait sur place pour éviter les retards. (2) Les tests doivent être effectués en combinaison avec le triage, car les tests seuls ne sont pas parfaits, et le triage ne l'est pas non plus. Les précautions de PCI standard doivent toujours être suivies, quel que soit le résultat du test. (7)

Au niveau communautaire

- ▶ En tant que mesure de préparation et d'atténuation des risques, on peut fournir des **kits d'accouchement hygiénique** (Kit IARH 2A) aux femmes et les filles enceintes des zones touchées, dans l'éventualité que les établissements de santé seraient inaccessibles ou indisponibles (à noter: un accouchement hygiénique n'est pas la même chose qu'un accouchement sans risque). La distribution doit être associée à des informations claires et à une forte recommandation d'accoucher avec une accoucheuse qualifiée/dans un établissement de santé dans la mesure du possible (les kits d'accouchement hygiénique peuvent être apportés à l'établissement de santé/à l'accoucheuse qualifiée). Les kits d'accouchement hygiénique peuvent être enrichis (selon le contexte et la capacité) avec : du misoprostol (pour la prévention de l'hémorragie post-partum), du gel de chlorhexidine (pour le soin du cordon ombilical), 2 paires de gants supplémentaires à usage unique et des descriptions illustrées sur l'utilisation du matériel. (6)

- ▶ Les femmes et les filles enceintes doivent continuellement être **informées** sur les signes de danger pendant la grossesse, l'accès aux soins de santé et des informations actualisées sur la grossesse, le travail et l'accouchement en rapport avec la MVE.

- ▶ Les sages-femmes communautaires doivent être prioritaires en matière de **vaccination**, équipées avec des **EPI** et d'autres équipements de **PCI** et formées aux PCI afin d'être en mesure de soutenir les femmes, qui ne veulent pas ou ne peuvent pas accéder à un établissement de santé, lors de l'accouchement à domicile/au sein de la communauté. L'accouchement au niveau de l'établissement de santé avec une assistance qualifiée reste le modus operandi recommandé.

- ▶ Les **stratégies des sages-femmes communautaires permettent de sauver des vies**, y compris l'utilisation du misoprostol pour la prévention des hémorragies post-partum sont encouragées, mais l'accouchement au sein de la communauté n'est pas recommandé, à l'exception des contextes où les sages-femmes communautaires sont liées à des établissements, autorisés et entièrement équipés pour assister aux accouchements à domicile.

Femmes et filles enceintes avec suspicion/confirmation de MVE :

- ▶ Au niveau des SONUB et SONUC :
 - ▶ Les installations de SONUB et SONUC doivent être dotées de **la formation du personnel, des ressources, de l'équipement et de l'espace approprié** pour soigner les cas de MVE suspects et confirmés qui pourraient survenir.
 - ▶ Dans la mesure du possible, les femmes et les filles en travail qui correspondent à la **définition de cas de MVE** doivent être **référées** et accoucher au CTE. (7)
 - ▶ Les femmes et les filles en travail d'accouchement et placées en isolement avec suspicion de MVE doivent être soignées dans le respect des **mesures de PCI**, les besoins en test de MVE doivent être assurés sans délai et la **surveillance du travail doit être poursuivie** comme pour n'importe quelle femme ou fille en travail. **Les soins vitaux ne doivent pas être retardés** pour les patientes suspectes ou positives à la MVE présentant des complications obstétricales. (3, 10)
 - ▶ Le CTE doit disposer des ressources et **capacités pour assurer une assistance à l'accouchement qualifiée et des SONU**. Une assistance spécialisée peut être fournie par une équipe mobile. (2, 3)
- ▶ **Soins cliniques:**
 - ▶ Pour les femmes et les filles enceintes qui présentent des symptômes de la MVE **l'égalité d'accès au traitement clinique de la MVE**, y compris l'accès à des soins de support vital optimisés et à des thérapies expérimentales dans le cadre d'une recherche rigoureuse ou conformément au protocole d'utilisation contrôlée en situation d'urgence d'interventions non homologuées et expérimentales (MEURI) doivent être garantis. (3)
 - ▶ Le travail d'accouchement ne doit être induit et les autres procédures invasives et/ou obstétricales ne doivent être effectuées que sur **indication (nécessité) maternelle**. (3)
 - ▶ Le prélèvement chirurgical du tissu fœtal de l'utérus après un décès maternel (césarienne post mortem) est **fortement déconseillé** (fournir du counseling à la famille peut être nécessaires pour garantir cette recommandation). (3)
- ▶ Assurer que les placentas sont **enterrés de manière sûre**, conformément aux directives de l'OMS sur les mesures de PCI liées à la MVE. Le placenta et les échantillons anatomiques doivent être enterrés dans une fosse séparée. (10)
- ▶ Au niveau communautaire:
 - ▶ Les femmes et les filles enceintes susceptibles d'accoucher à domicile doivent avoir reçu des **kits d'accouchement hygiénique** avec des fournitures supplémentaires, le cas échéant et compatibles avec le cadre juridique local (voir ci-dessus).
 - ▶ Si une femme ou une fille atteinte de **symptômes** de MVE accouche à domicile, cela doit être signalé conformément au **système de surveillance sur la MVE**.
 - ▶ Les femmes et les filles en travail d'accouchement doivent, lorsque cela est possible, n'être **assistées que par des personnes** qui ont été formées aux précautions de **PCI** et qui disposent de suffisamment d'**EPI** pour se protéger adéquatement. L'assistance à ces femmes doit être **réduite au minimum** (une personne) et dans une zone restreinte/isolée du domicile de la patiente, permettant la décontamination post-partum.
 - ▶ Les produits de conception et les liquides liés à la grossesse doivent être **éliminés dans le strict respect des mesures de PCI**, mises dans un sac à déchets étanche et enterrés dans le sol. Les équipes de décontamination doivent être contactées. (3, 5)

Femmes et filles enceintes qui ont guéri de la MVE :

- ▶ Chez les femmes et les filles enceintes positives à la MVE, les liquides et les produits de conception liés à la grossesse se sont avérés positifs à la PCR longtemps après la guérison de la patiente. Le point d'accouchement/fausse couche peut présenter un **risque considérable** pour les soignants, la famille et la communauté.
- ▶ Les **soins prénatals (SPN)**, bien que n'étant pas une priorité au sein du DMU pour la SSR, doivent être fournis dans la plus large mesure possible, y compris un soutien psychosocial. En l'absence de risque d'exposition aux liquides liés à la grossesse pendant la consultation, seules les précautions standard sont nécessaires. (3)
- ▶ Des **kits d'accouchement et l'éducation sur comment** manipuler de façon appropriée les produits de conception et les fluides corporels en appliquant les mesures de PCI doivent être fournis aux femmes, aux filles et aux points focaux communautaires, à titre de préparation au cas où l'accouchement à domicile soit inévitable. (3)
- ▶ Les femmes et les filles enceintes doivent être informées **des risques** pour la grossesse et sur les **options** pour provoquer le travail/avorter le fœtus au CTE (voir Soins post-avortement et Soins d'avortement sans risque ci-dessous). (3)

Soins postnatals pour les femmes et les filles suspectées ou confirmées positives à la MVE :

- ▶ Bien qu'elles ne fassent pas partie du DMU pour la SSR, les soins post-natals doivent être fournis dans la plus large mesure possible. Pour les femmes et les filles atteintes de MVE confirmée ou suspectée :
 - ▶ **L'allaitement maternel** doit être interrompu si la mère ou l'enfant est confirmé(e) ou suspecté(e) de MVE et ils doivent être séparés. Si le nourrisson a moins de 6 mois, il doit recevoir un substitut du lait maternel (avec des informations et des recommandations de sécurité, en tenant compte de la nécessité de la présence d'eau propre).⁵
 - ▶ Si une femme **allaitante** et son enfant sont tous deux diagnostiqués porteurs de la MVE, l'allaitement doit être interrompu et ils doivent être séparés. Cependant, si le nourrisson a moins de six mois et qu'aucun substitut de lait maternel sûr et approprié n'est disponible, ou si le nourrisson ne peut pas être correctement soigné, la possibilité de ne pas les séparer et de continuer à allaiter peut être envisagée. (3)
 - ▶ Le nourrisson ne doit recevoir à nouveau le lait maternel de la mère (si elle veut continuer) qu'après deux tests RT-PCR négatifs consécutifs sur le lait maternel pour le virus Ebola, à distance de 24 heures. (3)
 - ▶ Il est possible d'envisager l'éventualité d'approvisionner des produits **substituts du lait maternel** en tant qu'élément de la riposte coordonnée, tout en garantissant des informations adéquates sur la sécurité et l'accès à l'eau potable.

⁵ L'allaitement maternel doit être encouragé, protégé et soutenu. Cependant, pour les nourrissons qui ne doivent pas être allaités en raison de la MVE maternelle et/ou infantile, des substituts du lait maternel sont nécessaires et doivent être accompagnés d'une formation sur l'hygiène, la préparation et l'utilisation afin de minimiser les risques associés. Voir Déclaration conjointe du pôle nutrition sur l'allaitement maternel et les substituts de lait maternel.

- ▶ Les nourrissons dont la mère est atteinte de la MVE doivent être soignés en appliquant des **précautions** de contact et **surveillés** de près pendant 21 jours. (1, 3)
- ▶ La **contraception post-partum** (y compris une gamme de méthodes de contraception réversibles à longue et à courte durée d'action, notamment les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence, ainsi que des options de planification familiale doivent être proposées de manière proactive au titre de meilleures pratiques pour espacer les grossesses. Ceci est valable en tout circonstance, et d'autant plus qu'il existe des preuves d'une augmentation des issues défavorables de la grossesse dans les grossesses précoces ultérieures. (13)

Décès maternels et néonataux

- ▶ Tout décès, y compris les **décès maternels**, survenant dans les communautés touchées par une flambée d'Ebola doit être soumis à un **test d'Ebola**, car la cause du décès maternel pourrait être la MVE. Cela doit être intégré dans les enquêtes (audit) sur les décès maternels, si un tel mécanisme existe. Si la MVE est confirmée, le signalement, la recherche des contacts et la décontamination doivent être assurés selon les mécanismes locaux en place.
- ▶ En cas de décès de la mère ou du nouveau-né/mort-nés, il faut s'assurer que des pratiques sont en place pour des **funérailles en bonne et due forme**, conformément aux directives de l'OMS sur la MVE.

Soins post-avortement et soins d'avortement sans risque

Les soins post-avortement (SPA) pour toutes les femmes et filles dans le besoin font partie du DMU pour la SSR et doivent être disponibles tout au long d'une flambée épidémique. Les soins d'avortement sans risque sont mis en évidence comme une considération spécifique dans le DMU pour la SSR et font partie intégrante des soins complets de SSR. Les soins d'avortement sans risque doivent être mis à disposition, dans toute la mesure de la loi, en tenant particulièrement compte de l'incidence de la MVE sur les risques de grossesse et les issues liées à la perte de grossesse, au travail et à l'accouchement pendant la durée d'une épidémie de MVE pour toutes les femmes et filles enceintes, quelle que soit leur statut infectieux.

Toutes les femmes et filles :

- ▶ Compte tenu des risques liés à la grossesse et à la MVE, elles doivent avoir accès **aux soins d'avortement sans risque** dans la mesure maximale du possible dans chaque contexte de MVE.⁶
- ▶ Toute **fausse couche** doit être convenablement **triée** et traitée dans le respect le plus strict des mesures de **PCI**, y compris dans l'élimination des produits de conception. (1, 3) Les patientes doivent recevoir tous les soins d'urgence post-avortement nécessaires dans l'attente du test/du référencement sanitaire.
 - ▶ Dans certains contextes, des tests RT-PCR pour Ebola sont faits de façon routinière sur les produits de conception et/ou suite aux morts fœtales. Il convient de vérifier cet aspect avant l'élimination du matériel biologique.
- ▶ Les méthodes de contraception comprenant une gamme de méthodes de contraception réversibles à longue et à courte durée d'action doit être **offerte** à toutes les patientes en soins d'avortement sans risque/soins post-avortement (voir la section sur la prévention des grossesses non désirées ci-après).

- ▶ S'assurer de l'**élimination** de tous tissus ou fluides corporels résultant des SPA/soins d'avortement sans risque conformément aux directives de l'OMS sur les mesures de PCI liées à la MVE. (10)
- ▶ Envisager des **approches** alternatives aux soins, notamment :
 - ▶ Des **soins auto-administrés par avortement médical** (avortement médicamenteux) à domicile avec des instructions claires sur la façon de prendre le médicament, à quoi s'attendre, les signes de danger et les voies de référencement sanitaire. Les femmes doivent recevoir des informations et du matériel de PCI pour traiter les produits de conception, c'est-à-dire le kit d'accouchement enrichi (voir ci-dessus). (3) De plus, des informations sur les effets normaux et les effets secondaires éventuels du médicament (par exemple, saignements, nausées, vomissements, diarrhée, frissons, fièvre, etc.) doivent être fournies car ils peuvent être confondus avec les symptômes de la MVE.
 - ▶ Les soins d'avortement sans risque (et de SPA) fournis dans les établissements de santé doivent être fournis dans le respect des **mesures de PCI** pour les femmes et les filles avec suspicion/confirmation de MVE ou qui ont guéri de la **MVE**. L'avortement médical doit être la méthode de première choix, à moins que les caractéristiques cliniques n'indiquent une aspiration (selon les directives de l'OMS relatives à l'avortement sans risque). (14, 15)
 - ▶ Si elle est disponible, la **télé médecine** doit être utilisée, en particulier pour les **soins non urgents**.

Femmes et filles qui ont guéri de la MVE :

- ▶ Selon les données disponibles actuellement, presque aucun fœtus/nouveau-né ne survit après une infection maternelle par la MVE. Les femmes et les filles qui survivent à la MVE doivent recevoir des informations précises, avoir accès à **des soins d'avortement sans risque et aux soins post-avortement et être prises en charge** dans leur souhait de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. (3)
 - ▶ L'avortement médical est considéré comme la méthode de soins d'avortement la plus sûre. (3)
- ▶ Les femmes et les filles qui sont tombées **enceintes avant l'infection par la MVE** qui ont recours à un avortement doivent être encouragés à le faire au CTE pour empêcher la propagation de la MVE par les liquides et produits de conception contaminés liés à la grossesse. (3)
- ▶ Si une femme ou une fille ne souhaite pas ou ne peut pas avoir un interruption de grossesse au **CTE**, elle doit être **informée des risques** de rentrer à la maison et recevoir un **kit d'accouchement enrichi** (voir ci-dessus) et des instructions claires sur la manière de traiter les produits de conception conformément aux mesures de PCI. Une gamme complète de méthodes de contraception gratuites de son choix doit être ausis oferte à la femme/fille (voir la prévention des grossesses non désirées ci-après).
- ▶ Toujours quand possible, un **appel de suivi** ou une visite par un personnel soignant qualifié doit être organisé pour ces femmes et filles, à intervalles clairs (il est recommandé sur base hebdomadaire au départ, mais ça dépendra en fonction des spécificités du cas et de l'âge gestationnel). Si un mécanisme de traçage et de suivi des contacts MVE pour les femmes enceintes est mis en place, ces actions doivent être intégrées dans le suivi.

⁶ Le protocole de Maputo fournit un espace juridique pour l'avortement provoqué sur plusieurs indications notamment pour préserver la santé physique et mentale de la femme. https://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003.pdf En juillet 2020, sur les 55 pays membres de l'Union africaine, 49 avaient signé le protocole et 42 l'avaient ratifié et déposé.

⁷ Différents schémas d'avortement médical sont disponibles pour l'avortement provoqué avec la mifépristone et le misoprostol ou le misoprostol seul, et pour les SPA avec le misoprostol si cliniquement éligible. Tous ces médicaments sont disponibles via les Kits de santé reproductive inter-organisations (kits IARH).

- ▶ La prise en charge d'une grossesse et d'un accouchement chez une survivante de la MVE, où la **conception** a eu lieu **après la guérison de la MVE n'est pas considérée comme un risque de MVE** et peut être gérée comme une grossesse normale selon les recommandations de PCI standard, et l'accouchement peut avoir lieu à l'endroit choisi par la femme (il n'est pas nécessaire de le faire dans un CTE).
- ▶ Fournir des **informations** et des **préservatifs** et encourager les comportements visant à garantir des pratiques sexuelles sans risque après la MVE.

Prévenir les grossesses non désirées (Objectif 5 du DMU pour la SSR)

L'accès à la contraception fait partie du DMU pour la SSR et doit être assuré tout au long d'une flambée de MVE.

- ▶ Lors d'une flambée, assurer l'**accès** aux options de contraception et de planification familiale est essentiel car de nombreuses femmes, filles et couples pourraient vouloir reporter ou éviter totalement une grossesse en raison des risques directs et indirects associés à la grossesse pendant la flambée de MVE.

Il est important de s'assurer que les femmes et les filles ont des informations et ont accès au **méthode de contraception de leur choix**, y compris la contraception d'urgence (CU) et la contraception réversible à action prolongée. La possibilité de retirer et interrompre les méthodes à action prolongée doit être disponible pour celles qui choisissent cette option.

- ▶ Dans le cadre de la préparation aux urgences, on peut envisager de travailler à **accroître l'adoption des méthodes contraceptives à action prolongée** et de la contraception auto-injectable (par exemple DMPA-SC), et à accroître la sensibilisation et la connaissance de la contraception d'urgence.
- ▶ Veiller à ce que les femmes et les filles qui choisissent les **moyens à court terme** (pilule contraceptive orale ou progestatifs injectables) reçoivent plus de cycles du moyen qu'à l'accoutumée (6 à 12 mois, en tenant compte des ressources existantes), afin d'**éviter les visites pour renouveler leur ordonnance** auprès des établissements de santé.
- ▶ Promouvoir les méthodes de contraception dites de **barrière** comme les **préservatifs**, pour une protection quadruple contre la transmission sexuelle de la MVE, du VIH et des autres IST et pour la prévention des grossesses non planifiées.
- ▶ Veiller à ce que les **informations** soient mises à disposition sur la contraception, la planification familiale et la MVE. Les relais et les sages-femmes communautaires peuvent potentiellement soutenir ces informations et faciliter l'accès à certains contraceptifs.
- ▶ Un **changement dans les saignements menstruels** au titre des **effets secondaires** des méthodes contraceptives doit être envisagé et différencié des symptômes de la MVE en notant les antécédents de la patiente comme il se doit (p.e. sans contact avec la MVE) et traité conformément au protocole de gestion des effets secondaires de la méthode contraceptive.

Autres problématiques

- ▶ Lors d'une flambée, lorsque les services publics sont fermés, y compris les écoles, une attention particulière doit être accordée aux **adolescents**, notamment les **filles**, qui pourraient être **davantage exposées** aux détriment de leur SSR et droits, notamment les abus sexuels, l'exploitation et la violence ; les grossesses non planifiées/non désirées, les avortements à risque, la transmission du VIH et des IST, dans un contexte où l'accès aux informations et services de SSR est moindre. (16)
- ▶ **La menstruation n'est pas un signe de MVE**, et il est important de faire la distinction entre « saignement explicable » (par exemple, menstruation) et « saignement potentiellement inexplicable ». (17)
- ▶ Une attention particulière doit être accordée pour garantir aux patientes et au personnel des CTE la fourniture d'instruments pour la **gestion de l'hygiène menstruelle et d'installations WASH (eau, hygiène et assainissement) adaptées aux femmes**, permettant en toute sécurité et dignité l'**élimination** des produits utilisés pour la gestion de l'hygiène menstruelle. La fourniture de produits pour la gestion de l'hygiène menstruelle peut également être envisagée au sein de la communauté et dans les établissements de SSR, en particulier pour les adolescentes.
- ▶ Les **déchets menstruels** des femmes et filles suspectes ou positives à la MVE doivent être traités comme des déchets médicaux infectieux et éliminés conformément aux procédures opérationnelles standard de la MVE, dans la mesure où les fluides corporels des patientes atteintes de MVE sont contagieux. (17) Il n'existe toutefois à ce jour aucune preuve de persistance virale dans le sang menstruel. Des précautions doivent être prises lors de l'articulation de la contagiosité éventuelle et de la manipulation du sang et des déchets menstruels après des infections par la MVE, afin de ne pas stigmatiser davantage les survivantes de MVE.
- ▶ Les femmes et filles **qui guérissent de la MVE** peuvent connaître des **schémas de menstruation irréguliers** (13), qui doivent leur être expliqués après leur guérison.



Références

1. Foeller, M.E.; Carvalho Ribeiro do Valle, C.; Foeller, T.M.; Oladapo, O.T.; Roos, E.; Thorson, A.E. [Pregnancy and breastfeeding in the context of Ebola: A systematic review](#). *Lancet Infect. Dis.* 2020, 20, e149–e158
2. McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. [Not All That Bleeds Is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu?](#) New York, USA: The International Rescue Committee 2019
3. [Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease](#). Geneva: World Health Organization; 2020.
4. Delamou A, El Ayadi AM, Sidibe S, et al. [Effect of Ebola virus disease on maternal and child health services in Guinea: a retrospective observational cohort study](#) *Lancet Glob Health.* 2017.
5. [A guide to the provision of safe delivery and immediate newborn care in the context of an Ebola outbreak](#), Geneva: World Health Organization, Unicef, Save the Children; 2015
6. [Ebola health worker infections](#), WHO 2021
7. Pavlin BI, Hall A, Hajek J, Raja MA, Sharma V, Ramadan OP, Mishra S, Rangel A, Kitching A, Roper K, O'Dempsey T, Starkulla J, Parry AE, Kamara R, Wurie AH. [Atypical clinical presentation of Ebola virus disease in pregnancy: Implications for clinical and public health management](#). *Int J Infect Dis.* 2020 Aug;97:167-173.
8. A. E. Thorson, G. F. Deen GF, Bernstein KT, Liu WJ, Yamba F, Habib N, Sesay FR, Gaillard P, Massaquoi TA, McDonald SLR, Zhang Y, Durski KN, Singaravelu S. [Persistence of Ebola virus in semen among Ebola virus disease survivors in Sierra Leone: A cohort study of frequency, duration, and risk factors](#) *PLOS Medicine.* 2021.
9. [Personal protective equipment in the context of filovirus disease outbreak response](#). Geneva: World Health Organization; 2014
10. [Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola](#). Geneva: World Health Organization; 2014
11. [IAWG Programmatic Guidance for Sexual and Reproductive Health in Humanitarian and Fragile Settings during the COVID-19 Pandemic](#)
12. [Interim advice on the sexual transmission of the Ebola virus disease](#), World Health Organization; 2016
13. Godwin CL, Wohl DA, Fischer WA, Singh K, Hawks DA, Devore EE, Brown J. [Reproductive health sequelae among women who survived Ebola virus disease in Liberia](#). *Int J of Gyn & Obst.* 2019. Aug;146: 212-217
14. [Clinical practice handbook for safe abortion](#). Geneva: World Health Organization; 2014
15. [Medical management of abortion](#). Geneva: World Health Organization; 2018
16. Adhiambo Onyango M; Resnick K; Davis A; Ramesh Shah R. [Gender-based Violence Among Adolescent Girls and Young Women: A Neglected Consequence of the West African Ebola Outbreak](#) in D.A. Schwartz et al (eds.), *Pregnant in the Time of Ebola*, Global Maternal and Child Health; 2019.
17. Gruer, C., Utami, D., Schmitt, M., Sommer, M. (2020). [Guidance Note: Integrating Menstrual Hygiene Management \(MHM\) into Ebola Response](#). (First edit). New York: Columbia University

Icons made by eucalyp and smalllikeart from www.flaticon.com



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

<https://iawg.net>