

POLITIQUE MSF

SOINS DE SANTE REPRODUCTIVE ET PRISE EN CHARGE DE VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

Groupe de travail international sur les soins de santé reproductive et prise en charge de victimes de violence sexuelle

Approuvée par la plate-forme MedOP – Sept 2019

INTRODUCTION

En tant qu'organisation humanitaire et médicale, MSF s'engage à assister les victimes des conflits et des crises, qu'il s'agisse d'épidémies, de famines, de catastrophes naturelles ou d'exclusion sociale. L'action de MSF a comme objective de réduire la mortalité et la morbidité dans la mesure du possible, et soulager la souffrance engendrée par ces situations.

En 2008, MSF a établi une politique de « santé sexuelle et reproductive » accompagnée d'un ensemble minimum de mesures décrivant l'assistance que l'organisation se propose de fournir. La version révisée de cette politique se fonde sur l'expérience acquise au fil des années et tient compte des besoins de santé multiples qui coexistent dans les contextes où MSF intervient.

Le premier volet de la politique décrit le champ d'intervention de MSF relatif aux **BESOINS EN SANTE REPRODUCTIVE** et elle oriente l'action en fonction de l'impact potentiel sur la mortalité et la souffrance de la mère et du nouveau-né. Cette politique propose un ordre de priorités; en commençant par l'obstétrique, les soins néonataux, le post-partum et les soins relatifs à l'avortement, le tout complété par des actions préventives de base. La présence d'autres acteurs et les besoins spécifiques de chaque population doivent être pris en compte et justifient les approches adaptées. Cette politique souligne le besoin de traiter la santé maternelle et néonatale comme un ensemble et attire l'attention sur les besoins spécifiques des très jeunes mères, parmi lesquelles la mortalité est particulièrement élevée.

Le second volet de la politique décrit le champ d'intervention de MSF concernant la **VIOLENCE SEXUELLE**. Moins directement liée à la mortalité, la violence sexuelle et en particulier le viol, suscite de grandes souffrances et des problèmes de santé à court et à long terme. MSF accorde une priorité aux soins destinés aux victimes de violence sexuelle et chaque projet doit être en mesure de fournir une aide dans ce domaine — indépendamment des interventions de soins de santé reproductive, ou en complément. La mutilation génitale féminine (MGF) est abordée dans le cadre de la violence sexuelle.

Les considérations liées à chaque contexte, notamment l'insécurité, peuvent amener MSF à exercer son action médicale dans un nombre limité d'établissements de santé, assistant, à priori, les personnes capables de s'y rendre. Toutefois, lorsque c'est possible, MSF établit un **dialogue avec les communautés concernant l'assistance disponible et s'engage à fournir son assistance aux personnes les plus démunies**, y compris celles rendues invisibles par le stigma, l'ignorance, la peur ou la discrimination. Les accoucheuses traditionnelles (AT), tout comme d'autres membres de la communauté, peuvent servir de lien avec l'assistance fournie par MSF. Elles peuvent être intégrées aux actions de promotion de la santé et faire partie du personnel auxiliaire sous la supervision de personnes qualifiées. Néanmoins, elles ne pourront être intégrées au personnel médical qualifié tant qu'après avoir suivi une formation.

L'objectif principal de MSF est de fournir des soins médicaux. Cependant, dans bon nombre de contextes, l'ampleur des problèmes liés à la santé reproductive et à la violence sexuelle reste largement occulté. L'expérience de MSF dans ce domaine devrait être systématiquement documentée, à des fins de **surveillance, de recherche, d'innovation et de témoignage**. L'expérience de MSF doit **contribuer à une prise de conscience** sur les causes de mortalité et de souffrance ; dans les cas où les obstacles structurels et politiques vont à l'encontre d'une amélioration cela doit être signalé.

I. LES SOINS EN SANTE REPRODUCTIVE

LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE AINSI QUE LA SOUFFRANCE ne sont pas des conséquences directes des conflits et des crises ; elles sont plutôt dues à une absence de soins médicaux. MSF travaille dans de nombreux contextes où les soins obstétricaux et néonataux se trouvent dans un état d'urgence permanent. Les conflits et les crises exacerbent les situations préexistantes: les déplacements, la violence, les épidémies et les pénuries alimentaires présentent des risques supplémentaires pour les femmes enceintes en affectant leur environnement, en particulier, l'accès à une assistance médicale. Dans certaines régions, le taux élevé de mortalité maternelle est en lui-même considéré comme une crise et peut justifier l'intervention et l'assistance de MSF.

L'organisation ne peut pas être un substitut à la défaillance ou l'absence de systèmes de santé nationaux. Mais MSF peut contribuer à soulager la souffrance et à éviter les décès maternels et néonataux grâce à une assistance médicale focalisée sur la prise en charge des principales causes de mortalité et de souffrance.

1. ACTION AVEC UN IMPACT DIRECT SUR LA MORTALITE MATERNELLE

1.1 Soins obstétricaux

- ✓ *Dans 15 % de toutes les grossesses, les complications mettent en danger le pronostic vital.¹*
- ✓ *Les complications majeures, représentant 80 % de tous les décès maternels, concernent majoritairement les hémorragies graves (surtout après l'accouchement), les infections (généralement après l'accouchement), l'hypertension artérielle pendant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie), et les avortements à risque².*
- ✓ *60 % des décès maternels se produisent juste avant, pendant ou juste après l'accouchement, souvent en raison de complications imprévisibles. Toutefois, il est possible de traiter presque toutes les complications avec des moyens relativement simples.*
- ✓ *Les accouchements faits par du personnel qualifié dans des structures sanitaires³ sont l'intervention la plus efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale.*

MSF assure la prise en charge de soins obstétricaux et néonataux et encourage les femmes à accoucher dans les structures sanitaires avec du personnel qualifié.

Il faut s'attendre à un certain nombre de complications obstétricales nécessitant l'intervention chirurgicale. MSF assurera une activité chirurgicale pour ces urgences obstétricales, quand cela est possible.

L'indication d'une césarienne repose avant tout sur une évaluation des risques maternels. Les soins obstétricaux d'urgence de MSF prennent en compte le bien-être du fœtus et assurent des mesures concrètes pour le préserver. Néanmoins dans des contextes avec une faible capacité concernant les soins néonataux et où la probabilité d'un accès aux soins obstétricaux complets pour les futures grossesses de la mère est limitée, les indications exclusivement fœtales pour une césarienne ne sont encouragées.

Les soins obstétricaux d'urgence fournis par MSF incluent la gestion des complications résultant de fausses couches et d'avortements, et la gestion des complications anténatales et postnatales, y compris les complications post-natales des femmes qui accouchent à la maison ou dans une autre structure de santé.

1.2 Soins néonataux

- ✓ *40 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans surviennent au cours de la période néonatale de 28 jours. Les deux tiers de ces décès sont évitables, sans soins intensifs.*
- ✓ *On estime que 25 à 45 % des décès néonataux surviennent le premier jour après la naissance⁴.*
- ✓ *Les principales causes de mortalité néonatale sont la prématurité et un faible poids à la naissance, les infections, l'asphyxie (manque d'oxygène à la naissance) et les traumatismes lors de l'accouchement⁵.*

Les soins essentiels des nouveau-nés font partie intégrale de tous soins obstétricaux de MSF. Les soins au niveau de la maternité comprennent la réanimation immédiate, l'évaluation systématique et prévention de l'hypothermie, ainsi que le commencement de l'allaitement maternel exclusif, l'examen systématique du

1 UNFPA 2007 http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_ExecSum.pdf

2 Fiche d'information n° 348, mai 2012 et études associées (Source : OMS).

3 Par « assistance qualifiée », on désigne non seulement la présence de personnel qualifié, mais aussi le milieu favorable nécessaire à une intervention compétente. Cela sous-entend également l'accès à un niveau plus global de soins obstétricaux, en cas de complications requérant une intervention chirurgicale ou des transfusions sanguines. (Source : FNUJAP)

4 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale*, New York 2009

5 Fiche d'information n° 333, mai 2012 et études connexes (Source : OMS).

nouveau-né, les mesures préventives de routine, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) lorsque c'est pertinent, et le traitement d'infections néonatales, manifestes ou soupçonnées. Dans les situations où MSF doit traiter un nombre élevé de grossesses et d'accouchements compliqués (cf hôpitaux de référence), les unités de soins néonataux offrant des soins spécialisés seront considérées en fonction des besoins. La méthode Kangourou⁶ est l'approche recommandée pour les prématurés et les nourrissons de petit poids.

Une prolongation de la réanimation et du support vital des nouveau-nés doit être en accord avec le pronostic espéré à long terme; les décisions qui en dépendent sont prises, dans la mesure du possible, en consultation avec la mère ou les parents.

1.3 Soins et consultations postnatals pour les mères et les nouveau-nés (CPoN)

- ✓ *Environ 45 % des décès maternels durant le post-partum se produisent dans la journée qui suit l'accouchement, plus de 65 % dans la première semaine, et plus de 80 % dans les deux semaines⁷.*

MSF encourage les femmes à rester au moins 24 h après l'accouchement dans une structure médicale pour détecter et gérer les complications précoces de la mère ou du nouveau-né lors du post-partum, et afin de commencer l'allaitement maternel.

MSF organise au moins une visite de suivi pour les mères et les nouveau-nés pendant la première semaine après l'accouchement, soit dans une structure médicale ou dans le cadre d'activités communautaires. Les soins postnatals s'adressent à toutes les femmes, indépendamment du fait qu'elles aient accouché dans une structure médicale ou à la maison.

Les visites de suivi pour les mères et les nouveau-nés pendant les six semaines suivant l'accouchement sont encouragées pour diagnostiquer les complications tardives, afin d'assurer la poursuite ou l'initiation de la prévention de la transmission du VIH (PTME) de la mère à l'enfant, si c'est pertinent, et pour encourager l'allaitement maternel exclusif, la vaccination du nouveau-né et la contraception pour la mère.

1.4 Soins d'avortement médicalisé

- ✓ *L'avortement non médicalisé constitue l'une des quatre principales causes de mortalité maternelle dans le monde⁸. Les décès maternels dus aux avortements représentent près de 13 % de tous les décès maternels dans le monde ; ce chiffre est supérieur dans certaines régions et dans des contextes spécifiques.*
- ✓ *Les avortements non médicalisés et les grossesses non désirées contribuent de manière significative à la morbidité, à la souffrance et à la mortalité maternelle, dans les contextes où [MSF] œuvre⁹.*
- ✓ *L'expérience montre que les femmes ont recours à des méthodes d'avortement non médicalisé pour mettre fin à une grossesse non désirée, si des soins d'avortement médicalisé ne sont pas disponibles.*

Les complications résultant d'avortements non médicalisés sont prises en charge dans les services d'obstétrique d'urgence de MSF (voir ci-dessus).

MSF répond aux besoins des jeunes filles et des femmes en ce qui concerne l'interruption de grossesse; cela fait partie, pour l'organisation, des actions visant à réduire la mortalité maternelle et la prévention de l'avortement non médicalisé.

L'interruption de grossesse est assistée jusqu'à 22 semaines d'âge gestationnel. L'interruption de grossesse pour raison du sexe du fœtus n'est pas soutenue par MSF.

Lorsqu'un autre acteur de santé offrant des soins de qualité est accessible, les jeunes filles et les femmes demandant une interruption de grossesse peuvent être référées vers celui-ci¹⁰.

Les soins d'avortement médicalisé comprennent des conseils aux femmes et jeunes filles ainsi que l'offre de contraceptifs.

Le contexte juridique, son interprétation coutumière ainsi que la perception de l'interruption de grossesse par la communauté peuvent avoir des conséquences en termes de sécurité pour les femmes ou le personnel ; cela doit être pris en considération.

MSF s'engage à assurer la confidentialité pour les femmes et les jeunes filles qui demandent une interruption de grossesse.

6 Méthode de soins pour prématurés qui consiste à mettre le nourrisson peau contre peau avec sa mère.

7 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/maternal/en

8 Tendances en matière de mortalité maternelle 1990–2010.

9 Résolution du Conseil international de MSF de novembre 2004 et déclaration du Bureau international d'octobre 2012.

10 Le fait de référer des patientes vers un autre acteur de santé exige que MSF valide ce prestataire, pour assurer l'accès (y compris la prise en charge des coûts y afférents) et le suivi de la patiente.

2. ACTIONS PREVENTIVES

2.1 Les soins (consultations) prénatals (CPN)

- ✓ *Les femmes sont plus susceptibles d'accoucher avec un personnel qualifié si elles ont eu au moins une consultation prénatale¹¹.*
- ✓ *Les soins prénatals sont une opportunité pour promouvoir les bénéfices d'un accouchement fait par du personnel qualifié et encourager les femmes à recevoir des soins post-partum pour elles et leurs nouveau-nés¹².*

Les soins prénatals prodigués par du personnel qualifié permettent de diagnostiquer nombre des risques obstétricaux et des pathologies menaçant la survie du fœtus. En outre, pour MSF, les soins prénatals sont une opportunité stratégique pour :

- avoir une « porte d'entrée » pour des soins obstétricaux donnés par du personnel qualifié;
- encourager à planifier l'accouchement et anticiper le besoin d'un transport en urgence;
- diagnostiquer et traiter les pathologies de la grossesse, y compris l'hypertension et l'anémie;
- diagnostiquer les maladies transmissibles et les traiter: en outre le paludisme, les infections de l'appareil reproducteur, le VIH ainsi que d'autres pathologies compliquant la grossesse qui affectent le bien-être fœtal et néonatal ;
- commencer la PTME au moment opportun ;
- identifier les grossesses chez les adolescentes pour pouvoir faire un suivi étroit et adapter les soins.

Les soins prénatals seuls ne peuvent pas réduire la mortalité maternelle et néonatale, et doivent être mis en œuvre en complément des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

2.2 Contraception

- ✓ *L'offre de services de contraception permet de réduire potentiellement la mortalité maternelle de 30 % (90 % de cette mortalité découlant de l'avortement et 20 % de la mortalité obstétricale)¹³.*
- ✓ *Deux grossesses sur cinq sont involontaires dans les pays en voie de développement.*
- ✓ *La contraception prévient la mortalité et les souffrances liées à une grossesse non désirée et les avortements non médicalisés.*

MSF propose d'offrir des services de contraception dans tous les projets pertinents qui touche aux jeunes filles et aux femmes en âge de procréer, y compris les programmes nutrition ou VIH. L'offre de contraception aux adolescents, aux hommes et aux femmes répond à des besoins et comprend un choix de méthodes, une information médicale et des conseils sur les options adaptées à la situation particulière de chaque patient. Les adolescentes sont particulièrement sujettes aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses non désirées; une approche adaptée est indispensable.

2.3 Prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant (PTME)¹⁴

- ✓ *On estime que plus de 90 % des enfants porteurs du VIH ont contracté le virus pendant la grossesse, lors de l'accouchement ou de l'allaitement – ces formes de transmission du VIH sont évitables¹⁵.*
- ✓ *Une PTME efficace permet d'améliorer la santé de la mère et de réduire le risque de transmission du VIH mère-enfant à 5 % ou moins, alors que l'allaitement maternel présente un risque de transmission de 35 % (en l'absence de toute intervention et avec la poursuite de l'allaitement)¹⁶.*

La mise en œuvre de la PTME est prioritaire dans des contextes où MSF est impliqué de manière importante dans les soins prénatals ou obstétricaux (masse critique de patientes) et où la prévalence du VIH est au moins de 1 %.

La PTME doit être offerte dans ces contextes, même si les soins concernant le VIH ne peuvent pas être assurés par la suite. La Priorité sera donnée aux activités de dépistage et d'initiation au traitement au cours de la période prénatale, mais cela peut également se faire pendant le travail et en post-natal. Dans les contextes où la prise en charge du VIH est assurée, le dépistage et l'initiation de la PTME est encouragée à tout moment (prénatals et pendant toute la période d'allaitement). La prévention de la transmission du VIH

11 *Le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : Donnons sa chance à chaque nouveau-né d'Afrique* (OMS 2006).

12 *L'accès aux services de santé cliniques et communautaires pour la mère, le nouveau-né et les femmes* (USAID 2007).

13 OMS, USAID, *Repositionner le planning familial : guide pour le plaidoyer et l'action*, 2008.

14 PTME, *Orientations stratégiques, rapport final* (oct 2012 – MSF).

15 UNAIDS, *Rapport sur l'épidémie globale du VIH, 2008*, Publié: www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008

16 *Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant*, OMS 2010).

de la mère à l'enfant (PTME) et le diagnostic précoce du nourrisson constituent d'importants points d'entrée pour la continuité des soins VIH de la mère et de l'enfant.

2.4 Prévention, dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus¹⁷

- ✓ *Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de décès lié au cancer chez les femmes dans les pays développés¹⁸.*
- ✓ *Les difficultés d'accès à des services de dépistage et de traitement de qualité font que la majorité des décès par cancer du col de l'utérus (85 %) surviennent chez des femmes vivant dans les pays à revenu faible et intermédiaire.*

Le dépistage et/ou le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus, ainsi que des actions préventives (vaccination contre le virus du papillome humain [VPH]), peuvent faire partie des activités mise en œuvre dans les projets MSF dans lesquels la prévalence du cancer du col de l'utérus est particulièrement élevée.

MSF priorise le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus ainsi que la vaccination contre le VPH chez les femmes séropositives.

3. AUTRES DOMAINES D'INTERVENTION

3.1 Réparations de fistules obstétricales

- ✓ *On estime qu'au moins 3 millions de femmes dans les pays pauvres présentent des fistules vésico-vaginales non réparées, et que 30 000 à 130 000 nouveaux cas s'ajoutent tous les ans, uniquement pour l'Afrique¹⁹.*

La grande majorité des fistules obstétricales est due à des accouchements prolongés, une faible proportion résultent d'interventions médicales (césarienne, hystérectomie) ou de violences sexuelles.

La prise en charge obstétricale de MSF assurer en priorité une gestion opportune des accouchements prolongés ainsi que des soins chirurgicaux pour les césariennes d'urgence par du personnel qualifié. Au-delà, une prévention secondaire de la fistule obstétricale est recherchée à travers des activités de détection précoce dans le post-partum et un traitement conservateur (sondage urinaire).

Au delà de manifestations physiques (incontinences), la fistule obstétricale entraîne une stigmatisation, une dépression et un isolement social.

La mise en œuvre d'activités pour la réparation des fistules nécessite une expertise médicale ponctuelle et doit être considérée comme un complément aux programmes de soins obstétricaux établis ou prévus dans des contextes où l'on observe fréquemment des fistules obstétricales chez les patientes vues par MSF. Une réparation réussie de la fistule représente une étape importante dans la vie des femmes qui retrouvent la dignité et reprennent confiance en leur corps.

17 *Cancer du col: Guide aux opérations* (janvier 2013 – MSF)

18 Le cancer du sein, première cause de décès chez les femmes

19 Wall LL, *Obstetric vesico-vaginal fistula as an international public-health problem*, Lancet 2006; 368: 1201–09

II. SOINS POUR LES CONSEQUENCES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les violences sexuelles, et particulièrement le viol

- ✓ *Il n'existe pas, dans le monde, de définition commune de la violence sexuelle ni de données détaillées concernant sa prévalence, mais les sources de données relatives à la criminalité concernant le viol et la violence sexuelle lors des conflits et la violence contre les femmes démontrent l'existence généralisée d'une violence sexuelle dans tous les contextes.*
- ✓ *Les études portant sur certains pays signalent que près d'une femme sur trois a été violée avant l'âge de 18 ans, soit une incidence annuelle d'environ 400 000 cas. Selon les documents officiels relatifs à la criminalité, pour une population de 100 000 personnes, on signale 135 viols²⁰.*
- ✓ *On sait que le viol est le crime le plus sous-déclaré et que dans 75 à 95 % des cas, aucune déclaration n'est faite à la police.*
- ✓ *Depuis 2005, chaque année, MSF est venu en aide à 10 000- 15 000 victimes de violences sexuelles par an, qu'il s'agisse de cas individuels ou de situations où l'incidence des viols était importante et soudaine. Environ 5 % des victimes assistées par MSF sont des jeunes garçons et des hommes.*

Les violences sexuelles se trouvent dans toutes les sociétés, dans tous les contextes, et à tous moments. La déstabilisation des contextes débouche souvent sur des niveaux accrus de violence, y compris les violences sexuelles. Les violences sexuelles sont particulièrement complexes et stigmatisantes et génèrent des conséquences à long terme. Les défis sont multiples et doivent être prise en compte par MSF: considérations juridiques, confidentialité, protection, stigmatisation et perception ainsi que l'accessibilité à l'aide et son acceptation.

MSF focalise son assistance prioritairement sur les soins médicaux aux victimes de violences sexuelles, qu'il s'agisse des femmes, d'enfants ou d'hommes. Les soins médicaux proposés comprennent :

- le traitement des blessures ;
- la prévention de l'infection (maladies sexuellement transmissibles, VIH, hépatite B, tétanos),
- la prise en charge des grossesses non désirées ;
- le soutien psychologique;
- la délivrance d'un certificat médico-légal.

Tous les projets de MSF doivent être en mesure de fournir des soins médicaux aux victimes de violences sexuelles, indépendamment ou en complément des soins en santé reproductive.

Selon le contexte et la faisabilité, MSF contribuera à d'autres formes d'assistance nécessaires comme le soutien social et juridique, la sensibilisation communautaire et le témoignage. L'amélioration des connaissances relatives aux conséquences médicales du viol et de la possibilité d'obtenir une aide sont des mesures indispensables à prendre en compte.

MSF s'engage à assurer une confidentialité pour tout patient qui demande des soins relatifs à des violences sexuelles.

Mutilations génitales féminines (MGF)

- ✓ *Les MGF engendrent de graves risques pour la santé physique et mentale des femmes et des jeunes filles, en particulier pour les victimes des formes extrêmes de cette pratique.*
- ✓ *Les MGF sont associés à une prévalence accrue de complications lors de l'accouchement : intenses douleurs, hémorragie, tétanos, infection, infertilité, kystes et abcès, incontinence urinaire, dyspareunie, et même les décès maternels, en plus de problèmes psychologiques²¹.*

Les mutilations génitales féminines doivent être considérées comme une autre forme de violence infligée aux filles et aux femmes avec d'importantes conséquences à court et long terme sur la santé.

MSF ne soutient pas la pratique des mutilations génitales féminines et ne fournit donc pas de formation, de médicaments ni de matériel médical relatif à cette pratique .

L'infibulation peut entraîner des complications mortelles et MSF traite ces cas dans le cadre des soins médicaux d'urgence. MSF prend en charge les complications des MGF susceptibles de survenir pendant le travail et l'accouchement. Dans le cadre MSF la désinfibulation est pratiquée et la réouverture laissée telle qu'elle après l'accouchement. La réinfibulation, même à la demande de la patiente, est considérée comme une forme de soutien de cette pratique, à laquelle MSF ne souscrit pas.

La position de MSF et sa décision de ne pas pratiquer la réinfibulation doit être expliquée par les équipes au personnel de santé et à la population locale.

20 Données et études provenant de pays comme l'Afrique du Sud, Lesotho, Burundi, Colombie, République démocratique du Congo

21 Female genital mutilation and obstetric outcome, 2001-3, Lancet 2006