



# **Santé sexuelle et reproductive en situation d'urgence**

- Outils de mise en œuvre des activités -

© **Droits d'auteurs texte et illustration : Médecins Sans Frontières 2013**

Toute partie de ce document peut être copiée, reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins nationaux, sans l'autorisation du propriétaire des droits d'auteurs, à condition que la source soit clairement indiquée : MSF, Santé sexuelle et reproductive en situation d'urgence - Outils de mise en œuvre des activités. Mars 2014. Médecins Sans Frontières, rue Dupré 94, 1090 Bruxelles.

Le propriétaire des droits d'auteur apprécierait de recevoir des copies de tout document dans lequel ce texte aurait été utilisé.

**Éditeurs**

Daphne Lagrou  
Eva De Plecker

**En collaboration avec**

Pieter Van Wolvelaer  
Hilde Cortier  
Nadja De Groote  
Rosa Crestani

## **Table des matières**

<b>Liste des fiches.....</b>	<b>4</b>
<b>Abréviations .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction au guide de poche .....</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre 1 : SSR en situation d'urgence : priorités .....</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre 2 : Évaluation.....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre 3 : Organisation des activités de SSR .....</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre 4 : SONUB/C et transfert.....</b>	<b>20</b>
<b>Chapitre 5 : Victimes de Violences Sexuelles.....</b>	<b>26</b>
<b>Chapitre 6 : Consultations de santé reproductive .....</b>	<b>28</b>
<b>Chapitre 7 : Surveillance.....</b>	<b>30</b>

## Liste des fiches

(Toutes ces fiches se trouvent sur le DVD SSR / SRH DVD 2014)

### Évaluation

1. Outil d'évaluation du programme de SSR
2. Liste d'équipement SONUB
3. Liste d'équipement de consultations de SSR
4. Comportement axé sur la SSR

### Organisation

5. Formules et calculateur pour les besoins estimés en lits et en ressources humaines
6. Calculateur RVDB.v11 pour commandes en SSR
7. Ressources humaines : postes en SSR
8. Exemple de rotation de service (équipes de 8 et 12 heures)
9. Questions pour les tests de recrutement / évaluation + réponses
10. Modèle de description de tâches pour le personnel médical en SSR

### SONUB/C et transfert

11. Dossier patient en SONUB/C
12. Organigrammes obstétricaux en SSR
13. Protocole d'interruption de grossesse
14. Protocole de césarienne
15. Critères d'admission en unité SMK et néonatale
16. Dossier travail et accouchement - travail avec des accoucheuses traditionnelles (exemple)
17. Exemple de certificat de naissance
18. Dossier de suivi quotidien en maternité (si hospitalisation >24h)
19. Formulaire de demande de transfusion sanguine
20. Feuille de suivi de transfusion sanguine
21. Dossier de suivi de nouveau-nés malades ou de faibles poids à la naissance
22. Formulaire d'admission / de transfert néonatal
23. Exemple de plan de naissance
24. Critères de transferts obstétricaux / maternels
25. Formulaire de transfert et de contre-transfert obstétrical / maternel

### VVS

26. Protocole international VS
27. « Toujours prêt » - un guide en 10 étapes pour la mise en œuvre des soins aux victimes de violences sexuelles

### Consultations de santé reproductive

28. Protocoles de consultations SSR : consultations de CPN, CPoN et PF
29. Fiche de patient en CPN
30. Fiche de patient en CPoN
31. Fiche de patient en PF

### Surveillance

32. Indicateurs minimum en SSR
33. Registres + feuilles de comptage de SSR en situation d'urgence
34. Recueil de données minimales pour la Pool d'urgence
35. Formulaire de révision des décès maternels
36. Gyn-Obs epitool Mars 2013\_version 3.02

## Abréviations

<b>AMV</b>	Aspiration manuelle par le vide
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>AT</b>	Accoucheuse traditionnelle
<b>COD</b>	Complication obstétricale directe
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CPoN</b>	Consultation postnatale
<b>DCP</b>	Disproportion céphalo-pelvienne
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>DPH</b>	Département des patients hospitalisés
<b>ENR</b>	Evaluation nutritionnel rapide
<b>FEA</b>	Femmes enceintes et allaitantes
<b>FVV</b>	Fistule vésico-vaginale
<b>IAG</b>	Infection de l'appareil génital
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>MILDA</b>	Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PB</b>	Périmètre Brachiale
<b>PD</b>	Population déplacée
<b>PF</b>	Planning familial
<b>PPN</b>	Petit poids da naissance
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>SCA</b>	Service de consultations ambulatoires
<b>SMI</b>	Santé maternelle et infantile
<b>SMK</b>	Soins maternels kangourou
<b>SONU</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SONUB</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
<b>SONUC</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
<b>SSP</b>	Soins de santé primaire
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>VA</b>	Village d'accueil
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VS</b>	Violence sexuelle
<b>VVS</b>	Victime de violence sexuelle

## Introduction au guide de poche

« Chez les femmes en âge de procréer, les problèmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) sont la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde. Les femmes, surtout celles qui vivent dans les pays en développement, souffrent de manière disproportionnée de grossesses non désirées, de complications de la grossesse et de l'accouchement, d'infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH, de violences sexuelles et sexistes (VVS) et d'autres problèmes liés à la santé reproductive. Le fardeau d'une mauvaise santé est encore plus lourd pour certains groupes de femmes, comme les réfugiées, les personnes déplacées internes, les migrantes et les travailleuses du sexe, et les stratégies des prestations de services doivent être adaptées à leurs besoins. »<sup>1</sup>

Les approches typiques en situation d'urgence en réponse à des événements tels que conflits armés, catastrophes naturelles, épidémies ou famines, impliquent souvent des déplacements de populations. Après plusieurs années d'expérience de la gestion des interventions d'urgence MSF, nous proposons une approche qui tient compte des besoins de santé des femmes, dès le début de la crise.

Le guide de poche sur « l'ensemble des activités essentielles de SSR » vise à clarifier (aux équipes des sièges, des coordinations et du terrain) les types d'activités de SSR qui doivent être mises en place dans les différents projets MSF.

- Il se compose 1) *des activités minimum* : les services qui doivent être disponibles dès le début d'un projet en *situation d'urgence* jusqu'à ce que les autres activités soient mises en œuvre.
- Et 2) il y a *les activités essentielles* elles-mêmes par composant, avec le détail des activités en plus des activités minimum, constituant *un service complet*.

Ce guide de poche a été développé pour fournir une approche pratique de la mise en œuvre des activités de SSR au cours de la phase d'urgence d'une intervention, et est composé comme suit :

- **Chapitre 1** : Activités à prioriser à la phase d'urgence d'une intervention.
- **Chapitre 2** : Guide d'évaluation.
- **Chapitre 3** : Focus sur les aspects organisationnels généraux.
- **Chapitres 4 à 6** : Conseils pratiques pour la mise en œuvre des différentes activités de SSR.
- **Chapitre 7** : Suivi des activités mises en œuvre.

En complément de ce guide de poche, **le DVD SSR contient les 'fiches' dont il est question dans le présent guide**. Elles incluent des listes de contrôle, des modèles, des fichiers et des protocoles faciles à imprimer, conçus principalement pour les praticiens ayant une expérience limitée en SSR. La présence d'une accoucheuse MSF qualifiée et expérimentée est recommandée au début de l'intervention d'urgence.

Tout commentaire sur ce guide de poche ou les outils est plus que bienvenu. Vous pouvez envoyer vos commentaires au référent en SSR à Bruxelles par l'intermédiaire de votre responsable. Vos commentaires nous aideront à rendre ce guide mieux adapté aux besoins du terrain.

Adresse de contact : [eva.deplecker@brussels.msf.org](mailto:eva.deplecker@brussels.msf.org)

**Bonne mission !**

---

<sup>1</sup> Politique de SSR p.1

## Chapitre 1 : SSR en situation d'urgence : priorités

La mise en œuvre des activités de SSR au cours d'une intervention d'urgence a pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. La priorité doit être donnée aux activités de SSR qui ont le plus grand impact sur la réduction de la mortalité. Ce chapitre vise à fournir des directives pour l'évaluation de la situation et à expliquer ce que peut être l'impact potentiel d'une activité particulière de SSR sur la réduction de la mortalité. Si des informations plus détaillées étaient nécessaires, il est recommandé de lire la politique de SSR de MSF.

### Activités de SSR :

#### 1. Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)

Les SONU sont un ensemble de soins qui répondent aux principales causes de mortalité maternelle.

#### Pourquoi ?

- **Quand** les femmes meurent-elles ?
  - 60 % des morts maternelles surviennent juste avant, pendant ou juste après l'accouchement.
  - 45 % des femmes meurent dans les premières 24 heures après l'accouchement.<sup>2</sup>
- **Pourquoi** les femmes meurent-elles ?
  - Plus de 80 % des décès maternels sont dus à des complications obstétricales directes (COD).<sup>3</sup> Hémorragies (35 %), troubles hypertensifs (18 %), avortements à risque (9 %) et septicémies (8 %).
- **Et les nouveau-nés ?**
  - Les 3 principales causes de mortalité néonatale sont toutes liées aux soins durant la grossesse, l'accouchement et aux soins postnatals immédiats : complications de prématurité, asphyxie à la naissance et sepsis.

#### Quoi ?

**Les services de SONU** se concentrent sur la stabilisation et la gestion des urgences obstétricales et des complications néonatales. Il existe deux niveaux de SONU :

- **SONUB** ou soins obstétricaux et néonataux urgents de base, au niveau des soins de santé primaire ;
- **SONUC** ou soins obstétricaux et néonataux urgents complets, au niveau des soins de santé secondaire (hôpital).

Les deux constituent un ensemble d'activités spécifiques (comme expliqué au chapitre 3) nécessitant une accoucheuse qualifiée.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Politique de SSR p.2

<sup>3</sup> COD = hémorragie (antepartum et postpartum), travail prolongé et accouchement dystocique, sepsis postpartum, complications d'avortement, pré-éclampsie et éclampsie, grossesse extra-utérine et rupture utérine

<sup>4</sup> « Une **accoucheuse qualifiée** est une professionnelle de la santé accréditée - sage-femme, médecin ou infirmière - qui a été éduquée et formée à la maîtrise des compétences nécessaires à la gestion des grossesses, des accouchements et des périodes postnatales immédiates normales (sans complications), et à l'identification, à la gestion et au transfert des complications chez les femmes et les nouveau-nés. »

## Quand ?

**Les activités de SONUB/C** peuvent être assurées par MSF lorsqu'elles ne sont plus disponibles au niveau des soins de santé locaux de 1<sup>e</sup> et/ou de 2<sup>e</sup> ligne.

- Par exemple, immédiatement après le séisme de 2010 en Haïti, MSF a assuré les SONUC en différents endroits de Port-au-Prince, les hôpitaux étant littéralement effondrés.
- Comme mentionné ci-dessus, si vous voulez avoir un impact sur la mortalité maternelle, les femmes doivent avoir un accès immédiat aux SONUC.

## 2. Système de transfert

- Les femmes et les nouveau-nés ne meurent pas seulement des causes elles-mêmes, mais aussi en raison de retards dans l'accès aux soins ou dans la décision de se faire soigner.
- L'organisation d'un **système de transfert** est particulièrement cruciale car des complications peuvent conduire rapidement à la mort :
  - a. Par exemple, entre l'apparition d'une complication et le moment de la mort, il se passe en moyenne 2 jours pour l'éclampsie et à peine 2 heures pour l'hémorragie postpartum.
- En raison de situations particulières, les retards peuvent souvent être de plusieurs jours.
  - b. Par exemple, les conflits armés peuvent faire que les femmes ayant besoin de soins ne peuvent pas franchir certaines zones ; l'impartialité de MSF donne parfois à une ambulance MSF plus de 'liberté' pour amener les patients d'un centre de santé (ou d'une clinique mobile) à l'hôpital (pris en charge par MSF).

## 3. Mise à disposition de méthodes de planning familial

### Pourquoi ?

- L'impact est indirect mais c'est la **2<sup>e</sup> meilleure stratégie pour réduire la mortalité maternelle !**
- Les méthodes de planning familial ont le potentiel d'éviter 32 % des décès maternels et près de 10 % des décès d'enfants, tout en réduisant en même temps les taux de pauvreté et de faim.<sup>5</sup>
- Le planning familial réduit le besoin d'avortements à risque, une des principales causes de mortalité maternelle. C'est encore plus important dans les contextes où l'avortement médicalisé est illégal.

### Quoi ?

- Pendant la phase d'urgence d'une intervention, nous visons à **offrir une gamme de méthodes de PF** telles que préservatif, pilule, DIU, injection et implant.
- Les méthodes de planning familial doivent être conseillées à toutes les femmes après un accouchement ou un avortement.
- Les conseils de planning familial peuvent être donnés après l'accouchement ou l'avortement, au cours des soins prénatals et des activités générales des cliniques ambulatoires et mobiles.
- Le contexte local servira de guide à la façon de promouvoir et d'organiser ces services.

---

<sup>5</sup> Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive dans les situations humanitaires, p. 99



## Quand ?

- Lors des SONU
- Lors des soins ambulatoires

## 4. VVS : soins aux victimes de violences sexuelles

### Pourquoi ?

- Les situations de conflits armés, en particulier, mais aussi tout événement conduisant à un déplacement de populations, augmentent les cas de viol et d'autres formes de violence sexuelle.
- Ils doivent être offerts pour éviter d'autres traumatismes tels que des grossesses non désirées et des infections potentiellement mortelles.

### Quoi ?

- Des services de soins médicaux et psychologiques, y compris un certificat médico-légal.
- Des mesures préventives pour réduire le risque de violences sexuelles par des moyens logistiques.
- Sensibilisation mettant en évidence l'ampleur du problème et exposant les lacunes de l'intervention.<sup>6</sup>

### Quand ?

- Un ensemble de soins minimum (comme expliqué au chapitre 5) aux victimes de violences sexuelles doit être mis en place, dès les premiers jours de toute intervention d'urgence.<sup>7</sup>

## 5. Autres activités:

### • Soins prénatals :

- Les soins prénatals ne vont pas, par eux-mêmes, réduire la mortalité maternelle et doivent donc être associés aux SONU.
- Les soins prénatals ouvrent la porte des soins d'urgence, l'objectif est de trouver les femmes souffrant de complications et de fournir des médicaments pour prévenir les complications.
- Lors des soins prénatals, nous pouvons fournir des kits d'accouchement hygiénique aux femmes visiblement enceintes, pour permettre des accouchements hygiéniques à domicile lorsque l'accès au centre de santé ne peut pas être assuré (la nuit), pour des raisons d'insécurité ou autres.

### • Soins postnatals :

- 45 % des décès maternels postpartum se produisent les 24 premières heures.
- MSF encourage les femmes qui accouchent dans un établissement de santé à rester au moins 24 heures (après un accouchement vaginal normal).
- Initiation de l'allaitement maternel exclusif, détection et gestion des complications maternelles ou néonatales. Dans ce guide de poche, ces activités sont incluses dans les SONU. MSF peut offrir des consultations de soins postnatals ultérieurs, au centre de santé ou au cours de visites à domicile.

---

<sup>6</sup> Politique de SSR p.4

<sup>7</sup> Ibid.

## 6. Activités transversales:

- **Infections de l'appareil génital** : une prévention efficace, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles doivent être des composants standards des soins.
- **Évaluation nutritionnel rapide (ENR)**: en situation d'urgence, les cas de malnutrition sont fréquents, surtout chez les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes. Par conséquent, il est normal de réaliser une PB les premiers jours et d'inclure des activités de nutrition dans l'ensemble de soins.
- S'il y a une **prévalence importante de VIH ( $\geq 1\%$ )** dans la population cible des femmes enceintes, et si les ressources le permettent, **des services de PTME** devraient être offerts. Un programme déjà existant mais en déclin pourrait être poursuivi, par exemple la fourniture d'antirétroviraux aux femmes enceintes qui connaissent leur statut ou qui sont déjà sous ARV.
- Réduction de la transmission du VIH en veillant **à la sécurité transfusionnelle**, en respectant **les précautions standard** et en rendant disponibles des **préservatifs gratuits**.
- Fourniture de soins adaptés aux femmes enceintes atteinte par le **choléra**.

## Chapitre 2 : Évaluation

« L'évaluation permet de déterminer et de répondre aux besoins ou 'carences' entre conditions réelles conditions souhaitées. »<sup>8</sup>

Une évaluation des besoins est réalisée pour déterminer ce qui doit être fait pour améliorer la situation et quelles ressources seront nécessaires pour ce faire. Cela se fera au début de l'intervention et, souvent, en raison de situations en évolution rapide, il peut être indispensable de procéder à de nouvelles évaluations. Les évaluations sont effectuées par la coordination de membres de l'équipe ayant les compétences techniques, la formation et l'expérience dans le domaine, ou en collaboration avec la personne ayant cette expérience.

### La collecte d'informations sera effectuée afin d'estimer :

- Les besoins en santé sexuelle et reproductive de la population ciblée.
- La capacité du système/de la structure de santé existante à répondre à ces besoins.
- Les comportements relatifs à la santé.
- L'accessibilité du système/de la structure de santé existante.
- L'évaluation rapide du PB chez les femmes enceintes et allaitantes.
- La mortalité rétrospective combinée avec l'évaluation nutritionnelle rapide.

### Une proposition peut être conclue à partir des informations recueillies :

- Quel composant de la SSR mettre en œuvre pour répondre aux besoins identifiés ?
- Quelles sont les activités qui améliorent ou offrent la composante de la SSR sélectionnée ? Par exemple, fourniture de matériel et de médicaments, soutien, encadrement et formation du personnel de santé, ...

### Pour procéder à une évaluation, différents outils peuvent être utilisés :

- Informations existantes : données démographiques et d'études de santé, disponibilité de services de SSR, données des établissements de santé, plans stratégiques nationaux, ...
- Entretiens avec des informateurs clés et discussions en groupes thématiques
- Évaluations des établissements de santé
- Enquêtes rapides pour rassembler des données basées sur la population

En raison de la nature (urgente) des interventions de MSF, les besoins en SSR ne seront pas difficiles à identifier. En se référant à la liste des interventions prioritaires de SSR dans les situations d'urgence et après avoir évalué les possibilités de collaboration avec d'autres acteurs travaillant dans ce domaine, le ou les composants de SSR peuvent être sélectionnés. Une fois la stratégie opérationnelle définie, l'accent sera mis sur la capacité de la structure, sur ce que MSF peut faire pour fournir des soins de qualité et rendre accessibles les soins offerts.

### Tableau 1 : Outils d'évaluation

Fiche n°	Nom :	À quoi sert-elle ?
1	Outil d'évaluation du programme de SSR	Décrire l'établissement de santé, identifier les composants de SSR fournis, donner des informations sur les effectifs, ...
2 et 3	Listes d'équipement SONUB et de consultations de SSR	Identifier le matériel qui manque pour mettre en œuvre les composants sélectionnés
4	Comportement axé sur la SSR: liste des questions possibles	Questionnaire pour les entretiens avec les patients Évaluation du comportement axé sur la santé

<sup>8</sup> Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Version 2010 révisée pour revue sur le terrain. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise. p. 57

## Chapitre 3 : Organisation

Ce chapitre vise à apporter des réponses à des questions telles que :

Question	Page
Comment combiner les différentes activités de SSR ?	12
Comment intégrer les activités de SSR dans le programme ?	13
Quelles sont les conditions structurelles requises pour un établissement ?	14
Comment organiser le flux des patients dans un établissement ?	14
Combien faut-il de lits, de tables d'accouchement ?	15
Quel équipement (non) médical faut-il ?	16
Combien faut-il de personnel, et de quelles compétences ?	16-18

### Différents moyens d'offrir des soins de SSR

Sur la base des résultats de votre évaluation, différentes activités de SSR peuvent être mises en œuvre. Différentes combinaisons de services offerts sont possibles, quelques exemples :

- a. MSF travaille dans un hôpital et fournit les SONUC
- b. MSF travaille dans un centre de santé et fournit les SONUB et assure un système de transfert vers un établissement de SONUC
- c. MSF prévoit des activités de SSR au niveau ambulatoire (CPN, CPoN, PF) + salle d'urgence, comprenant la stabilisation des urgences obstétricales avant transfert
- d. MSF fournit des soins de SSR dans le cadre des soins de santé primaire dans des cliniques mobiles (CPN, CPoN, PF, traitement d'IAG, prévention et/ou traitement d'IST/VIH et promotion de la santé). Les patientes de SONU peuvent être référées aux services de SONU
- e. VVS: activité autonome ou intégrée à toute autre activité de SSR
- f. Toutes les combinaisons de ce qui précède sont possibles, cela dépendra des conclusions de l'évaluation et des priorités identifiées
- g. ....

Pour chaque scénario, les consultations de SSR peuvent être un élément supplémentaire de l'offre de soins. Dans l'ensemble de SSR des activités, les consultations de santé sexuelle et reproductive sont présentées comme des activités 'autonomes' : CPN, CPoN, PF et IAG. Au début d'une intervention d'urgence, il peut être plus pratique de 'grouper' les différentes consultations de SSR en '**consultations de santé sexuelle et reproductive ou consultations de santé des femmes**'. Cela dépend du contexte, mais dans la plupart des endroits, il est recommandé qu'un personnel féminin assure ces consultations. Pour le concept, il existe différentes possibilités :

- a. Consultation de santé reproductive au niveau ambulatoire avec une 'salle de consultation uniquement pour la santé des femmes', avec un personnel féminin formé pour ce type de consultations.
- b. Une salle de consultation de santé reproductive à proximité de la maternité - création d'une unité 'santé des femmes' à l'hôpital.
- c. Intégration des consultations de santé reproductive aux activités ambulatoires générales, mais ce n'est pas la meilleure option. Parce qu'il est possible que la personne assurant la consultation ne soit pas spécifiquement formée aux problèmes de santé des femmes. Les femmes de leur côté peuvent aussi se sentir moins à l'aise pour exprimer un problème 'féminin' dans une consultation 'générale', peut-être même à un personnel masculin.
- d. Consultations de santé reproductive offertes dans les cliniques mobiles.

**Intégration des activités de SSR au cours d'une intervention d'urgence à différents niveaux :**

Une fois sélectionné un ensemble d'activités de SSR à mettre en œuvre, celles-ci doivent être intégrées dans le plan global de l'intervention d'urgence. Le tableau 2 montre comment ces activités peuvent être intégrées aux différents niveaux de soins de MSF au cours de l'intervention.

**Tableau 2 : Intégration des activités de SSR dans les services de soins de santé au cours de la phase d'urgence d'une intervention**

Niveau de soins	Activité de SSR
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueil des données sur la mortalité maternelle et néonatale</li> <li>• Transfert des femmes enceintes aux CPN, des femmes qui ont accouché aux CPoN, transfert pour accouchement, PF...</li> <li>• Suivi des PPN et des prématurés après la sortie</li> <li>• Transfert des femmes nécessitant des soins spécifiques, comme les victimes de VS, les femmes présentant des complications d'un avortement à risque...</li> <li>• Promotion de la santé, réunions avec accoucheuses traditionnelles...</li> </ul>
Poste de santé et/ou clinique mobile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations SSR : CPN, CPoN, PF (première et/ou suivi), VVS<sup>9</sup>...</li> <li>• Suivi des bébés de PPN et des prématurés après la sortie du centre de santé/hôpital. Ou, si les bébés de PPN et prématurés sont nés à la maison, transfert vers centre de santé/hôpital</li> <li>• Transfert des femmes et des nouveau-nés présentant des complications au centre de santé ou à l'hôpital</li> <li>• Recueil des données</li> <li>• Promotion de la santé</li> </ul>
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations SSR : CPN, CPoN, PF, VVS...</li> <li>• SONUB</li> <li>• Soins néonataux standard et réanimation de base après la naissance</li> <li>• Soins maternels kangourou<sup>10</sup></li> <li>• Fourniture d'antibiotiques aux nouveau-nés (avant transfert)</li> <li>• Transfert à l'hôpital des femmes et des nouveau-nés présentant des complications</li> <li>• Collecte et analyse des données</li> </ul>
Hôpital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SONUC</li> <li>• Unité néonatale (fourniture de traitements spécifiques et d'oxygène)</li> <li>• Collecte et analyse des données</li> </ul>

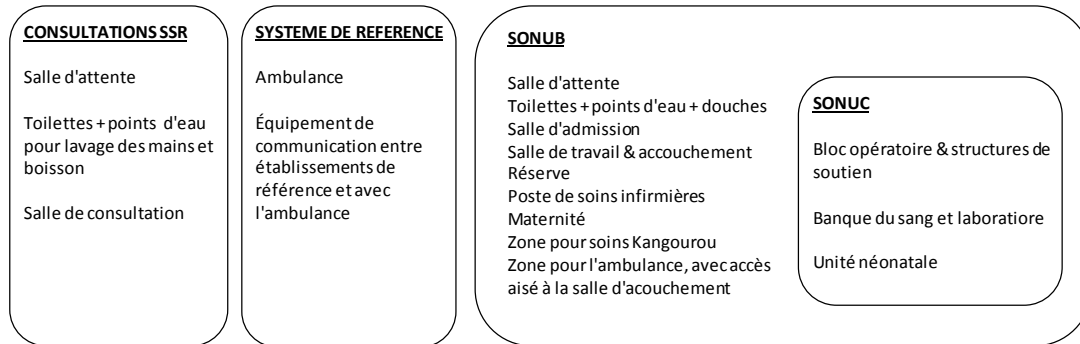
<sup>9</sup> La prestation de soins aux victimes de VS exige encore plus de confidentialité que les autres services. Sur le plan logistique, ceci peut être difficile au niveau du poste de santé ou de la clinique mobile. Peut-être est-il préférable de transférer à un service de niveau 'supérieur'. Mais si c'est le seul niveau acceptable pour la victime, les soins médicaux et le soutien psychologique peuvent être fournis à ce niveau.

<sup>10</sup> SMK : Prévention de l'hypothermie et de l'hypoglycémie par la promotion et l'assistance au contact peau-à-peau et à l'allaitement.

## Considérations structurelles :

Pour être en mesure de mettre en œuvre les activités de SSR sélectionnées, la structure devra souvent être adaptée ; les différents composants du service auxquels il faut penser sont répertoriés à la figure 3.

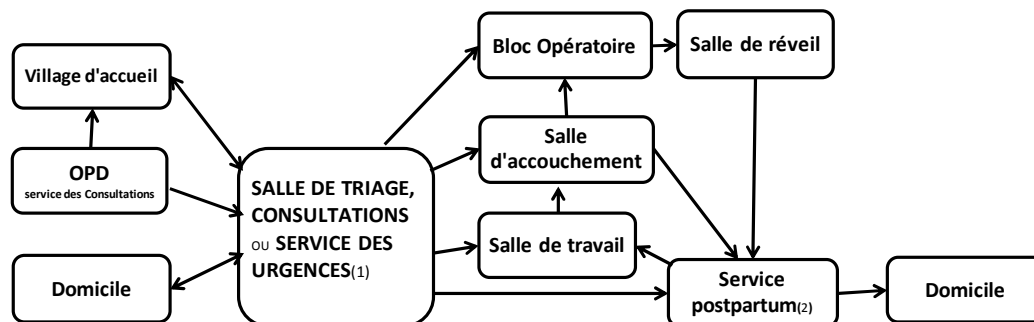
**Figure 3 : Composants du département liés aux activités de SSR**



L'organisation des différents composants du service les uns par rapport aux autres sera liée au flux des patients.<sup>11</sup> Un flux logique dans une structure fournissant des SONU est montré à la figure 4 ; cette figure peut être utilisée comme plan directeur pour organiser les éléments du service. Si vous partez de zéro, vous pouvez planifier un concept idéal, mais ce ne sera pas toujours le cas. Souvent, une structure existe déjà, ce qui limite les possibilités.

**Figure 4 : Exemple de tableau du circuit de patients en SONU**

SONU : Tableau du circuit des patients (exemple)



(1) Selon les possibilités, l'une de celles-ci servira de salle ou de coin dans ou à proximité de la salle de travail / accouchement où seront faits les examens d'admission.  
 (2) Service Post-partum : hospitalisation des femmes enceintes présentant des complications et des femmes qui ont accouché, avec ou sans complications, en incluant de préférence celles ayant subi une césarienne.

Rappelez-vous, le circuit des patients n'est pas seulement une question de construction et de logistique.

Lorsque votre patient 'bouge' dans l'établissement, il va rencontrer d'autres personnes. Exemple : une femme venue pour accoucher n'aura probablement pas de mal à dire au gardien pourquoi elle est venue. Mais une victime de violences sexuelles ou une adolescente venant pour un traitement d'IST ne viendront que si la confidentialité est assurée. Ce n'est pas seulement obtenu en respectant le secret médical, mais aussi par votre circuit de patients.

<sup>11</sup> L'organisation d'un circuit de patients exige de penser aux différents composants du service par lesquels le patient va passer entre l'admission et la sortie, et d'organiser ceux-ci dans un ordre logique.

Voici quelques suggestions, notamment pour les questions sensibles :

- Parlez avec le personnel national pour mieux comprendre pourquoi c'est un sujet sensible, comment il doit être traité, comment les choses sont 'appelées' et définies. En même temps, dites au personnel pourquoi la prestation de soins est importante. Comment ils peuvent contribuer à stimuler les femmes à se faire soigner.
- Demandez au gardien de référer toutes les femmes à 'l'unité des femmes'.
- Utilisez un mot de code à l'entrée/réception.<sup>12</sup> Exemple de Kibera, au Kenya : pour les activités de sensibilisation, les gens sont invités à demander 'Tumaini' (cela signifie 'espoir' en swahili, et c'est aussi un nom féminin courant) à la réception, de sorte que le patient puisse être vu immédiatement par la bonne personne sans devoir expliquer pourquoi il vient.
- Formation du personnel à la notion de confidentialité.
- Organisez un service 'one-stop' (plusieurs services offerts dans une même consultation): consultation, prélèvement des échantillons de laboratoire, fourniture de soins et conseils, tout est fait au même endroit, par le même personnel.
- Ayez un emplacement approprié pour la consultation, respectant la vie privée et la confidentialité.

« Si chaque intervenant est formé et que le circuit du patient est bien établi, le continuum des soins sera respecté »

### **Lits et tables d'examen/d'accouchement : besoins estimés**

Salle d'accouchement :

<b>Nombre d'accouchements (attendus) / mois</b>	<b>Nombre de tables d'accouchement recommandé</b>
<50 accouchements/mois	1
50 - 200 accouchements/mois	2 – 3
200 - 350 accouchements/mois	3 – 4
350 - 500 accouchements/mois	4 – 5
>500 accouchements/mois	Ajouter 1 table pour 150 accouchements supplémentaires

Il est bon de prévoir une table d'examen dans un coin/une salle d'admission. Cela permet de garder propres les tables pour les accouchements et autres procédures.

Salle de travail et d'accouchement, maternité et soins néonataux :

- Pour calculer les besoins en termes de lits de travail, de lits de maternité, etc., certaines formules ont été développées qui peuvent être trouvées dans la fiche 5.
- Important: il n'y a pas de règles. Le résultat de ces calculs vous donnera un exemple brut, utile pour commencer, mais ces chiffres doivent être adaptés lorsque la situation évolue et que les statistiques deviennent disponibles.
- Le tableau suivant donne un résumé des formules disponibles et le résultat pour quelques exemples :

<b>Département</b>	<b>Exemple</b>	<b>Nombre minimum de lits nécessaires</b>
Tables d'accouchement	100 accouchements (attendus) par mois	2 tables + 1 table d'examen
Lits de la salle de travail		2 lits
Maternité		7 à 8 lits
Unité SMK et néonatale		5 à 10 lits, 1/3 SMK et 2/3 unité néonatale.

<sup>12</sup>L'utilisation d'un mot de code peut être particulièrement utile pour les victimes de violences sexuelles. Peut-être est-ce aussi utile pour les femmes demandant une interruption volontaire de grossesse, ...

## Matériel (médical) et médicaments

**Tableau 3 : résumé des outils disponibles en rapport avec le matériel (médical) et les médicaments**

Fiche n°	Nom de la fiche	À quoi sert-elle ?
2	Liste d'équipement SONUB	Ficher Excel listant le matériel non médical, le matériel médical, la papeterie, les articles pour un système de transfert, nécessaires pour mettre en œuvre les SONU.
3	Liste d'équipement de consultations de SSR	Ficher Excel listant le matériel non médical, le matériel médical, la papeterie, les articles pour un système de transfert, nécessaires pour mettre en œuvre les SSR.
6	Calculateur pour commandes en SSR	Cette ficher Excel calcule les quantités requises des différents articles médicaux nécessaires à la mise en œuvre des activités de SSR de l'ensemble minimum en intervention d'urgence

### Ressources humaines :

Lors du recrutement de personnel, il faut connaître les différents profils et niveaux des professionnels des soins de santé existant dans le pays ou dans le pays d'origine de la population cible (dans le cas des camps de réfugiés) :

- Y a-t-il des sages-femmes professionnelles,<sup>13</sup> des infirmières ayant des compétences obstétricales, des aides-infirmières, des assistantes-sages-femmes...?

Par exemple, quelques sages-femmes professionnelles existent au Soudan du Sud. En conséquence il faut décider, au début des activités, de recruter des sages-femmes professionnelles régionales ou d'avoir plus de sages-femmes expatriées.

- À chaque niveau : quelles sont leurs compétences ?

L'accouchement assisté par ventouse et l'aspiration manuelle sont deux compétences des fonctions repères en SONUB. Dans de nombreux pays, les sages-femmes ne sont pas (suffisamment) formées pour accomplir ces actes. Si c'est connu à l'avance, une bonne décision pourrait être qu'une sage-femme professionnelle donne une formation spécifique.

- À chaque niveau : quels sont les actes autorisés ?

Dans certains pays, les infirmières et les sages-femmes n'ont légalement pas le droit de signer le certificat médico-légal à remettre aux victimes de violences sexuelles. Cela aura une influence sur la nécessité d'embaucher un médecin autorisé à signer le certificat.

- Combien d'années de formation ont été suivies ?

La durée de la formation diffère largement d'un pays à l'autre pour les différents niveaux de prestataires de soins de santé. Certains pays ont investi

<sup>13</sup> Dans ce document, la 'sage-femme professionnelle' est une personne ayant une formation médicale et une formation spécifique en SSR conforme aux exigences requises d'une accoucheuse qualifiée.



dans des professions spécifiques liées à la SSR : par exemple, au Pakistan, les visiteuses sanitaires ont 2 ans de formation axée sur la santé reproductive et infantile. Elles sont formées pour les accouchements normaux, mais ont encore besoin d'encadrement et de soutien pour les cas compliqués.

Vérifiez également qui sont les prestataires de soins traditionnels :

- Y a-t-il des sages-femmes au village, des accoucheuses traditionnelles?
- Quel est leur statut dans la communauté ? Pour quoi sont-elles consultées?
- Ont-elles reçu une formation, du matériel?
- Quel est leur rôle selon le MSP?

Estimer les besoins en ressources humaines n'est pas facile, plusieurs variables entrent en ligne de compte:

- Le type et le niveau d'éducation du personnel dépend de la disponibilité des différentes catégories de personnel, de leur capacité à travailler de façon autonome, du type d'accouchements et de complications et donc des compétences requises, de la convenance culturelle/traditionnelle.
- Le nombre total de membres du personnel nécessaire dépend de la charge de travail, en ce compris la charge des complications obstétricales directes, de la réglementation du travail MSF de la mission, des lois nationales réglementant le travail...

Et :

- Peut-on, par exemple, attendre d'une sage-femme professionnelle de venir travailler en zone rurale ? Ou est-il plus réaliste de former des prestataires moins qualifiés mais motivés ?
- En ce qui concerne les contextes de sécurité : comment le personnel viendra-t-il jusqu'à l'établissement, quelles sont les heures acceptables pour les changements d'équipes,...

Les réponses à ces questions vous aideront à remplir les différents postes.

La fiche 7 présente des chiffres illustrant *un exemple* des différents postes à pourvoir.

Par groupe d'activités, un niveau de formation et de compétences (= type de personnel) est proposé au tableau 4.

**Tableau 4 : Niveau idéal de compétences selon l'activité de SSR**

Activité	Niveau suggéré de formation
<b>SONU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au minimum une accoucheuse qualifiée par équipe, plus s'il y a beaucoup de complications obstétricales directes ou une charge de travail élevée, dont une responsable.</li> <li>• À compléter par infirmières, aides-infirmières...</li> <li>• Dans un établissement de SONUB, il devrait idéalement y avoir un médecin disponible (appelable) pour les complications non obstétricales.</li> <li>• Un établissement de SONUC ne peut offrir les SONUC nécessaires que s'il y a, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un médecin ayant des compétences chirurgicales, chirurgien ou gynécologue, présent ou appelable.</li> <li>• Un médecin (idéalement, compétent en pédiatrie) pour apporter un soutien pour les soins aux nouveau-nés malades.</li> </ul>
<b>VVS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmière ou sage-femme avec une formation spéciale en violence sexuelle.</li> <li>• Un médecin est souvent nécessaire pour signer le certificat médico-légal.</li> <li>• Un gynécologue - si disponible - sera également d'une grande utilité.</li> </ul>
<b>CPoN, IAG, PF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoucheuse qualifiée, cette personne peut aussi être la responsable.</li> <li>• Infirmière et aide(s)-infirmière(s) : avec le soutien d'une responsable.</li> </ul>
<b>ANC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoucheuse ou infirmière qualifiée, cette personne peut aussi être la responsable.</li> <li>• Aide(s)-infirmière(s) : avec le soutien d'une responsable.</li> </ul>

Pour calculer *les besoins en personnel* (nombre) pour chaque poste, la fiche 5 donne des formules et peut être utilisée comme guide. Important : il n'y a pas de règles. Le résultat de ces calculs vous donnera un exemple brut, utile pour commencer, mais ces chiffres doivent être adaptés lorsque la situation évolue et que des statistiques deviennent disponibles.

**Le tableau 5** donne un résumé des formules disponibles et le résultat pour quelques exemples :

Type d'activité	Exemple	Résultat / personnel nécessaire
Consultations de SSR	100 par jour	4 (pour des consultations 5 jours sur 7 par semaine)
Salle de travail et d'accouchement	100 accouchements (attendus) par mois	4 pour couvrir un service 24/7
Maternité	6 lits	4
Unité SMK et néonatale	100 accouchements (attendus) par mois et 15% de PPN	4

Pour les rotations de service, il faut décider si la couverture de soins de 24 heures sera organisée par équipes de 8 ou 12 heures. Cela n'a aucune influence sur le nombre de membres du personnel nécessaires (la fiche 8 donne un exemple).

**Nettoyeurs** : pour la salle de travail et d'accouchement, il devrait y avoir au moins un nettoyeur 24/7, soit 4 nettoyeurs au total. Selon la charge de travail, cette personne peut aussi être responsable du nettoyage de la maternité ou d'autres salles,

consultations... Souvent, plus de nettoyeurs seront nécessaires pour respecter les protocoles d'hygiène.

Gardez une fois de plus à l'esprit que pour certains endroits, seul du personnel de nettoyage *féminin* sera culturellement acceptable, par exemple dans la salle d'accouchement.

**Le tableau 6 résume les outils liés à ce chapitre :**

<b>Fiche n°</b>	<b>Nom de l'outil</b>
<b>5</b>	Ficher Excel avec les formules et calculateur pour les besoins estimés en lits et en ressources humaines
<b>2</b>	Liste d'équipement SONUB
<b>3</b>	Liste d'équipement des consultations de SSR
<b>6</b>	Calculateur pour commandes en SSR
<b>7</b>	Ressources humaines : postes en SSR
<b>8</b>	Exemples de rotation de service
<b>9</b>	Exemples de questions et réponses pour les tests de recrutement/évaluation
<b>10</b>	Modèle de description de tâches pour le personnel médical en SSR

## Chapitre 4 : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence + transfert

### Quelles sont les compétences permettant de sauver des vies ?

Comme mentionné dans le premier chapitre, 80 % des cas de mortalité maternelle dans le monde sont dus à des complications obstétricales directes (COD).

L'ensemble des soins obstétricaux et néonataux d'urgence est constitué de compétences permettant de sauver la vie de la patiente en remédiant à ces COD.

A la figure 5, les activités situées dans le cercle gris correspondent aux SONUB. Les SONUC correspondent aux activités des SONUB, auxquelles s'ajoutent les trois activités supplémentaires situées dans le cercle violet.

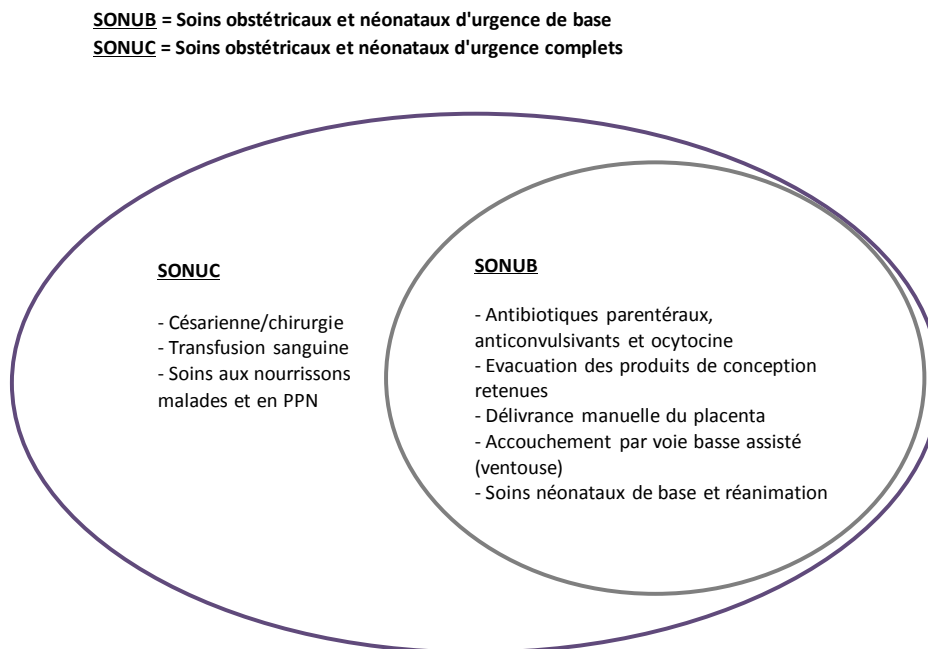


Figure 5, les activités clé de SONUB/C

### Qui peut fournir ces compétences permettant de sauver la patiente ?

- Pour les SONUB : une accoucheuse qualifiée
- Pour les SONUC : une accoucheuse qualifiée + un médecin avec compétences en chirurgie obstétricale ou un gynécologue
- Les aides-soignants et accoucheuses traditionnelles constituent un personnel supplémentaire et doivent toujours travailler sous la supervision d'une accoucheuse qualifiée.

### Comment mettre en œuvre ces compétences permettant de sauver la vie de la patiente ?

- Vérifiez les exigences structurelles, l'équipement médical, les médicaments et les fournitures (chapitre 3)
- Organisez le personnel – le plus possible d'accoucheuses qualifiées ou d'infirmiers professionnels pouvant être formés
- Si cela n'est pas déjà en place, constituez un dossier pour chaque patiente. La fiche 11 présente un exemple de dossier complet. Il peut être adapté pour convenir aux besoins locaux, ainsi que traduit afin d'être compris.
- Imprimez les organigrammes obstétricaux de MSF et accrochez-les au mur de la salle d'accouchement : ils sont très utiles pour la formation sur le terrain et guideront le personnel moins expérimenté.

**Tableau 7 : équipement existant contribuant à la mise en œuvre des fonctions de signal lors des soins obstétricaux et néonataux**

	<b>Soins obstétricaux de base</b>	<b>Soins obstétricaux complets</b>	<b>Soins néonataux</b>
<b>Protocoles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigrammes obstétricaux (<b>fiche 12</b>)</li> <li>- Interruption volontaire de grossesse MSF 2007 (<b>fiche 13</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocole de césarienne (<b>fiche 14</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des complications néonatales (<b>bibliothèque</b>)</li> <li>- Critères d'admission en unité SMK et néonatale (<b>fiche 15</b>)</li> </ul>
<b>Manuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstétrique en situation d'isolement MSF (<b>bibliothèque</b>)</li> <li>- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement OMS (<b>bibliothèque</b>)</li> <li>- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale: guide de pratiques essentielles OMS (<b>bibliothèque</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfusion : guide pratique MSF 2010 (<b>bibliothèque</b>)</li> </ul>	
<b>Soutien à la formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Module d'éducation des sages-femmes OMS (<b>bibliothèque</b>)</li> <li>- Les différents mannequins destinés aux stations de travaux pratiques*</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit de formation « helping babies breathe »*</li> </ul>
<b>Dossiers de patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier patient en SONUB/C (<b>fiche 11</b>)</li> <li>- Dossier travail et d'accouchement – travail avec des accoucheuses traditionnelles (<b>fiche 16</b>)</li> <li>- Exemple de certificat de naissance (<b>fiche 17</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier de suivi quotidien en maternité (<b>fiche 18</b>)</li> <li>- Formulaire de demande de transfusion sanguine (<b>fiche 19</b>)</li> <li>- Feuille de suivi de transfusion sanguine (<b>fiche 20</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dossier de suivi de nouveau-nés malades ou de faibles poids à la naissance (<b>fiche 21</b>)</li> <li>- Formulaire d'admission / de transfert néonatal (<b>fiche 22</b>)</li> </ul>

\* Le calculateur pour commandes en SSR en situation d'urgence fournit les codes ITC, les étiquettes entières, ainsi qu'une indication du prix des livres et du soutien à la formation mentionnés ci-dessus (**fiche 6**).

**Défis spécifiques :**

- Utilisation d'un **partogramme** pour une détection et une gestion correctes d'un travail prolongé et obstrué ; ainsi que pour indiquer un accouchement par voie basse assisté ou une césarienne en cas de DCP.
- Il est préférable qu'un **accouchement par voie basse assisté** soit réalisé avec une ventouse obstétricale ; une formation fréquente à cette compétence particulière sera nécessaire.
- **Soins liés à un avortement** : un ensemble complet de soins liés à un avortement comprend à la fois des soins garantissant un avortement sûr (fourniture d'une interruption de grossesse sûre) et des soins post-avortement (gestion des complications liées à l'avortement, qu'il s'agisse d'une fausse-couche ou d'une IVG).

- Lors d'une intervention d'urgence, la priorité est donnée aux **soins post-avortement**. En cas de rétention à la suite d'un avortement, l'aspiration manuelle est la technique recommandée, au lieu d'avoir recours au curetage. Moyennant une formation spécifique, cela peut être réalisé par des soignants de niveau intermédiaire, tels que les infirmiers et les sages-femmes, anesthésie locale comprise.
- La fourniture de **soins garantissant un avortement dans des bonnes conditions** sera souvent retardée parce qu'il est recommandé d'effectuer une analyse contextuelle avant de procéder. Cependant, elle peut parfois avoir lieu :
  - Conditions de légalité de l'interruption de grossesse (IVG). Par exemple, l'IVG est illégale dans certains pays (Liberia, Éthiopie), mais un viol constitue une raison juridique la justifiant.
  - L'application du même mode opératoire a été validée dans les pays où MSF travaille déjà et où une analyse contextuelle a été réalisée.
  - Renvoi à un autre acteur fournissant des soins garantissant un avortement sûr (par ex. Marie Stopes International).
- **Les soins néonataux** en situation d'urgence correspondent à :
  - Soins standard à la naissance : protection thermique, soin du cordon, vit. K, etc.
  - Réanimation de base : stimulation, aspiration de ce qu'on peut voir, ventilation au masque
  - Méthode kangourou
  - Lorsqu'il existe des options de référence, la stabilisation et la fourniture des premières doses en cas de traitement plus spécifique sont incluses.

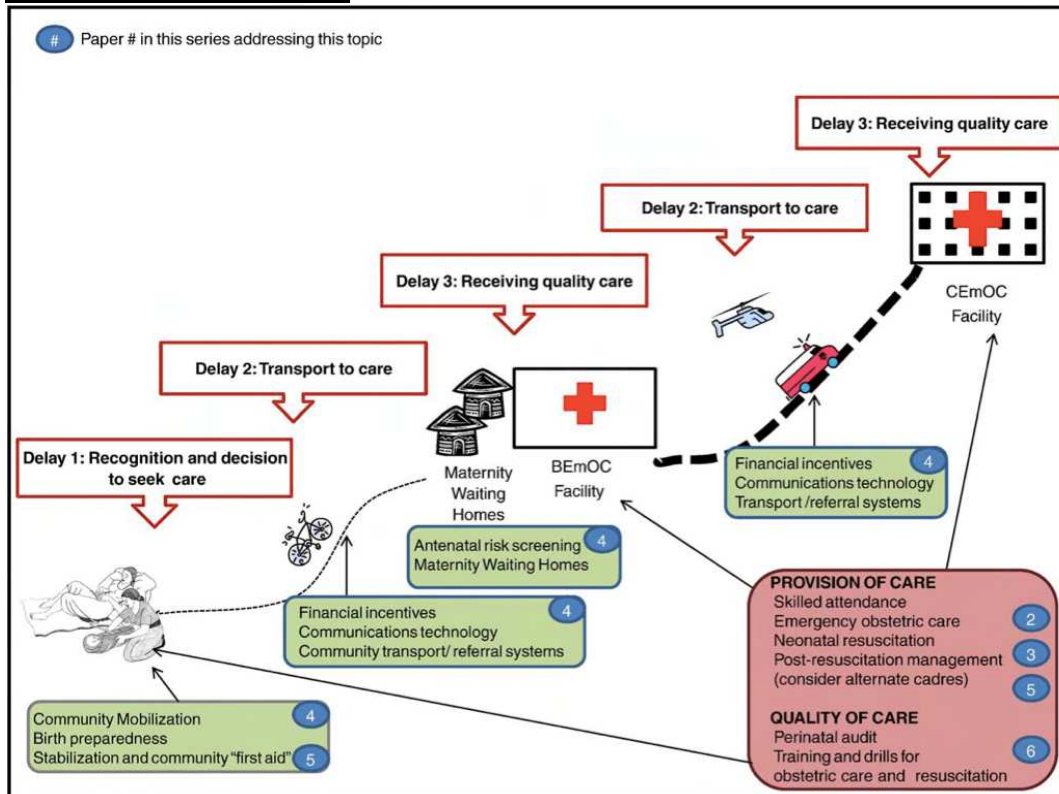
On peut faire beaucoup sans avoir accès à une technologie extrêmement sophistiquée ou un personnel bien formé. Les soins néonataux plus avancés destinés aux nourrissons malades et en IPN requièrent un personnel formé spécifique, et ne sont donc peut-être pas toujours réalisables lors de chaque intervention d'urgence. Cependant, on peut envisager des protocoles simplifiés de gestion d'infection néonatale.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Une IM quotidienne de benzylpénicilline + gentamycine pendant 7 jours en cas d'infection néonatale précoce pourrait sauver de nombreux nouveau-nés.

## Système de référence :

**Figure 6 : retards de fourniture de soins de qualité aux femmes souffrant d'urgences obstétricales**



Source : J.E. Lawn et al./International Journal of Gynecology and Obstetrics 107 (2009) p. 5–19

Les stratégies visant à réduire les retards sont cruciales à la fourniture efficace et compétente de soins obstétricaux et néonataux aux mères et à leur bébé lors d'interventions de MSF. Les activités suivantes peuvent être envisagées :

### **1<sup>er</sup> retard:**

- Les soins prénataux et postnataux constituent d'excellentes opportunités d'informer les patientes des signes de complications au cours de la grossesse et post-partum. Aider chaque patiente à s'organiser afin qu'elle puisse venir en cas de problèmes est une activité importante des soins prénataux (la fiche 23 donne un exemple de plan de naissance).
- En collaborant avec des accoucheuses traditionnelles, nous pouvons leur apporter un soutien dans leur rôle de promotion des services de santé reproductive (par ex., soins prénataux, accouchement dans une structure de santé, etc.), ce qui facilite la référence à une structure de santé, ainsi que la fourniture aux mères d'un soutien lors du travail. En outre, les accoucheuses traditionnelles jouent un rôle essentiel pour identifier et surmonter les obstacles à la fourniture de soins.

**2<sup>ème</sup> retard :** les activités de référence entre le poste ou centre sanitaire/communautaire et la structure de SONUB :

- Les femmes peuvent être accompagnées par une accoucheuse traditionnelle
- Transport organisé par la communauté
- Transport au moyen d'un système de cliniques mobiles ou d'ambulances
- Utilisation de bons pour taxi

- Viser un système de référence 24/7
- Village d'accueil: dans les contextes d'urgence, MSF pourra apporter son soutien à un VA existant. Les VA sont généralement situés à proximité d'une structure de SONUB et/ou de SONUC, ou disposent d'options de référence à cette dernière. Le retard dû au déplacement nécessaire au service de soins est ainsi réduit.

### **3<sup>ème</sup> retard** : au niveau des SONUB :

- L'équipement et les médicaments sont disponibles
- Le personnel de santé est aussi bien formé à prendre en charge les accouchements normaux et les soins néonataux, qu'à gérer les complications obstétricales au moyen des fonctions de signal des SONUB.
- Le personnel de santé est formé à reconnaître et à stabiliser les complications nécessitant un renvoi vers une structure de SONUC.
- Cependant, il faut que des canaux de critères de renvoi, un formulaire de référence des patientes, ainsi que des procédures claires pour savoir quand, vers qui et comment effectuer la référence, soient en place.
- Nommez un responsable général des références ; l'une des ses tâches sera d'effectuer le suivi des patientes ayant fait l'objet d'une référence.
- 24/7

### **2<sup>ème</sup> retard** : référence entre structures de SONUB et SONUC :

- Ambulance entièrement équipée, disponible 24/7
- Chauffeur et sage-femme (infirmière) disponible pour accompagner la parturiente
- Critères de référence et documents de référence (fiches 24 et 25)
- Système de communication en état de marche : radio VHF, téléphones portables, etc.

### **3<sup>ème</sup> retard** : au niveau des SONUC :

- Mettez en place un système de réponse aux appels d'urgence (radio, téléphone, etc.) avec du personnel de santé qualifié
- Le personnel de santé est formé et dispose d'un équipement et de médicaments 24/7, afin de pouvoir réaliser un accouchement normal et les soins néonataux, ainsi que d'être capables de prendre en charge les complications obstétricales au moyen des activités définissant les SONUC
- La structure ayant effectué la référence reçoit un retour d'information, au plus tard lorsque la patiente rentre chez elle.

Note : en cas de référence vers une structure de SONUB/C, une évaluation concernant la fourniture de soins de qualité doit être réalisée et obtenir d'abord un résultat positif. Vérifiez également le coût des soins : est-ce qu'ils sont gratuits (tous - toujours) ? S'ils sont payants, MSF les prendra-t-elle en charge ?

Au cours de la première phase d'une intervention, les activités sont fréquemment axées sur le 3<sup>e</sup> et parfois le 2<sup>nd</sup> retard. Il est bon de garder à l'esprit que, dès que les ressources et la situation le permettent, des activités supplémentaires peuvent être mises en œuvre pour réduire le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>nd</sup> retard.



**Tableau 8 : exemples des différents formulaires utilisés pour mettre en place un système de référence**

N° de fiche	Nom de la fiche	De quoi s'agit-il/À quoi sert-elle ?
1	Outil d'évaluation du programme de SSR – OCB	Évaluer le composant de SSR dans le projet MSF. Les mêmes éléments d'une structure de référence potentielle sont évalués, afin de pouvoir également être utilisés dans ce but.
24	Critères de transferts obstétricaux/maternels	Le modèle comportant les facteurs de risques de complications et de complications obstétricales nécessitant une référence (urgent)
<b>Annexe à la fiche 24</b>	Transferts obstétricaux/maternels: tableau de conduite à tenir	Ce tableau aide à identifier un problème nécessitant une référence et résume les actions (spécifiques) à prendre avant la référence
25	Formulaire de transfert et de contre-transfert obstétrical/maternel	Modèle de formulaire de référence et de contre-référence

## Chapitre 5 : Victimes de la Violence Sexuelle

La fourniture de soins d'urgence aux réfugiés ou aux personnes déplacées dans leur propre pays (PD) en raison de conflits constitue une importante partie des interventions d'urgence.<sup>15</sup>

- « Les réfugiés et les personnes déplacées sont particulièrement vulnérables à la violence sexuelle tout au long de la période pendant laquelle ils vivent en tant que réfugiés ou personnes déplacées ». <sup>16</sup> Par conséquent, l'organisation MSF doit **être préparée à recevoir la première victime** lorsqu'elle se présentera.
- Le **viol est une urgence** et nécessite donc des soins **urgents** appropriés.

Au cours de la phase d'urgence d'une intervention, la priorité va à la fourniture d'un **service minimum** de soins aux victimes de violence sexuelle (VS), mis en œuvre au cours des premiers jours :

1. Au sein de l'équipe, nommez un responsable de l'établissement et de la mise en œuvre, ainsi qu'un responsable (national) de la fourniture des soins.
2. Organisez une réunion d'équipe pour discuter des raisons de fournir ces soins et de ce qui doit être fait et recueillir des informations sur le contexte (étendue du problème, protocoles nationaux, aspects juridiques et services disponibles) et la perception de la VS, ainsi qu'échanger des expériences.
3. Commandez des médicaments et l'équipement ; imprimez les dossier et protocoles
4. Organisez une formation pour le personnel directement impliqué :
  - a. Identification des victimes : les victimes se présentent souvent aux urgences ou au service des patients externes avec des plaintes vagues
  - b. Soins médicaux : examen et traitement
  - c. Soins psychologiques : soutien émotionnel de la part du personnel soignant
5. Préparez une salle de consultation : afin de garantir sûreté et confidentialité, il doit s'agir d'une salle séparée (attention aux fenêtres, qui permettent d'être vu ou entendu), sans être une salle réservée aux soins des VS.
6. Établissez un chemin pour que les patientes puissent, depuis l'entrée, accéder sans incident à la personne effectuant la consultation, sans avoir à dévoiler la raison de leur venue. Réfléchissez à des noms de codes, consultations pour femmes (salle d'attente), etc.
7. Sensibilisez la communauté à ce problème et établissez des réseaux :
  - a. Groupes de femmes, accoucheuses traditionnelles, doyennes et doyennes ou autres personnes importantes de la communauté ;
  - b. La sensibilisation de la population est axée sur l'explication de ce que l'on offre (soins médicaux et psychologiques) et dans quel but (afin de prévenir des maladies à l'avenir). Expliquez qu'il est important d'obtenir des soins aussitôt que possible.

---

<sup>15</sup> Rapport OCB d'activité médicale 2011, p. 19.

<sup>16</sup> Soins aux victimes de violence sexuelle – situation de déplacement de population. Version 3.0/janvier 2013, p 5.

Des mesures préventives visant à minimiser le risque de violence sexuelle peuvent être mises en place par l'intermédiaire de mesures logistiques : planification du site, structures sanitaires et distribution d'articles non alimentaires.

Selon les besoins, il est possible d'effectuer une activité de plaidoyer mettant en avant la portée du problème et dévoilant les lacunes de la réaction à ce dernier.

Pour une assistance détaillée et très pratique de l'établissement de la fourniture de soins aux victimes de violence sexuelle, le **mémento MSF VS-OCB est la référence à consulter** (bibliothèque).

**Tableau 9 : outils facilitant la mise en œuvre des soins aux victimes de VS**

N° de fiche	Nom	De quoi s'agit-il ?
NA	La gestion médicale des viols, 50 partie A (code : KMEDMHMI13A)	Un kit contenant tous les médicaments nécessaires pour traiter 50 adultes et 26 enfants
NA	La gestion médicale des viols, 50 Chaîne du froid (code : KMEDMHMI13B)	Partie du kit appartenant à la chaîne du froid
Bibliothèque	Soins des victimes de violence sexuelle. Situation de déplacement de population. MSF-OCB	Directives pratiques, conçues sur le modèle de « guide de démarrage rapide ». <i>Fiches techniques</i> connexes, contenant des informations plus approfondies, protocoles, listes de vérification, formulaires, etc.
26	Protocole international VS	Protocoles médicaux de soins aux VVS – 4 langues (anglais/français/espagnol/arabe)
27	« Toujours prêts »	Un ensemble minimum de soins aux VVS en 10 étapes.
Bibliothèque	Réponse apportée à la VS dans les projets de MSF-OCB. Analyse et recommandations.	Le résumé reprend brièvement les obstacles et recommandations – une source d'inspiration.

## Chapitre 6 : Consultations de santé reproductive

**Tableau 10 : Donne l'objectif et le nombre recommandé de visites**

Activité	Accent sur	Nombre de visites
CPN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Détection des complications liées à la grossesse</li><li>• Identification des accouchements compliqués potentiels, pour transfert précoce</li><li>• Traitement, conseils et éducation</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 visite recommandée pour les femmes au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre (visiblement enceintes)</li><li>• Visite de suivi en cas de complication</li></ul>
CPoN	<ul style="list-style-type: none"><li>• Détection précoce et gestion des complications</li><li>• Traitement, conseils et soutien</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1<sup>e</sup> visite - 1 semaine après l'accouchement</li><li>• 2<sup>e</sup> visite - 6 semaines après l'accouchement</li></ul>
PF	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présenter une variété de méthodes à toutes les femmes au début de l'intervention d'urgence</li><li>• Proposer une méthode de PF à toutes les femmes immédiatement après l'accouchement ou l'avortement</li><li>• Le PF peut être offert lors des activités en clinique mobile et en ambulatoire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selon le type de méthode choisie - détails au tableau 6 : (offrir une méthode) - voir protocole de PF, fiche 28.</li></ul>

### **Commencer la mise en œuvre en vérifiant :**

- Exigences structurelles
- Matériel médical
- Médicaments et fournitures
- Organiser le personnel - maximum possible de personnel qualifié ; si la disponibilité est limitée, les accoucheuses traditionnelles peuvent fournir des soins, sous étroite surveillance
- Former le personnel selon les protocoles
- Mettre en œuvre le dossier de la patiente

**Tableau 11 : récapitulation du matériel existant pour soutenir la mise en œuvre de différents sujets de consultation en santé sexuelle et reproductive :**

Activité	Que mettre en œuvre ?	Guide
<b>CPN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traitements standard, tests de laboratoire et traitement des cas complexes</b> - consulter le <b>protocole de CPN en situation d'urgence, fiche 28</b>. Le protocole peut également être utilisé comme <b>liste de contrôle pratique</b>.</li> <li>• La <b>2<sup>e</sup> page</b> du protocole est un guide de l'anamnèse et de l'examen d'une femme enceinte : les signes observés et les mesures à prendre sont répertoriés.</li> <li>• Ce protocole a été conçu pour <b>les travailleurs de la santé n'ayant qu'une expérience limitée en CPN</b>.</li> <li>• Un exemple de <b>fiche de patient en CPN</b> peut être trouvé dans la <b>fiche 29</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstétrique en situation d'isolement - MSF (bibliothèque).</li> <li>• Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et à la période néonatale - OMS (bibliothèque).</li> </ul>
<b>CPoN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Protocole de CPoN</b> (activités, traitements standard, évaluation et traitement de la mère et du nouveau-né).</li> <li>• Un exemple de <b>fiche de patient en CPoN</b> peut être trouvé dans la <b>fiche 30</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et à la période néonatale - OMS (bibliothèque).</li> <li>• Guide clinique de néonatalogie MSF (bibliothèque).</li> </ul>
<b>PF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayez différentes méthodes disponibles : <b>préservatif, injection, pilule (combinée et progestatif seul), inclure contraception d'urgence</b> (pilules et stérilet) et <b>implants</b> (en général une méthode à long terme bien acceptée).<sup>17</sup></li> <li>• L'éducation à la santé en matière de PF fait partie des CPN et des CPoN, et elle devrait être proposée à toutes les patientes admises dans l'établissement de SONU.</li> <li>• Les <b>tableaux</b> : comment accueillir la patiente et découvrir la raison de la visite - comparer les méthodes de PF - vérifier si la méthode de PF répond aux besoins de la patiente - gérer les effets secondaires courants - double protection - questions pour être raisonnablement sûr qu'une femme n'est pas enceinte - comment offrir une méthode de PF - peuvent être trouvés dans le <b>protocole de PF - fiche 28</b>, ainsi qu'un <b>fiche de patient en PF</b> (fiche 31).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide de planning familial. OMS (bibliothèque).</li> <li>• Les critères de recevabilité (disque). OMS (bibliothèque).</li> <li>• Vidéos pour l'insertion d'implants et DIU (bibliothèque)</li> </ul>
<b>IAG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des <b>organigrammes</b> sur l'écoulement urétral, les pertes vaginales anormales, les ulcérations génitales, les douleurs abdominales et les verrues vénériennes peuvent être trouvés dans le guide clinique MSF, <b>pages 229 à 250 (chapitre sur les infections génitales)</b>.</li> <li>• Traitement de la <b>cystite chez la femme enceinte</b> - MSF obstétrique en situation d'isolement - page 61.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstétrique en situation d'isolement. MSF (bibliothèque).</li> <li>• Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. OMS (bibliothèque).</li> </ul>

<sup>17</sup> L'insertion d'implants peut être faite par les infirmières, les sages-femmes et les médecins ayant reçu une formation à cette technique et une formation à la consultation de PF. Les implants peuvent rester jusqu'à 5 ans (en fonction du fabricant). Le retrait des implants doit être effectué lorsque la femme/le couple souhaite une grossesse ou si un remplacement ou un changement pour une autre méthode est souhaité. Le retrait peut être fait par les infirmières, les sages-femmes et les médecins. La présence de MSF sur place au moment présumé du retrait n'est pas une condition préalable à cette méthode de PF. Une brochure d'information sur l'implant et la façon de le retirer peut être remise aux femmes, afin qu'elles puissent la montrer au prestataire de soins lors du retrait.

## Chapitre 7 : Le système d'information sanitaire

« Le système d'information sanitaire est la collecte et l'analyse continues et systématiques des données alors qu'un projet progresse. Elle est destinée à mesurer les progrès vers la réalisation des objectifs du programme. »<sup>18</sup>

- **Indicateurs** : pour mesurer les progrès, des indicateurs doivent être définis. Une liste d'indicateurs standard a été développée pour les activités de SSR dans les projets de MSF. Comme les objectifs de la phase d'urgence diffèrent des objectifs des projets à plus long terme, en termes de priorités, une **liste d'indicateurs minimaux** est suggérée.
- **Collecte de données** : elle se fait à partir du registre sur une feuille de comptage; les deux outils, adaptés à la liste des indicateurs minimaux, peuvent être trouvés dans la **fiche 33**.
- **Encodage des données** : l'outil de collecte de données utilisé est le Gyn-Obs (epitool) (fiche 36) ou MINOS. Cependant, au début d'une intervention d'urgence, il est difficile de mettre en œuvre ces outils de collecte de données et de former le personnel en conséquence. C'est pourquoi il a été développé un **recueil de données minimales pour la Pool d'urgence (fiche 34)** où les données peuvent être encodées ; les graphiques apparaîtront automatiquement et les indicateurs minimaux seront calculés. Les registres et la fiche de contrôle sont adaptés à la fiche de collecte de données Excel. À un stade ultérieur de l'intervention d'urgence, un outil de collecte de données à long terme, comme Gyn-Obs ou MINOS, peut être mis en œuvre. Si vous avez un doute sur l'outil de collecte de données à mettre en œuvre, il est recommandé d'en discuter avec le pool d'urgence, la cellule ou le référent technique.
- Deuxième outil pour suivre les progrès : révision des décès maternels, des décès néonataux ou des décès évités de justesse. Ces révisions permettent d'identifier les lacunes à différents niveaux :
  - Au niveau communautaire : par exemple la femme et sa famille n'étaient pas au courant des signes indiquant une complication de la grossesse, il a fallu beaucoup de temps pour trouver un chauffeur acceptant de transporter la femme à l'établissement pour un prix abordable, ...
  - Au niveau des services de santé : par exemple le personnel de nuit est trop réduit pour répondre à une urgence obstétricale, la médication nécessaire n'était pas disponible, la décision d'appeler à l'aide a été prise trop tard, ...

Ces révisions peuvent être effectuées pour les décès dans l'établissement de santé et les décès à domicile. Un large éventail de personnes devraient être impliquées pour analyser et mieux comprendre les différents aspects. Cela permettra d'améliorer et d'adapter les solutions et de prévenir la répétition de la même situation.

Remarque : Donnez des informations en retour sur les résultats de la surveillance au personnel et faites participer le personnel de santé à l'analyse des données et à la formulation de recommandations. La collecte des données en sera plus amusante et la qualité va s'améliorer.

---

<sup>18</sup> Manuel de terrain inter-agence sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Groupe de travail inter-agence sur la santé reproductive en situation de crise. Révision 2010 pour examen sur le terrain.

**Tableau 12 : outils du système d'information sanitaire**

Fiche n°	Nom :	À quoi sert-elle ?
32	Indicateurs minimum en SSR	Convient pour surveiller et évaluer les activités en <i>phase d'urgence</i>
33	Registres + feuilles de comptage de SSR en situation d'urgence	Faciles à imprimer, utilisés pour recueillir les données pour le calcul des indicateurs minimaux
34a 34b	Recueil de données minimales SSR en situation d'urgence : a. Données Pool d'urgence b. Données d'indicateurs minimum	Fiche Excel pour votre collecte de données a. Données préférées par le coordinateur médical d'e-pool (quelques indicateurs) b. Données utilisées pour surveiller et planifier les activités de SSR → le programme va calculer les indicateurs
35	Formulaire de révision des décès maternels	Modèle pour révision des décès maternels
36	<a href="#">Gyn-Obs (EpiTool)</a>	<a href="#">Outil de collecte de données (version 2013)</a>

## **Ressources et autres lectures recommandées :**

Ces livres et ces documents peuvent être consultés dans la « Bibliothèque de SSR en situation d'urgence » sur le DVD de SSR en urgence.

### **Général**

1. Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. UNFPA 2010. <http://www.iagw.net/resources/>. L009SRHBO1F
2. Ensemble principal des activités en Santé Sexuelle et Reproductive dans les projets MSF. Groupe de Travail International en Santé Sexuelle et Reproductive. Version 2 Février 2009. L009SRHG01F
3. Pour une Grossesse à moindre risqué: le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. OMS, Genève 2005. [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591692/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/)
4. Countdown to 2015. Maternal, Newborn & Child Survival. Building a future for women and children. The 2012 report. WHO and UNICEF 2012. (*version Anglais*)

### **Priorités**

5. Politique de MSF en matière de santé Sexuelle et Reproductive. Groupe de Travail International sur la santé sexuelle et reproductive. Mars 2010.

### **SONU**

6. Obstétrique en situation d'isolement. MSF 2007. L009OBSG03F
7. Midwife education modules. WHO 2008 (*version Anglais*)
8. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Guide destiné à la sage-femme et au médecin. OMS 2004. L009OBSB20F
9. Transfusion. Guide pratique + CD-Rom. MSF 2010. L008TRFG01F
10. Néonatalogie guide Clinique. MSF-OCB 2011. L010ZBB0007

### **VVS**

11. Prise en Charge des victimes de violences sexuelles – situation avec déplacement de population. S. Peyrassol, MSF-OCB version 3.0 - 2013. L009SEVG07F
12. Interruption volontaire de grossesse. Groupe de Travail International sur la santé sexuelle et reproductive. MSF 2007. (protocole)
13. Sexual violence response in MSF-OCB projects. Analysis and recommendations (*version Anglais*)



## **Consultations de santé reproductive**

14. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au postpartum et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles. OMS Genève 2009. L009MCHB18F
15. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives + disque pour le choix des méthodes contraceptives. OMS 2005. L009FAPB05F
16. Planification familiale – un manuel à l'intention des prestataires de service du monde entier. Johns Hopkins, OMS, 2007. L009FAPB07F
17. Outils d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale. Johns Hopkins, WHO 2007. L009FAPB02F
18. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. WHO 2005. L007STDB14F
19. FP – Implant: vidéo (en Anglais)
20. FP – IUD: vidéo (en Anglais)

## **Les précautions standards**

21. Traitement matériel médical réutilisable – MSF 2012 - OCB
22. Equipement de Protection Personnel (EPP) – MSF 2012 - OCB

## **Médecine interne**

23. Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires, à l'usage des prescripteurs. MSF 2013. L002CLIG01F