

ANNEXE A : QUELS SONT LES OBJECTIFS DU DMU POUR LA SSR ?

Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU. L'agence cheffe de file en matière de SSR¹⁴⁰ :

- ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé ;
- ▶ accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU pour la SSR ;
- ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/groupe de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU ;
- ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH ;
- ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR en coordination avec les secteurs/clusters santé et de logistique ; et
- ▶ veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR.

Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes :

- ▶ travailler avec d'autres clusters, plus précisément le groupe de travail sur la protection ou la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle;
- ▶ mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et en facilitant les orientations vers d'autres services de soutien; et
- ▶ créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés.

140 *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire : Révision de 2018* (Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire, 2018), <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST :

- ▶ Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité ;
- ▶ Assurer l'application de précautions standards ;
- ▶ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population avant la crise), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins ;
- ▶ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ;
- ▶ Proposer la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle, selon les cas, et aux agents concernés par l'exposition professionnelle ;
- ▶ Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué ; et
- ▶ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST.

Prévenir la surmortalité et la surmorbidité maternelles et néonatales :

- ▶ Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) ;
 - au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ;
 - au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU et insister sur l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible ;
- ▶ Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital ;
- ▶ Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux ; et
- ▶ Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable.

Prévenir les grossesses non désirées :

- ▶ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence [CU]) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande ;
- ▶ Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication, et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix, le consentement informé, l'efficacité et privilégient le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination ; et
- ▶ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes.

Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaire dès que possible.

- ▶ Collaborer avec les partenaires du secteur/cluster santé pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

Autre priorité

- ▶ Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

ANNEXE B : LISTE DE CONTRÔLE DU SUIVI DU DMU POUR LA SSR

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR s'appuie sur la liste de contrôle du DMU pour la SSR pour assurer le suivi de la prestation de service dans chaque situation de crise humanitaire dans le cadre du suivi et de l'évaluation du secteur/cluster santé. Dans certains cas, cela peut être fait à l'aide des rapports oraux des responsables de SSR et/ou par le biais de visites d'observation. Au début d'une intervention humanitaire, le suivi est conduit chaque semaine et des rapports doivent être partagés et abordés avec le secteur/cluster santé. Une fois que les services sont totalement établis, le suivi mensuel est suffisant. Évoquer les lacunes et les recouvrements dans la couverture de service lors des réunions de coordination de SSR et dans les mécanismes de coordination du secteur/cluster santé pour trouver et mettre en œuvre des solutions.

| 1. Agence cheffe de file en matière de SSR et Coordinateur SSR | | | |
|--|---|-----|-----|
| | | Oui | Non |
| 1.1 | Agence cheffe de file en matière de SSR identifiée et coordinateur/coordinatrice SSR opérationnel/opérationnelle dans le secteur/cluster santé | | |
| | Agence cheffe de file | | |
| | Coordinateur/coordinatrice SSR | | |
| 1.2 | Les réunions des parties prenantes de la SSR sont organisées et ont eu lieu régulièrement | Oui | Non |
| | Au niveau national (MENSUELLES) | | |
| | Au niveau infranational/des districts (BI-HEBDOMADAIRES) | | |
| | Au niveau local (HEBDOMADAIRES) | | |
| 1.3 | Les parties prenantes concernées mènent/participent aux réunions du groupe de travail sur la SSR | Oui | Non |
| | Ministère de la santé | | |
| | FNUAP et autres agences de l'ONU concernées | | |
| | ONG internationales | | |
| | ONG locales | | |
| | Protection/VBG | | |
| | VIH | | |
| 1.4 | Organisations de la société civile y compris les personnes marginalisées (adolescents, personnes handicapées, personnes LGBTQIA) | | |
| | Avec les secteurs/pôle de santé/protection/VBG et les contributions des programmes nationaux sur le VIH, assurer le recensement et la validation des services SSR existants | | |
| 2. Données démographiques | | | |
| 2.1 | Population totale | | |

| | | | |
|--|---|-----|-----|
| 2.2 | Nombre de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans, estimé à 25 % de la population) | | |
| 2.3 | Nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 % de la population) | | |
| 2.4 | Taux brut de natalité (population nationale du pays d'accueil et/ou des populations touchées, estimé à 4 % de la population) | | |
| 3. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes | | | |
| | | Oui | Non |
| 3.1 | Des mécanismes multisectoriels coordonnés pour prévenir la violence sexuelle sont en place | | |
| 3.2 | Accès sécurisé aux établissements de santé | | |
| | Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur ; éclairage autour de l'établissement de santé ; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, comme des agents de sécurité ou d'accueil) | | % |
| 3.3 | Services de santé confidentiels pour prendre en charge les victimes de violence sexuelle | Oui | Non |
| | Pourcentage d'établissements de santé prenant en charge les victimes de violence sexuelle (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100 | | % |
| | Contraception d'urgence (CU) | | |
| | Test de grossesse (non requis pour obtenir la CU ou la prophylaxie après exposition au VIH [PPE]) | | |
| | Grossesse | | |
| | PPE | | |
| | Antibiotiques pour prévenir et traiter les IST | | |
| | Anatoxine tétanique/immunoglobuline tétanique | | |
| | Vaccin contre l'hépatite B | | |
| | Soins liés à l'avortement sans risques | | |
| | Orientation vers des services de santé | | |
| | Orientation vers des services de soins liés à l'avortement sans risques | | |
| | Orientation vers des services psychologiques et de soutien social | | |
| 3.4 | Nombre de cas de violence sexuelle signalés aux services sanitaires | | |
| | Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100 | | % |
| | | Oui | Non |

| | | | |
|---|--|-----|-----|
| 3.5 | Informations sur les bienfaits et la localisation des soins pour les victimes de violence sexuelle | | |
| 4. Prévention et traitement du VIH | | | |
| 4.1 | Protocoles en place pour des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles | | |
| 4.2 | Unités de sang dépistées/unités totales de sang ayant fait l'objet d'un don x 100 | | |
| 4.3 | Les établissements de santé disposent de suffisamment de matériel pour garantir la mise en place de précautions standards | | |
| 4.4 | Des préservatifs lubrifiés sont mis à disposition gratuitement | | |
| | Établissements de santé | | |
| | Niveau communautaire | | |
| | Adolescents | | |
| | Personnes LGBTQIA | | |
| | Personnes handicapées | | |
| 4.4 | Travailleurs/travailleuses du sexe | | |
| | | | |
| 4.5 | Nombre approximatif de préservatifs utilisés pendant cette période | | |
| 4.6 | Nombre de préservatifs réapprovisionnés dans les sites de distribution pendant cette période. Indiquer les lieux : | | |
| 4.7 | Antirétroviraux disponibles pour continuer le traitement pour les personnes inscrites dans les programmes de thérapie antirétrovirale avant la situation d'urgence y compris la PTME | | |
| 4.8 | PPE disponible pour les victimes de violence sexuelle; PPE disponible pour l'exposition professionnelle | | |
| 4.9 | Prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes | | |
| 4.10 | Diagnostic syndromique et traitement des IST dans les établissements de santé | | |
| 5. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales | | | |
| 5.1 | Disponibilité des SONU de base et complets pour une population de 500 000 personnes | Oui | Non |
| | Centre de santé disposant de services de SONU de base, 5 pour une population de 500 000 personnes | | |
| | Hôpital disposant de SONU complets, 1 pour 500 000 habitants | | |

| | | | |
|------|---|-----|-----|
| 5.2 | Centre de santé (pour garantir les SONU de base 24 heures/24 et 7 jours/7) | Oui | Non |
| | Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour | | |
| | Fournitures suffisantes y compris les fournitures pour nouveau-nés pour appuyer les SONU de base | | |
| | Hôpital (pour assurer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7) | Oui | Non |
| | Un agent de santé qualifié de garde pour 50 consultations externes par jour | | |
| | Une équipe de médecin/infirmière/sage-femme/anesthésiste de garde | | |
| | Médicaments et fournitures en quantité suffisante pour appuyer les SONU complets 24 heures/24 et 7 jours/7 | | |
| | Soins post-avortement | | |
| | Couverture des soins post-avortement (nombre d'établissements de santé où les soins post-avortement disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100 | | |
| | Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins post-avortement | | |
| 5.3 | Système d'orientation vers d'autres services/établissements pour les urgences obstétriques et néonatales fonctionnant 24 heures/24 et 7 jours/7 (moyens de communication [radios, téléphones portables]) | Oui | Non |
| | Transport de la communauté vers le centre de santé disponible 24 heures/24 et 7 jours/7 | | |
| | Transport de la communauté vers l'hôpital disponible 24 heures/24, 7 jours/7 | | |
| 5.4 | Chaîne du froid opérationnelle (pour l'ocytocine, les tests de dépistages sanguins) en place | | |
| 5.5 | Part de l'ensemble des naissances dans les établissements de santé : (Nombre de femmes qui accouchent dans les établissements de santé sur une période donnée/nombre de naissances attendu sur la même période) x 100 | | % |
| 5.6 | Besoin de SONU satisfait : (nombre de femmes présentant des complications obstétriques directes bénéficiant de traitement dans les établissements de SONU sur une période donnée/nombre attendu de femmes présentant des complications obstétriques directes graves dans la même zone durant la même période) x 100 | | % |
| 5.7 | Nombre de césariennes/nombre de naissances vivantes dans les établissements de santé x 100 | | % |
| 5.8 | Fournitures et produits pour accouchements hygiéniques et soins néonataux | | |
| 5.9 | Couverture du kit d'accouchement hygiénique (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués où l'accès aux établissements de santé n'est pas possible/estimation du nombre de femmes enceintes) x 100 | | % |
| 5.10 | Nombre de kits néonataux distribués y compris dans les cliniques et les hôpitaux | | |

| | | | |
|--|---|--------|-----|
| 5.11 | La communauté est informée à propos des signes de danger de la grossesse et des complications liées à l'accouchement et de la localisation des établissements pour recourir aux soins | | |
| 6. Prévenir les grossesses non désirées | | | |
| 6.1 | Méthodes à courte durée d'action disponibles dans au moins un établissement | Oui | Non |
| 6.2 | Préservatifs | | |
| 6.3 | Pilules de CU* | | |
| 6.4 | Pilule contraceptive orale | | |
| 6.5 | Injectables | | |
| 6.6 | Implants | | |
| 6.7 | Dispositifs intrautérins (DIU) | | |
| 6.8 | Nombre d'établissements de santé qui conservent un stock minimum équivalent à 3 mois | Nombre | |
| | Préservatifs | | |
| | Pilules de CU | | |
| | Pilules contraceptives orales combinées | | |
| | Pilules contraceptives à progestatif seul | | |
| | Injectables | | |
| | Implants | | |
| | DIU | | |
| 7. Planification de la transition vers des services complets de SSR | | | |
| 7.1 | Prestation de service | Oui | Non |
| | Identification des besoins en SSR dans la communauté | | |
| | Identification des sites adaptés pour la prestation de services de SSR | | |
| 7.2 | Personnel de santé | Oui | Non |
| | Évaluation des capacités du personnel | | |
| | Identification des besoins et niveaux du personnel | | |
| | Conception et planification des formations | | |
| 7.3 | SIS | Oui | Non |
| | Informations sur la SSR incluses dans le SIS | | |
| 7.4 | Produits médicaux | Oui | Non |
| | Identification des besoins en produits de SSR | | |
| | Identification, consolidation et renforcement des filières d'approvisionnement en produits de SSR | | |
| 7.5 | Financement | Oui | Non |
| | Identification des possibilités de financement de la SSR | | |

| | | | |
|---|--|-------------------|-----|
| 7.6 | Gouvernance et leadership | Oui | Non |
| 7.7 | Étude des lois, des politiques et des protocoles relatifs à la SSR | | |
| 8. Autre activité prioritaire : Les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi | | | |
| 8.1 | Couverture des soins liés à l'avortement sans risques : (nombre d'établissements de santé où les soins liés à l'avortement sans risques sont disponibles/nombre d'établissements de santé) x 100 | | % |
| 8.2 | Nombre de femmes et de filles bénéficiant de soins liés à l'avortement sans risques | | |
| 8.3 | Nombre de femmes et de filles bénéficiant d'un traitement suite à des complications liées à un avortement (spontané ou provoqué) | | |
| 9. Mentions particulières | | | |
| | | | |
| 10. Autres commentaires | | | |
| Expliquer le mode d'obtention de ces informations (observation directe, compte rendu d'un partenaire [nom]), etc.) et fournir tout autre renseignement. | | | |
| | | | |
| 11. Actions (si la case « non » a été cochée, expliquer les obstacles et les activités suggérées pour les surmonter.) | | | |
| Numéro | Obstacle | Solution proposée | |
| | | | |
| | | | |

ANNEXE C : CALCULATRICE DU DMU POUR LA SSR

Pour accéder à la calculatrice du DMU pour la SSR, visiter :

<http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>.

Calculatrice du DMU (2019) Note d'orientation

Qu'est-ce-que la calculatrice du DMU ?

Au début d'une situation d'extrême urgence humanitaire, les données relatives à la population affectée sont le produit de facteurs qui dépendent largement de la qualité des informations disponibles avant la situation d'urgence et qui s'appuient sur la composition démographique de la population ciblée. La calculatrice du Dispositif minimum d'urgence pour la SSR en situations de crise (DMU) est un outil qui peut aider les coordinateurs/coordinatrices SSR et les responsables de programme à déterminer les caractéristiques démographiques de la population touchée à des fins de plaidoyer, de collecte de fonds et de programmation dès les premiers instants d'une situation d'urgence.

SEULS les chiffres de la population affectée sont nécessaires pour utiliser la calculatrice du DMU. La calculatrice du DMU offre à l'utilisateur un moyen simple d'accéder aux « meilleures données disponibles » pour chaque population dans un pays et/ou dans une zone infranationale. En l'absence de données de qualité sur la population affectée, l'outil passe par défaut à des estimations de constantes mondiales à partir desquelles l'intervention sera définie. De plus, la calculatrice du DMU prévoit un espace pour que l'utilisateur/utilisatrice ajoute lui-même toute donnée spécifique éventuellement disponible sur la population cible.

Comment utiliser la calculatrice du DMU ?

1. Cliquer sur l'onglet « Calculatrice du DMU »
2. Choisir le pays d'origine de la population cible (Cela peut être différent pour les PDI, les réfugiés ou la population d'accueil)
3. Choisir le niveau national ou infranational de la population cible (dans certains contextes, vous pouvez choisir le niveau provincial ou municipal)
4. Saisir le nombre de personnes touchées
5. FACULTATIF : Saisir éventuellement les données spécifiques à un site auxquelles vous avez éventuellement accès
6. Les données seront calculées pour les indicateurs relatifs au DMU y compris la santé maternelle et néonatale, les contraceptifs, la violence sexuelle, le VIH et d'autres IST
7. Cliquer sur l'onglet « Visualisations » pour voir les graphiques de base sur vos données qui peuvent être utilisés/adaptés en vue du plaidoyer et de la collecte de fonds

En quoi cette version de la calculatrice du DMU (2019) est-elle différente des versions précédentes ?

Il y a 4 différences majeures entre cette calculatrice du DMU et ses versions précédentes.

1. Les indicateurs fournis seront mis à jour en fonction du DMU révisé (2018).
2. Une nouvelle fonctionnalité permet aux données spécifiques à un pays (si elles existent) sur la population touchée de passer outre les constantes globales si aucune donnée spécifique à un site n'est disponible.
3. Il existe à présent une visualisation de base des données qui peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer.
4. L'utilisateur doit de nouveau télécharger l'outil Excel à intervalles de quelques mois car le service du FNUAP en charge des données mettra constamment à jour les données disponibles à l'échelon national et infranational.

Quelles données vais-je obtenir de la calculatrice du DMU ?

La calculatrice du DMU offre à l'utilisateur/utilisatrice un moyen simple d'accéder aux « meilleures données disponibles » pour chaque population dans un pays et/ou une zone infranationale. En l'absence de données de qualité sur la population affectée, l'outil passe par défaut à des estimations de constantes mondiales à partir desquelles l'intervention sera définie. Si des données nationales ou infranationales existent, l'outil en ligne remplacera automatiquement les constantes mondiales par les « meilleures données disponibles » (sur la base du recensement disponible, des enquêtes et d'autres sources de données pertinentes) au niveau administratif concerné (c'est-à-dire le pays, la région, la province ou la municipalité). On peut trouver la source de ces informations dans les cases « sources » de l'outil.

De plus, la calculatrice du DMU prévoit un espace pour que l'utilisateur/utilisatrice ajoute lui-même toute donnée spécifique éventuellement disponible sur la population cible dans les cases vertes. Ces données écrasent les données constantes et les données nationales ou infranationales et les remplacent en tant que « meilleures données disponibles ».

Quels sont les éléments que la calculatrice du DMU ne me fournira pas ?

Le DMU comprend un ensemble minimum d'interventions vitales en SSR qui doivent être mises en œuvre dès les premiers instants d'une situation d'urgence humanitaire et qui doivent être étendues dès que la situation le permet. La calculatrice du DMU est censée être utilisée au début d'une situation d'urgence lorsque le financement, le plaidoyer et la programmation ont pour but de mettre en œuvre les interventions du DMU. Il convient de se souvenir que le DMU inclut les services minimums essentiels, pas seulement les services qui doivent être fournis aux populations affectées. Il faut élargir le DMU à une intervention en SSR plus spécifique au contexte et complète. La calculatrice du DMU ne fournira pas toutes les informations sur les indicateurs au-delà de celles qui figurent dans le DMU pour cette composante de l'intervention.

La calculatrice du DMU a pour but d'aider les coordinateurs/coordinatrices SSR et les responsables

de programme lors des premiers stades d'une situation d'urgence. Elle ne sera jamais précise à 100 % ou ne constituera jamais la seule directive programmatique sur laquelle sont fondées les décisions. Les résultats de la calculatrice doivent être analysés par les coordinateurs/coordinatrices SSR et responsables de programme pour prendre des décisions concernant leur intervention. Les coordinateurs/coordinatrices et responsables de programme doivent tenir compte des populations cibles et de la façon dont les caractéristiques de cette population peuvent limiter l'applicabilité des données fournies dans la calculatrice du DMU. Il est particulièrement important de prendre en considération la manière dont la situation d'urgence peut avoir impacté les caractéristiques ou changé les données préalables à la crise.

S'il existe de multiples populations cibles pour le programme (par ex., les populations cibles et population d'accueil), souvenez-vous que vous devez travailler avec la calculatrice du DMU séparément pour chaque population étant donné que les indicateurs peuvent varier considérablement. Par ailleurs, il est important de se souvenir que certaines populations affectées sont exclues de la collecte de données nationales pour des raisons politiques ou sociales; si ces groupes sont inclus dans votre programme, il faut tenir compte des limites des données et procéder à des ajustements en conséquence.

D'où proviennent les données nationales ou infranationales et qui les actualise ?

Les données nationales ou infranationales proviennent de différentes sources selon le contexte. Elles peuvent être issues d'un recensement, d'une enquête ou d'autres données collectées par diverses agences nationales ou internationales de collecte de données statistiques. La source et l'année des données figurent toujours dans la partie supérieure de la calculatrice quand vous choisissez un pays et/ou une région. L'Unité Population et données du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) procède à la mise à jour constante des informations utilisées par l'outil; il est important que l'utilisateur/utilisatrice télécharge de nouveau l'outil Excel à intervalles de quelques mois ou pour chaque nouvelle intervention pour faire en sorte d'obtenir les informations les plus récentes.

D'où proviennent les constantes mondiales et qui les actualise ?

Les constantes mondiales sont établies en fonction d'une évaluation des pays à revenu faible et intermédiaire, assurée par un groupe d'experts et/ou des moyennes issues de contextes humanitaires et de pays fragiles. Pour plus d'informations, veuillez contacter le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP.

Qui peut m'aider à utiliser l'outil ou répondre à mes questions ?

Le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP et le Service de la population et du développement du FNUAP ont organisé un webinaire sur l'utilisation de l'outil auquel qui est accessible via le site Internet du FNUAP.

En fonction du pays où vous intervenez, le conseiller régional du FNUAP en matière de questions humanitaires peut apporter une assistance pour l'utilisation de la calculatrice du DMU. Par ailleurs, n'hésitez pas à adresser un email à Humanitarian-SRHSupplies@unfpa.org pour obtenir une assistance de la part des collègues du Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP.

MISP calculator

| | |
|---|---|
| Information can be overwritten manually in all green fields | |
| No country specific data can be provided, if possible, provide site specific estimates, otherwise global constants are used | |
| No data available | - |

For more information on the functionality of the MISP calculator, please refer to the [Guidance note](#).

| | |
|---------------------|--------------------|
| Country | Syria |
| Region | Aleppo Governorate |
| Province | |
| Municipality | |
| Affected population | 500,000 |

| Basic statistics | Global constants (default) | Country data | Site specific data | Best available data |
|---|----------------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| Percentage of women of reproductive age (WRA) | 26% | 25% | | 25% |
| Percentage of adult population (18+) | 63% | 58% | | 58% |
| Percentage of young adolescent girls (10-14) | 5% | 6% | | 6% |
| Percentage of all adolescent girls (10-19) | 9% | 12% | | 12% |
| Percentage of adolescents (10-19) | 19% | 25% | | 25% |
| Percentage of adult men (18+) | 31% | 29% | | 29% |
| Crude birth rate (per 1,000 population) | 23.9 | 20 | | 20 |
| STI prevalence | 5% | 3% | | 3% |
| Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births) | - | 8.7 | | 8.7 |
| Maternal mortality ratio (deaths per 100,000 live births) | - | 68 | | 68 |

| Basic statistics | Estimates based on | Country estimates | Site specific estimates |
|---|--------------------|-------------------|-------------------------|
| Number of women of reproductive age (WRA) | 127,500 | 125,000 | - |
| Number of adult population (18+) | 313,150 | 287,885 | - |
| Number of young adolescent girls (10-14) | 24,350 | 30,000 | - |
| Number of all adolescent girls (10-19) | 47,150 | 60,000 | - |
| Number of adolescents (10-19) | 97,250 | 125,000 | - |
| Number of adult men (18+) | 157,350 | 145,000 | - |
| Number of live births in the next 12 months | 11,950 | 10,100 | - |
| Number of live births in the next month | 996 | 842 | - |
| Number of currently pregnant women | 8,963 | 7,575 | - |
| Number of adults living with an STI | 13,905 | 8,949 | - |

| Maternal and newborn health | Global constants (default) | Country data | Site specific data | Best available data |
|---|----------------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| Number of pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion (estimated as an additional percentage of live births) | 15% | | | 15% |
| Number of still births | 2% | | | 2% |
| Number of currently pregnant women who will experience complications | 15% | | | 15% |
| Number of newborns who will experience complications | 20% | | | 20% |
| Number of newborns weighing less than 2,500 g | 5% | - | | 5% |
| Number of currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center | 15% | | | 15% |
| Number of currently pregnant women delivering who will need suturing of vaginal tears | 15% | | | 15% |
| Number of deliveries requiring a C-section (Min/Max) | 5% | ## | | 5% 15% |
| Number of maternal deaths averted if MISP is fully implemented and all pregnant women have access to EmOC services | 100% | | | 100% |

| Access to Sexual and Reproductive Health | Global constants (default) | Country data | Site specific | Best available data |
|---|----------------------------|--------------|---------------|---------------------|
| Number of sexually active men in the population | 20% | | | 20% |
| Number of sexually active men who use condoms | 20% | | | 20% |
| Number of WRA who use modern contraceptives | 15% | 45% | | 45% |
| Number of WRA who use female condoms | 1% | - | | 9.0% |
| Number of WRA who use an implant | 3% | - | | 9% |
| Number of WRA who use combined oral contraceptive pills | 5% | - | | 13% |
| Number of WRA who use injectable contraception | 8% | - | | 25% |
| Number of WRA who use an IUD | 1% | - | | 2% |
| Number of people living with HIV | - | - | | - |
| Number of people living with HIV, receiving ART | - | - | | - |
| Number of people who will seek care for STI syndromes | 3% | | | 3% |
| Number of cases of sexual violence who will seek care | 2% | | | 2% |
| Status of abortion legislation | To save the woman's life | | | |
| Safe induced abortion rate | - | | 2% | 2% |

Sources
 United Nations Population Division - World Population Prospect: 2017 Revision
 UN Population Division - World Contraceptive Use 2018
 Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results
 UN AIDS - AIDS Info - 2018 Estimates
 United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 2018.
 Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNFPA, 2015
 Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws, 2019

| Best available estimates | Units |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 125,000 | Women of reproductive age |
| 287,885 | Adults |
| 30,000 | Young adolescent girls (10-14) |
| 60,000 | Adolescent girls (10-19) |
| 125,000 | Adolescents (10-19) |
| 145,000 | Adult men |
| 10,100 | Live births in the next 12 months |
| 842 | Live births in the next month |
| 7,575 | Currently pregnant women |
| 8,949 | Adults living with an STI |

| estimates | | Units |
|---------------|------------|--|
| next 3 months | next month | |
| 379 | 126 | Pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion |
| 58 | 19 | Stillbirths |
| 379 | 126 | Currently pregnant women who will experience complications |
| 505 | 168 | Newborns who will experience complications |
| 126 | 42 | Babies who will weigh less than 2,500 g at birth |
| 379 | 126 | Currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center |
| 379 | 126 | Currently pregnant women who will need suturing of vaginal tears |
| 126/379 | 260/779 | Deliveries requiring a C-section |
| 2 | 1 | Maternal deaths averted |

| Best available estimates | Units |
|--------------------------|---|
| 100,000 | Sexually active men |
| 20,000 | Sexually active men who use condoms |
| 56,000 | WRA who use modern contraceptives |
| 11,200 | WRA who use female condoms |
| 11,200 | WRA who use an implant |
| 16,800 | WRA who use combined oral contraceptive pills |
| 30,800 | WRA who use injectable contraception |
| 2,800 | WRA who use an IUD |
| - | People living with HIV |
| - | People living with HIV, receiving ART |
| 7,917 | People seeking care for STI syndromes |
| 2,500 | Number of cases of sexual violence who will seek care |
| Status of abortion | To save the woman's life |
| 2,750 | Abortions per 1,000 women of reproductive age |

ANNEXE D : EXEMPLE DE PROPOSITION DE PROJET

Cet exemple de proposition de projet est destiné aux ONG pour qu'elles les soumettent aux gouvernements, aux agences des Nations Unies comme le FNUAP et le HCR ainsi qu'à d'autres bailleurs de fonds.

| | |
|---|--|
| TITRE DU PROJET | Mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) |
| ORGANISATION | [Description de l'organisation et de son travail, y compris les activités de SSR, dans la région] |
| BRÈVE PRÉSENTATION, MOTIF DU PROJET ET PROBLÈME À RÉSOUDRE | <p>Le DMU pour la SSR sauvera des vies s'il est mis en œuvre au début d'une situation d'urgence. Quand on néglige les besoins en SSR pendant les situations de crise humanitaire, cela a de graves répercussions y compris la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables; les conséquences évitables de la grossesse non désirée comme l'avortement à risques; et les cas et les conséquences évitables de violence sexuelle comme les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission accrue du VIH, ainsi que les problèmes persistants de santé mentale y compris la dépression.</p> <p>Le DMU pour la SSR est un ensemble d'activités prioritaires ayant pour but de prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes ; prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST ; prévenir la surmortalité et surmortalité maternelles et néonatales ; prévenir les grossesses non désirées et planifier des services complets de SSR intégrés dans les soins de santé primaires. L'autre activité prioritaire du DMU pour la SSR consiste à veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient dispensés dans les limites prévues par la loi.</p> <p>Le DMU pour la SSR peut être mis en œuvre sans un recensement approfondi des besoins car les données probantes documentées justifient déjà son utilisation et ce dispositif incarne les services de SSR minimums à fournir durant les situations d'urgence. Les composantes du DMU pour la SSR constituent une exigence minimale car des services complets de SSR sont censés être assurés dès que la situation le permet. Les activités prioritaires du DMU pour la SSR figurent dans l'édition 2018 du Manuel Sphère dans le cadre des normes sur la SSR : « Norme 2.3.1 Soins de santé reproductive maternelle et néonatale », « Norme 2.3.2 Violence sexuelle et prise en charge clinique du viol, » et « Norme 2.3.3 VIH. »*</p> <p>Une agence cheffe de file en matière de SSR et un/une coordinateur/coordinatrice SSR désigné sont essentiels pour assurer les activités de coordination du DMU pour la SSR au sein du secteur/cluster santé. Sous l'égide de la coordination générale de la santé, le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit être le point focal des services de SSR et il doit apporter une assistance technique sur la SSR. Il doit prendre contact avec les autorités nationales et régionales du pays d'accueil ; être en rapport avec d'autres secteurs pour garantir une approche multisectorielle de la SSR ; identifier les protocoles standards pour la SSR qui sont totalement intégrés dans les soins de santé primaires, de même que des formulaires simples pour le suivi des activités de SSR ; et rendre régulièrement compte au secteur/cluster santé.</p> <p>[Insérer une brève présentation de la situation d'urgence.]</p> |

OBJECTIFS

1. Identifier l'agence cheffe de file en matière de SSR et les personnes pour faciliter la coordination et la mise en œuvre du DMU pour la SSR.
2. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes.
3. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST.
4. Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales.
5. Prévenir les grossesses non désirées.
6. Planifier l'intégration des services complets de SSR dans les soins de santé primaire dès que possible.

Autre priorité : Il est aussi important d'assurer les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi.

ACTIVITÉS

Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation pour conduire la mise en œuvre du DMU pour la SSR. L'agence cheffe de file de la SSR :

- ▶ nomme un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour apporter un appui technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé
- ▶ accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée pour assurer la mise en œuvre du DMU pour la SSR
- ▶ rend compte au secteur/cluster santé, au secteur/groupe de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU
- ▶ assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants, en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH
- ▶ partage des informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- ▶ fait en sorte que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de SSR

Prévenir la prévention de la violence sexuelle et **répondre** aux besoins des victimes :

- ▶ Travailler avec d'autres clusters, surtout le groupe de travail sur la VBG, pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts notamment les établissements de santé pour protéger les populations touchées en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle
- ▶ Mettre à la disposition des victimes de violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien
- ▶ Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés

Prévenir la transmission et **réduire** la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST :

- ▶ Mettre en place des transfusions sanguines sécurisées et rationnelles
- ▶ Assurer l'application de précautions standards
- ▶ Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et le cas échéant, (par ex., déjà utilisés par la population), assurer la mise à disposition de préservatifs féminins
- ▶ Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme de thérapie antirétrovirale, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

- ▶ Dispenser la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- ▶ Soutenir la mise à disposition de la prophylaxie au co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patients qui s'avèrent être séropositifs ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- ▶ Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST dans les établissements de santé

Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales :

- ▶ Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement hygiénique et sans risques, de soins néonataux essentiels et des soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - Au niveau des hôpitaux de référence: Personnel médical qualifié et des fournitures pour la mise à disposition de soins obstétriques et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - Au niveau des établissements de santé: Les accoucheurs qualifiés et les fournitures destinées aux accouchements vaginaux non compliqués et la prestation de soins obstétriques et néonataux de base (SONUB)
 - Par les établissements de santé; les kits d'accouchements hygiéniques doivent être fournis aux femmes visiblement enceintes et aux accoucheuses afin de promouvoir les accouchements au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible
- ▶ Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital
- ▶ Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les centres de santé et les hôpitaux et
- ▶ Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour des accouchements hygiéniques et des soins néonataux immédiats dans le cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable

Prévenir les grossesses non désirées :

- ▶ Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins [lorsqu'ils sont déjà utilisés] et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- ▶ Fournir des informations notamment les supports d'information, d'éducation et de communication existants et prodiguer des conseils en matière de contraception qui privilégient le choix et le consentement informé, l'efficacité, le respect de l'intimité et de la confidentialité à l'égard des clients, l'équité et la non-discrimination
- ▶ Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Planifier des services complets de SSR, intégrés dans les soins de santé primaires dès que possible. **Collaborer** avec les partenaires du secteur/cluster santé pour aborder les six éléments constitutifs du système de santé : la prestation de service, le personnel de santé, le système d'informations sanitaires, les produits médicaux, le financement ainsi que la gouvernance et le leadership.

Autre priorité : Veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet :

- ▶ Remplir régulièrement la liste de contrôle du DMU pour la SSR qui figure dans le *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* pour toutes les zones où le projet est mis en œuvre.

Collecter ou faire une estimation des données démographiques de base; la population totale; le nombre de femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans, estimé à 25 % de la population) ; le nombre d'hommes sexuellement actifs (estimé à 20 % de la population) ; le taux brut de natalité (estimé à 4 % de la population) ; le taux de mortalité spécifique à un âge (y compris les morts néonatales 0-28 jours) ; et la taux de mortalité spécifique à un sexe.

INDICATEURS

1. Pourcentage d'établissements de santé dotés de mesures de sécurité (latrines séparées pour les hommes et pour les femmes pouvant être verrouillées de l'intérieur; éclairage autour de l'établissement de santé ; système pour contrôler qui entre ou quitte l'établissement, c'est-à-dire les agents de sécurité ou d'accueil)
2. Pourcentage d'établissements de santé assurant la prise en charge cliniques des victimes de violence sexuelle : (Nombre d'établissements de santé offrant des soins/tous les établissements de santé) x 100
3. Pourcentage des victimes de violence sexuelle éligibles qui reçoivent la PPE dans les 72 heures suivant un incident : (nombre de victimes éligibles qui bénéficient d'une PPE dans les 72 heures suivant un incident/nombre total de victimes éligibles pour la PPE) x 100
4. Couverture des fournitures pour les précautions standards qui est définie comme le pourcentage des sites de prestation de services de santé dotés de fournitures suffisantes pour veiller à ce que les précautions standards puissent être appliquées : (nombre de points de prestation de service de santé dotés de fournitures pour appliquer les précautions standards/nombre de points de prestation de service de santé) x 100
5. Couverture des tests rapides du VIH pour la transfusion de sang sécurisée, qui est définie comme le pourcentage des hôpitaux de référence qui sont dotés de tests rapides du VIH pour veiller à ce que le sang destiné à la transfusion soit dépisté : (nombre d'hôpitaux avec suffisamment de tests rapides du VIH pour dépister le sang destiné à la transfusion/nombre total d'hôpitaux) x 100
6. Taux de distribution des préservatifs qui est défini comme le taux de distribution des préservatifs au sein de la population : nombre de préservatifs masculins distribués/population totale/mois
7. Besoins de SONU satisfaits définis comme la part de femmes subissant des complications obstétriques directes importantes qui sont prises en charge dans les établissements de SONU : (nombre de complications obstétriques [hémorragie antepartum, hémorragie postpartum, travail dystocique, pré-éclampsie, éclampsie ou septicémie puerpérale] prises en charge par un établissement de SONU/ nombre d'accouchements attendu) x 100
8. Couverture des kits d'accouchements hygiéniques définie comme la part des distributions des kits d'accouchement hygiénique parmi les femmes enceintes au cours du 3^e trimestre de grossesse : (nombre de kits d'accouchement hygiénique distribués/estimation du nombre de femmes enceintes) x 100
9. Pourcentage des établissements de santé dispensant des méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles en mesure de répondre à la demande

| | |
|-----------------------------|---|
| | 10. Pourcentage d'établissements de santé dispensant un traitement syndromique des IST disponibles dans les établissements de santé |
| BÉNÉFICIAIRES CIBLÉS | (Nombre total de) personnes touchées par une crise, dont (xx) sont des femmes de 15–49 ans. |
| DURÉE DU PROJET : | Six mois à un an. |

* *Le Manuel Sphere 2018*, <https://www.spherestandards.org/handbook/>.

ANNEXE E : FICHE DE PLAIDOYER SUR LE DMU POUR LA SSR

Qu'est-ce que Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) et pourquoi est-il important ?

1. Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les situations de crises est un ensemble d'activités prioritaires qui sont mises en œuvre au début d'une crise humanitaire. Il constitue le point de départ de la programmation en SSR en situations d'urgence humanitaire et doit être maintenu et exploité avec les services complets de SSR pendant les crises prolongées et la phase de rétablissement.
2. Deux tiers des morts maternelles évitables et 45 % des morts néonatales ont lieu dans des pays touchés par un conflit récent, une catastrophe naturelle ou les deux¹⁴¹.
3. Le DMU pour la SSR sauve les vies et prévient les maladies, le handicap et la mort. En tant que tel, le DMU pour la SSR remplit les critères de sauvetage du Fonds central d'intervention d'urgence.
4. Si on néglige les besoins en SSR en situations de crise humanitaire, cela a de graves répercussions comme la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales évitables; les conséquences évitables de la grossesse non désirée comme l'avortement à risques; et les cas et les conséquences évitables de violence sexuelle comme les grossesses non désirées, la contamination accrue par les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission accrue du VIH, ainsi que les problèmes persistants de santé mentale y compris la dépression.
5. Les services prioritaires vitaux de SSR figurant dans le DMU pour la SSR sont intégrés dans les standards minimums de l'intervention humanitaire du projet Sphere¹⁴².
6. Le Groupe de responsabilité sectorielle Santé approuve le DMU pour la SSR en tant que standard minimum de la prestation de service de santé dans les situations d'urgence, tels qu'indiqués dans le Guide pratique du groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations¹⁴³.
7. Les législations internationales appuient la mise en œuvre rapide et sans entrave du DMU pour la SSR par les acteurs humanitaires¹⁴⁴. Les services de SSR sont également essentiels à l'application des résolutions du Conseil de sécurité des Nations Unies 1325, 1820, 1888 et 1889 sur les femmes, la paix et la sécurité.
8. Outre la santé, les activités relevant du DMU pour la SSR doivent être mises en œuvre en coordination d'autres secteurs/clusters y compris la protection; la logistique; l'eau, l'assainissement et l'hygiène; et le rétablissement rapide.
9. À mesure que les acteurs humanitaires se familiarisent avec les activités prioritaires du DMU pour la SSR, ils reconnaissent que ce dispositif peut et doit être appliqué dans le cadre d'autres actions prioritaires cruciales telles que l'eau, la nourriture, le combustible de cuisson, et l'hébergement d'urgence.

141 Zeid, et al., « For Every Woman, Every Child, Everywhere. »

142 *The Sphere Handbook*.

143 *Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national*.

144 Convention de Genève (IV) relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre (Genève, 12 août 1949) ; Convention de Genève (III) relative au traitement des prisonniers de guerre, article 3 (Genève, 12 août 1949) ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, article 6 (Assemblée générale de l'ONU, 16 décembre 1966) ; Convention de Genève (IV) relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, articles 23, 55, 59 et 60 (Genève, 12 août 1949) ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I), article 70 (8 juin 1977) ; Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux (Protocole II), articles 9-11 (8 juin 1977) ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Assemblée générale de l'ONU, 1979) ; et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Assemblée générale de l'ONU, 16 décembre 1966)

ANNEXE F : SYNTHÈSE DU DMU POUR LA SSR

OBJECTIF 2 : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES :

- Travailler avec d'autres clusters, plus précisément avec le sous-groupe de travail sur la protection ou la violence basée sur le genre pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle
- Mettre à la disposition des victimes de la violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien
- Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés



OBJECTIF 3 : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET RÉDUIRE LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ EN RAISON DU VIH ET D'AUTRES IST :

- Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité
- Assurer l'application des précautions standards
- Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population) assurer la mise à disposition de préservatifs féminins
- Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTME
- Proposer la PPE aux victimes de violence sexuelle et aux agents concernés par l'exposition professionnelle
- Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST



OBJECTIF 1 : VEILLER À CE QUE LE SECTEUR/CLUSTER SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR ASSURER LA MISE EN ŒUVRE DU DMU. L'AGENCE CHEFFE DE FILE EN MATIÈRE DE SSR :

- Nomme un/une coordonnateur/coordinatrice SSR pour apporter un soutien technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé
- Accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU
- Rend compte au pôle de santé, au sous-groupe de travail sur la VBG, et/ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU
- Assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH
- Partage les informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- Veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de santé reproductive

BUT

PRÉVENIR LA MORTALITÉ, LA MORBIDITÉ ET LE HANDICAP CHEZ LES POPULATIONS TOUCHÉES PAR UNE CRISE

OBJECTIF 6 : PLANIFIER L'INTÉGRATION DES SERVICES COMPLETS DE SSR DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DÈS QUE POSSIBLE. COLLABORER AVEC LES PARTENAIRES DU SECTEUR/CLUSTER SANTÉ POUR ABORDER LES SIX ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ :

- La prestation de service
- Le personnel de santé
- Le système d'informations sanitaires
- Les produits médicaux
- Le financement
- La gouvernance et le leadership

OBJECTIF 5 : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES :

- Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles (y compris les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence) dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication (IEC), et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix informé, l'efficacité et privilègent le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination
- Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes



Autre priorité : Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.



OBJECTIF 4 : PRÉVENIR LA SURMORTALITÉ ET LA SURMORBIDITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES :

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - Au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - Au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)
 - Au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU ainsi que l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible
- Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital
- Assurer la disponibilité des soins après avortement dans les centres de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable



Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un ensemble de services et d'activités de SSR vitaux qu'il faut mettre en œuvre au début de chaque urgence humanitaire pour prévenir la surmortalité et la surmortalité liées à la santé sexuelle et reproductive. Toutes les activités de prestation de service relevant du DMU doivent être mises en œuvre simultanément par le biais d'actions coordonnées avec tous les partenaires concernés.

Le DMU représente le point de départ de la programmation en SSR et la qualité des soins respectueux doit être garantie dès le début. Il convient de souligner que les composantes du DMU constituent une condition minimale et devraient être mises en œuvre en toute circonstance. Ces services doivent être maintenus et exploités dès que possible (idéalement 3-6 mois) avec les services complets et les fournitures de SSR pendant les crises prolongées et le rétablissement.

Principes fondamentaux des programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire

- Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux avec les personnes qui bénéficient de soins, les prestataires, ainsi que les partenaires locaux et internationaux
- Garantir l'égalité en répondant aux divers besoins des personnes en matière de santé sexuelle et reproductive et veiller à ce que les services et les fournitures soient abordables ou gratuits, accessibles à tous et de haute qualité
- Veiller à la participation efficace et significative des personnes concernées et des soins axés sur les personnes, qui reconnaissent le pouvoir de décision autonome et le choix des patients en matière de services et de produits
- Garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité pour tous et traiter les personnes avec dignité et respect
- Promouvoir l'équité vis-à-vis de l'âge, du sexe, du genre et de l'identité de genre, du statut matrimonial, de l'orientation sexuelle, du lieu (par ex. rural/urbain), du handicap, de la race, de la couleur de peau, de la langue, de la religion, des opinions politiques ou autres, des origines nationales, ethniques ou sociales, de la propriété, de la naissance ou d'autres caractéristiques
- Reconnaître et aborder les dynamiques de genre et de pouvoir dans les établissements de soins pour veiller à ce que les personnes ne soient pas victimes de coercition, de discrimination ou de violences/de mauvais traitements/d'irrespect lorsqu'elles bénéficient ou dispensent des soins
- Mobiliser la communauté, y compris les populations souvent marginalisées comme les adolescents, lors de la sensibilisation communautaire pour informer la communauté de la disponibilité et de la localisation des services et produits du DMU
- Assurer le suivi des services et des fournitures, et partager les informations et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins

Niveau communautaire/poste de santé : Les kits du niveau communautaire/postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins de SSR à l'échelon communautaire. Chaque kit est censé répondre aux besoins de 10 000 personnes sur une période de 3 mois. Les kits contiennent principalement des médicaments et des éléments jetables.

| NUMERO DU KIT DE SR | NOM DU KIT DE SR | CODE COULEUR |
|---------------------|---|--------------|
| Kit 1A | Préservatifs masculins | Rouge |
| Kit 2 | Accouchement hygiénique (A et B) | Bleu foncé |
| Kit 3 | Traitement post-viol | Rose |
| Kit 4 | Contraceptifs oraux et injectables | Blanc |
| Kit 5 | Traitement des infections sexuellement transmissibles | Turquoise |

Niveau des établissements de soins de santé primaire (SONUB) : Les kits des établissements de soins de santé primaires (SONUB) contiennent des éléments à la fois jetables et réutilisables pour les prestataires formés ayant des compétences dans la pratique de sage-femme et dans le domaine obstétrique et néonatal au niveau des centres de santé ou des hôpitaux. Ces kits sont censés être utilisés pour une population de 30 000 personnes sur une période de 3 mois. Ces kits peuvent être commandés pour une population de moins de 30 000 personnes. Dans ce cas-là, les fournitures dureront plus longtemps.

| NUMERO DU KIT DE SR | NOM DU KIT DE SR | CODE COULEUR |
|---------------------|---|--------------|
| Kit 6 | Kit d'accouchement clinique (A et B) | Marron |
| Kit 8 | Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou à un avortement | Jaune |
| Kit 9 | Suture des déchirures (col de l'utérus et vagin) et examen vaginal | Violet |
| Kit 10 | Accouchement avec extraction par ventouse | Gris |

Niveau des hôpitaux de référence (SONUC) : Les kits des hôpitaux de référence (SONUC) contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour fournir des soins obstétriques et néonataux d'urgence complets au niveau de référence (chirurgie obstétrique). En situations de crise humanitaire grave, les patientes des populations concernées sont orientées vers l'hôpital le plus proche qui peut avoir besoin d'un appui en termes d'équipements et de fournitures pour être en mesure de fournir les services nécessaires afin de gérer cette nouvelle charge de travail. On estime à 150 000 le nombre de personnes couvertes par un hôpital de cet échelon. Les fournitures de ces kits couvriraient cette population sur une période de 3 mois.

| NUMERO DU KIT DE SR | NOM DU KIT DE SR | CODE COULEUR |
|---------------------|--|------------------|
| Kit 11 | Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A et B) | Vert fluorescent |
| Kit 12 | Transfusion sanguine | Vert foncé |

NOTE: Les kits de santé reproductive sont classés selon les trois niveaux de prestation de service. Les kits sont censés être utilisés pendant 3 mois pour la taille de la population ciblée. Des produits complémentaires peuvent être commandés en fonction des facteurs favorables et des capacités des prestataires. Ces kits n'étant pas spécifiques à un contexte ou complets, les organisations ne doivent pas dépendre uniquement des kits de SR et ils doivent planifier l'intégration de l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leur système d'approvisionnement sanitaire de routine dès que possible. Bien que cela ne garantisse pas la durabilité des fournitures, cela permettra en revanche de faciliter la transition des services du DMU vers la SSR complète.

* Le nouveau système de kit sera disponible fin 2019

| NIVEAU | COMPLÉMENTS | ÉLÉMENT |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Coordination | Tous les kits | Kit 0 – Administration et formation |
| Communautaire/poste de santé - SONUB | Kit 1 | Kit 1B - Préservatifs féminins |
| | Kit 2A | Gel de chlorexidine |
| | Kit 2B | Misoprostol (complète aussi les kits 6B et 8) |
| | Kit 4 | Acétate de méthoxyprogestérone - sous-cutané (DMPA-SC) |
| Centre de santé ou hôpitaux - SONUC | Kit 4 | Kit 7A - Dispositif intrautérin (DIU) |
| | Kit 4 | Kit 7B - Implant contraceptif |
| | Kit 6A | Vêtement non-pneumatique et anti-choc |
| | Kit 6B | Ocytocine |
| | Kit 8 | Mifépristone |
| | Kit 10 | Système de ventouse manuelle d'accouchement |

Les produits complémentaires sont un ensemble d'éléments jetables et consommables et/ou des kits qui peuvent être commandés dans des circonstances particulières, pour compléter les kits de SR:

- lorsque les prestataires sont formés à l'utilisation de cette fourniture spécifique ;
- lorsque les fournitures sont acceptées et utilisées avant la situation d'urgence ;
- après la première commande rapide de fournitures de SSR lors de crises prolongées ou après une situation d'urgence, pendant que tous les efforts sont déployés pour renforcer ou mettre en place des canaux locaux et durables d'approvisionnement en produits médicaux, (y compris les canaux locaux et régionaux d'approvisionnement) ; et,
- quand l'utilisation des fournitures est autorisée, dans les limites prévues par la législation nationale

Les informations sur les kits de SR ou l'aide pour la commande peuvent être fournies par les bureaux locaux du FNUAP ou le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP à Genève. Les kits de SR peuvent être commandés auprès du service des achats de Copenhague soit par l'intermédiaire d'un bureau local du FNUAP ou du Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP ; vous pouvez également contacter le/la coordinateur/coordinatrice du groupe de travail/sous-secteur pour faciliter un approvisionnement coordonné des kits de SR.

Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP

FNUAP
Attn: Service des situations humanitaires et fragiles
Palais des Nations
Avenue de la paix 8-14
1211, Genève 10, Suisse

Email: Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Service des achats du FNUAP

Service des achats du FNUAP
Marmovej 51
2100 Copenhagen, Denmark

Email: procurement@unfpa.org
Site Internet: unfpaprocurement.org

Avant de passer une commande, discuter avec le groupe de coordination SSR et/ou le bureau local du FNUAP pour savoir ce qui a déjà été commandé et si les commandes peuvent être cumulées.

ANNEXE G : LISTE DE CONTRÔLE DES SERVICES ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS

Cette liste de contrôle des services de SSR adaptés aux adolescents est tirée de la *Boîte à outils pour la SSR des adolescents en situations de crise humanitaire* conçue par Save the Children et le FNUAP.

| Caractéristiques | Oui | Non | Suggestion d'amélioration possible |
|--|-----|-----|------------------------------------|
| Caractéristiques des établissements de santé | | | |
| 1. L'établissement est-il situé près d'un lieu où les adolescents et les adolescentes se réunissent (par ex., centre de jeunes, école, marché) ? | | | |
| 2. L'établissement est-il ouvert à des horaires qui sont pratiques pour les adolescents et les adolescentes, en particulier, le soir ou le week-end ? | | | |
| 3. Des horaires d'ouverture spécifiques du centre de santé ont-ils été fixés pour les adolescents ? | | | |
| 4. Les clients sans rendez-vous sont-ils les bienvenus ? | | | |
| 5. Les services de SSR sont-ils dispensés gratuitement ou à un tarif abordable pour les adolescents ? | | | |
| 6. Les temps d'attente sont-ils courts ? | | | |
| 7. Si les adultes comme les adolescents sont soignés dans l'établissement, y a-t-il une entrée séparée, discrète pour les adolescents pour veiller au respect de leur vie privée ? | | | |
| 8. Les salles réservées aux conseils et aux soins permettent-elles de respecter l'intimité (visuelle ou auditive) ? | | | |
| 9. Existe-t-il un code de conduite pour le personnel de l'établissement de santé ? | | | |
| 10. Existe-t-il un mécanisme transparent, confidentiel pour permettre aux adolescents de soumettre des plaintes, des commentaires ou d'autres mécanismes de responsabilisation pour les services de SSR dans l'établissement ? | | | |
| 11. Le centre de santé est-il accessible aux personnes handicapées ? | | | |
| 12. Les services de SSR destinés aux garçons et aux jeunes hommes sont-ils dispensés à des endroits qui les accueillent ? | | | |
| Caractéristiques du prestataire | | | |
| 1. Les prestataires ont-ils été formés pour fournir des services de santé adaptés aux adolescents qui reposent sur des attitudes neutres, l'empathie, l'écoute active, et les conseils adaptés à l'âge ? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 2. Tous les membres du personnel ont-ils bénéficié d'une orientation sur la prestation de services adaptés aux jeunes (par ex. les réceptionnistes, les agents de sécurité, les agents de santé communautaire, les agents d'entretien) ? | | | |
| 3. Les membres du personnel font-ils preuve de respect à l'égard des adolescents et de leur choix ? | | | |
| 4. Les prestataires respectent-ils la vie privée et la confidentialité ? | | | |
| 5. Les prestataires prévoient-ils suffisamment de temps pour l'interaction client-prestataire ? | | | |
| 6. Les éducateurs de pairs ou conseillers de pairs sont-ils disponibles ? | | | |
| 7. Les prestataires abordent-ils chaque adolescent comme un individu ayant des besoins et des préoccupations différents ? | | | |
| 8. Des prestataires masculins et féminins sont-ils disponibles (si possible) ? | | | |
| Caractéristiques du programme | | | |
| 1. Les adolescentes et adolescents jouent-elles/ils un rôle dans le fonctionnement de l'établissement de santé ? | | | |
| 2. Les adolescents sont-ils impliqués dans le suivi de la qualité de la prestation de services de SSR ? | | | |
| 3. Les adolescents peuvent-ils se présenter dans l'établissement sans le consentement de leurs parents ou de leurs conjoints ? | | | |
| 4. Un vaste éventail de services de SSR est-il accessible (contraception, traitement et prévention des IST, conseils et dépistage du VIH, soins prénataux et postnatals, soins obstétriques) ? | | | |
| 5. Existe-t-il des directives écrites pour la prestation de services destinés aux adolescents ? | | | |
| 6. Des préservatifs sont-ils disponibles pour les jeunes hommes et les jeunes femmes à des endroits discrets ? | | | |
| 7. Les supports éducatifs, les affiches sur la SSR ou d'autres outils/supports d'information, d'éducation et de communication, présents sur le site ont-ils pour but de cibler les adolescents ? | | | |
| 8. Des supports d'orientation vers des établissements compétents sont-ils en place pour les urgences médicales, la santé mentale et le soutien psychosocial, les programmes de protection des enfants, d'éducation, de nutrition, d'aide sociale, etc. ? | | | |
| 9. Des mécanismes sont-ils en place pour permettre aux adolescents d'accéder aux informations et aux produits de SSR aux points de prestations de service autres que l'établissement de santé ? | | | |
| 10. Des indicateurs spécifiques aux adolescents font-ils l'objet d'un suivi régulier (par ex., le nombre de clients adolescents, ventilé par âge et par sexe) ? | | | |

ANNEXE H : RÉPONSES AUX QUIZ

Réponses au quiz de la Session 2 : Coordination du DMU pour la SSR

1. Faux

L'agence cheffe de file en matière de SSR doit affecter un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour un minimum de trois à six mois.

2. b

Le recensement des services de SSR existants doit être effectué en partenariat avec les mécanismes de coordination de la santé, de la VBG et du VIH.

3. e

Il est important que toutes les parties prenantes, notamment les représentants des communautés touchées, les ONG, les organisations de la société civile et le/la coordinateur/coordinatrice VBG participent aux réunions du groupe de travail sur la SSR.

4. d

Pour garantir une coordination réussie de la SSR, des réunions doivent avoir lieu à des endroits qui soient pratiques pour toutes les parties prenantes et elles doivent se tenir chaque semaine ou deux fois par semaine au début d'une situation d'urgence humanitaire.

5. Vrai

La liste de contrôle du DMU pour la SSR peut être utilisée pour assurer le suivi des composantes du DMU.

Réponses au quiz de la Session 3 : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes

1. Faux

Il faut donner la priorité aux droits, aux besoins et aux souhaits d'une victime et les respecter. Le traitement et les médicaments peuvent être fournis sans examen.

2. d

Les soins cliniques destinés aux victimes de violence sexuelle comprennent les antécédents et les examens, la communication de soutien, le traitement présomptif des IST, la CU dès que possible et dans les 120 heures suivant le viol, ainsi que les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation en vue de soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi. Ils comprennent également la PPE dans les 72 heures suivant l'exposition. Les tests de grossesse ne sont pas requis pour fournir une CU ou la PPE.

3. Faux

Les victimes masculines sont moins susceptibles de signaler un incident en raison de la honte, de la criminalisation des relations sexuelles homosexuelles, des attitudes négatives ou méprisantes des prestataires et du manque de reconnaissance concernant l'ampleur du problème. Les victimes masculines souffrent de traumatismes physiques et psychologiques semblables à ceux des victimes féminines et ils doivent avoir accès à des services confidentiels, respectueux et non-discriminatoires qui fournissent des soins complets.

4. Vrai

Les auteurs d'actes de violence sexuelle sont souvent des partenaires ou d'autres personnes connues de la victime.

5. c

Si vous soupçonnez un membre du personnel de violer les principes fondamentaux de la protection contre l'exploitation et la violence sexuelle, vous devez le signaler à votre superviseur ou point focal en charge de la protection contre l'exploitation et la violence sexuelle.

Réponses au quiz de la Session 4 : Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et à d'autres IST

1. Faux

La prise en charge syndromique des IST est un protocole de traitement standardisé fondé sur les syndromes (symptômes des patients et signes cliniques) qui permettent de prendre des décisions concernant le traitement lors d'une seule visite.

2. a, b, c, d

Le rôle de l'agent de santé est de garantir la confidentialité et la mise à disposition de préservatifs, du co-trimoxazole (conformément aux recommandations) et d'antirétroviraux quand une personne touchée par une crise se présente pour bénéficier d'un traitement permanent en antirétroviraux.

3. e

La manipulation par précaution des objets tranchants, le port de vêtements de protection, l'élimination

de déchets et le lavage fréquent des mains sont des exigences minimales pour la prévention des infections.

4. **e**

Les préservatifs peuvent être mis à disposition dans les établissements de santé, les points de distribution de nourriture et non-alimentaire, les latrines, et les bars ou les cafés populaires dans les zones urbaines.

5. **Vrai**

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR ne doit pas prendre la responsabilité de l'achat d'antirétroviraux. Il incombe au/à la coordinateur/coordinatrice VIH (s'il y en a un/une) ou au/à la représentant/représentante national/nationale en charge du VIH d'appuyer le secteur/ cluster santé pour garantir un stock suffisant d'antirétroviraux.

Réponses au quiz de la Session 5 : Prévenir la sur morbidité et la surmortalité néonatales et maternelles

1. **c**

L'aide alimentaire inclut la promotion du contact peau à peau, le soutien à l'allaitement immédiat et exclusif, et le fait de ne pas jeter le colostrum (ou premier lait).

2. **d**

Les services de SONUB doivent être accessibles au niveau des établissements de santé, et les services de SONUC doivent être accessibles au niveau des hôpitaux de référence.

3. **Vrai**

Les nouveau-nés doivent être orientés vers un établissement de santé en cas d'activité limitée ou d'absence de mouvement spontané.

4. **Faux**

Si une femme se présente pour des soins après avortement, l'agent de santé qualifié doit avant toute chose procéder à une évaluation rapide initiale. Si une femme présente des signes et des symptômes de choc ou souffre de saignements vaginaux importants, elle doit être stabilisée immédiatement.

5. **a, b, c**

Le/la coordinateur/coordinatrice SSR doit travailler avec le secteur/cluster santé, les communautés et les autorités du pays d'accueil pour établir un système d'orientation efficace vers les établissements compétents au début d'une crise humanitaire.

Réponses au quiz de la Session 6 : Prévenir les grossesses non désirées

1. a, b, c

Les méthodes utilisées par la population cible avant la crise; les méthodes enregistrées dans le pays; et les possibilités de migration lorsque le retrait de méthodes à longue durée d'action n'est pas possible.

2. Faux

Les services de contraception doivent être accessibles à toutes les populations touchées par une crise, y compris les adolescents, les femmes et les hommes non mariés ou mariés, les travailleurs/travailleuses du sexe et leurs client(e)s, les personnes LGBTQIA, les ex-combattants, le personnel en uniforme et les consommateurs de drogues injectables.

3. c

Il est vrai que la CU ne causera pas de dommages à une grossesse existante, que la CU doit être prise dans les 120 heures, qu'elle est plus efficace quand elle est prise plus tôt, et que le dosage correct de pilules contraceptives orales peut être utilisé lorsque les pilules de CU ne sont pas disponibles. Il est faux de dire que les adolescentes ne peuvent pas prendre de CU.

4. a, b, c

Il faut insister sur la confidentialité, le respect de la vie privée et le choix informé pour garantir la qualité des soins lors de la mise à disposition d'une contraception.

5. a, b, d, e

Des informations sur l'efficacité de la méthode, les effets secondaires courants des méthodes contraceptives, le fonctionnement de la méthode, et la protection contre les IST doivent être fournies à l'ensemble des clientes durant les conseils en matière de contraception.

Réponses au quiz de la Session 7 : Planifier des services SSR complets, intégrés dans les soins de santé primaires dès que possible

1. e

Le système d'informations sanitaires, le personnel de santé, la prestation de service, les produits médicaux, les finances, ainsi que la gouvernance et le leadership sont les six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS.

2. Vrai

Pour assurer un accès permanent à des soins complets et abordables de SSR, les mécanismes de

financement de long-terme doivent être envisagés dès l'intervention d'urgence.

3. **c**

Lors du choix d'un site pour dispenser des services de SSR complets, il est préférable de les intégrer à d'autres services plutôt qu'à un service autonome.

4. **Faux**

Lors de la transition vers des services de SSR complets, s'abstenir de commander des kits de SR pré-conditionnés en continu, pour éviter des frais et gaspillages. La commande de fournitures de SSR, en fonction de la demande, garantira la viabilité du programme de SSR et évitera les pénuries de fournitures spécifiques ainsi que le gaspillage de celles qui ne sont généralement pas utilisées dans ce contexte.

5. **b**

Pour aller au-delà du DMU et commencer à planifier l'offre de services de SSR complets, les responsables de programme SSR doivent recueillir, en étroite collaboration avec les partenaires du secteur/cluster santé les informations existantes ou les données de prévision, y compris les indicateurs de service du DMU pour la SSR.

Réponses au quiz de la Session 8 : Autres priorités en matière de SSR pour le DMU

1. **d**

Les médecins et infirmières peuvent fournir des soins liés à l'avortement sans risques de première ligne, avec l'aspiration manuelle intra-utérine et des médicaments lorsqu'ils sont formés et soutenus correctement.

2. **e**

La prestation de soins liés à l'avortement sans risques par l'intermédiaire d'établissements de santé pourvus en prestataires volontaires, offrant un appui technique et des ressources aux personnel médical qualifié qui dispense déjà des services liés à l'avortement, transmet des informations et distribue des produits pour l'avortement médicamenteux sans risques, ainsi que l'identification et l'orientation des femmes vers des prestataires et des organisations dotés des capacités requises, permettent de faciliter les soins liés à l'avortement sans risques dans les limites prévues par la loi.

3. **Vrai**

Le coût des soins, la crainte de répercussions négatives et la stigmatisation constituent des obstacles aux soins liés à l'avortement sans risques pour les jeunes femmes.

4. **Vrai**

Les soins liés à l'avortement sans risques sont autorisés dans un ou plusieurs cas dans la majorité des pays

5. **e**

Les soins liés à l'avortement sans risques doivent être prioritaires dans le cadre du DMU pour la SSR en tant que composante clinique des soins pour les victimes de violence sexuelle et en tant qu'autre priorité du DMU.

Réponses au quiz sur la Session 9 : Commander les kits de SR

1. **a, b, c**

Une organisation doit commander des produits complémentaires lorsque les prestataires ou la population sont formés à l'utilisation du produit, lorsque les produits ont été acceptés et utilisés avant l'urgence. Le produit est autorisé dans les limites prévues par la législation nationale et il est inscrit sur la liste nationale des médicaments.

2. **a**

Les kits de SR contiennent une quantité suffisante pour une période de trois mois.

3. **b, c, d**

Les soins de santé primaires, l'hôpital de référence, la communauté/poste de santé sont les différents niveaux de soins auxquels les kits de SR sont destinés.

4. **c**

Le FNUAP gère les kits de SR.

5. **a, b, c, e**

Les informations requises pour commander les kits de SR comprennent les coordonnées détaillées, les informations relatives à la livraison et au financement, les informations sur le type de contexte et la taille de la population ciblée, le lieu d'utilisation des kits et l'organisation qui gèrera la distribution des kits, ainsi que le nombre de centres de santé et d'hôpitaux de référence.

Pour commander des copies

Le module de formation sur le DMU pour la SSR est accessible sur le site Internet du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (www.iawg.net) et sur le site Internet de la Women's Refugee Commission (www.womensrefugeecommission.org).

Des copies imprimées peuvent être commandées en envoyant un email à info@wrcommission.org ou info.iawg@wrcommission.org.

Contactez-nous

Women's Refugee Commission
15 West 37 Street
New York, NY 10018, USA
info@wrcommission.org



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises