



INTER-AGENCY WORKING GROUP
ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

Bilan de la Santé Reproductive dans les Situations Humanitaires : Résultats principaux de l'Évaluation Globale du Groupe de Travail Inter-Agences (IAWG) Sur la Santé Reproductive lors des Crises 2012-2014

À la fin de l'année 2013, environ 51,2 millions de personnes étaient déplacées en raison de conflit, persécution, violence généralisée et violations des droits de l'Homme, le nombre le plus élevé depuis la seconde guerre mondiale¹. De plus, 22 millions de personnes étaient déplacées en raison de catastrophes naturelles². 75 à 80 pourcents de ces personnes affectées par les crises sont les femmes, les enfants et les jeunes (âgés de 10 à 24 ans)³. Plus de la moitié des décès maternels et d'enfants de moins de cinq ans ont lieu dans des contextes affectés par un conflit armé ou une catastrophe naturelle⁴. Aborder les droits et la santé reproductive des femmes, hommes et jeunes affectés par ces crises est essentiel pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement 4, 5 et 6⁵.

IAWG sur la SR lors des Crises

Créé en 1995, et comprenant actuellement un réseau de près de 1800 membres individuels appartenant à 450 organisations, le Groupe de Travail Inter-Agences (IAWG) Sur la Santé Reproductive lors des Crises est une coalition large, fortement collaborative, engagée pour élargir et renforcer l'accès à des soins de santé reproductive de qualité pour les personnes affectées par les conflits et les catastrophes naturelles. Pour les populations affectés par les crises humanitaires, le IAWG documente les gaps, les réalisations et les leçons apprises ; évalue l'état de la SR sur le terrain ; établit les standards techniques pour la fourniture de services de SR ; génère et diffuse des données probantes aux décideurs politiques, aux managers et aux praticiens ; et réalise le plaidoyer pour l'inclusion des personnes affectées par les crises dans les plans mondiaux de développement.

L'Évaluation Globale du IAWG

Le IAWG⁶ a entrepris une évaluation globale de la SR dans les situations de crises entre 2012 et 2014. L'évaluation visait à identifier les services de santé reproductive existants, quantifier les progrès, documenter les gaps et déterminer la direction à suivre pour les programmes futurs, le plaidoyer et les financements. Une décennie après la première évaluation mondiale (2002-2004), le contexte humanitaire a considérablement changé, avec le déploiement de la réforme humanitaire en 2005 et 2006, notamment le système des clusters du Comité Permanent Inter Agences⁷. Une forte croissance de la population a été observée dans les pays les plus pauvres⁸ ;

¹ United Nations High Commissioner for Refugees, Global Trends 2013.

² IDMC. 2014. Global Estimates 2014: People displaced by disasters.

³ UNFPA. *State of the World Population 2000*.

⁴ Save the Children. *State of the World's Mothers 2014*.

⁵ L'OMD 4 est la réduction de la mortalité infantile ; le 5 est l'amélioration de la santé maternelle et le 6 est de combattre les maladies majeures.

⁶ L'évaluation globale du IAWG a été dirigée par un comité de pilotage d'organisations comprenant: le US Centers for Disease Control and Prevention ; L'Université de Columbia ; International Medical Corps (IMC) ; Kings College London ; Marie Stopes International (MSI) ; Médecins Sans Frontières (MSF) ; le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) ; le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ; l'Université de Nouvelle-Galles du Sud (UNSW) ; et Women's Refugee Commission (WRC).

⁷ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Annual Report 2006

⁸ Population Reference Bureau, *The World at 7 Billion*, Vol. 66, No. 2, July 2011.

les changements climatiques ont accru la fréquence et l'intensité des catastrophes naturelles⁹ ; et de multiples crises humanitaires multiples, simultanées et de grande ampleur se produisent¹⁰ avec un nombre plus important d'acteurs humanitaires¹¹.

Les méthodes d'évaluation ont inclus :

1. Une revue systématique de la littérature ;
2. Une évaluation de l'engagement et des capacités des organisations ;
3. Une évaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des services de SR (enquête approfondie) au Soudan du Sud, en République Démocratique du Congo (RDC) et au Burkina Faso ;
4. Une évaluation de l'utilisation/efficacité du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) conduite à Irbid City et dans le camps de réfugiés de Zaatri en Jordanie ;
5. Une analyse des tendances de financement de la SR en situations humanitaires ; et
6. Une revue des données de SR du Système d'Information Sanitaire (SIS) du HCR.

Résultats principaux :

Les progrès depuis 2004 incluent :

Financement de la SR dans les appels humanitaires

- Entre 2009 et 2013, les propositions de projet incluant toutes les composantes du DMU et celles avec une partie des composantes ont augmenté en moyenne de près de 40% et 2,4%, respectivement, chaque année.
- Les propositions de projet d'urgence en santé et en protection incluant la SR ont augmenté à une moyenne de 22% par an entre 2002 et 2013.
- Le financement humanitaire reçu pour les activités de SR a augmenté, s'élevant à 2,031 milliards de dollars pour la période 2002-2013, représentant 43% du montant total demandé.
- Les soins de santé maternelle et néonatale ont été les plus financés de tous les éléments de SR, recevant 56% des fonds demandés, et les fonds les plus complets – 684,8 millions de dollars.

Services

- Les études de pays (Jordanie, RDC, Burkina Faso et Soudan du Sud) ont montré :
 - Une sensibilisation accrue sur le minimum de soins DMU et sur la mise en œuvre du DMU.
 - Un accès élargi aux soins post-avortement.
 - Une prévention du VIH accrue ; notamment concernant la prévention de la transmission mère-enfant et la thérapie anti-rétrovirale.
 - Une attention accrue sur, et une meilleure documentation de la violence basée sur le genre (VBG).

Capacité

- Les organisations ont rapporté un accroissement de la capacité institutionnelle à aborder la SR en situations de crises, notamment par l'établissement de cadres politiques organisationnels et de mécanismes de responsabilisation, ainsi que l'augmentation du personnel dédié et des financements pour répondre aux besoins de SR dans les situations humanitaires.

⁹ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs and Internal Displacement Monitoring Center, Monitoring disaster displacement in the context of climate change, September 2009.

¹⁰ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, www.unocha.org

¹¹ Minear, Larry, The Humanitarian Enterprise: Dilemmas and Discoveries, 2002.

Les gaps restants comprennent :

- Le manque de mise en œuvre complète et systématique du DMU au début de chaque nouvelle crise a été mis en évidence, même après la phase aigüe de la crise, dans les études approfondies et dans l'étude HIS du HCR.
- La disponibilité limitée des soins obstétricaux et néonataux a été documentée dans l'étude approfondie.
- Le manque de disponibilité des soins complets d'avortement, en particulier les soins d'avortement sans risque, a été identifié par toutes les parties prenantes.
- L'utilisation limitée de méthodes de longue durée et permanentes de planification familiale - y compris le dispositif intra-utérin (DIU) - a été documentée dans la revue de la littérature, le financement et les études approfondies.
- La disponibilité limitée de la contraception d'urgence au-delà des soins post-viol a été reconnue dans l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Des efforts limités pour prévenir la violence sexuelle et rendre disponibles les soins cliniques complets pour les survivant(e)s de viol ont été notés dans la revue de la littérature, l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Le manque d'accès à la thérapie antirétrovirale au niveau des soins de santé primaires pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA a été documenté dans l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Un diagnostic et un traitement des infections sexuellement transmissibles limités ont été mis en évidence par l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Une sécurité et une gestion des produits insuffisantes ont causé des ruptures de stock et ont empêché une transition en douceur du DMU vers les services de SR plus complets, comme l'indique l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Une faible attention à la SR des adolescents - en particulier autour de la planification familiale - a été montrée par les études approfondies et de financement.
- Un engagement communautaire limité pour augmenter l'utilisation des services, surtout par les femmes et les adolescents, a été identifié dans l'évaluation du DMU et les études approfondies.
- Un financement inéquitable vers les pays touchés par des conflits, avec les pays non-touchés par les conflits recevant 57% de plus de fonds pour la SR, a été mis en évidence dans l'étude des tendances de financement.

Pour plus d'information et pour accéder aux articles complets, merci de vous référer au Supplément Evaluation Globale du IAWG dans *Conflict and Health*

Recommandations principales

Bailleurs de fonds

- Comblez l'écart de financement entre les pays touchés et non touchés par un conflit ; assurez un financement équitable pour tous les domaines de la SR; et soutenez des programmes humanitaires fluides, innovants et favorisant la cohésion plutôt que des interventions à court terme et quantifiables.
- Assurez un financement prolongé, dédié et prévisible pour maintenir la coordination du IAWG et d'autres efforts de collaboration qui adoptent des approches adaptatives et holistiques.
- Soutenez des initiatives qui abordent **la sécurité et la gestion des produits ; la mobilisation communautaire ; et l'accès aux méthodes de planification familiale de longue durée, aux soins obstétricaux et néonataux et aux soins cliniques et psychosociaux complets pour les survivant(e)s de viol.**
- Soutenez les activités de renforcement de la résilience communautaire, de gestion des risques de catastrophe et de préparation, le partage des tâches et les initiatives de développement des capacités pour

répondre aux difficultés de ressources humaines, ainsi que le développement de modèles de prestation de services alternatifs pour desservir les zones difficilement accessibles.

- Continuez à soutenir la recherche pour construire la base de données probantes pour la prestation de services de SR efficaces dans des contextes humanitaires évoluant rapidement.
- Soutenez la capacité d'intervention d'urgence en SR et les stratégies pour renforcer la capacité des acteurs régionaux, des ministères de la santé et de gestion des catastrophes, des organisations nationales et à base communautaire, des travailleurs de santé et des communautés elles-mêmes pour conduire et gérer une réponse humanitaire efficace en SR.

Gouvernements et Ministères de la Santé

- Soutenez l'intégration du DMU dans les curriculums nationaux de médecins et d'infirmiers et abordez les barrières politiques comme les protocoles autour des soins des survivant(e)s de violence sexuelle et les politiques sur les types de personnel de santé qui peuvent fournir certains services de santé reproductive.

Organisations fournissant des soins de SR

- Accordez une attention particulière aux besoins des adolescents et d'autres groupes marginalisés, comme les personnes en situation de handicap ; les travailleurs/travailleuses du sexe ; les personnes âgées ; et les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles et transgenre.
- Avec les gouvernements, renforcez les procédures de gestion des produits pour empêcher les ruptures de stock et permettre un accès constant aux soins.
- Soutenez – à tous les niveaux – l'implication des communautés dans la conception et la fourniture des services de SR pour augmenter l'utilisation de ces services.