



BOITE A OUTILS DE PRÉPARATION

Prêt à sauver des vies

Soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence

Version d'essai sur le terrain

RÉALISÉE PAR

Family Planning 2020, la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF), John Snow, Inc. (JSI), la Women's Refugee Commission (WRC) et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)

EN COLLABORATION AVEC

le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise

Prêt à sauver des vies

Une boîte à outils de préparation pour les soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence

Version d'essai sur le terrain

PRODUIT PAR



EN COLLABORATION AVEC



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises



En mémoire de Jennifer Schlecht

La présente boîte à outils est dédiée à notre chère amie et collègue, Jennifer Schlecht. Jenn a été la force motrice de cette ressource et a contribué à faire progresser la planification familiale (PF) et la mission de préparation en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) à l'effet de faire face à la crise mondiale des urgences humanitaires croissantes et au nombre toujours plus important de personnes vivant comme réfugiés et déplacés internes. Elle avait pour vision d'étendre les leçons et les orientations partagées en matière de préparation et, partant, de renforcer la riposte en matière de SSR et d'aider à atteindre les objectifs de planification familiale, par le biais de cet ensemble de travaux. Cet effort est en son honneur, et dans l'espoir de faire avancer sa vision.

« Une bonne préparation constitue un préalable à une bonne riposte! Ce principe a été confirmé lors de l'arrivée des réfugiés et des migrants en 2015. Grâce à la sensibilisation de nos intervenants au Dispositif minimum d'urgence (DMU) et au travail de préparation effectué depuis 2012, les cliniques gynécologiques mobiles ont été les premières à se trouver sur le site pour offrir des services à la population touchée. Le ministre de la Santé a reconnu leur importance et les a mis en pratique, avant même la création des unités de santé pour les services de médecine générale. »

—MEMBRE DU GROUPE DE TRAVAIL SSR, MACÉDOINE DU NORD, 2018

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Glossaire des termes | 6 |
| Foreword | 7 |
| Avant-propos | 8 |
| Introduction à la préparation en matière de SSR | 10 |
| Qu'entend-t-on par préparation en matière de SSR ? | 11 |
| Pourquoi la préparation en matière de SSR ? | 11 |
| Étapes de la préparation en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) | 18 |
| Initiation à la préparation en matière de SSR | 19 |
| Évaluation de la préparation en matière de SSR | 23 |
| Mise en œuvre de la préparation en matière de SSR | 24 |
| Fiches d'apprentissage | 42 |
| Inclusion | 43 |
| <i>« Ne laisser personne pour compte » – Élaborer des stratégies, des plans et des activités de préparation en matière de SSR</i> | |
| Intégration des politiques | 50 |
| <i>Intégrer la SSR dans les plans et politiques de gestion des risques de catastrophe</i> | |
| Coordination | 56 |
| <i>Développer une coordination nationale en matière de SSR pendant la préparation aux situations d'urgence</i> | |
| Intégration des programmes d'études | 64 |
| <i>Intégrer le DMU dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé au niveau national</i> | |
| Préparation de la chaîne d'approvisionnement pour les produits de base du SSR | 70 |
| <i>Développer une chaîne d'approvisionnement flexible pouvant répondre aux besoins de SSR dans les situations d'urgence</i> | |
| Préparation de la communauté à la santé sexuelle et reproductive | 82 |
| <i>Intégrer la SSR dans la réduction des risques de catastrophe pour les communautés touchées par les crises: une étude de cas au Pakistan</i> | |
| Recommandations | 90 |
| Ressources | 92 |
| Outils pour l'évaluation de l'état de préparation en matière de SSR et élaborer des plans d'action | 92 |
| Cadres, notes et directives en matière de préparation/SSR | 92 |
| Outils pour soutenir la préparation des infrastructures sanitaires, des fournitures et de la logistique .. | 93 |
| Supports de formation sur le DMU | 94 |
| Orientations opérationnelles pertinentes pour la mise en œuvre du DMU | 94 |
| Matériel de formation à la prestation de services de SSR | 95 |
| Orientations en matière d'inclusion | 96 |
| Annexes | 97 |
| Remerciements | 97 |
| Informateurs clés | 98 |
| Réviseurs de la boîte à outils | 101 |
| Acronymes | 102 |
| Références | 103 |

Glossaire des termes

Le terme suivant est directement tiré du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) (1994) :¹

santé sexuelle et reproductive : la santé sexuelle et reproductive (SSR) est un état de bien-être physique, mental et social complet (et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité) en termes de système de reproduction, de ses fonctions et processus. Par conséquent, la SSR suppose la capacité des individus à avoir une vie sexuelle satisfaisante et saine, à se reproduire, et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence ils le feront. Cette dernière condition implique le droit des personnes à être informées et à

avoir accès aux méthodes contraceptives sûres, efficaces, abordables et acceptables de leur choix, ainsi que d'autres interventions et stratégies de régulation de la fécondité qui ne violent pas la loi. Les individus devraient également avoir le droit d'accéder à des services de soins de santé appropriés permettant aux femmes de vivre leur grossesse et l'accouchement en toute sécurité, et offrant aux individus et aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Les termes suivants sont directement tirés du glossaire de l'OMS sur la terminologie de la gestion des crises sanitaires et des risques de catastrophe (2020) :²

préparation (urgence) : les connaissances et les capacités développées par les gouvernements, les organisations de riposte et de rétablissement, les communautés et les individus à l'effet d'anticiper efficacement les impacts des catastrophes probables, imminentes ou actuelles, y répondre et s'en remettre. L'action de préparation est menée dans le contexte de la gestion des risques de catastrophe et vise à renforcer les capacités nécessaires à la gestion efficace de tous les types d'urgence et pour une transition ordonnée entre la riposte et la reprise durable. La préparation se fonde sur une analyse solide des risques de catastrophe et sur de bons liens avec les systèmes d'alerte précoce. Elle comprend des activités telles que la planification des mesures d'urgence, le stockage d'équipements et de fournitures, l'élaboration de dispositions pour la coordination, l'évacuation et l'information du public, ainsi que la formation et les exercices de terrain y afférents. Ces activités devraient être soutenues par des capacités institutionnelles, juridiques et budgétaires formelles. Le terme connexe « état de préparation » décrit la capacité à réagir rapidement et de manière appropriée en cas de besoin.

Remarque : La terminologie de l'OMS utilise indifféremment les termes « préparation » et « état de préparation », qui ont été adoptés dans la présente boîte à outils.

résilience : capacité dont sont dotés un système, une communauté ou une société exposés à des dangers, à résister, à les absorber, à s'adapter, à se transformer et à se remettre promptement et efficacement des effets en résultant, notamment par la préservation et la restauration de ses structures et fonctions de base essentielles grâce à la gestion des risques.

la réduction des risques de catastrophe : [activités] visant la prévention de nouveaux risques de catastrophe, la réduction des risques existants et la gestion du risque résiduel, qui contribuent tous au renforcement de la résilience et, partant, au développement durable.

gouvernance en matière de risques de catastrophe : système d'institutions, de mécanismes, de cadres politiques et juridiques, et d'autres dispositions visant à orienter, coordonner et superviser la réduction des risques de catastrophe et les domaines politiques connexes.

gestion des risques de catastrophe : l'application de politiques et de stratégies de réduction des risques de catastrophe dans l'optique de prévenir de nouveaux risques de catastrophe, de réduire les risques de catastrophe actuels et de gérer les risques résiduels, contribuant ainsi au renforcement de la résilience et à la réduction des pertes dues aux catastrophes.

danger : un processus, un phénomène ou une activité humaine pouvant entraîner des pertes en vies humaines, des blessés ou d'autres effets sur la santé, des dommages matériels, des perturbations sociales et économiques ou une dégradation de l'environnement.

Remarque : Il pourrait s'agir de la propriété latente ou de la capacité inhérente d'un agent ou d'une substance qui les rend capable de causer des effets néfastes aux personnes ou à l'environnement en cas d'exposition.



Inass Zeineddine est une éducatrice de jeunes et représentante régionale de la jeunesse de la région du monde arabe qui travaille avec de jeunes réfugiés syriens à l'intérieur du camp de Saadanayel, dans la vallée de la Bekaa, au Liban. Crédit image : IPPF/Peter Caton/Sri Lanka

Avant-propos

Family Planning 2020 est très honoré d'avoir facilité l'élaboration du manuel *Prêt à sauver des vies : Une boîte à outils de préparation pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence* dans le cadre de l'engagement du FP2020 à favoriser la collaboration entre les acteurs humanitaires et de développement. Lors du Sommet de Londres de 2017 sur la planification familiale, les membres du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) ont insisté sur le fait qu'un dialogue sur l'élargissement de l'accès à des services de planification familiale de qualité doit inclure la prise en compte des femmes dans les contextes humanitaires. L'IAWG a recommandé des partenariats entre les organisations humanitaires et de développement afin de garantir l'application du droit fondamental à la planification familiale pour les personnes déplacées du fait des conflits, des catastrophes naturelles, de la dégradation de l'environnement et des épidémies.

Le FP2020 a suivi ces recommandations, sous la direction de Jennifer Schlecht. Jenn a consacré sa carrière à veiller à ce que les femmes et les filles en situation de crise aient accès aux meilleurs soins médicaux possibles, y compris la planification familiale et d'autres soins de santé reproductive. Elle était un membre essentiel de la famille FP2020 jusqu'à son décès en 2019. En l'honneur de sa mission consistant à étendre la planification familiale aux personnes déplacées dans le cadre de soins de santé sexuelle et reproductive complets, le FP2020 continue de s'associer aux gouvernements, aux acteurs humanitaires et de développement du monde entier afin d'améliorer la visibilité et l'accès à la contraception volontaire partout dans le monde. Le programme FP2020 est une plateforme d'échange d'idées et d'engagements permettant d'améliorer la vie des individus.

Nous exprimons notre gratitude à l'endroit de tous les experts en santé sexuelle et reproductive et en interventions d'urgence, ayant contribué à l'élaboration de cette boîte à outils. Nous n'aurions pas pu réaliser cette première version de la boîte à outils sans le soutien financier du ministère britannique du Développement international et les contributions inestimables de la FIPF, de John Snow, Inc., de la Women's Refugee Commission, du FNUAP et de l'IAWG. Nous sommes reconnaissants à l'organisation CARE pour le financement de la bourse qui a permis à Jennifer Schlecht de participer au FP2020, et de nous aider à établir ce partenariat avec des collègues du domaine de l'humanitaire.

Beth Schlachter
Directeur exécutif
Family Planning 2020

Aperçu

Prêt à sauver des vies : Une boîte à outils de préparation pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence fournit aux acteurs nationaux des orientations et des ressources permettant de garantir la disponibilité des services de santé sexuelle essentiels et de qualité dès le début de la réponse à une situation d'urgenceⁱ jusqu'à la stabilisation. Ce manuel a été élaboré par le FP2020, la FIPF, le JSI, le WRC et le FNUAP, en collaboration avec l'IAWG.

ⁱ Par « Urgence », nous entendons les aléas naturels, les conflits armés et les troubles civils, les épidémies et les pandémies, les changements drastiques de l'environnement socio-économique, les violations graves des droits de l'homme ou du droit humanitaire international, et les dangers environnementaux (consulter les [orientations en matière de préparation aux interventions d'urgence du Comité permanent interinstitutions \[IASC\]](#) dans *Ressources*).

À propos de cette boîte à outils

L'objectif de cette boîte à outils est de rassembler les enseignements et les orientations actuels comme point de départ pour que les parties prenantes entament le travail de préparation en matière de SSR. Dans le cadre de la SSR, le domaine de la préparation est relativement nouveau et en pleine expansion. Un effort collectif plus important est nécessaire pour évaluer l'incidence de la préparation et faire avancer le domaine. Cet effort constitue la première ébauche d'un projet d'orientations de la préparation en matière de SSR, et est destiné aux essais sur le terrain. La présente boîte à outils reconnaît le travail de longue date effectué dans le domaine de la gestion des situations

d'urgence et des risques de catastrophe, et s'efforce de faire le lien entre ce travail et le domaine de la santé sexuelle et reproductive, axé sur les droits humains et sur les personnes.

Le travail relatif à la présente boîte à outils a commencé en début 2019 et s'est achevé en juin 2020, bien après que l'épidémie du virus COVID-19 ne soit devenue une pandémie. La COVID-19 a mis en évidence l'importance de la préparation et le prix fort à payer faute de préparation aux risques. Au-delà de l'accent mis actuellement sur la préparation et la riposte à la COVID-19, cette boîte à outils adopte une approche tous risques.

Utilisateurs prévus de la présente boîte à outils

La présente boîte à outils est destinée aux décideurs et aux parties prenantes à l'échelle nationale, qu'il s'agisse du gouvernement, d'organisations nationales et locales (y compris celles dirigées par des femmes et des jeunes) ou d'organismes internationaux, dont l'objectif est de garantir la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive appropriés et de qualité en situation d'urgence. Cet objectif englobe la participation des acteurs de la santé sexuelle et reproductive souhaitant se familiariser et s'engager davantage dans les efforts et les systèmes de préparation aux urgences

aux niveaux national et infranational, ainsi que les acteurs de la gestion des risques de catastrophe (GRC) désireux de mieux comprendre et intégrer la santé sexuelle et reproductive dans la gestion des crises et le travail de préparation. La boîte à outils est destinée à s'aligner sur les axes de travail du « Grand compromis », en particulier ceux liés à la localisation de l'action humanitaire, à la participation des communautés affectées et au travail de collaboration entre les acteurs humanitaires, de développement et du gouvernement.³

Comment utiliser cette boîte à outils

La présente boîte à outils est structurée en cinq sections :

Section 1 : Introduction à la préparation en matière de SSR pour familiariser les utilisateurs avec les concepts clés, les points de plaidoyer et les cadres.

Section 2 : Aperçu des étapes d'initiation, d'évaluation et de mise en œuvre des actions de préparation en matière de SSR, avec des liens vers des fiches d'apprentissage et des ressources sélectionnées.

Section 3 : Une série de fiches d'apprentissage présentant les activités de préparation en termes de santé sexuelle et reproductive au niveau national et dans plusieurs pays et contextes.

Section 4 : Recommandations pour une préparation complète en matière de SSR.

Section 5 : Ressources en vue de la préparation en matière de SSR, notamment des conseils et des outils.

Introduction à la préparation en matière de SSR

La préparation en matière de SSR traduit les actions entreprises dans l'optique de fournir en temps opportun, des services de SSR essentiels et de qualité dès la survenance d'une situation d'urgence. La préparation en termes de SSR devrait être liée aux efforts de préparation aux crises sanitaires au sens large.

Qu'entend-t-on par préparation en matière de SSR ?

La préparation en général englobe les actions destinées à améliorer l'état de préparation opérationnelle pour répondre à une catastrophe ou à un événement déstabilisant, et facilitant une reprise plus efficace et plus effective. Les actions de préparation pourraient comprendre l'élaboration de plans et de politiques de gestion des catastrophes, la réalisation d'évaluations des risques, le renforcement des infrastructures et de la logistique, et le renforcement des capacités des

ressources humaines. La préparation n'est qu'une étape du cycle de gestion des situations d'urgence, nécessitant des activités complémentaires et de renforcement à tous les stades visant à minimiser l'incidence et à assurer une reprise plus efficace et plus efficiente (voir figure 1). La préparation est souvent entreprise dans le cadre de la réduction et de la gestion des risques de catastrophe et fait partie intégrante du cycle de renforcement de la résilience (voir figure 2).

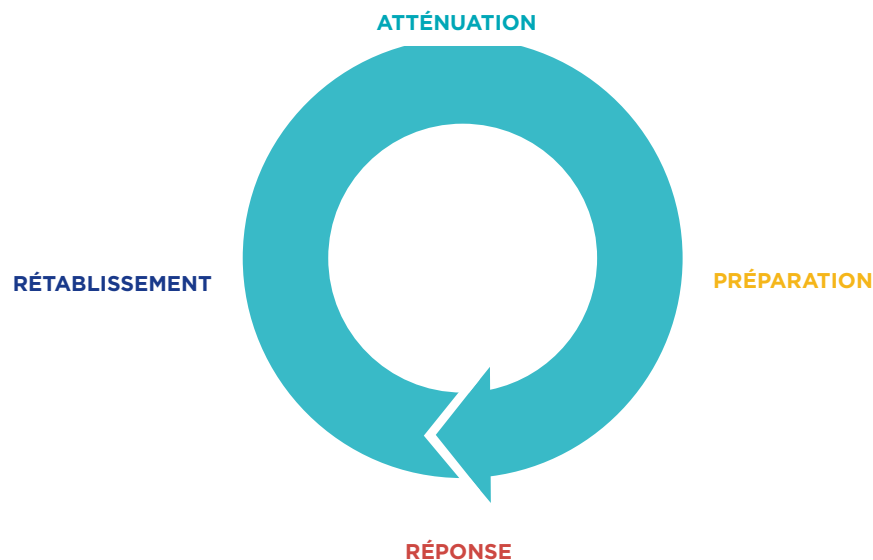


FIGURE 1. Cycle de gestion des urgences

Adapté de Sprinting Towards Change : Sexe et grossesse en situations d'urgence, IPPF, 2011.

Pourquoi la préparation en matière de SSR ?

Au cours de la dernière décennie, les besoins humanitaires ont augmenté à un rythme sans précédent. Les conflits violents provoquent la mortalité, la morbidité, des déplacements et une dévastation généralisés. Les effets de plus en plus visibles du changement climatique aggravent les risques et exacerbent les vulnérabilités.⁴ Même avant la COVID-19, le nombre de personnes ayant besoin d'aide humanitaire et de protection, était estimé à près de 168 millions, soit environ 1 personne sur 45 dans le monde — le nombre le plus élevé depuis des décennies.^{5,6}

Les situations d'urgence—qu'elles soient dues à des aléas naturelles ou à des conflits, menacent la capacité des gouvernements à réagir et à se rétablir. Elles pourraient causer des dommages à long terme aux systèmes de santé, même à ceux susceptibles de fonctionner à des niveaux relativement élevés. Des acquis précieux en termes de développement pourraient être perdus et les effets de la

pauvreté et de l'inégalité pourraient s'intensifier.⁷ L'incapacité à se préparer et à répondre aux situations d'urgence menace de saper les progrès durablement réalisés dans le cadre de l'Agenda 2030 pour le développement durable, et de limiter la possibilité de parvenir à un système de santé universel.⁸ La préparation constitue par conséquent un élément clé du lien entre l'aide humanitaire, le développement et la paix, et représente un excellent exemple de collaboration entre de multiples parties prenantes en vue de l'atteinte des « résultats collectifs », comme le préconise la *Nouvelle méthode de travail* adoptée lors du sommet humanitaire mondial de 2016.⁹ Au moment où le travail de préparation aux situations d'urgence devient de plus en plus prioritaire dans tous les pays et contextes, il est temps de s'assurer que la santé sexuelle et reproductive est pleinement intégrée.

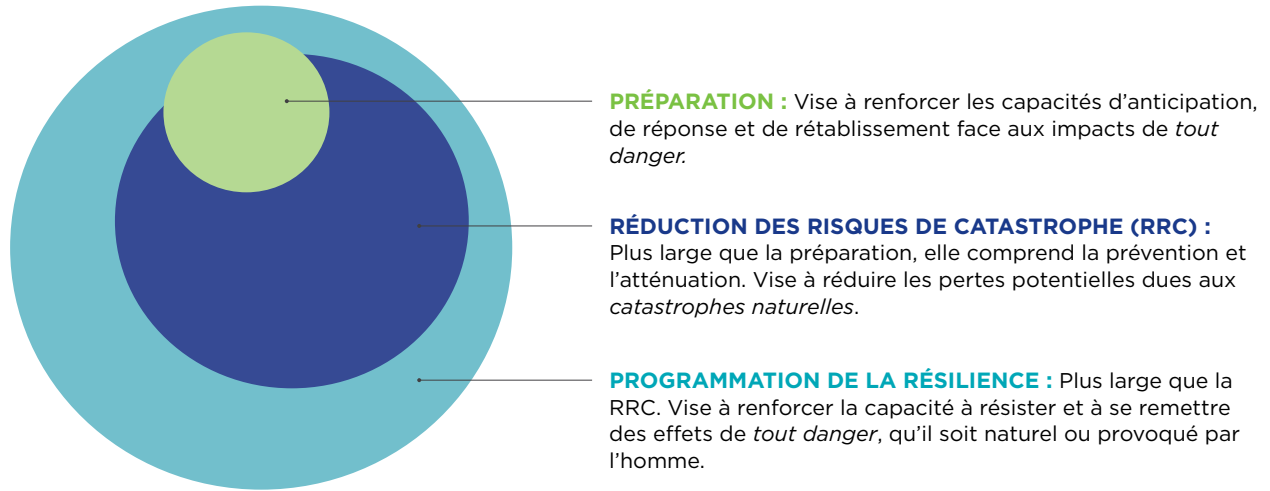


FIGURE 2. La préparation aux situations d'urgence dans le cadre de la RRC et de la programmation de la résilience
Adapté de graphiques similaires produits par le FNUAP et l'UNICEF.

Le coût des dommages liés aux catastrophes : Les catastrophes naturelles ont coûté à l'économie mondiale près de trois mille milliards de dollars au cours de la dernière décennie, et 232 milliards de dollars américains pour la seule année 2019.¹⁰ Le déficit de financement de la réponse humanitaire demeure énorme ; même en 2019, lorsque le financement des réponses coordonnées entre institutions a atteint un niveau record de 16 milliards de dollars, 54 % seulement du total des besoins a été satisfait.¹¹ Les efforts de préparation pourraient atténuer ces incidences : non seulement en protégeant les acquis en termes de développement et en atténuant les effets des situations d'urgence, mais également par l'efficacité en termes de coût. D'après un rapport du Comité permanent interorganisations (CPIO) de 2017, « chaque dollar investi à l'avance a permis d'économiser plus de deux dollars de dépenses futures en matière de riposte » Dans certains cas, plus de 7 dollars américains ont été économisés pour chaque dollar investi. Le gain moyen en termes de temps de réponse était de dix jours.¹²



Une femme après avoir reçu un implant contraceptif à la clinique IPPF/FPAN à Ekamba Sansari, au Népal.

Crédit image : IPPF/Tom Pilston/Nepal

Incidence sur les femmes, les filles et les autres groupes marginalisés

En 2019, on estime à 67 millions le nombre de femmes et de filles ayant besoin d'une aide humanitaire dans le monde entier.¹³ Les situations d'urgence ont un effet disparate sur les membres les plus pauvres et les plus marginalisés ou mal desservis d'une communauté. Il pourrait s'agir de femmes, d'enfants et d'adolescents, de personnes âgées, de personnes handicapées, de personnes ayant des orientations sexuelles, des identités et des expressions de genre et des caractéristiques sexuelles différentes (SOGIESC) ;ⁱⁱ et de personnes appartenant à des communautés de migrants ou de réfugiés.^{14 15} Il est connu que les disparités entre les sexes, établies avant la crise, à l'instar des limitations de l'accès à la scolarité et aux moyens de subsistance, sont exacerbées dans les situations d'urgence.¹⁶ Par exemple, les femmes et les filles pourraient ne pas avoir accès aux informations d'alerte précoce et d'évacuation, elles pourraient manquer de capacités de survie ou rester en arrière plan en temps d'urgence pour s'occuper des membres de leur famille.

Avec la perturbation des structures sociales et des systèmes sanitaires liés aux situations d'urgence, les besoins et les inégalités actuels en matière de santé sexuelle et reproductive perdurent, voire s'accroissent. Les femmes et les jeunes filles sont confrontées à un risque accru de grossesse non désirée, de mortalité maternelle et d'invalidité, de violence sexuelle et sexiste, d'avortements dangereux et d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. Certes les données sur les milieux fragiles sont limitées, cependant les recherches suggèrent qu'une femme réfugiée ou une déplacée sur cinq subit des violences sexuelles.¹⁷ Dans deux zones du Sud-Soudan, un pays en proie à un conflit civil, le taux de femmes et de filles subissant des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie est estimé à plus de 65 %.¹⁸

Une remarque sur l'inclusion : La présente boîte à outils reconnaît que les situations d'urgence et les risques liés à la santé sexuelle et reproductive sont très majoritairement vécus par les femmes et les filles dans toute leur diversité, mais aussi par les hommes, les garçons et les personnes qui ne se conforment pas à la norme en matière de sexualité. Par conséquent, la présente boîte à outils fait référence aux « femmes, filles et autres groupes marginalisés » par souci de concision, mais avec l'intention de reconnaître que chacun a des identités multiples et que le fait de détenir des identités marginalisées pourrait entraîner des risques supplémentaires en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces identités pourraient inclure — sans s'y limiter : les femmes célibataires ou les filles mariées ; les adolescents ou les personnes âgées ; les personnes handicapées ; les personnes ayant une orientation sexuelle, une identité de genre et des caractéristiques sexuelles diverses ; les personnes ayant une identité ethnique, raciale, religieuse ou linguistique marginalisée ; les personnes ayant le statut de réfugié ou de migrant et les personnes de statut socio-économique inférieur. Lorsque nous faisons référence à l'inclusion et que nous utilisons l'expression « femmes, filles et autres groupes marginalisés », nous faisons allusion à toutes les personnes qui, dans leurs identités multiples, ont besoin ou cherchent à obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive.

ii Le terme SOGIESC a été choisi conformément à l'Appel à l'action dans le système humanitaire pour l'Asie et le Pacifique, en admettant que tout le monde n'est pas représenté par les variantes de l'acronyme LGBTQ+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexuels et queers). Consulter la [Fierté du système humanitaire : Rapport des consultations](#) dans *Ressources*.

Objectifs du DMU à mettre en œuvre au début d'une situation d'urgence

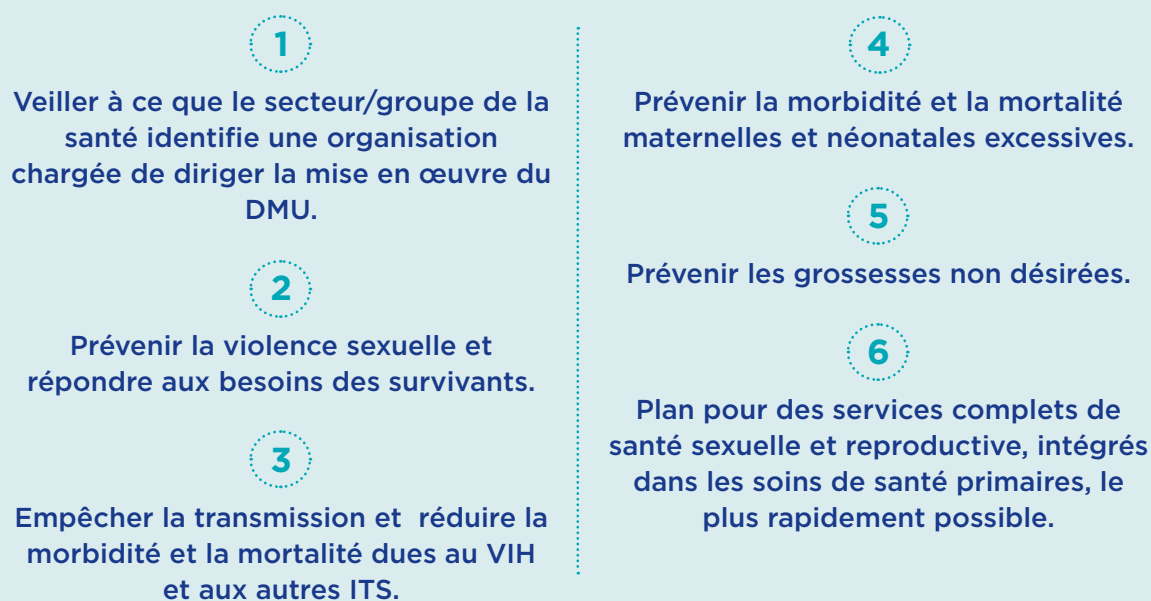


FIGURE 3. Objectifs du DMU

Source : IAWG : Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (2018)

Note : Il est également important de garantir que les soins d'avortement sûrs sont disponibles, dans la pleine mesure de la loi, dans les centres de santé et les hôpitaux.

Le continuum d'une urgence

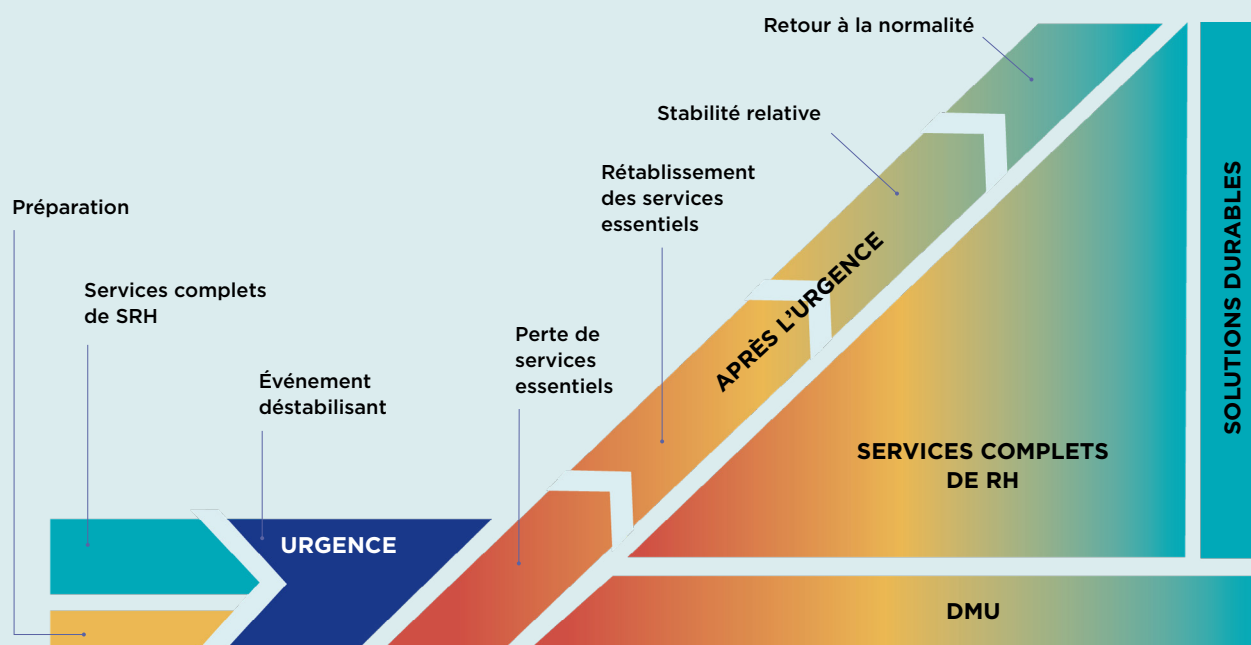


FIGURE 4. Le continuum d'une urgence

Adapte à partir du Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, IAWG (2018)

Respecter les droits et sauver des vies

Dans le programme d'action de la CIPD de 1994, le monde a reconnu que les droits génésiques sont des droits humains et que la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits connexes sont essentiels à la santé, au bien-être et au développement.¹⁹ La fourniture de soins de SSR permet de sauver des vies. D'après une étude estimative, si toutes les femmes se trouvant dans des pays à revenu faible ou moyen (PRFM) et souhaitant éviter des grossesses utilisaient des contraceptifs modernes, et si toutes les femmes enceintes devaient recevoir des soins répondant aux normes internationales, chaque année il serait loisible de constater une baisse de 76 million de grossesses non désirées, de 26 millions d'avortements dangereux, et de 186 000 cas de mortalité maternelle (une chute de 62 % [de 299 000 à 113 000 par an]). Parmi les femmes souhaitant éviter des grossesses, les adolescentes ont un besoin non satisfait de contraception moderne plus important que l'ensemble des femmes en âge de procréer (43 % contre 24 %). Selon les données de 2019, on estime à 27 000 adolescentes, par an dans les PRFM, le nombre d'adolescentes qui succombent aux complications liées à la grossesse (notamment d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses) ou à l'accouchement. L'investissement dans les services de contraception et les soins recommandés en termes de santé liés à la grossesse permettrait de réduire de 63 % le nombre de cas de mortalité maternelle chez les adolescentes, ramenant le niveau actuel à 10 000 cas par an.²⁰

Étant donné les risques particuliers auxquels sont confrontés les femmes, les filles et les autres groupes marginalisés dans les situations d'urgence, il s'avère impérieux de se préparer à atténuer la morbidité et la mortalité liées à la santé sexuelle et reproductive. La préparation en matière de SSR est considérée comme un élément essentiel favorisant des services SSR plus rapides dans les situations d'urgence et faisant partie intégrante de la reprise rapide.²¹

Cadre des droits génésiques de la CIPD :

« Les droits génésiques englobent certains droits humains déjà reconnus par les lois nationales, les documents internationaux relatifs aux droits humains et d'autres documents consensuels. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et de manière responsable d'avoir des enfants, de leur nombre, de l'espacement entre eux, de l'opportunité de leur naissance, et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cet effet, ainsi que du droit d'atteindre le niveau optimal en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces droits supposent également leur droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition et violence ».

- PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD, 1994

Dispositif minimum d'urgence (DMU) en matière de SSR

Lorsqu'une situation d'urgence survient, suivie d'une interruption des soins de santé sexuelle et reproductive complets, il devrait être mis en place un minimum vital de ces services à l'effet de réduire la mortalité et la morbidité. L'ensemble des activités prioritaires de SSR à mettre en œuvre au début d'une crise est connu sous l'appellation Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive, ci-après dénommé le DMU (voir figure 3).

Le DMU a été élaboré par le Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situation de crise, et les activités prioritaires de sauvetage sont incluses dans la Charte humanitaire et les normes minimales pour les interventions lors de catastrophes du projet Sphère et dans le Guide du groupe sectoriel de la Santé du Comité permanent interorganisations (CPIO).ⁱⁱⁱ En raison de sa nature à sauver des vies, le DMU est éligible au financement du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF).²² Le DMU est détaillé dans le Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations d'urgence humanitaire, source faisant autorité en matière d'orientations mondiales sur la prise en charge de la santé reproductive dans les situations d'urgence.²³

La boîte à outils sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations humanitaires, un manuel complémentaire à l'IAFM, souligne l'importance d'atteindre les adolescents avec les services de santé sexuelle et reproductive en cas de crise. Comme le montre l'IAFM et la figure 4, la préparation à la santé sexuelle et reproductive se fait parallèlement à des services de santé sexuelle et reproductive complets, et en fait indubitablement partie, bien avant la survenance d'une crise.

iii Un groupe sectoriel représente un rassemblement d'institutions dont l'objectif est d'œuvrer ensemble à la réalisation d'objectifs communs dans un secteur particulier de la réponse à une situation d'urgence. L'approche des groupes sectoriels, instituée en 2006 dans le cadre du processus de réforme humanitaire des Nations unies, constitue une étape importante sur la voie d'une coordination humanitaire plus efficace.

Comblent les lacunes

En dépit de la reconnaissance générale du caractère vital des services de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence, les femmes, les filles et les autres groupes marginalisés vivant dans des contextes humanitaires continuent à être confrontés à de graves risques liés à la santé sexuelle et reproductive. L'évaluation mondiale 2012-2014 de l'IAWG a identifié des lacunes dans les soins découlant des attitudes liées à la SSR, la fragilité des données, l'insuffisance des financements, la mauvaise gestion et l'insécurité des approvisionnements et les systèmes de santé compromis. D'autres lacunes observées sont les suivantes : la faible mise en œuvre du DMU au début des situations d'urgence, l'insuffisance des services destinés aux groupes marginalisés, l'accès limité à la contraception d'urgence, aux méthodes permanentes et à longue durée d'action, aux mesures de prévention de la violence basée sur le genre (VBG) et aux soins cliniques pour les survivants, ainsi qu'aux soins d'avortement sûrs.²⁴

Une approche plus rigoureuse et plus complète de la préparation en matière de santé sexuelle et reproductive pourrait contribuer à combler ces lacunes en intégrant la santé sexuelle et reproductive dans la gestion des risques de crise et les efforts de renforcement des capacités. Cette approche appelle à une meilleure collaboration et coordination entre les parties prenantes de la santé sexuelle et reproductive et celles de la GRC ; les acteurs de la SSR devant se familiariser et s'engager dans les efforts et les systèmes de gestion des risques existants. Des cadres internationaux récents soulignent l'importance de la préparation dans la préservation de la santé — et des systèmes de santé — et l'amélioration des soins en cas de situation d'urgence :

Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030 invite les parties prenantes à investir dans des approches qui renforcent les capacités de prévention, d'atténuation de l'incidence et de préparation aux situations d'urgence.

Il reconnaît l'incidence des catastrophes sur les femmes et les filles, en particulier sur leur santé sexuelle et reproductive. Le cadre définit quatre domaines prioritaires, la santé sexuelle et reproductive étant incluse dans la priorité n° 3 en tant que service de santé essentiel et la priorité n° 4 étant axée sur l'amélioration de la préparation en vue d'une réponse plus forte.

Le Cadre de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe (Health-EDRM) a été élaboré par l'OMS à l'effet d'offrir une approche globale visant à atténuer les risques sanitaires et les conséquences négatives des situations d'urgence. Ce cadre s'applique à tout type de situation et traduit le vaste croisement entre la préparation aux urgences sanitaires et la gestion des risques de catastrophes. Il regroupe les travaux sur l'action humanitaire, la gestion des catastrophes, la préparation aux situations d'urgence, l'état de préparation et la riposte aux crises sanitaires ainsi que le renforcement des systèmes de santé. La SSR est incluse en tant que service de santé essentiel à mettre en œuvre à tous les stades du cycle humanitaire.

Cette boîte à outils de SSR est censé s'appuyer sur le cadre de Sendai et applique la structure du cadre Health-EDRM. Une attention accrue à la préparation en matière de SSR est en pleine expansion au niveau national, souvent sous la forme de collaborations entre le gouvernement, les organisations et instituts nationaux, le FNUAP, la FIPF, les ONGI et les organisations communautaires — dans la mesure où la préparation gagne du terrain dans le cadre de liaison entre l'humanitaire, le développement et la paix.^{iv}

iv Les Orientations en matière de préparation aux interventions d'urgence du CPIO (Consulter *Ressources*) sont également formatrices. Certes les lignes directrices ne mentionnent pas spécifiquement la santé sexuelle et reproductive, ou la santé en général, cependant elles ont été adoptées par le FNUAP dans l'optique de développer des actions de préparation au sein des bureaux de pays, initiative permettant de documenter le travail de préparation en matière de SSR que le FNUAP effectue en partenariat avec les gouvernements.



Des femmes et des jeunes filles réfugiées Rohingya participent à la Journée internationale de la femme dans un centre pour femmes du camp de Balukhali, le 8 mars 2018 à Cox's Bazar, au Bangladesh. Crédit image : ONU femmes/Allison Joyce/Flickr

Étapes de la préparation en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR)

Initiation, évaluation et mise en œuvre

Cette section décrit les étapes à prendre en compte dans les efforts de préparation en matière de SSR. Elles s'appuient sur les informations recueillies lors d'une analyse documentaire et d'entretiens avec des informateurs clés (consulter *Remerciements* et *Liste des informateurs clés*). Des liens vers des fiches d'apprentissage et des ressources sont inclus, le cas échéant. Cette section est divisée en plusieurs étapes : Initiation, évaluation et mise en œuvre de la préparation en matière de SSR.

ÉTAPE 1

Initiation à la préparation en matière de SSR

Il est important d'ancrer tout le travail de préparation en matière de SSR sur les objectifs ultimes suivants :

garantir au minimum la disponibilité des services essentiels de santé sexuelle et reproductive de qualité, inclusifs et opportuns dès le début d'une situation d'urgence ;^v et

contribuer au renforcement général du système de santé et à la construction de la résilience.

Pour entamer le travail de préparation en matière de SSR, il faudrait tenir compte des points suivants :

1. adopter une approche systémique de préparation en matière de SSR.

relier les activités individuelles SSR à tous les niveaux pertinents (national, infranational et communautaire) afin de renforcer collectivement les capacités de gestion des risques et de résistance aux dangers.

2. traiter la préparation en matière de SSR comme une composante du renforcement du système de santé et de la résilience.

Dans le cadre de l'initiative humanitaire, de développement et de paix le travail de préparation en matière de SSR pourrait bénéficier et contribuer aux activités visant à renforcer les systèmes de santé, y compris les efforts pour parvenir à un système de santé universel. Les efforts de préparation en matière de SSR pourraient être considérés comme une composante SSR globale, avec une responsabilité partagée entre les acteurs gouvernementaux, humanitaires, de paix et de développement, et un appui provenant de différentes sources de financement.



PAYS À L'HONNEUR

L'interconnexion entre la préparation, le renforcement de la résilience, et du système de santé est une réalité au **Pakistan**, où un projet de préparation au niveau

communautaire a entraîné une augmentation générale des visites dans les établissements de santé. Le projet a été mené dans le district de Jhang par le FNUAP, Muslim Aid, l'autorité de gestion des catastrophes du district, le ministère de la Santé, le Service de secours 1122, et les communautés locales. Il s'est concentré sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en fournissant aux établissements de santé des trousseaux de santé reproductive et d'autres fournitures (médicales et non médicales), et en sensibilisant les communautés à la SSR et à la VBG. Les visites prénatales, les visites postnatales et les accouchements dans les établissements sont en nette augmentation, et une amélioration de la qualité des soins a été observée.²⁵

^v Remarque : Certes l'idéal serait la continuité des services de santé sexuelle et reproductive complets, cependant la présente boîte à outils est conçue pour interpeller également les pays qui pourraient se concentrer uniquement sur les services essentiels.

3. Utilisez le Dispositif minimum d'urgence (DMU) et le cadre de gestion des risques de catastrophes liées à la santé (Health-EDRM) pour guider les activités de préparation à la SSR.

En 2018, le DMU a été mis à jour et en 2019, le cadre Health-EDRM de l'OMS a été publié (consulter l'AFM pour la version mise à jour du DMU et du cadre Health-EDRM de l'OMS dans *Ressources*). Tous les deux fournissent un cadre utile à prendre en compte lors de l'élaboration d'activités de préparation. Le DMU décrit clairement le minimum requis pendant une situation d'urgence, et fournit ainsi des orientations importantes sur les domaines sur lesquels la préparation en matière de SSR devrait se concentrer. Le cadre Health-EDRM est

plus vaste et décrit 10 composantes et fonctions prioritaires utiles pour ancrer la SSR et le DMU dans le système de santé global et dans l'atténuation des risques d'urgence, la gestion et le renforcement des capacités. Pour obtenir les documents de base et de synthèse sur la préparation en matière de SSR, consulter la fiche d'information sur la GRC liée à la santé de l'IAWG et la note de synthèse sur la politique SSR et de EDRHM de l'IAWG dans *Ressources*.

De nombreux pays ont commencé leur travail de préparation en matière de SSR en organisant des formations et des orientations sur le DMU. (Pour avoir accès aux ressources sur le DMU, notamment les formations et les fiches de plaidoyer, consulter *Supports de formation DMU dans Ressources*.) La formation sur le DMU offre l'opportunité souvent inédite de réunir les acteurs de SSR et de GRC du gouvernement, de l'humanitaire et du développement. S'assurer que les formations et les orientations en matière de DMU sont localisées et qu'elles intègrent les structures de GRC et les politiques de SSR existantes. Suivre une formation sur le DMU dans le cadre d'une réunion de coordination pourrait lancer ou revigorer la préparation en matière de SSR. (Consulter la note de synthèse sur la *Coordination* pour découvrir les exemples de pays.)

4. Contextualiser et adapter la préparation en fonction de la capacité du système de santé, des types de dangers et de l'importance des risques.

Les activités de préparation devraient être définies en fonction de la compatibilité avec le contexte, en prenant soigneusement en considération les capacités actuelles du système de santé ainsi que les ressources et les capacités de la communauté. Les évaluations de risques pourraient clarifier les différents types de dangers rencontrés, leur importance et le niveau de préparation requis.

Pour obtenir d'amples informations sur l'évaluation des risques et la désignation des rôles du gouvernement et des agences humanitaires, il pourrait s'avérer utile de consulter le *les Orientations en matière de préparation aux interventions d'urgence* du CPIQ dans *Ressources* ou explorer l'*Approche de réponse rapide aux catastrophes en Asie-Pacifique (RAPID)*.

5. Développer une préparation en matière de SSR fondée sur les droits, centrée sur les personnes et inclusive.

Travailler sur la base d'une approche fondée sur les droits et centrée sur les personnes. Reconnaître en la SSR un droit humain et reconnaître le droit de tout individu d'avoir accès à des soins de SSR de qualité. Les soins devraient être disponibles dans toutes les communautés et être centrés sur les personnes.

Reconnaître que chacun a des identités multiples et croisées qui entraînent une diversité de besoins avec une incidence sur leur accès aux services. L'inclusion renvoie à l'inclusion de *tous*, en particulier les individus marginalisés ou mal desservis. (Consulter la note de synthèse sur l'*Inclusion* pour des exemples de pays spécifiques, et la note sur l'*Inclusion*.)



Maysam Shouman et Inass Zeineddine sont de jeunes pairs éducatrices travaillant à la clinique de Salma, et menant des séances complètes d'éducation sexuelle avec des jeunes réfugiés syriens à l'intérieur du camp de Saadanayel, dans la vallée de la Bekaa, au Liban. Crédit image : IPPF/Hannah Maule-finch/Lebanon

Soins de santé centrés sur les personnes : « Services de santé intégrés et centrés sur les personnes signifie mettre les individus et les communautés, et non les maladies, au centre des systèmes de santé, et leur donner les moyens d'auto-prendre en charge leur santé plutôt que d'être des bénéficiaires passifs des services. D'après les faits, les systèmes de santé orientés vers les besoins des personnes et des communautés sont plus efficaces, moins coûteux et améliorent la connaissance en matière de santé ainsi que l'engagement des patients ; bien plus, ces systèmes sont mieux préparés pour répondre aux crises sanitaires ».

—OMS, QU'EST-CE QU'UN SERVICE DE SANTÉ INTÉGRÉ CENTRÉ SUR LES PERSONNES ?²⁶

Veiller à ce que l'inclusion soit considérée comme une priorité à chaque étape et à chaque niveau de préparation.

Les urgences ont une incidence disproportionnée sur les membres les plus marginalisés des communautés, et souvent sur les régions les plus mal desservies d'un pays. À chaque étape et à chaque niveau de préparation, inclure des représentants des groupes marginalisés dans l'organe de coordination et de planification, afin de garantir la réponse aux besoins spécifiques de ces groupes en situation d'urgence et par l'entremise du DMU. Envisager l'inclusion à chaque étape — des politiques à la coordination, de la formation du personnel de santé à l'engagement communautaire — afin de garantir des soins de SSR plus équitables et un accès au cadre de liaison entre l'aide humanitaire, le développement et la paix. Les parties prenantes pourraient bénéficier d'une formation sur la clarification des valeurs afin d'éliminer les préjugés ou la discrimination. (Consulter la note de synthèse sur [l'Inclusion et les Orientations sur l'inclusion](#) afin d'obtenir une série de documents relatifs à l'inclusion, et la [boîte à outils sur la clarification des valeurs](#) dans *Ressources*.)

Engager et suivre le leadership des groupes marginalisés.

En tant que premiers intervenants, les communautés locales sont essentielles en termes de réponse rapide, inclusive et efficace, ainsi que pour la transition et la reprise. Trop souvent, ces communautés sont exclues des mécanismes et des activités de planification et de réponse humanitaires, en particulier lorsqu'elles sont dirigées par des femmes ou des jeunes. La préparation en matière de SSR devrait être entreprise en collaboration avec les dirigeants et les organisations représentant les besoins et les priorités spécifiques des groupes marginalisés. Il faudrait veiller à ce que les besoins très variés du groupe soient représentés ; par exemple, s'assurer que les femmes handicapées sont représentées de manière adéquate au sein d'une organisation de personnes handicapées (OPH), si celle-ci n'est pas dirigée par des femmes. (Consulter la note de synthèse sur [l'inclusion et les Orientations sur l'inclusion](#) dans *Ressources* afin d'obtenir les outils permettant de faire participer différentes communautés marginalisées.)



Après les inondations soudaines de 2018, le Réseau national transgenre du Sri Lanka (NTNSL) et l'Association de planification familiale du Sri Lanka (FPASL) ont distribué des trousseaux de dignité aux personnes transgenres touchées dans le district de Gamapha au Sri Lanka. Crédit image : IPPF/Ellena Ashley Williams

ÉTAPE 2

Évaluation de la préparation en matière de SSR

1. Identifier et collaborer avec les principales parties prenantes pour l'évaluation conjointe de l'état de préparation.

La prestation de soins de SSR vitaux en cas d'urgence nécessite une collaboration et une coordination entre les différentes parties prenantes. Ce critère est valable pour la préparation. L'identification des différents acteurs — des organisations communautaires aux décideurs politiques en passant par les acteurs de la

santé et de la protection — est essentielle pour assurer une couverture complète des activités de préparation et une responsabilité partagée. Lors de l'évaluation de la préparation en matière de SSR, il convient d'identifier l'éventail des parties prenantes à engager.

2. Utiliser les outils disponibles pour évaluer l'état de préparation.

Dans tous les pays (et même dans différentes régions d'un même pays), l'état de préparation à la prestation de services de santé SSR pendant une situation d'urgence n'est pas le même. Commencer par une évaluation de l'état de préparation au niveau national, infranational et communautaire pourrait aider à hiérarchiser les ressources destinées à la préparation. Les outils ci-après pourraient être utilisés pour évaluer l'état de préparation en matière de SSR et figurent dans *Ressources* :

L'évaluation de l'état de préparation du DMU est conçue pour déterminer l'état de préparation du DMU aux niveaux national et infranational, et pour identifier les mesures nécessaires au renforcement de l'état de préparation en vue de la mise en œuvre du DMU en situation d'urgence.

Les évaluations des besoins en capacités communautaires d'ACCESS sont conçues pour déterminer les atouts et les besoins de la communauté en matière de préparation au DMU à l'échelle communautaire.

3. Documenter les évaluations en utilisant les données disponibles liées à la SSR ou les enseignements pertinents tirés au niveau régional.

Collecter et analyser les données relatives à la SSR afin d'identifier les lacunes et les besoins qui permettront d'orienter les actions de préparation en matière de SSR, y compris la sensibilisation et la planification. Les données devraient s'inspirer des indicateurs de SSR, des évaluations des établissements, des données ventilées par sexe, âge et handicap (SADD+), et d'autres données sur la santé et la population, à l'instar du

système de gestion des informations sanitaires ou de l'enquête démographique et de santé. (Consulter *Ressources* pour accéder au *calculateur DMU*, qui pourrait faciliter l'analyse des données en vue du plaidoyer, la collecte de fonds et la planification). Réfléchissez aux enseignements tirés des précédentes réponses aux situations d'urgence et des expériences des pays voisins confrontés à des risques similaires.

ÉTAPE 3

Mise en œuvre de la préparation en matière de SSR

Cette étape couvre les phases de mise en œuvre des actions de préparation en matière de SSR. Les étapes sont classées selon les dix composantes et fonctions du cadre Health-EDRM afin de permettre aux utilisateurs de structurer leur préparation en matière de SSR au sein du cadre.

1. Politiques, stratégies et législation

Intégrer la SSR/le DMU dans les politiques, stratégies et législations existantes en matière de santé, de RRC et de santé d'urgence, aux niveaux national et infranational.

L'intégration constitue un processus long et itératif qui nécessite un plaidoyer considérable sur l'importance de la SSR. Élaborer les politiques, les stratégies et une législation pertinentes, et évaluer si elles faciliteraient ou entraveraient le DMU pendant la réponse. Identifier les politiques, les stratégies et la législation à cibler en vue de l'intégration de la SSR et du DMU. Les acteurs de la SSR et de la GRC collaborent souvent à cet égard lorsqu'ils entreprennent l'évaluation de l'état de préparation du DMU. L'effort est renforcé lorsque les acteurs de l'égalité des sexes et de la lutte contre la VBG sont également impliqués. Si l'intégration n'est possible qu'au niveau infranational, il faudrait poursuivre l'action et plaider ensuite en faveur d'une politique au niveau national. (Consulter *les ressources* pour la fiche d'information sur la Gestion des risques de catastrophes pour la santé et la santé sexuelle et reproductive du IAWG ((GDN-H SRH) pour les points de plaidoyer, l'évaluation de l'état de préparation du dispositif minimum d'urgence (DMU) pour les questions d'évaluation globale, et la Liste de contrôle et manuel de la loi sur la préparation et la réponse aux catastrophes de la FICR pour l'évaluation des lois. Consulter la note de synthèse sur l'intégration des politiques afin d'obtenir des exemples de pays).

Suivre le calendrier de révision des politiques, des stratégies et des législations ciblées.

Se familiariser avec le processus de révision des politiques afin d'identifier les possibilités d'intégration du langage SSR/DMU lorsque des révisions sont prévues. (Consulter la note de synthèse sur l'intégration des politiques.

Intégrer le DMU dans les politiques, les stratégies et les lois nationales pertinentes en matière de SSR ou de VBG, afin de garantir la prise en compte efficace de la santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence dans le cadre de liaison entre l'aide humanitaire, le développement et la paix.

Identifier toute autre politique ou stratégie, notamment celles concernant les jeunes, qui pourrait être ciblée en vue de l'intégration. (Consulter les notes de synthèse sur l'inclusion et l'intégration des politiques.



Trupti Rani Manapatra, chargée de programme à l'Association indienne de planning familial (FPAI), donne une séance de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive aux femmes dont les communautés ont été touchées par le cyclone Fani. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Inde

Considérations supplémentaires

- Les efforts peuvent être aussi importants que l'intégration du dispositif minimal d'urgence (DMU) dans la politique nationale de SSR, comme au Malawi et aux Philippines, ou aussi spécifiques que l'intégration de la préparation et de la réponse dans les plans d'action nationaux de PF, comme l'ont fait plusieurs pays engagés dans la PFC2020.
- Les engagements mondiaux tels que le [cadre de Sendai](#), [Health-EDRM](#), les lignes directrices de Sphere, ou les Objectifs de développement durable peuvent être mentionnés lors du plaider en faveur de l'intégration.
- Les champions sont des atouts précieux pour faire avancer l'intégration des politiques. (Pour un apprentissage détaillé des différentes expériences nationales d'intégration du DMU/SSR dans les politiques, voir la note de synthèse [Intégration des politiques](#).)
- Veiller à ce que la planification et le financement permettent la mise en œuvre des politiques nationales révisées au niveau infranational.

2. Planification et coordination

Encourager la collaboration entre les différentes agences et les différents secteurs pour la préparation en matière de SSR.

Les activités visant à faire progresser la préparation en matière de SSR nécessitent une collaboration multisectorielle. Identifier les parties prenantes en fonction du contexte, des types de risques et de dangers rencontrés, et de la structure du système de GRC (gestion des risques de catastrophe) existant. Envisager des représentants :

De la SSR (de tous les domaines techniques du DMU) et des secteurs qui se chevauchent, comme l'égalité entre les sexes et la protection ;

Des décideurs en matière de GRC de santé en situation d'urgence ;

Des départements gouvernementaux des finances, de l'éducation et de la jeunesse ;

Des ONGI et des agences des Nations unies pertinentes en matière d'aide humanitaire et de développement et des groupes d'intervention humanitaire ;

Des ONG locales concernées et de la société civile, y compris celles qui représentent des groupes marginalisés (voir [Faire progresser la localisation sexospécifique](#) dans les [Ressources](#) et la note de synthèse [Communauté](#)) ;

Du secteur privé, le cas échéant ; et

Des premiers intervenants (tels que les prestataires de soins de santé, l'armée, les prestataires de services d'urgence et la société nationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge).



En **Colombie**, Profamilia (l'association locale membre de l'IPPF – Fédération internationale pour la planification familiale) s'est efforcée de participer au groupe interinstitutionnel pour les migrations à flux mixtes, qui coordonne la réponse à la crise des migrants vénézuéliens. Après avoir produit plusieurs travaux de recherche concernant la SSR et les besoins généraux en matière de santé de la population migrante vénézuélienne et des communautés d'accueil, ces travaux ont commencé à être acceptés. Ils sont maintenant la seule organisation colombienne à participer au groupe, qui comprend des agences des Nations unies, des ONGI et des membres du mouvement de la Croix-Rouge.

Créer ou renforcer les organes de coordination pour améliorer la préparation en matière de SSR.

De nouveaux organes de coordination peuvent être créés ou la préparation en matière de SSR peut être intégrée dans les organes existants, tels que les groupes de travail techniques nationaux sur la SSR, les forums de préparation et d'intervention humanitaire ou les comités chargés de la GRC. Les organes de coordination devraient être institutionnalisés si possible pour assurer la durabilité et éviter les problèmes de rotation du personnel. Les membres doivent représenter un éventail de parties prenantes, notamment des représentants de la SSR et de la GRC (voir l'étape précédente ci-dessus pour une liste plus complète). Envisager des possibilités de liaison avec d'autres groupes de coordination afin de sensibiliser au DMU dans différents secteurs ou de renforcer les objectifs qui se chevauchent.

Un examen de la réponse au virus Ebola en RD Congo a révélé que la SSR n'était pas bien intégrée au groupe de travail Ebola, malgré les tentatives des acteurs de la SSR qui ont fait valoir son importance. Cela a conduit à une réponse cloisonnée de la SSR qui était moins efficace qu'elle ne l'aurait été si elle avait fait partie de l'effort plus large de réponse à Ebola.²⁷

Utiliser des plans d'action conjoints et/ou des termes de référence (TdR) pour faire avancer le travail de préparation en matière de SSR.

Les efforts de préparation sont mieux soutenus par une coordination multipartite et un modèle de collaboration qui permet à différents acteurs de contribuer à différents aspects de la préparation. Le fait d'avoir des TdR ou des plans d'action communs qui définissent clairement les rôles et les responsabilités des parties prenantes peut aider à clarifier et à faire avancer le travail de préparation. Ces plans doivent faire l'objet d'un suivi en matière de responsabilité et être consultés lors de l'activation d'une intervention. (Voir la note de synthèse [Coordination](#) pour des exemples. Dans la section [Ressources](#), voir l'évaluation de l'état de préparation du DMU pour la planification des actions et le [Manuel de terrain interorganisations](#) pour un exemple de TdR du coordinateur SSR).

Assurer la coordination à tous les niveaux pertinents du système de santé.

Établir et relier les organes de coordination aux niveaux national, infranational et communautaire. Au niveau communautaire, faire participer les responsables des gouvernements locaux (y compris ceux qui se concentrent sur les catastrophes et la santé) ainsi que les prestataires de soins de santé, les groupes de femmes, les dirigeants communautaires, les écoles, les chefs religieux, les réseaux de jeunes et d'autres organisations représentant les populations marginalisées.



Lucsie Baragurana et ses huit enfants ont fui la province de Bujumbura au Burundi après l'arrestation de son mari lors du coup d'État de 2015. Ils sont actuellement réfugiés au camp de Lusenda à Uvira, en République démocratique du Congo. Crédit image : ONU Femmes/Flickr

3. Ressources humaines

Investir dans les acteurs infranationaux et communautaires.

Dans les pays qui sont confrontés à des catastrophes fréquentes au niveau infranational, comme l'Indonésie et les Philippines, ce sont parfois les autorités de district et les membres de la communauté qui interviennent et gèrent la réponse et le rétablissement. Il est essentiel d'investir dans leur leadership en matière de préparation et de réponse.

Soutenir les champions locaux. Les champions locaux peuvent contribuer à faire progresser le travail de préparation en matière de SSR, par exemple en facilitant l'intégration du DMU dans les programmes d'études des professionnels de la santé ou en préconisant que les responsables de la santé du district accordent une attention particulière à la SSR. Une fois les champions identifiés, apporter un soutien significatif à leur engagement continu pour les aider à poursuivre leur travail. (Voir les notes de synthèses Intégration des politiques, Coordination, et Intégration des programmes d'études pour des exemples de champions locaux).

Renforcer les capacités du personnel.

Préparer le personnel de santé à être des intervenants de première ligne de qualité. Les prestataires de santé, même ceux qui travaillent en dehors du champ d'application de la SSR, doivent comprendre l'importance de la SSR dans les situations d'urgence, et les prestataires de SSR doivent être formés pour fournir le DMU lorsqu'ils sont confrontés à des contraintes de ressources ou de mobilité. Identifier, dans la mesure du possible, les possibilités de simulations de réponse aux situations d'urgence et de SSR et d'autres formations. Veiller à la sécurité, à la santé et au bien-être des premiers intervenants pour soutenir leur travail et renforcer leur engagement.



Dans la **province indonésienne** d'Aceh, une zone à haut risque de catastrophes, une enquête a révélé que seulement 74,6 % des infirmiers se sont évalués à un niveau modéré de préparation à la pratique en cas de catastrophe.²⁸

Il est important pour les parties prenantes d'identifier le rôle approprié des organisations internationales dans le renforcement du système national de santé pour la préparation. Dans une étude de cas récente évaluant la réponse au typhon Yolanda aux Philippines, il a été constaté que les ONGI humanitaires n'ont pas travaillé avec les mécanismes de préparation existants et ont « mis sur la touche » les agences gouvernementales dans le cadre de la réponse.²⁹ Dans une étude sur la préparation au Sud Soudan, les conclusions ont montré qu'il était particulièrement important de se concentrer sur les rôles et la préparation du personnel national aux situations d'urgence, étant donné que le personnel international a été évacué.³⁰ L'IPPF et le FNUAP, partenaires clés dans le renforcement de la préparation dans la région Asie-Pacifique, se sont efforcés d'éviter ces lacunes en concentrant leur attention sur le renforcement des systèmes nationaux.

Développer une capacité de pointe. Les pays doivent se demander s'il est approprié de créer un fichier national ou de se relier à un fichier régional pour la capacité de pointe, comment les prestataires formés seront déployés dans les régions touchées (à l'intérieur ou à l'extérieur du pays) et qui veillera à ce que les prestataires soient prêts. Les prestataires doivent être formés sur le DMU, y compris des formations de suivi (en personne ou en ligne) pour assurer la prestation de services de qualité. Les associations médicales nationales doivent être mises à contribution pour renforcer la capacité de pointe et maintenir des listes de toutes les personnes formées, tant au niveau national que régional.

Des pays tels que l'Indonésie et le Bangladesh ont développé une capacité nationale de pointe des sages-femmes pour répondre aux situations d'urgence, tandis que dans des régions comme le Pacifique et l'Amérique latine, le FNUAP a développé une capacité de pointe à l'échelle régionale.

concernés, identifier les programmes de formation dans lesquels le DMU peut être intégré. Envisager des possibilités d'accréditation des prestataires de soins de santé formés au DMU. (Pour obtenir des informations détaillées sur les enseignements tirés dans différents pays, voir la note synthèse [Intégration des programmes d'études](#). Pour plus d'informations sur l'initiative de partenariat de formation du Groupe de travail interorganisations (IAWG) qui soutient les formations de mise à jour du DMU dans les pays à risque, voir le matériel de formation sur la prestation de services de SSR dans la section [Ressources](#)).

Investir dans les réseaux nationaux. Les réseaux nationaux qui ont des membres dans les communautés devraient être inclus dans la préparation et engagés pour le déploiement et la coordination pendant les urgences. Il peut s'agir d'associations nationales de sages-femmes, de l'association des infirmières, d'associations médicales et sanitaires (obstétriciens/gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, spécialistes de la santé publique) et de réseaux représentant les femmes, les jeunes et les personnes de divers SOGIESC (orientation sexuelle, identité et expression de genre, et caractéristiques sexuelles).

Intégrer le DMU dans les programmes de formation initiale et continue. En collaboration avec les ministères



Idri, une jeune volontaire de l'Association indonésienne pour la planification familiale, soutient les jeunes touchés par la catastrophe de Sulawesi en organisant des activités pour les jeunes et en leur fournissant des informations sur les services. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Indonésie

4. Ressources financières

Identifier les sources de financement gouvernementales et externes.

Le financement de la préparation nationale dépend souvent d'une combinaison d'investissements gouvernementaux nationaux et de ressources extérieures. La région Asie-Pacifique a fait l'objet d'une attention considérable en matière de préparation en raison du soutien du gouvernement australien aux initiatives de l'IPPF et du FNUAP, ce qui a conduit les gouvernements nationaux tels que les Philippines et l'Indonésie à allouer des fonds pour la préparation en matière de SSR (voir la note synthèse [Coordination](#)). Dans les régions d'Europe de l'Est et d'Asie

centrale (EEAC) et d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), le soutien du FNUAP a été déterminant. Compte tenu de la charge qui pèse sur le financement de l'aide humanitaire dans les situations d'urgence existantes, le financement de la préparation devrait être identifié par le biais de divers flux dans les secteurs de l'aide humanitaire, du développement et de la paix. **En 2015, seuls 5 % du financement humanitaire ont été consacrés à la préparation.**³¹

Exploiter les fonds pour des activités coordonnées.

Identifier les lacunes du DMU en matière de préparation sans identifier le financement nécessaire pour y remédier peut réduire l'adhésion du gouvernement et l'élan du travail de préparation en matière de SSR. Dans la mesure du possible, utiliser le financement existant pour soutenir les

activités conjointes spécifiées dans l'évaluation de l'état de préparation du DMU. Lorsque les ressources sont limitées, se concentrer sur des activités rentables et à fort impact telles que la défense des intérêts et la création de partenariats.³²

Considérations supplémentaires

- Préconiser l'utilisation des budgets nationaux et infranationaux pour la préparation en matière de SSR.
- Explorer les possibilités rentables d'intégrer la SSR dans le financement, les activités et les mécanismes de préparation existants.
- Dans les contextes de risques cycliques, s'assurer que les obligations de financement sont suffisamment souples pour répondre aux urgences selon les besoins.
- Si des plans d'urgence spécifiques existent, s'assurer que des fonds d'urgence sont disponibles pour leur mise en œuvre.
- Les estimations des coûts économiques et sociétaux des urgences antérieures, y compris les pertes en vies humaines dues au manque de préparation en matière de SSR ainsi que la préparation générale, peuvent être utilisées pour engager le dialogue avec les donateurs.
- Aider les donateurs à comprendre que la préparation en matière de SSR nécessite de la flexibilité et des investissements à long terme.
- Rechercher le financement de programmes communs par différents acteurs, y compris les acteurs locaux et internationaux et le secteur privé.
- Pour les cas tels qu'une pandémie, où le manque de services de santé essentiels pourrait entraîner encore plus de décès indirects que ceux causés par la maladie infectieuse, rappeler aux donateurs que le financement de la préparation et de la réponse en matière de SSR peut garantir l'accès à une SSR sûre et de qualité en temps de crise et que cet accès est essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité qui y sont liées.³³

5. Gestion de l'information et des connaissances

Veiller à ce que la SSR et les considérations de genre connexes soient intégrées dans les systèmes de gestion de l'information et des connaissances de la GRC, y compris les systèmes de surveillance et les efforts de suivi et de recherche connexes.

Inclure des systèmes d'alerte précoce au niveau communautaire qui tirent parti des réseaux de femmes et de jeunes ou des comités locaux de GRC, et relier les dirigeants communautaires aux mécanismes de SSR/GRC pour rester à jour et informés. (Voir les notes de synthèse [Communauté et Inclusion](#).)

Intégrer la SSR dans les évaluations de gestion des risques, des vulnérabilités et des capacités aux niveaux national, infranational et communautaire.

Identifier, avec les parties prenantes concernées, les possibilités d'intégrer la SSR dans toute évaluation des risques et de la vulnérabilité effectuée au cours de la phase de préparation. Elles peuvent être aussi petites que l'évaluation de la vulnérabilité et des capacités de la FICR ou aussi grandes que les multiples évaluations à grande échelle du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (BCAH). Comme ces évaluations sont souvent utilisées lors de l'élaboration de stratégies d'intervention ou d'appels de fonds d'urgence, il est important de veiller à ce que la SSR soit intégrée.

De nombreux systèmes d'alerte précoce ne tiennent pas compte de la dimension de genre et doivent être mis à jour avec des indicateurs sensibles à la dimension de genre. Cela devrait être entrepris en étroite collaboration avec les groupes de femmes. Le document [Alerte précoce sensible au genre : Aperçu et guide pratique](#) (voir [Ressources](#)) de l'ONU Femme décrit le processus de sélection d'indicateurs sexospécifiques pour les systèmes d'alerte précoce communautaires et la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des mécanismes d'alerte précoce. Le présent guide propose également des exemples tirés de divers contextes, dont un projet qui a permis de développer des indicateurs de violence sexuelle liée aux conflits à intégrer dans différents systèmes d'alerte précoce.



Après les inondations survenues au Sri Lanka en 2017, l'Association de planification familiale du Sri Lanka (FPA-SL) a créé des groupes de sensibilisation à la violence sexuelle et à la protection des enfants, qui ont fonctionné à partir des maisons des membres de la communauté. Crédit image : IPPF/Peter Caton/Sri Lanka

6. Communication des risques

Élaborer une stratégie de communication efficace.

Veiller à ce que les communautés touchées reçoivent des informations précises et opportunes. Les communautés doivent être informées des risques actuels, de l'importance de se faire soigner pour les services essentiels de SSR, des endroits où se faire soigner et des moyens de rester en sécurité et en bonne santé. Lors de l'élaboration de la stratégie de communication des risques, rassembler des données sur les connaissances et les perceptions liées à la SSR, les modes de communication, les populations à risque, la langue, la religion, les personnes influentes et les services de santé disponibles. Coordonner et collaborer avec les

autres parties prenantes pour garantir la cohérence des messages. Assurer l'efficacité en utilisant des personnes d'influence, une variété de médias et des approches adaptées à des populations spécifiques. Collaborer avec différents membres de la communauté pour concevoir et piloter des approches de communication. Différentes approches et différents supports peuvent être adoptés pour différentes populations, et tous doivent faire l'objet d'un suivi. (Voir la section *Ressources* pour le guide de l'OMS sur la communication des risques et le plan d'action pour l'engagement communautaire.)

Veiller à ce que les communications soient accessibles.

S'engager auprès de différents mécanismes communautaires pour garantir que tous les membres de la communauté — quels que soient leur langue, leurs capacités, leur niveau d'alphabétisation ou leur âge — aient accès à l'information. Explorer avec chaque groupe communautaire (par exemple, les adolescents, les femmes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses

SOGIESC, les femmes et les filles ayant différents handicaps) comment ils reçoivent et communiquent les informations sanitaires d'urgence. Penser à la radio, aux messages textuels, aux pairs, aux agents de santé et aux responsables communautaires, aux affiches, aux brochures et aux panneaux d'information.

7. Infrastructure et logistique en matière de santé

Évaluer les installations à tous les niveaux du système de santé pour s'assurer qu'elles peuvent « rester intactes, accessibles et fonctionnelles » en cas d'urgence.³⁴



En **République dominicaine** et au **Belize**, Ingénieurs sans frontières-USA et l'iPPF région de l'hémisphère occidental élaborent des guides de résilience et des listes de contrôle des infrastructures avant et après une urgence pour aider les responsables des cliniques locales à évaluer la capacité opérationnelle des établissements de santé. (Voir la section *Ressources* pour l'outil d'auto-évaluation du secteur de la santé de l'Organisation panaméricaine de la santé [OPS].)

Créer un environnement favorable à la préparation de la chaîne d'approvisionnement.

Plaider pour des politiques, une volonté politique et un financement permettant d'inclure les produits de SSR dans les listes de médicaments essentiels et les directives de traitement standard. Rationaliser les processus afin de faciliter l'importation, l'accélération et le prépositionnement, tant lors des livraisons de routine que pour la préparation aux urgences. Si le pays présente un risque élevé de situations d'urgence,^{vi} travailler avec les autorités nationales pour préautoriser l'importation de trousse de santé reproductive interorganisations.^{vii} Améliorer la coordination entre le gouvernement, les ONG, les donateurs et le secteur privé pour soutenir et aligner les activités de préparation de

la chaîne d'approvisionnement en faisant appel aux organismes de coordination existants. S'assurer que toutes les stratégies comprennent un volet de préparation et que des organisations clés sont ajoutées aux organes de coordination pour discuter des stratégies, aider à améliorer les politiques et mobiliser des fonds pour soutenir la préparation. Préconiser l'inclusion de la SSR et de la sécurité des produits de base dans les activités existantes de préparation aux catastrophes du pays pour le secteur de la santé au sens large et au-delà.

Développer la continuité des opérations pour les fonctions essentielles de la chaîne d'approvisionnement.

Créer un plan de continuité des opérations (PCO) pour la chaîne d'approvisionnement. Cela comprend un plan visant à garantir la disponibilité des principaux produits de SR/PF en cas d'urgence par : 1) le maintien des fonctions essentielles de la chaîne d'approvisionnement et des ressources clés qui les soutiennent,

2) la réalisation d'évaluations des risques, et 3) l'élaboration de plans d'urgence pour des scénarios de risques spécifiques et des processus visant à renforcer la redondance et la résilience de la chaîne d'approvisionnement. Le PCO devrait être le plan global qui comprend tous les plans et actions de préparation, y compris les indicateurs et les procédures opératoires normalisées (PON), pour assurer la continuité de toutes les opérations logistiques. Le PCO doit être régulièrement mis à jour et diffusé auprès de toutes les parties prenantes clés.

Identifier les produits de santé clés qui seront sécurisés.

En plus d'ajouter les principaux produits de SSR aux listes de médicaments essentiels et aux directives de traitement standard existantes et de rationaliser les processus d'importation, examiner tous les produits nécessaires pour maintenir des services de SSR complets dans le cadre des programmes existants. Déterminer la liste idéale des produits qui seront fournis en cas d'urgence, avec des seuils supérieurs et inférieurs de la gamme de produits qui seront gérés. L'inclusion de méthodes communautaires et à long terme dans ces listes peut contribuer à protéger les droits de toutes les femmes en situation d'urgence.

Établir des plans pour maintenir les ressources critiques pour tous les domaines fonctionnels essentiels de la chaîne d'approvisionnement qui doivent être maintenus en cas d'urgence.

Les opérations ou fonctions clés qui doivent être maintenues comprennent la sélection des produits, la quantification, l'approvisionnement, la stratégie d'inventaire, la distribution et l'entreposage, comme l'illustre la figure 5. Pour chacun de ces domaines fonctionnels, élaborer des plans visant à sécuriser les ressources essentielles suivantes : personnes, processus, outils, informations, actifs/fournitures et financement.

Effectuer des évaluations des risques pour les domaines fonctionnels et les ressources.

Dans le cadre du PCO, effectuer des évaluations des risques pour chacun des domaines fonctionnels et des domaines de ressources. Les évaluations des risques doivent identifier toute faiblesse ou menace réelle ou potentielle (interne ou externe) pour la chaîne d'approvisionnement. Si une gestion formelle des risques est pratiquée dans le cadre des opérations de routine de la chaîne d'approvisionnement, utiliser cette documentation pour la préparation aux catastrophes. Définir le contexte et la portée de l'évaluation des risques et suivre ces étapes : 1) fixer des objectifs de performance et identifier les parties prenantes concernées, 2) identifier les sources de risque en collaboration avec les parties prenantes, et 3) déterminer la probabilité et l'impact des événements à risque. Les sources de risque seront généralement abordées et identifiées dans le cadre d'un atelier, où les parties prenantes sont présentes pour donner leur avis sur divers scénarios. Les risques sont ensuite notés en fonction de leur probabilité et de leur impact, ce qui donne aux responsables une note unique pour la hiérarchisation des priorités.³⁵

vi Voir l'indice de risque mondial INFORM : <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index>

vii Voir le module d'apprentissage à distance du DMU, unité 9 : Commander les trousse de santé reproductive inter-organisations : <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module/unit-nine-ordering-reproductive-health-trousse>

Élaborer et mettre à jour en permanence les plans d'urgence. Sur la base des priorités de risque issues de l'évaluation, identifier les stratégies de gestion des risques, telles que la réduction ou la couverture des risques, et élaborer un petit nombre de plans d'urgence spécifiques pour faire face aux vulnérabilités des scénarios les plus probables. Inclure des moyens de réduire l'impact sur la chaîne d'approvisionnement, par exemple en créant

une redondance grâce à des sources multiples de produits, en identifiant les différentes voies d'accès aux points de distribution, en prépositionnant les produits plus près des populations vulnérables ou en sécurisant les investissements par le biais d'assurances. Les plans d'urgence doivent également définir les mesures que le personnel doit prendre, ainsi que les calendriers, les mesures de surveillance des risques et les protocoles d'intervention.

Le cycle logistique

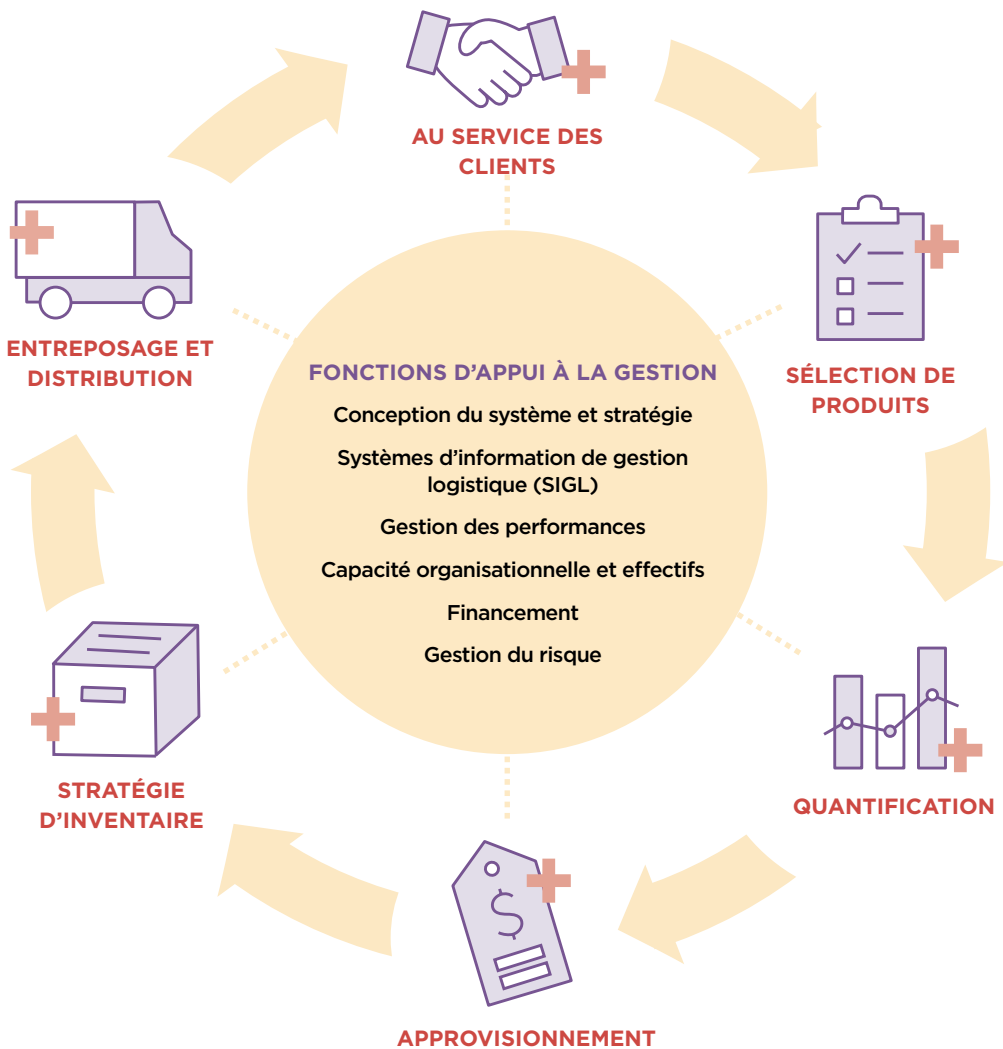


FIGURE 5.

Adapté à partir du *Manuel du responsable de la chaîne d'approvisionnement : Un guide pratique pour la gestion des produits de santé*, John Snow, Inc. 2017.

8. Santé et services connexes

Adresser la disponibilité de la prestation de services.

Il est essentiel de maintenir la continuité des services essentiels de SSR. Veiller à ce que les femmes qui demandent des soins pour des services vitaux sensibles au temps, comme l'accouchement, ne soient pas confrontées à des retards supplémentaires tels que de nouveaux points de contrôle ou des restrictions de mobilité. Se préparer à la prestation du DMU en consultation avec d'autres établissements de santé, y

compris le secteur privé, en reconnaissant qu'en cas d'urgence, tous les services seront surchargés et que certains établissements seront fermés ou détruits. Il peut être nécessaire de sensibiliser à nouveau les prestataires de soins de santé au DMU et de planifier la manière dont les services de SSR pourraient être modifiés pour garantir la continuité des soins.³⁶

Lors de l'épidémie d'Ebola au Liberia, dans les zones urbaines, seules 22,9 % des femmes ayant demandé des soins prénataux et 22,3 % des femmes ayant demandé des soins obstétricaux les ont reçus.³⁷ À Monrovia, on a constaté une augmentation des naissances dans les établissements privés, tandis que les établissements publics étaient fermés ou orientés vers la lutte contre le virus Ebola.³⁸ En Sierra Leone, on estime qu'en 2014-2015, la réduction de l'utilisation des services de SSR a entraîné 4 700 à 5 000 décès maternels, néonataux et mort-nés supplémentaires.³⁹ En République démocratique du Congo, les femmes ont dû faire face à des retards supplémentaires importants pour se rendre dans les centres de soins.⁴⁰

Planifier l'adaptation des services pour chaque composante du DMU en tenant compte des risques potentiels.

Envisager des politiques de transfert et de partage des tâches et la formation requise. Pour accroître l'accès aux services de SSR dans les communautés durement touchées, difficiles à atteindre ou mal desservies, envisager le transfert des tâches. Le partage des tâches permet à des agents de santé de niveau inférieur de fournir certains services de santé (voir le guide de l'OMS sur le partage des tâches pour la PF/contraception dans la section *Ressources*).

Reconnaître le rôle des agents de santé communautaires.^{viii} De nombreux pays disposent de solides réseaux d'agents de santé communautaires qui sont souvent en première ligne dans les situations d'urgence. Leur rôle devrait être officiellement reconnu et les activités de préparation devraient s'attaquer à tout obstacle qui limiterait leur participation, comme les politiques ou la rémunération limitée.

Envisager des changements de prestation de services. En fonction des risques et des dangers encourus, les actions de préparation peuvent inclure la planification de modifications des services, comme le passage à une prestation de services à base communautaire, l'identification de nouveaux points de prestation de services tels que les pharmacies, ou le passage à des soins à distance et l'offre de télémédecine dans la mesure du possible.

Envisager l'auto-prise en charge et l'autogestion. L'auto-prise en charge ou l'autogestion des options doivent être envisagés au cours de la phase de préparation afin de s'assurer que les politiques habilitantes et les produits de santé nécessaires, les technologies de l'information et de la communication (TIC), les supports de formation et les informations sont en place. (Voir les lignes directrices consolidées de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge dans la section *Ressources*.)

viii Dans certains pays, ce rôle peut être désigné par les termes d'agent de santé villageois, d'agent de santé féminin, d'agent de vulgarisation sanitaire ou d'assistant de santé.



Les volontaires de Direct Relief fournissent des trousseaux de sages-femmes dans le cadre des efforts de secours après le typhon Haiyan, une tempête de catégorie 5 qui a frappé la région en 2013. Crédit photo : Direct Relief/Flickr

Adresser la question de la qualité de la prestation de services et de l'accès.

Les soins de SSR doivent être de haute qualité en cas d'urgence. Au-delà des formations cliniques sur le DMU, des sessions sur les soins centrés sur les personnes, la lutte contre le manque de respect et les abus, la supervision de soutien, les exercices de clarification des valeurs et les formations de recyclage peuvent permettre aux prestataires de soins de santé de fournir des soins de haute qualité sans discrimination à tous les membres de la communauté. L'évaluation globale de l'IAWG a révélé que les adolescentes, les personnes de diverses SOGIESC, les travailleurs du sexe et les personnes handicapées sont souvent mal desservies.⁴¹ Les efforts centrés sur les causes profondes de la mauvaise qualité des services ne font pas seulement partie de la préparation, mais complètent des initiatives plus larges de renforcement des systèmes de santé. (Voir la note de synthèse [Inclusion](#) et le [Guide sur l'inclusion](#) pour une série de documents sur l'inclusion et voir la [boîte à outils](#) de

[clarification des valeurs](#) dans la section *Ressources*.)

Une étude réalisée en 2015 et évaluant la prestation de services au Sud-Soudan, en République démocratique du Congo et au Burkina Faso a révélé que les normes de qualité inadéquates et l'insuffisance des prestations de services étaient dues à des connaissances cliniques insuffisantes et à des préjugés personnels.⁴² La même année, une évaluation des programmes de SR dans les crises humanitaires a révélé que les hommes et les femmes demanderont des services si la qualité est adéquate.⁴³

Comblent les lacunes en matière de prestation des services dans les composantes du DMU.

Pendant les situations d'urgence, toutes les composantes du DMU, dans la pleine mesure de la loi, doivent être promulguées. Pour surmonter les obstacles à la prestation des services dans les composantes du DMU, les efforts de préparation doivent tenir compte des facteurs directs et indirects qui entraînent des soins inégaux. Les services de prévention de la violence liée au sexe et les soins cliniques

aux survivants, les soins d'avortement sûrs et la fourniture de méthodes contraceptives permanentes et à longue durée d'action sont des exemples de composantes du DMU qui reçoivent souvent une attention insuffisante dans les situations d'urgence. Ces lacunes entraînent des risques de morbidité et de mortalité plus élevés.⁴⁴

9. Capacités communautaires pour la gestion des risques de catastrophes liées à la santé (Health-EDRM)

Engager et établir des relations avec les communautés en tant que premiers intervenants essentiels.

Avant que l'aide extérieure n'arrive, c'est la communauté qui répond, et le degré auquel la communauté a développé des plans et des mécanismes de préparation influencera sa capacité à répondre aux préoccupations immédiates. Identifier les dirigeants et les organisations de la communauté et établir des relations basées sur la confiance et la collaboration, éléments clés pour

favoriser une préparation plus durable et plus efficace. Entreprendre toutes les activités au niveau de la communauté en étroite collaboration avec les différents acteurs de la communauté, en reconnaissant la diversité des membres de la communauté, leurs besoins respectifs en matière de SSR, et leurs propres capacités à gérer les risques et à répondre aux dangers.

En partenariat étroit avec les membres de la communauté, élaborer une évaluation communautaire des risques et des capacités et créer un plan d'action.

Identifier les principales parties prenantes. En collaboration avec les parties prenantes locales de la SSR, identifier les groupes de la société civile locaux, sous-nationaux et nationaux qui s'occupent de la SSR (y compris les violences basées sur le sexe et le VIH) pour en savoir plus sur leurs capacités et besoins existants et connaître leurs réseaux. Il peut s'agir de représentants de la société civile communautaire qui s'occupent des questions de santé avec les adolescents et les jeunes, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH, les personnes de diverses SOGIESC et/ou les travailleurs du sexe. En outre, identifier le personnel de santé communautaire, qui peut comprendre des agents de santé communautaire, des visiteurs à domicile, des agents de santé publique, des travailleurs sociaux et des intervenants de première ligne.

Effectuer une évaluation des besoins en matière de capacités communautaires.

En collaboration avec les parties prenantes locales, évaluer les besoins, la capacité et l'état de préparation de la communauté pour mettre en œuvre le DMU. (Voir la section *Ressources* pour les outils d'évaluation des besoins en capacités communautaires ACCESS.)

Organiser une formation sur le DMU/la réduction des risques de catastrophe (RRC). Une fois l'évaluation des besoins en capacités communautaires terminée, une organisation locale principale ou un organisme de coordination peut utiliser les résultats pour entreprendre et soutenir une formation sur la RRC et le DMU. (Voir *les ressources* pour la trousse du facilitateur : *État de préparation communautaire en matière de santé reproductive et de genre*. Voir les notes de synthèse *Inclusion et Communauté* pour des exemples de travail de RRC mené par des femmes et des jeunes).

Élaborer un plan d'action communautaire basé sur l'évaluation des besoins. Il est recommandé de combiner le plan d'action avec une formation sur la préparation de la communauté en matière de SSR. (Voir *les ressources* pour la trousse du facilitateur : *Préparation communautaire à la santé reproductive et au genre*.) Utiliser ce processus pour identifier et hiérarchiser les activités clés, identifier et garantir le financement, et mettre en œuvre le suivi (y compris le suivi de la durabilité). Les actions doivent se concentrer sur les activités prioritaires du DMU et peuvent inclure la sensibilisation pour atténuer les risques de violence basée sur le sexe et de genre dans les situations d'urgence, la mise en place et la sensibilisation de la communauté aux mécanismes d'orientation pour les urgences obstétriques et les survivants de la violence sexuelle, le travail avec les femmes enceintes pour développer des plans de naissance et des petites économies, le prépositionnement de fournitures, en travaillant avec les hôpitaux locaux sur les listes de donneurs de sang, en élargissant l'accès à la contraception (y compris la contraception d'urgence), en développant ou en renforçant les comités de femmes et de jeunes pour la réduction des risques de catastrophes, en effectuant des simulations et en créant un fonds d'urgence (voir les notes de synthèse *Communauté et Inclusion* pour des exemples de préparation communautaire et voir la section *Ressources* pour les outils d'évaluation des besoins en capacités communautaires ACCESS).

La Rahnuma-Family Planning Association of Pakistan - Association pakistanaise pour la planification familiale (FPAP) a soutenu six formations communautaires sur le DMU dans trois districts du Pakistan sujets aux catastrophes. Les preuves ont démontré que les membres de la communauté, y compris les jeunes, ont été habilités à identifier des solutions. Les jeunes ont participé à l'élaboration d'une liste de transporteurs d'urgence locaux moins chers pour les situations d'urgence et ont proposé des emplacements pour les coordonnées à partager et à afficher dans la communauté. Les membres adultes de la communauté ont identifié des maisons où des trousseaux d'hygiène et d'accouchement propres pourraient être stockés et où les préservatifs et la contraception d'urgence seraient plus accessibles en cas d'urgence.



Le centre de santé du camp de réfugiés de Hajizai, dans le district de Charsadda, au Pakistan, comprend exclusivement des agents féminins. Il est l'un des deux établissements ouverts 24 heures sur 24 pour offrir une assistance aux mères et à leurs enfants, en plus des consultations générales. Crédit photo : Protection civile et aide humanitaire de l'UE/Flickr

Saisir les occasions de faire progresser rapidement la préparation au niveau local.

Les efforts de préparation au niveau local sont parfois plus efficaces que les efforts au niveau national. Dans certains pays, il est plus facile de favoriser la collaboration entre les acteurs de la SSR et de la GRC au niveau infranational ou communautaire, et ces efforts peuvent alors être mis en valeur pour inspirer les efforts nationaux (voir la note de synthèse [Coordination](#)).

L'importance des soins au niveau

communautaire : Dans la réponse au virus Ebola en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone, il est apparu clairement que les communautés font le plus confiance à leurs propres agents de santé communautaires, qui parlent leur langue et comprennent leur contexte social. Les agents de santé communautaires, les accoucheuses traditionnelles et les comités de santé communautaires ont joué un rôle essentiel dans la réponse au virus Ebola.⁴⁵ En Guinée, le nombre d'utilisateurs de la PF a chuté de 75 % pendant la crise Ebola, et dans deux endroits, les accouchements en établissement ont chuté de 87 %.⁴⁶ Il a été constaté que le comportement de recherche de la PF a proportionnellement beaucoup plus diminué aux niveaux supérieurs du système de santé que dans les cliniques de santé communautaires, probablement en raison de la confiance dans les soins et la sécurité de l'accès à une clinique communautaire.⁴⁷

Alors que l'épidémie de COVID-19 se répand dans le monde entier, les rapports anecdotiques indiquent que les petites cliniques de santé sont les dernières à réduire leurs heures d'ouverture ou à fermer, ce qui nous rappelle que l'investissement dans les centres de santé communautaires et leur personnel est essentiel pendant la préparation.⁴⁸

Relier les communautés aux systèmes nationaux de préparation.

Les efforts de préparation au niveau communautaire et les organisations et réseaux communautaires seront plus efficaces et plus durables s'ils sont liés aux efforts de préparation nationaux pour le renforcement, la collaboration, le soutien et le suivi. Encourager le soutien national et infranational aux initiatives de préparation au niveau communautaire (voir la note de synthèse [Communauté](#)).

Tirer parti des réseaux communautaires.

En plus de tirer parti des réseaux des membres de la communauté qui font partie des réseaux nationaux (voir cette [étape précédente](#)), tirer parti des réseaux communautaires (tels que les femmes, les jeunes ou les personnes des divers réseaux SOGIESC) pour planifier et entreprendre des activités de préparation communautaire.



Une équipe de volontaires de santé communautaire à l'œuvre au domicile d'un patient dans la région de Gidan Igwai à Sokoto, au Nigeria. Crédit image : POPCOM Province d'Albay et ville de Legazpi pour RTI International

10. Suivi et évaluation

Surveiller les plans d'action et les TdR.

Mettre en place des systèmes et des indicateurs pour suivre les efforts de préparation, y compris les plans d'action et les TdR. Inclure les membres de la communauté, tels que les jeunes, dans le suivi des programmes qui les engagent.

Collecter et gérer les données relatives à la SSR.

Intégrer les indicateurs de SSR dans les systèmes de gestion des données sanitaires existants pendant la phase de préparation, et renforcer les systèmes de gestion des données pour inclure la SSR et garantir la souplesse nécessaire pour s'adapter aux systèmes d'intervention d'urgence. Veiller à ce que les données SADD+ et les données essentielles en matière de SSR soient incluses dans les évaluations des risques pour la préparation, les évaluations rapides pour la réponse (telles que l'évaluation rapide initiale multi-clusters/sectorielle) et les systèmes de gestion des informations sanitaires (SGIS). (Pour plus d'informations sur les indicateurs liés à la SSR et la liste de contrôle du DMU pour la surveillance, voir le chapitre du [Manuel de terrain interorganisations](#) sur le DMU figurant dans les [Ressources](#).)



Une étude de cas évaluant la réponse à l'éruption du Mont Sinabung en 2013 en **Indonésie** a constaté un manque de préparation en matière de SSR. Cela a conduit à des systèmes insuffisants pour documenter, rapporter, analyser et maintenir la confidentialité des informations liées à la SSR pendant les interventions d'urgence. Ayant tiré les leçons de cette situation, le ministère de la Santé s'est associé au FNUAP et aux membres du sous-groupe de la SSR pour créer une liste d'indicateurs de SSR liés au système d'information sanitaire du pays. Ces indicateurs ont été testés et utilisés lors de la collecte, de l'analyse et de la communication des données relatives à la réponse au tsunami de 2018 dans le centre de Sulawesi.⁴⁹

Documenter et partager les enseignements tirés de la préparation.

Il est important de partager et d'apprendre des expériences de préparation en matière de SSR au niveau mondial et régional.

Documenter les enseignements tirés des réponses pour informer et renforcer la préparation. Les pays sont encouragés à mener des examens des réponses précédentes pour informer et renforcer les efforts de préparation ainsi que pour documenter l'impact de la préparation sur la réponse. De tels enseignements plus réfléchis contribueraient grandement au domaine de la préparation en matière de SSR.

Apprendre des réponses passées : Au Vanuatu et à Tonga, après que les réponses d'urgence ont révélé une demande de LARC (contraceptifs réversibles à longue durée d'action) qui ne pouvait être satisfaite, les prestataires ont été formés aux LARC et les chaînes d'approvisionnement ont été mises à jour pour s'assurer que les LARC faisaient partie de la préparation et de la réponse à venir. Les résultats ont été récemment mis en évidence lors de la réponse au cyclone tropical Harold au Vanuatu.⁵⁰

Au Kenya, une étude de cas a examiné les leçons tirées des violences post-électorales de 2007 concernant les soins aux communautés touchées par le VIH. Après avoir réfléchi à la réponse à apporter, le Kenya a créé en 2008 une agence de gestion des catastrophes qui a intégré la prise en charge du VIH dans son plan d'intervention et un comité directeur consacré à la prise en charge du VIH dans les situations d'urgence.⁵¹

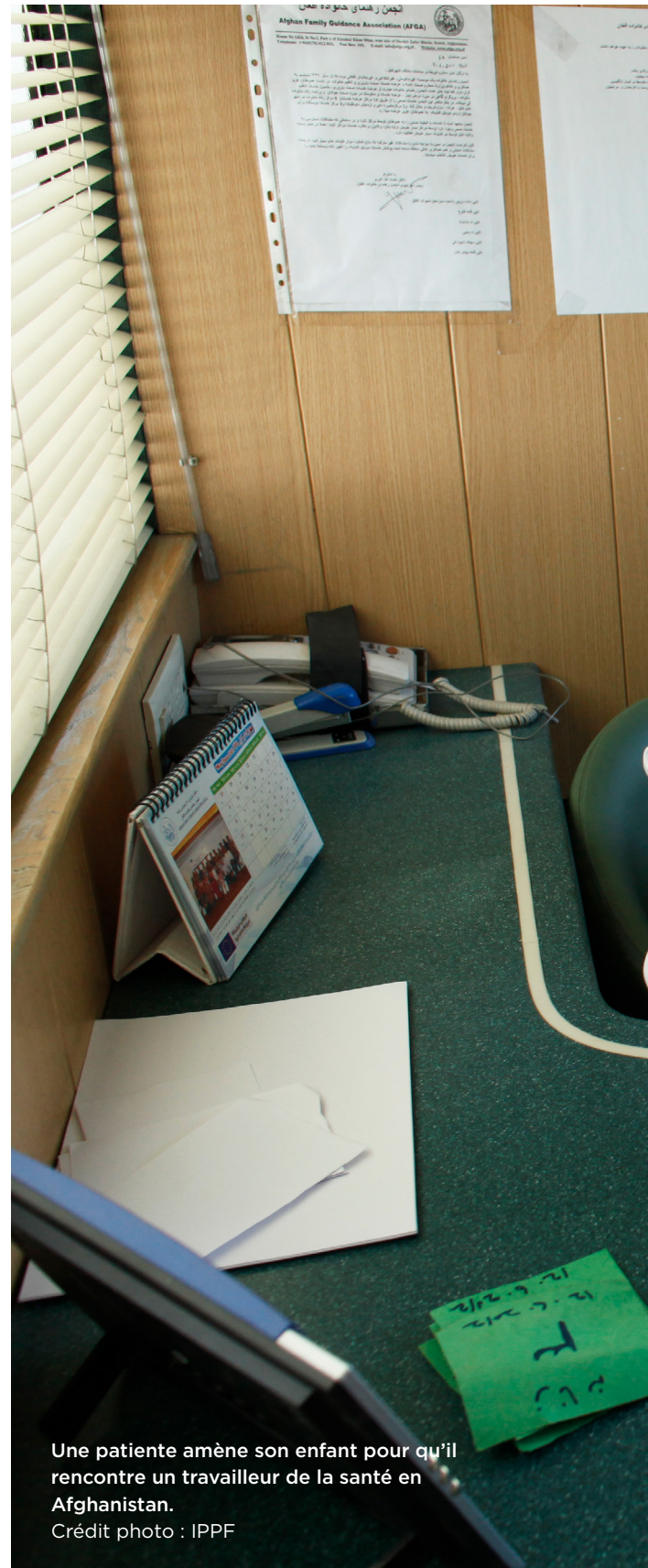
Au Népal, un examen de la réponse post-séisme de 2015 a révélé que le mécanisme de coordination du pays avait joué un rôle déterminant dans l'efficacité de la réponse.⁵²

Documenter les enseignements tirés des différents contextes et types de risques. Au niveau mondial, il est nécessaire de tirer davantage d'enseignements des diverses régions et des différents types situations d'urgence. Dans la documentation limitée sur la préparation en matière de SSR, la plupart des exemples proviennent des régions Asie-Pacifique et EEAC. Il serait inestimable d'en savoir plus sur d'autres régions qui fonctionnent avec des systèmes de santé différents ou qui sont exposées à différents types de risques : catastrophes à développement lent, comme la sécheresse et/ou les effets du changement climatique ; crises liées à des conflits ; troubles politiques, comme la violence électorale ; ou autres types de catastrophes naturelles saisonnières ou cycliques.

Documenter les cas où la préparation n'a pas eu d'impact sur la réponse. L'apprentissage documenté est également utile lorsque la préparation n'a pas facilité des réponses plus fortes ou efficaces, ou lorsque les plans d'urgence n'ont pas anticipé les situations d'urgence ultérieures.

Les rapports du Sud-Soudan, de l'Irak et une étude régionale en Afrique de l'Ouest (comprenant le Mali, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Liberia et la Sierra Leone) offrent des enseignements essentiels sur les occasions manquées. Au Sud-Soudan, les achats ont été planifiés en fonction de la population mais n'ont pas tenu compte du nombre d'établissements de santé ni des évacuations de personnel international.⁵³ En Irak et en Afrique de l'Ouest, l'adhésion des dirigeants a mis en évidence l'efficacité du travail de préparation, mais des considérations externes telles que la mobilité restreinte pour des raisons de sécurité et le financement limité ont affaibli les efforts et entravé les réponses.⁵⁴

Effectuer des recherches ou élaborer des orientations supplémentaires sur la préparation en matière SSR. Il est nécessaire de développer davantage les ressources, la recherche et les orientations pour soutenir la préparation en matière de SSR. Cette boîte à outils est prête à être testée sur le terrain pour évaluer son utilité et la relier à des recherches complémentaires de mise en œuvre afin de déterminer comment les efforts de préparation en matière de SSR influencent les résultats sanitaires.



Une patiente amène son enfant pour qu'il rencontre un travailleur de la santé en Afghanistan.

Crédit photo : IPPF



Fiches d'apprentissage

Les fiches d'apprentissage de cette boîte à outils se concentrent sur des sujets spécifiques de la préparation en matière de SSR et fournissent des exemples concrets d'actions prises pour améliorer la préparation. Ils s'appuient sur la littérature disponible, des études de cas, des entretiens avec des informateurs clés, ainsi que sur les expériences et les enseignements d'une sélection de pays. Les notes de synthèse sont conçues pour fournir aux décideurs des pays des points de départ pour lancer ou intensifier le travail de préparation afin d'améliorer l'accès aux soins de SSR en dans les situations d'urgence.

Les exemples cités dans les fiches d'apprentissage ne se veulent pas exhaustifs ou normatifs, mais visent plutôt à mettre en évidence certaines pratiques prometteuses qui ont permis de renforcer la préparation en matière de SSR. Comme chaque contexte est spécifique, les décideurs devront identifier les leçons qui conviennent le mieux à leur environnement en termes de niveau de risque, de ressources disponibles, de définition des politiques, etc. Les fiches d'apprentissage, comme l'ensemble de la boîte à outils, sont destinées à inspirer les pays et les organisations à développer des notes de synthèse et des exemples supplémentaires et à contribuer à l'apprentissage dans cet espace.

Les *fiches d'apprentissage* sont présentées dans l'ordre des étapes de la préparation en matière de SSR : Initiation, évaluation et mise en œuvre.

« Ne laisser personne pour compte » — Élaborer des stratégies, des plans et des activités de préparation en matière de SSR

Éléments clés à retenir

Communiquer et collaborer avec les organisations à base communautaire.

Identifier les principales organisations dirigées par des femmes, des jeunes et d'autres organisations à base communautaire aux niveaux national et infranational et établir des relations. Apprendre à connaître les réseaux des uns et des autres et identifier collectivement les besoins spécifiques en matière de SSR des populations vulnérables et marginalisées. (Voir la [note sur l'inclusion](#).)

Aller au-delà de l'inclusion symbolique, appliquer les principes de « ne pas nuire » et faire preuve de créativité. Utiliser des stratégies adaptées pour garantir des décisions éclairées, une participation significative et la représentation des groupes marginalisés et mal desservis dans toutes les activités de préparation à la SSR.

Former les intervenants de première ligne à des attitudes exemptes de stigmatisation. Mener des exercices de clarification des valeurs et de transformation des attitudes, et fournir des informations sur les droits de l'homme (des femmes et des filles, des personnes handicapées, des personnes de diverses SOGIESC, et autres) et sur la violence sexuelle et sexiste pour s'assurer que les premiers intervenants sont prêts à fournir des services sans stigmatisation et fondés sur les droits dans les situations d'urgence.

Plaider en faveur de politiques de préparation aux situations d'urgence inclusives et de leur mise en œuvre efficace. Plaider au niveau national et infranational en faveur de stratégies, politiques et plans inclusifs de préparation aux situations d'urgence en matière de SSR, et veiller à ce qu'ils soient budgétisés, mis en œuvre, supervisés et contrôlés.

Donner de la visibilité aux différents groupes marginalisés dans les politiques clés. Veiller à ce que les différents groupes marginalisés et mal desservis (tels que les femmes handicapées, les adolescents et les personnes de diverses SOGIESC) soient explicitement mentionnés dans les documents politiques afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte.

Construire une approche inclusive de la préparation aux catastrophes

« Pour fournir une aide humanitaire impartiale et responsable qui réponde à la vulnérabilité sous toutes ses formes et atteigne les personnes les plus marginalisées, il faut une approche inclusive de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et du financement de l'aide humanitaire. »

— CHARTE DE L'INCLUSION, PROGRAMME D'ACTION POUR L'HUMANITÉ⁵⁵

Les situations d'urgence touchent tout le monde, mais l'impact est particulièrement important sur les personnes les plus vulnérables, marginalisées et discriminées de la société. La vulnérabilité est un concept complexe, qui dépend d'une série de facteurs comprenant l'identité sexuelle et de genre, l'orientation sexuelle, l'âge, le handicap, la santé, l'état civil et la parité, le statut social et juridique, l'ethnicité, la foi et la nationalité. Chaque personne a des identités multiples et qui se chevauchent, ce qui affecte son degré de vulnérabilité.⁵⁶ Le Rapport sur les catastrophes mondiales 2018 de la FICR note que « trop de personnes touchées sont 1) hors de vue, 2) hors de portée, 3) laissées hors de la boucle, ou se retrouvent dans des crises qui sont 4) à court d'argent, ou est considéré comme étant 5) hors de portée parce qu'ils souffrent d'une manière non considérée comme relevant de la responsabilité du secteur humanitaire. »⁵⁷

En reconnaissant que différentes populations sont confrontées à des risques spécifiques et ont des besoins particuliers, la préparation et la réponse aux situations d'urgence peuvent être mieux adaptées pour répondre à ces besoins. Lors de la planification des activités et des stratégies de préparation, il est essentiel d'inclure de manière significative divers groupes et de mettre en place une préparation et une réponse à l'échelle communautaire afin de garantir l'inclusion des populations marginalisées et mal desservies. Comme le souligne le rapport de consultation « Pride in the Humanitarian System (La fierté dans le système humanitaire) » (2018) : « les relations avec toutes les parties prenantes doivent être mises en place à l'avance, afin que le réseau soit prêt à répondre rapidement et efficacement lorsqu'il est sollicité. Cela nécessite de s'engager très tôt auprès des chefs de communauté, qui connaissent leur propre communauté, et d'établir des relations de confiance. »⁵⁸

Les communautés et les organisations de base sont aussi très souvent les premiers intervenants. Elles ont la meilleure connaissance de leur contexte et constituent un complément essentiel à la communauté humanitaire nationale et internationale. Même si elles ne sont pas des acteurs humanitaires expérimentés, elles permettent néanmoins d'apporter des soins utiles à des personnes qui, autrement, pourraient passer entre les mailles du filet.

Éléments clés pour des stratégies de préparation inclusives en matière de SSR

Le travail sur l'inclusion significative des groupes marginalisés et mal desservis dans le cadre de la préparation en matière de SSR n'en est qu'à ses débuts. La participation active des groupes de jeunes au tremblement de terre au Népal et à la réponse des Célèbes démontre l'immense valeur qu'une approche inclusive peut avoir dans la réponse aux situations d'urgence. Cependant, l'engagement pendant les phases de préparation est encore

en évolution et nécessite une plus grande attention. Une discussion permanente avec les communautés marginalisées est nécessaire pour mieux comprendre la diversité et les défis rencontrés dans la réponse humanitaire. Le travail décrit dans cette note de synthèse, basé sur la littérature grise et les entretiens avec des informateurs clés, est destiné à servir d'inspiration pour une action inclusive.



Céléstine, réfugiée au camp de Lusenda, dirige un spectacle de danse organisé par des jeunes dans un centre polyvalent en octobre 2015. Crédit image : ONU femmes/Catianne Tijerina

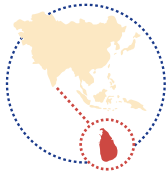
Créer un espace pour un dialogue constructif avec les groupes marginalisés

L'un des facteurs les plus critiques est l'établissement de relations, en particulier entre les acteurs humanitaires, les diverses organisations et réseaux de la société civile (y compris les groupes dirigés par des femmes et des jeunes), les entités gouvernementales, les chefs religieux, les groupes ethniques, les minorités (y compris les réfugiés et les migrants) et les donateurs.⁵⁹ Pour de nombreux groupes communautaires travaillant sur des questions d'identité sexuelle, de handicap, de jeunesse ou de VIH, le secteur humanitaire (national et international) reste un système étranger, dont ils ont été largement exclus. De même, pour de nombreux acteurs de la SSR et de l'aide humanitaire, les expériences de ces groupes communautaires sont mal comprises, même en période de stabilité, sans parler des situations d'urgence.

Comme indiqué dans *Down By The River : Addressing the Rights, Needs and Strengths of Fijian Sexual and Gender Minorities in Disaster Risk Reduction and*

Humanitarian Response : « Travailler avec les minorités sexuelles et de genre qui ont été victimes de discrimination et de marginalisation nécessite de bâtir la confiance, ce qui est difficile à réaliser dans la précipitation de la réponse humanitaire, en particulier pour les acteurs externes s'ils descendent au lendemain des catastrophes. Il faut du temps pour dresser la carte des OSC locales et pour établir des relations de travail. Il faut du temps pour se connecter à des réseaux informels et établir la confiance avec les membres individuels de la communauté. »⁶⁰

L'investissement dans un dialogue constructif et dans les possibilités de rassemblement de personnes (telles que les réunions, les ateliers et les formations) permet aux deux parties d'apprendre l'une de l'autre et contribue à réduire l'impact des situations d'urgence sur les groupes marginaux et mal desservis.



Au **Sri Lanka**, l'Association de planification familiale du Sri Lanka (FPASL) a été exposée aux problèmes auxquels sont confrontés les personnes de diverses SOGIESC et les personnes vivant avec un handicap dans le cadre de divers événements régionaux. La FPASL a identifié des représentants de ces communautés qui pourraient siéger au comité directeur de son projet SPRINT^{ix}, ce qui a permis d'amener ces groupes à dialoguer avec le ministère de la Gestion des catastrophes et d'autres ministères. Bien que de nombreuses questions soient encore sensibles, la représentation et le soutien financier continus ont permis d'élaborer des documents du DMU incluant les personnes handicapées (tels que des vidéos d'IEC en langue des signes et des brochures en braille) et de les consulter dans le cadre de la planification de la RRC.



Au **Népal**, une consultation en 2018 sur les questions de SOGIESC dans les contextes humanitaires, soutenue par l'Association de planification familiale du Népal (FPAN), ONU Femmes, la Croix-Rouge et Blue Diamond, a débouché sur une série d'événements en cours ainsi que sur un atelier visant à partager ces questions avec le Réseau de préparation aux catastrophes du Népal. Sur la base de la réponse au tremblement de terre de 2015, la FPAN a consulté diverses organisations en matière de SOGIESC (Blue Diamond Society, Mitini Nepal, Inclusive Forum) afin d'identifier les défis qu'elles ont rencontrés dans l'accès aux installations de santé publique. Cette contribution a été utilisée pour formuler des suggestions visant à rendre les politiques de gestion des catastrophes au niveau des districts plus inclusives des besoins en matière de SOGIESC. Le ministère des Affaires intérieures et le ministère des Femmes, des enfants et des personnes âgées ont salué cette initiative et envisageront de réviser leurs politiques.



En **Indonésie**, le sous-groupe SSR comprend des représentants des personnes vivant avec le VIH (Coalition indonésienne contre le sida), ce qui est essentiel pour garantir que leurs besoins ne soient pas négligés dans les activités de préparation.



Destruction des infrastructures suite au tremblement de terre et au tsunami de septembre 2018 qui ont frappé Palu, en Indonésie. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Indonésie

ix L'initiative SPRINT (Programme de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise et d'après-crise), menée par l'IPPF en collaboration avec le FNUAP et d'autres partenaires nationaux et internationaux, vise à améliorer les résultats sanitaires des populations touchées par les crises en réduisant la mauvaise santé sexuelle et reproductive, les handicaps et les décès évitables.

Appliquer le principe « Rien sur nous, sans nous »

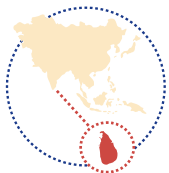
L'inclusion d'organisations ou de dirigeants de groupes marginalisés pourrait aider à identifier des actions pour améliorer la SSR et prévenir la VBG dans les situations d'urgence. Les formations en matière de DMU devraient inclure la sensibilisation aux droits des groupes marginalisés, tels que les personnes de diverses SOGIESC, afin de s'assurer que les préjugés ou les discriminations n'ont pas d'incidence sur la fourniture de services.



En **Indonésie**, les consultations auprès des communautés ont abouti à la conception de différentes trousse d'hygiène destinées aux personnes âgées et aux adolescentes enceintes, et des trousse de « dignité » ont été conçues pour différents groupes religieux. Les réseaux existants, tels que les réseaux de jeunes et les ONG dirigées par des femmes, ont été mis à profit lors de la planification de la préparation. Par l'entremise de l'association Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI-l'Association indonésienne de planification familiale), de jeunes volontaires ont participé à la riposte dans le Sulawesi central.



Dans la **région du Pacifique**, le FNUAP et les associations membres de la FIPF ont activement travaillé avec les OPH aux niveaux régional et national. Dans le cadre de l'Initiative régionale de repositionnement pour l'Asie et le Pacifique, le FNUAP, la FIPF et le Forum des personnes handicapées du Pacifique ont créé un partenariat visant à soutenir l'inclusion du handicap dans la préparation, en mettant l'accent sur la VBG dans les situations d'urgence. Un atelier régional a rassemblé six pays pour échanger sur des priorités nationales et élaborer des plans d'action que les bureaux nationaux du FNUAP, les associations membres de la FIPF et les OPH nationales pourront mettre en œuvre. Le travail au niveau national s'appuie sur les relations entretenues actuellement pendant les périodes de stabilité. La FIPF et le FNUAP ont inclus les OPH dans les formations en matière de DMU, les ont invitées à des événements relatifs à la SSR et ont préconisé une plus grande inclusion dans les réunions des groupes sectoriels. À Tonga, les personnes handicapées ont bénéficié d'une formation au DMU et ont fait partie de l'équipe d'intervention. Dans les îles Salomon, l'Association de planification familiale des îles Salomon a travaillé avec les OPH à l'effet de reconstruire les cliniques, en veillant à ce qu'elles soient également accessibles à tous, tant en période de stabilité qu'en situation d'urgence.



Au **Sri Lanka**, l'association de planification familiale du Sri Lanka (FPASL) a reconnu les besoins variés des personnes de diverses SOGIESC et a travaillé avec le réseau national de transgenres du Sri Lanka (NTNSL) dans l'optique de développer des trousse de « dignité » adaptées aux transgenres. Lors des inondations d'octobre 2018, les membres du NTNSL ont distribué ces trousse à leur communauté, une action qui a été très appréciée.

Encourager les femmes leaders au niveau communautaire dans les activités de préparation en matière de RRC et de SSR

Les rôles sociaux et les inégalités entre les sexes pourraient exclure les femmes des plans de préparation, mais l'expérience a montré que les femmes peuvent agir comme agents de changement et jouer un rôle déterminant dans les situations d'urgence. Le renforcement de leurs capacités, la possibilité de participer à la prise de décision et l'intégration des préoccupations des communautés dans les plans de préparation aux situations d'urgence montrent le potentiel de réponses aux besoins des femmes.



Au **Pakistan**, le FNUAP et Muslim Aid ont créé des comités de réduction des risques de catastrophes pour la santé reproductive (RHDRR) des femmes et des jeunes dans la province du Punjab. L'objectif était de renforcer les capacités des jeunes et des femmes en matière de gestion des catastrophes et de leur fournir les compétences nécessaires pour être prêtes à intervenir en cas d'urgence. De ces activités, ont été générés des plans de préparation des villages et des mesures RHDRR spécifiques au contexte. Les activités destinées aux jeunes englobaient la liste des groupes sanguins (si nécessaire, pour la transfusion de femmes enceintes en cas d'urgence), du matériel IEC adapté, une formation pour assurer la liaison avec les responsables de la santé afin de permettre l'accès aux soins chez les adolescents, et plus encore. Les comités de femmes et de jeunes ont également contribué à améliorer le plan d'urgence de la direction de la santé du district.^{61,62}



En **Samoa**, l'Association pour la santé familiale de Samoa (SFHA) a investi dans le travail à l'échelle communautaire et a désigné des points focaux parmi les femmes leaders dans les villages. Sous la direction du Bureau national de gestion des catastrophes (NDMO), la SFHA et la Croix-Rouge vont de village en village et effectuent un travail de préparation en matière de SSR et des simulations avec les communautés. Cela a permis au NDMO d'établir des contacts avec des femmes leaders, qui se sont senties habilitées et ont pris en charge les interventions. Par conséquent, davantage de femmes ont rejoint les comités villageois de lutte contre les catastrophes afin de mieux représenter les besoins des femmes et des filles dans la planification de la préparation aux situations d'urgence.

S'engager véritablement auprès des groupes, réseaux et dirigeants de jeunes

Les enfants et les jeunes pourraient jouer un rôle d'initiateur de changement dans la préparation des villages.⁶³ Les entretiens avec les informateurs clés et l'analyse documentaire révèlent que très peu d'efforts ont été déployés à ce jour pour inclure les jeunes dans les stratégies, la coordination et les activités de préparation. Quelques exemples d'implication véritable des jeunes pendant les réponses pourraient inspirer une inclusion similaire dans les phases de préparation.



En **Indonésie**, la PKBI a collaboré avec la FIPF et le FNUAP Indonésie après le tremblement de terre de Lombok de 2018 dans l'optique de mettre sur pied un modèle de participation et de responsabilisation des jeunes. Au départ, il était difficile de garantir l'inclusion des jeunes dans les mécanismes de coordination, et il est apparu qu'ils ne se sentaient pas toujours à l'aise pour partager leurs expériences en raison de la stigmatisation et du manque d'acceptation. Les jeunes volontaires du PKBI ont mis en place un forum de jeunes géré et dirigé par les jeunes eux-mêmes, ce qui a permis au groupe de se réunir pour identifier les besoins spécifiques, les obstacles et les stratégies afin de répondre à leurs besoins en matière de SSR pendant la réponse. Le forum des jeunes englobait des actions et des recommandations spécifiques pouvant ensuite être officiellement présentées au sous-groupe sectoriel SSR par le personnel PKBI. En plus de l'importance avérée d'inclure les jeunes dans les mécanismes de coordination, la PKBI a constaté qu'un forum de jeunes, dirigé et géré par les jeunes eux-mêmes, où ils se sentent à l'aise et disposent d'une plate-forme exempte de toute stigmatisation, constitue un facteur clé de succès.



Aux **Philippines**, des comités de jeunes se trouvant dans deux zones à haut risque (Metro Manila et Mindanao) ont été mis en place pour la préparation après que les jeunes ont aidé à répondre au typhon Washi (décembre 2011).⁶⁴ Depuis lors, le FNUAP a également soutenu l'engagement des jeunes dans le cadre d'équipes mobiles en charge de la distribution de trousseaux de « dignité » et des échanges avec leurs pairs sur des questions liées à la SSR et à la VBG.

Garantir les approches « Ne pas nuire » (Do no Harm)

Dans certains pays, la diversité sexuelle est illégale ou fortement stigmatisée. Les travailleurs du sexe, les toxicomanes et les groupes ethniques marginalisés sont confrontés à des problèmes similaires. Ils s'appuient souvent sur leurs réseaux formels ou informels pour obtenir des informations et des soins afin d'éviter le risque de discrimination ou de stigmatisation, et recherchent la discrétion pour assurer leur sécurité. Lorsque l'on travaille

sur la participation inclusive, il est essentiel de s'assurer que les individus ne sont pas contraints à une action de préparation ou de réponse qui mettrait le groupe ou un individu en danger. Les principes « Ne pas nuire » sont également soutenus par divers engagements internationaux, tels que les Orientations du CPI sur la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, la Protection contre l'exploitation et les abus sexuels du CPI de l'UNICEF, et la Politique du CPI en matière de protection dans l'action humanitaire.



Une infirmière bénévole de l'Association de santé familiale du Vanuatu (VFHA) a créé des panneaux de contraception pour aider à présenter aux clients les options disponibles. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Vanuatu

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR L'INTÉGRATION DES POLITIQUES

Intégrer la SSR dans les plans et politiques de gestion des risques de catastrophe

Éléments clés à retenir

Se référer aux engagements et aux cadres mondiaux pour l'intégration des politiques en matière de DMU. Utiliser les engagements mondiaux qui approuvent la SSR ou le DMU, comme le cadre de Sendai, le cadre Health-EDRM, les lignes directrices de Sphere et les Objectifs de développement durable, pour plaider en faveur de l'intégration de la SSR et du DMU dans la politique nationale.

Connaître votre contexte et vos politiques. Analyser l'environnement législatif concernant la gestion des risques de catastrophes, les interventions sanitaires d'urgence et les politiques restrictives (par exemple, l'accès aux soins pour les adolescents, les réfugiés, etc.) afin de déterminer où se trouvent les dispositions en matière de SSR et quelles politiques doivent être révisées.

Exploiter les politiques de soutien existantes. Veiller à ce que les politiques de soutien en matière de DMU soient mises en œuvre à tous les niveaux et que les ressources nécessaires à sa mise en œuvre soient allouées.

Vers des politiques et plans et gestion des risques de catastrophe intégrant la SSR

L'incidence des conflits et des aléas naturels sur la santé humaine est incontestable et souvent dévastatrice, et souligne le besoin urgent d'adopter des approches plus globales en matière de gestion des risques de catastrophe (GRC).⁶⁵

Le Cadre de Sendai préconise la conception de politiques inclusives qui considèrent l'accès aux soins de santé de base, y compris les soins SSR, comme un élément essentiel de la gestion des catastrophes.⁶⁶ Le Cadre de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe (Health-EDRM) souligne aussi clairement l'importance de l'intégration des considérations sanitaires dans les politiques et stratégies concernées.

Certes, certains progrès ont été réalisés, cependant l'intégration de la santé, et en particulier la SSR, dans les politiques et stratégies nationales de réduction des risques de catastrophe demeure un défi.⁶⁷ Les principaux obstacles sont les suivants : manque de connaissance des politiques existantes et manquantes, structures de gouvernance complexes (comme un système fortement décentralisé), financement inadéquat et mauvaise coordination avec les autres secteurs.⁶⁸

Éléments essentiels à l'intégration de la SSR dans les stratégies de RRC

Les efforts visant à intégrer la SSR dans les politiques de RRC en sont encore à leurs débuts, mais l'attention portée à cette approche est croissante, et des initiatives ont été menées dans plusieurs pays. La présente fiche d'apprentissage présente quelques-unes des approches couronnées de succès, fondée sur une analyse

documentaire, des études de cas et des entretiens avec des informateurs clés. Les stratégies de sensibilisation varient en fonction du contexte, mais elles ont toutes en commun la réalité selon laquelle le changement de politique est un processus à long terme et nécessite un engagement et un dévouement continus.

Identifier les points d'entrée stratégiques pour faire avancer les politiques de gestion des risques qui intègrent la SSR

Identifier les lacunes politiques en collaboration avec les organismes de RRC par le biais d'une évaluation conjointe et de processus de planification d'actions

L'évaluation de l'état de préparation du DMU (consulter *Ressources*) propose une description détaillée des lacunes en SSR dans les situations d'urgence et constitue un point d'entrée essentiel pour le changement de politique. Les pays ayant procédé à l'évaluation ont constaté qu'elle crée un processus visant à réunir les acteurs de la SSR et de la GRC, et pourrait conduire à l'élaboration de plans d'action conjoints véritables en vue de l'amélioration des politiques et des plans.



En **Albanie**, l'évaluation du DMU réalisée en 2013 (dans le cadre de l'évaluation Europe de l'Est et Asie Centrale [EEAC] à l'échelle régionale) a conduit à l'intégration en 2015 du DMU dans la plate-forme du ministère de la Santé sur la réduction des catastrophes et des risques et dans le plan d'urgence en prélude à un éventuel afflux massif de migrants et de demandeurs d'asile à la frontière albanaise. Cette évaluation a été réalisée grâce aux efforts engagés du groupe de travail sur la SSR, y compris le FNUAP, le Centre albanais pour la population et le développement (association membre de la FIPF) et le ministère de la Santé et de la Protection sociale.



Au **Kenya**, le FNUAP a organisé un atelier en 2018 pour procéder à l'évaluation de l'état de préparation du DMU conjointement avec le ministère de la Santé, le Conseil national pour la population et le développement, le Conseil national de lutte contre le sida, ONU Femmes, la Croix-Rouge et World Vision. Cet exercice a permis d'identifier les principales politiques nécessaires à l'intégration des dispositions en matière de SSR et a lancé le plaidoyer visant à inclure le DMU dans les plans pertinents.



En **RD Congo**, l'organisation CARE a œuvré avec des partenaires gouvernementaux, à plusieurs niveaux, pour l'intégration du DMU dans la planification de la préparation aux situations d'urgence. En 2019, CARE a rassemblé, dans le cadre d'un atelier national à Kinshasa, le ministère de la Santé, le ministère de la Solidarité et de l'Action humanitaire, le ministère des Affaires sociales, le HCR, l'association membre de la FIPF, l'*International Rescue Committee* (comité international de secours), l'organisation Save the Children, le FNUAP et bien d'autres parties prenantes. Avant la tenue de l'atelier, CARE a effectué une évaluation de l'état de préparation du DMU avec le ministère de la Santé afin d'identifier l'environnement législatif en matière de préparation aux situations d'urgence et à la GRC, et de déterminer le niveau d'intégration de la SSR. L'évaluation s'est avérée un exercice très utile pour amener les individus à réfléchir non seulement sur l'existant et les manques, mais également sur la manière de combler les lacunes. Six mois après l'atelier, des représentants du Programme national de santé des adolescents ainsi que du Programme national pour les situations d'urgence et l'action humanitaire du ministère de la Santé, en collaboration avec CARE et le FNUAP, ont lancé un plan visant à réviser le Plan stratégique national pour la santé des adolescents dans des contextes humanitaires et à intégrer la santé sexuelle et reproductive dans le Plan national d'urgence.

Suivre les révisions des politiques et faire preuve d'opportunisme

Les acteurs de la SSR devraient avoir une bonne compréhension de l'environnement législatif, lorsqu'ils travaillent sur l'intégration des politiques. Les entretiens avec les informateurs clés révèlent comment les partenaires de la SSR s'appuient sur le travail actuel et utilisent les relations existantes ainsi que la visibilité dont ils disposent dans le pays pour plaider en faveur de l'intégration de la SSR. Le moment idéal pour intégrer le langage SSR est la phase d'examen des politiques. Cet exercice n'étant pas fréquent, il est essentiel de bien comprendre le programme et le processus d'examen des politiques.



Dans la **région du Pacifique**, la FIPF a créé une base de données recensant toutes les politiques et tous les documents d'orientation dans ces pays. La base de données contient des informations permettant de savoir si la SSR est incluse dans les politiques pertinentes et de connaître le programme de révision de ces politiques. Cette base de données a permis au ministère de la Santé de Kiribati, à l'Association pour la santé familiale de Kiribati et au FNUAP de plaider en faveur du langage SSR, et de le faire intégrer dans la *Feuille de route stratégique pour la gestion des situations d'urgence à Kiribati 2019-2022* et le plan national d'intervention d'urgence en matière de santé publique.



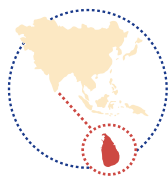
Au **Nigeria**, CARE a organisé un atelier d'évaluation de l'état de préparation au DMU dans l'État de Borno avec des partenaires clés, notamment l'Agence de gestion des situations d'urgence de l'État, l'Agence de développement des soins de santé primaires et les services de secours médicaux et humanitaires. Au cours de cet exercice, il est apparu que le plan stratégique de développement sanitaire de l'État de Borno avait été récemment révisé. Bien que ce plan traite des situations d'urgence telles que les flambées, il ne mentionne pas le DMU, ni n'inclut aucune considération spécifique pour les risques liés à la SSR dans les situations d'urgence. Reconnaissant la nécessité d'avoir une meilleure compréhension des politiques actuelles et des délais de révision, CARE et les autres partenaires ont élaboré une recommandation et une lettre de plaidoyer au gouvernement pour influencer la prochaine révision du plan stratégique.



Les jeunes mères de la tribu Masai se réunissent pour un forum sur la planification familiale et d'autres options de santé sexuelle et reproductive. Crédit image : Jonathan Torgovnik/Getty Images/Images of Empowerment

Utiliser les initiatives locales d'intégration pour influencer les changements de politique nationale

Les informateurs clés confirment qu'il est essentiel de mettre sur pied des politiques de soutien au niveau national, car ces dernières garantiront la durabilité et un mandat gouvernemental pour la SSR dans les situations d'urgence. En effet, il peut s'avérer difficile d'obtenir l'adhésion nécessaire au niveau national. Une voie possible est donc de commencer à travailler au niveau infranational. Le pilotage d'initiatives locales, la création de vidéos sur le DMU en langue locale (comme en Inde et au Népal) et la documentation des résultats pourraient influencer les politiques au niveau national.



Au **Sri Lanka**, la FPASL a établi une collaboration officielle dans le district de Badulla et a prodigué une formation sur le DMU aux intervenants, notamment au personnel du centre de gestion des catastrophes du district et aux premiers intervenants au niveau des villages. Le plaidoyer et la formation continus ont conduit à l'intégration des composantes du DMU dans les plans de préparation au niveau des divisions. Grâce à un plaidoyer constant et à l'incidence positive démontrée dans la région, les parties prenantes au niveau national ont commencé à s'intéresser à l'importance des SSR dans les situations d'urgence.

S'appuyer sur les structures, les systèmes et les politiques actuels

Le travail relatif à l'intégration de la SSR requiert une bonne compréhension des structures et des politiques existantes dans le pays, afin de mieux définir les stratégies de sensibilisation nécessaires. Dans les pays disposant d'un cadre juridique solide et complet sur la gestion des risques

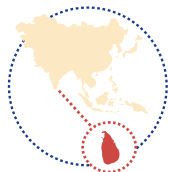
de catastrophe, comme les Philippines, l'Indonésie, le Sri Lanka, et le Pakistan, les actions de sensibilisation ciblées ont conduit à l'intégration du DMU dans les systèmes nationaux d'urgence et de réponse.

Adopter des approches de plaidoyer à long terme et sur plusieurs fronts avec le personnel de l'État dédié à l'initiative

Le changement de politique est très souvent un processus itératif et nécessite un engagement à long terme ainsi qu'une équipe dédiée à la tâche. Les informateurs clés soulignent que la phase de préparation est idéale pour renforcer les capacités, assurer l'inclusion de la réponse en matière de SSR et adapter les lignes directrices internationales aux conditions locales. La mise en place des politiques et des lignes directrices met en relief l'importance de la SSR dans les situations d'urgence et confirme un mandat pour y travailler.



En **Indonésie**, l'intégration des éléments du DMU dans les lignes directrices relatives à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence a été progressive. Les défenseurs de la cause ont compris que l'adhésion du gouvernement était essentielle pour l'institutionnalisation de la préparation en matière de SSR. L'un des défis a été la rotation du personnel au sein des ministères et la nécessité d'investir continuellement dans le développement des connaissances et le plaidoyer. En adoptant une stratégie de plaidoyer à long terme — sous la direction du FNUAP et avec l'engagement ferme de la direction de la santé familiale du ministère de la Santé et la coordination étroite avec la PKBI l'Association des sages-femmes, l'Association nationale indonésienne des infirmières et Yayasan Pulih — le sous-groupe sectoriel SSR a réussi à intégrer le DMU dans le système national d'urgence et de réponse.⁶⁹



Au **Sri Lanka**, la FPASL a été confrontée à des problèmes similaires avec un taux de rotation élevé au sein du ministère de la Santé, et a adopté une stratégie de sensibilisation qui visait non seulement les décideurs politiques de haut niveau, mais aussi les cadres intermédiaires moins sujets à la rotation. Cela a permis de maintenir les connaissances au sein du ministère de la Santé et de retenir les défenseurs internes. La FPASL a également préconisé l'intégration du DMU dans les plans d'action nationaux comme étape intermédiaire vers un changement de politique nationale.



Indri, une jeune volontaire de l'Association indonésienne pour la planification familiale, partage des informations avec les jeunes touchés par la catastrophe de Sulawesi. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Indonésie

Déployer la mise en œuvre des politiques et orientations nationales au niveau infranational

Certains pays disposent de politiques nationales solides pour soutenir la SSR dans les situations d'urgence, mais sont confrontés à des difficultés de mise en œuvre au niveau local. Dans les pays où le pouvoir est fortement décentralisé, comme aux Philippines et en Indonésie, il est essentiel de plaider au niveau local et d'élaborer des politiques et des plans locaux.



Aux **Philippines**, le FNUAP et l'Organisation de planification familiale des Philippines (FPOP) ont joué un rôle essentiel dans l'institutionnalisation locale du DMU. En 2016, une circulaire administrative commune⁷⁰ a été adoptée pour définir des lignes directrices sur la mise en œuvre du DMU et son intégration dans les plans nationaux et locaux de gestion de la réduction des risques de catastrophe. La circulaire a été signée par quatre organismes nationaux clés, dont le ministère de la Santé, le ministère de la Protection sociale et du Développement, le ministère de l'Intérieur et de l'Administration locale, et le Bureau de la défense civile. Elle s'applique à toutes les entités sous-régionales et locales ainsi qu'à tous les partenaires travaillant sur la SSR et la VBG, y compris les ONG, les collectivités territoriales et le secteur privé. La mise en œuvre de la circulaire a été lente et seules quelques collectivités territoriales ont mis en place les équipes locales de coordination de la SSR préconisées dans les lignes directrices. Malgré la lenteur des progrès, l'existence des mandats fonctionne au niveau infranational et soutient les efforts en matière de plaidoyer. Par exemple, le FPOP a utilisé cette politique pour cibler les collectivités territoriales et les encourager à la mettre en œuvre. Après la formation organisée par le FPOP sur le DMU, auprès du conseil local de gestion des risques de catastrophe dans la ville de Masbate, le maire s'est engagé à allouer environ 20 000 dollars américains pour des formations en série à l'échelle du village.



Au **Pakistan**, la FPAP de Rahnuma a organisé des sessions de sensibilisation dans six provinces. Cette association a invité les autorités en charge de la gestion des districts provinciaux, y compris les parlementaires et les décideurs, à échanger sur l'importance du DMU et de son inclusion dans les plans de gestion des catastrophes. Ce travail a abouti à la publication de procédures opérationnelles standardisées indiquant la nécessité d'inclure le DMU dans tous les plans d'urgence des six provinces ciblées.

Plaidoyer pour l'intégration du DMU dans les politiques de SSR non urgentes

Comme le préconise le cadre Health-EDRM, l'intégration des services de SSR dans les politiques de santé nationales, infranationales et locales, ainsi que dans les politiques de RRC, contribue à atténuer le risque de négligence de la SSR dans les stratégies de réponse. Cette approche garantit également la reconnaissance de la SSR (et du DMU) dans une politique nationale qui est opérationnelle à tout moment. Pour certains défenseurs, il est préférable d'utiliser l'angle de la SSR pour influencer la politique, car il existe déjà de solides partenariats en la matière au niveau national et infranational.



Dans la **région du Pacifique**, le langage SSR a été intégré dans les politiques de Kiribati, des îles Salomon, de Tonga et de Fidji (par exemple, la politique nationale de RRC 2018-2030 au Fidji et le plan national d'urgence de santé publique aux îles Salomon). Les associations membres de la FIFP et le FNUAP ont préconisé d'utiliser deux angles différents pour garantir la SSR dans les situations d'urgence, en ciblant les plans de préparation aux crises sanitaires d'une part et les politiques nationales de santé reproductive d'autre part.



Aux **Philippines**, le DMU a été intégré dans diverses politiques qui fonctionnent à la fois en situation normale et en situation de crise. Des dispositions relatives à la SSR ou au DMU ont été incluses dans la loi sur la santé reproductive et les responsabilités parentales,⁷¹ la Grande charte des femmes,⁷² le Manuel de préparation aux catastrophes des collectivités territoriales (listes des opérations),⁷³ et la circulaire administrative commune.

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LA COORDINATION

Développer une coordination nationale en matière de SSR pendant la préparation aux situations d'urgence

Éléments clés à retenir

Créer une base de connaissances solide sur la SSR et le DMU : Veiller à ce que les principaux intervenants aient une compréhension commune de la SRH dans les situations d'urgence et des normes de soins de SSR reconnues au niveau international. Les formations et les orientations en matière de DMU peuvent être utilisées pour sensibiliser le public.

Établir des partenariats multisectoriels : Adopter une approche d'équipe multisectorielle en faisant participer les bons partenaires des secteurs de la santé et de la gestion des catastrophes, des domaines techniques (planification familiale, santé maternelle, VIH, violence liée au sexe) et des organisations à base communautaire (y compris les femmes, les jeunes, les personnes de diverses SOGIESC et les personnes handicapées).

Élaborer des plans d'action communs pour le groupe de travail sur la SSR : Identifier en tant que groupe les principales lacunes dans la préparation en matière de SSR (par exemple, par une évaluation de l'état de préparation en matière DMU) et convenir d'un plan d'action conjoint avec des lignes de responsabilité et des processus de suivi clairs.

Envisager une coordination à tous les niveaux : Adapter les mécanismes de coordination à la structure gouvernementale et établir des relations aux niveaux national, infranational et communautaire.

Apprendre des pairs : Des activités de préparation à la SSR ont été mises en œuvre dans plusieurs pays, et il existe des possibilités d'apprendre et de partager des expériences avec des pays connaissant des situations similaires.

Plaider en faveur d'une coordination durable de la préparation aux situations d'urgence en matière de SSR : Institutionnaliser les mécanismes de coordination de la SSR pour en assurer la durabilité. Créer un environnement favorable grâce à des politiques et des allocations budgétaires de soutien.



Walaa Abu Monshar, 29 ans, est coordinatrice de centre de jeunesse/coordinatrice du volontariat auprès de l'association membre de l'IPPF en Palestine, l'Association palestinienne pour la planification familiale et la protection. Crédit image : IPPF/Hannah Maule-ffinch

La coordination sauve des vies : établir des relations pendant la préparation en vue de l'amélioration des réponses

Le secteur humanitaire est conscient de ce que « *la coordination sauve des vies.* »⁷⁴ Au cours de la dernière décennie, il a été largement reconnu qu'une coordination efficace est un facteur majeur de cohérence dans la riposte humanitaire. Elle permet d'économiser des ressources, des efforts et du temps, et réduit la possibilité de fournir des efforts doubles ou d'omettre des services essentiels.⁷⁵ En revanche, une coordination insuffisante entrave la fourniture de soins essentiels dans les situations d'urgence et contribue à un cycle dans lequel l'accent est continuellement mis sur la réaction plutôt que sur la prévention.

La planification coordonnée de la préparation constitue l'un des 10 éléments clés du cadre Health-EDRM et le premier objectif du DMU stipule clairement qu'une approche coordonnée est essentielle. Le Manuel de terrain

interinstitutions sur la santé reproductive (IAFM) souligne également la nécessité de partenariats respectueux entre les différents acteurs humanitaires (gouvernement, ONU, ONGI, ONG et organisations communautaires). Si la coordination a été globalement acceptée comme une partie essentielle de la réponse en matière de SSR, elle n'est pas encore systématiquement mise en œuvre avant ou pendant une réponse. Elle devrait être défendue au niveau mondial et dans les pays.

« La mise en place de mécanismes clairs de responsabilité et de coordination est essentielle pour une réponse humanitaire efficace. Ces mécanismes devraient être discutés et approuvés avant que la crise ne frappe. »

—PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE, CPI, 2015

Éléments clés menant à des partenariats solides pour une planification coordonnée de la préparation en matière de SSR

La coordination ne se fait pas du jour au lendemain ni spontanément. Entretenir des relations fortes et solides exige du temps et de l'engagement, ainsi qu'une sensibilité au contexte du pays et à un environnement favorable. Il n'existe pas une formule universelle pour mettre sur pied la coordination ; les exemples pris dans la présente fiche d'apprentissage ont tous en commun la nécessité d'adopter

des approches et des stratégies adaptées au contexte qui sont alignées sur les mécanismes nationaux de coordination actuels. Les entretiens avec les informateurs clés indiquent qu'il est nécessaire d'être créatif et d'explorer différentes voies pour obtenir l'adhésion et l'engagement nécessaires à la préparation coordonnée en matière de SSR.

Identifier des points d'entrée stratégiques pour obtenir l'adhésion au développement des organes de coordination SSR

Rendre la coordination de la préparation aux situations d'urgence en matière de SSR pertinente pour les principales parties prenantes

Dans nombre de pays, les connaissances en matière de soins vitaux de SSR en cas d'urgence sont faibles. La SSR pourrait être un sujet très sensible, en particulier dans les sociétés conservatrices. Il est important de trouver les bons points d'entrée pour démontrer le besoin de coordination sur les sujets liés à la SSR.



En **Macédoine du Nord**, le groupe de travail sur la SSR—composé du FNUAP, de l'HERA (l'Association pour l'éducation et la recherche en matière de santé) et de l'Institut de santé publique—s'est concentré sur la santé maternelle lors de catastrophes naturelles comme point d'entrée pour sensibiliser le ministère de la Santé et obtenir sa participation dans un organe de coordination. En commençant par se concentrer sur les grossesses saines et la prévention de la violence à l'égard des femmes dans les situations d'urgence, le groupe a pu établir un consensus pour parvenir à des accords. À partir de là, la sensibilisation et le plaidoyer en faveur de toutes les composantes du DMU et des soins de SSR complets en cas d'urgence ont été effectués. Le groupe de travail a réussi à intégrer le DMU dans les politiques nationales et continue à se réunir régulièrement avec la participation active du ministère de la Santé. Ils ont également participé activement à la réponse en matière de SSR à la crise des réfugiés en 2015.

Utiliser les catastrophes récentes pour attirer l'attention sur la nécessité d'une coordination en matière de SSR

La coordination commence souvent comme une activité ad hoc au lendemain d'une catastrophe ou d'une crise nationale lorsque la réponse ne répond pas aux attentes. Elle pourrait être l'occasion unique de mettre en avant la diversité des besoins en matière de SSR et l'importance de la préparation.



Au **Pakistan**, la nécessité d'un système complet et proactif de gestion des risques de catastrophe (GRC) a été reconnue après le tremblement de terre survenu au Cachemire en 2005. Le gouvernement a créé l'Autorité nationale de gestion des catastrophes et a commencé à investir dans des activités de préparation. Avec le soutien de l'OMS, le ministère de la Santé a créé le Réseau national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (NHEPRN) en 2010. C'était la première étape vers l'institutionnalisation du concept de préparation et de réponse aux crises sanitaires au Pakistan. En 2010, le Pakistan a subi des inondations dévastatrices ; inspiré par l'approche de l'ONU en matière de groupes sectoriels le Groupe de travail national sur la santé reproductive (RHWG) a été créé en 2013. Le RHWG fonctionne sur la base d'un plan de travail annuel et a été très actif dans la formation du personnel sur le DMU à l'échelle du district.

Capitaliser sur les réunions au sujet de la SSR ou les formations sur le DMU pour créer des organes de coordination

Dans les pays où la coordination de la préparation en matière de SSR est inexistante, les premières étapes consistent à obtenir l'adhésion des principaux partenaires et à les sensibiliser à l'importance de la SSR dans les situations d'urgence et au DMU. La formation en présentiel sur le DMU constitue un excellent point d'entrée. Les participants à la formation représentent souvent le noyau des nouveaux organes de coordination, autrement dit, ils devraient être sélectionnés de manière stratégique. Des représentants du gouvernement, des prestataires de services, des ONGI, des ONG, des organisations communautaires (consulter la note sur l'inclusion), des experts techniques (planification familiale, VIH, VBG, santé maternelle) et d'autres premiers intervenants devraient être inclus.



Dans la **région Asie-Pacifique**, les formations sur le DMU ont été mises en œuvre depuis 2007. Ces formations ont permis de faire valoir l'importance de la SSR dans les situations d'urgence et ont servi de points d'entrée efficaces pour la coordination. Par exemple, aux îles Cook en 2019, un personnel du Bureau national de gestion des catastrophes a participé à tous les modules de formation, et est devenu un défenseur clé de la SSR et une personne influente dans la promotion des programmes. Le résultat immédiat en est la création d'un réseau reliant le Bureau de gestion des catastrophes aux ministères concernés, à la Croix-Rouge et à l'association membre de la FIPF dans l'optique de faire progresser les activités de préparation.



Dans la **région Europe de l'Est et Asie centrale (EEAC)**, le forum régional IAWG créé en 2011 a rassemblé 18 pays pour échanger sur la nécessité de renforcer les capacités en matière de SSR dans les situations d'urgence et de travailler de manière coordonnée sur la préparation. Le forum a été le point de départ de la création d'équipes (ou groupes de travail) de pays SSR composées de représentants des bureaux nationaux du FNUAP, d'organisations de la société civile (OSC) liées à la SSR (principalement des associations membres de la FIPF) et des ministères de la Santé. Les équipes de pays ont également uni leurs forces pour obtenir l'adhésion d'autres partenaires, en particulier des acteurs non-SSR, tels que le ministère de l'Intérieur et les autorités de RRC. Les réunions annuelles de l'IAWG de l'EEAC constituent une occasion unique d'inviter les autorités de RRC à l'événement et de s'assurer de leur adhésion.

Utiliser les résultats de l'évaluation de l'état de préparation du DMU pour lancer le travail de coordination de la préparation en matière de SSR

L'évaluation de l'état de préparation du DMU a été élaborée par l'IAWG de l'EEAC en 2013 dans l'optique d'aider les équipes pays à évaluer leur état de préparation à la mise en œuvre du DMU en cas de crise humanitaire. Cette évaluation a été mise à jour en 2020. (Consulter l'Évaluation de l'état de préparation du DMU dans *Ressources*.) Un sous-groupe de questions porte sur la coordination, et l'utilisation de l'outil d'évaluation a contribué à la création d'organes de coordination de la préparation en matière de SSR.



Dans la **région EEAC**, une évaluation à l'échelle régionale réalisée en 2014 a révélé un manque général de coordination ; 11 pays sur 18 n'avaient pas de groupes de travail sur la SSR.⁷⁶ Une deuxième évaluation effectuée en 2017 a révélé une nette amélioration, avec 16 pays disposant désormais de groupes de travail sur la SSR.⁷⁷ Cette performance est la résultante non seulement du consensus au sein des membres du groupe de travail régional sur la priorité à accorder à la coordination, mais également du soutien apporté aux équipes de pays dans l'élaboration des Termes de référence (TDR) clairs pour leurs groupes, et des plans d'action annuels visant à améliorer la coordination nationale. La FIPF et le FNUAP ont soutenu l'élaboration de plans d'action solides, apporté un soutien technique à distance et ont suivi les progrès réalisés. Chaque équipe de pays s'est engagée à identifier ses propres ressources financières locales pour mettre en œuvre ses plans d'action.



L'Association pour la santé familiale de Kiribati (KFHA), une association membre de l'IPPF, a créé des clubs de jeunes humanitaires, qui se réunissent régulièrement pour planifier des évaluations rapides des besoins de leurs communautés lors d'une catastrophe. Crédit image : IPPF/Hannah Maule-ffinck/Kiribati



En **Macédoine du Nord**, une équipe interdisciplinaire a été créée pour coordonner les activités de préparation du DMU et de réponse. Après avoir évalué le niveau de préparation du pays grâce à l'outil d'évaluation de l'état de préparation du DMU, l'équipe a élaboré une feuille de route claire avec des interventions prioritaires pour faire progresser la préparation en matière de SSR. Grâce à un plaidoyer constant et à une liste de dirigeants influents (du ministère de la Santé, de l'Institut national de santé publique, de l'HERA, de la Croix-Rouge, de la clinique universitaire d'obstétrique et de gynécologie, et du FNUAP), le groupe a réussi à défendre un certain nombre de politiques clés : l'intégration d'un chapitre sur la SSR (y compris le DMU) dans le plan national 2017 de préparation du secteur de la santé, la formation du personnel médical et non médical sur l'importance de l'intégration des soins de SSR dans les services sanitaires en cas d'urgence, l'élaboration de lignes directrices pour la gestion de la prévention et de la réponse à la VBG dans les centres de transit pour migrants (en réponse à la crise de 2015), la mise en œuvre de procédures opérationnelles standardisées pour répondre à la VBG dans les situations d'urgence, et la définition de protocoles médicaux pour les cliniques mobiles de SSR en cas de crise (sur la base de l'expérience avec les femmes réfugiées).

Exploiter le travail de coordination existant sur les réseaux de GRC, de préparation sanitaire et de SSR

Dans les pays où il existe une solide infrastructure de gestion des risques de catastrophes et où l'accent est mis sur la préparation sanitaire, il est souvent possible d'accentuer la coordination de la SSR. Une autre voie de coordination, qui en est encore à ses débuts, passe par des groupes de travail techniques sur la santé reproductive ; des partenaires en Afghanistan, aux Philippines et au Myanmar explorent ces possibilités.



En **Indonésie**, l'Autorité nationale de gestion des catastrophes (NDMA) coordonne le système de groupes sectoriels, le Centre de crise sanitaire du ministère de la Santé qui gère toutes les réponses liées à la santé. Le FNUAP et les ONG locales ont réussi leur plaidoyer en faveur de l'adoption de la ligne directrice SSR-DMU comme Orientation opérationnelle nationale du DMU et de l'inclusion du sous-groupe sectoriel SSR dans le groupe sectoriel santé. Le sous-groupe sectoriel a été créé lors d'une intervention d'urgence, mais a ensuite été maintenu pendant le travail de préparation—grâce, en grande partie, au personnel dédié de diverses organisations (dont le FNUAP, la PKBI, l'Association indonésienne des sages-femmes, et Yayasan Pulih) et à des travaux d'introduction à la SSR dans les situations d'urgence, tels que des formations sur le DMU, organisées en collaboration avec le ministère de la Santé depuis 2003. Faisant suite au travail du sous-groupe sectoriel SSR, le ministère de la Santé a finalement publié une déclaration appelant à la prise en compte de la SSR au niveau infranational, notamment par l'habilitation des bureaux de santé provinciaux à coordonner le sous-groupe sectoriel SSR dans les régions. Ce sous-groupe continue de se réunir tous les trimestres avec le soutien du budget national accordé aux sous-groupes sectoriels (50 %) et du FNUAP.



Aux **Philippines**, le DMU est intégré dans la loi de 2012 sur les responsabilités parentales et la santé reproductive. Les organes de coordination — l'équipe nationale de mise en œuvre (NIT) et les équipes régionales de mise en œuvre—sont chargés de superviser sa mise en œuvre. Une équipe nationale de coordination de la santé reproductive (RHCT) est chargée de gérer la mise en œuvre du DMU à tous les niveaux et à toutes les phases. Des discussions sont en cours pour mieux rationaliser ces groupes de travail, et une directive a été prise pour intégrer la RHCT dans la NIT et créer d'éventuels sous-comités du DMU.



Au **Pakistan**, le Groupe de travail national sur la santé reproductive (RHWG) se réunit tous les trimestres. Le RHWG élabore des plans de travail annuels axés sur l'accroissement de la coordination entre les acteurs de terrain en matière de SSR, afin de créer des synergies et d'éviter les doubles emplois pendant la préparation, la réponse et le rétablissement. Le RHWG est composé d'intervenants actifs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, tels que Rahnuma-FPAP, Muslim Aid, International Medical Corps et le FNUAP, qui travaillent dans le pays depuis de nombreuses années et sont considérés comme des experts et des leaders dans ce domaine. En vertu de leurs liens solides avec le gouvernement, les voix de ces organisations sont prises au sérieux lors des discussions importantes. Rahnuma-FPAP, par exemple, est très engagé dans le plaidoyer régional et national, et est un membre actif du RHWG. Au niveau provincial, les branches de Rahnuma-FPAP organisent des réunions de coordination avec l'Autorité provinciale de gestion des catastrophes (PDMA) pour discuter des stratégies d'intégration du DMU dans les plans de réponse.

Piloter la coordination nationale par un soutien régional

Dans la région Asie-Pacifique et l'EEAC, une grande partie du travail de préparation nationale a été soutenue par des initiatives régionales par l'entremise de l'initiative SPRINT, des bureaux régionaux de la FIPF, des bureaux régionaux du FNUAP et de l'IAWG régional. Le soutien régional a permis de renforcer les connaissances sur le DMU, de créer des réseaux, de faciliter le soutien aux organismes nationaux de coordination de la SSR, et a mis en relation différents acteurs de la SSR et de la GRC.



La **région EEAC** a été la première à adopter une approche proactive et systématique de la préparation en matière de SSR en créant un groupe de travail régional fonctionnel en 2011, tel que décrit ci-dessus. Les efforts de l'IAWG régional pour évaluer et promouvoir la préparation en matière de SSR ont conduit à la création de nouveaux groupes de travail en matière de SSR dans neuf pays entre 2014 et 2017.



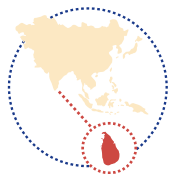
De nombreux pays insulaires de la **région du Pacifique** sont trop petits pour maintenir leurs propres mécanismes de coordination de la préparation en matière de SSR. En revanche, une grande partie du travail y est effectuée par un système de coordination des groupes sectoriels régionaux, au sein desquels sont représentés le FNUAP et la FIPF (par exemple, le groupe sectoriel sur la santé et la nutrition, et celui sur la protection). L'approche régionale facilite le partage d'expériences des pays, afin de présenter aux acteurs nationaux les actions des autres partenaires. Les acteurs régionaux de SSR transmettent également des messages clés aux acteurs humanitaires et gouvernementaux sur l'importance de la SSR dans les situations d'urgence et sur la nécessité d'une coordination.



Dans la **région Asie**, un grand nombre de formations sur le DMU, organisées par l'initiative SPRINT et le FNUAP, ont utilisé une approche multi-institutionnelle pour sélectionner de manière stratégique les partenaires et les personnes influentes à former. D'autres pays de la région ont également adopté cette approche, y compris ceux qui ne sont pas soutenus par l'initiative SPRINT.

Garantir une participation véritable des groupes communautaires dans les mécanismes de coordination

Les communautés et les organisations de base, en particulier les organisations axées sur les femmes et dirigées par des femmes, sont souvent les premiers intervenants en cas de crise et les mieux informés du contexte local. Elles jouent un rôle essentiel dans les actions de préparation, en particulier dans les régions où les catastrophes sont fréquentes ou cycliques. L'inclusion de ces communautés dans les organes de coordination leur permet de gérer leurs propres risques, et s'inscrit en droite ligne de la promesse du Sommet humanitaire mondial de « ne laisser personne derrière. »⁷⁸



Au **Sri Lanka**, la FPASL a ajouté des représentants de la communauté SOGIESC (le Réseau national des transgenres du Sri Lanka) et des organisations de personnes handicapées (Centre de ressources pour les personnes handicapées) au comité directeur du projet SPRINT (qui comprend également des représentants du Centre de gestion des catastrophes, du Centre de secours en cas de catastrophe, du Haut-commissariat d'Australie, de l'Unité de préparation et de réponse aux catastrophes du ministère de la Santé, du Bureau de la santé familiale, du ministère de la condition féminine et de l'enfance, du FNUAP, de l'OMS et de l'armée sri-lankaise). Grâce à leur contribution, des trousseaux de « dignité » ont été adaptés aux communautés de transgenres et du matériel IEC a été développé en langue des signes (vidéo) et en braille (brochures).

Mise en place de mécanismes de coordination durables

L'expérience montre qu'un partenariat fonctionnel joue un rôle important dans l'amélioration de la coordination de la préparation en matière de SSR.^{79, 80} Le type de partenariat adopté varie d'un pays à l'autre ; mais ce qui semble le plus important est le niveau d'engagement et de participation du groupe de travail. L'institutionnalisation de la coordination au sein du ministère de la Santé ou dans les systèmes de gestion des catastrophes est souvent un processus long qui exige du temps et de l'engagement. Néanmoins, les informateurs clés conviennent de l'importance de cet effort, car l'institutionnalisation contribue à assurer la durabilité du travail. Les groupes de travail formalisés ont également la possibilité de demander des comptes à leurs gouvernements. Les termes de référence (TDR) officiels sont nécessaires pour structurer la portée et la mise en œuvre du travail, et aident à atténuer les risques liés à la rotation du personnel en définissant clairement les compétences nécessaires au sein du groupe de travail. Une source de financement solide pourrait également aider à institutionnaliser le travail de préparation.



L'IAWG régional de l'**EEAC** a été très actif de 2011 à 2018, grâce au soutien financier du FNUAP. Pendant cette période, le forum régional de l'IAWG a été créé et un coordinateur régional dédié a apporté son soutien aux groupes de travail nationaux sur la SSR. En plus d'élaborer l'outil d'évaluation de l'état de préparation au DMU et de mener une évaluation à l'échelle régionale, l'IAWG de l'EEAC a créé un modèle de mandat standard pour les groupes de travail sur la SSR. Cela a permis d'institutionnaliser les groupes dans chaque pays. Depuis 2019, il a été particulièrement difficile d'obtenir un financement. Un plaidoyer continu et une mobilisation des ressources sont nécessaires pour pouvoir continuer à mettre en œuvre les activités de préparation.



Katherine Mafi remet un trousse de dignité à Etka Lotaki sur l'île d'Eua, Tonga. Etka a perdu sa maison à cause du cyclone tropical Gita. Crédit image : IPPF/Alana Holmberg/Tonga

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES D'ÉTUDES

Intégrer le DMU dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé au niveau national

Éléments clés à retenir

Établir des relations avec les ministères concernés. Identifier les principaux ministères et institutions de formation chargés de renforcer la capacité des professionnels de la santé et les sensibiliser à l'importance du DMU pour obtenir leur adhésion et leur soutien.

Identifier le programme d'études le plus pertinent pour inclure le DMU. Tenir compte de son contexte local et ciblez le programme d'études le plus pertinent à réviser (sage-femme, infirmier, médecin, etc.).

Profiter des révisions du programme d'études pour intégrer le DMU. Il est important de savoir quand les programmes d'études sont révisés, car c'est le moment idéal pour préconiser l'intégration du DMU.

Explorer des alternatives (au besoin) au DMU en dehors du programme d'études officiel. Évaluer ce qui convient le mieux au contexte national et examiner les alternatives si l'intégration dans le programme d'études ne semble pas être la meilleure option ou est difficile à réaliser.

Examiner les possibilités de formation agréée sur le DMU pour les professionnels de la santé en service. Veiller à ce que les professionnels de la santé puissent avoir accès aux formations sur le DMU en préconisant la reconnaissance officielle de ces formations.

Renforcer les capacités des professionnels de la santé de première ligne afin de garantir leur promptitude à répondre aux besoins en matière de SSR

Les stratégies efficaces de gestion des catastrophes nécessitent des ressources humaines qualifiées, prêtes à répondre à une urgence dès le début de la crise. Dans la plupart des cas, la réponse initiale commence au niveau de la communauté, et les infirmières et les sages-femmes sont souvent les travailleurs de première ligne qui fournissent les soins SSR.⁶¹ Il est essentiel de disposer d'un groupe de professionnels de la santé formés pour répondre rapidement aux besoins en matière de SSR, dans les situations d'urgence.

Les sages-femmes constituent une part importante du personnel de santé dans de nombreux pays et travaillent en

étroite collaboration avec la population touchée. Elles contribuent de manière essentielle aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents. En outre, les soins de sage-femme qualifiés contribuent à une réduction durable de la mortalité néonatale et maternelle. La Confédération internationale des sages-femmes reconnaît que le rôle des sages-femmes est essentiel tant dans les situations d'urgence qu'en périodes stables, et recommande l'intégration de modules sur la préparation aux catastrophes et aux situations d'urgence dans le programme de formation des sages-femmes.



Des membres du programme « Youth to Youth » lors d'une réunion sur le planning familial et la santé sexuelle et reproductive, où ils font une démonstration de l'utilisation des préservatifs et des options de contraception. Crédit image : Jonathan Torgovnik/Getty Images/Images of Empowerment

Les éléments clés menant à des approches plus durables destinés aux premiers intervenants formés

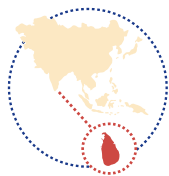
Dans l'optique de renforcer les capacités des professionnels de la santé de manière systématique et durable, les pays ont adopté des approches de formation initiale et continue. Compte tenu de la littérature disponible et sur la base des entretiens avec les informateurs clés, la partie de cette fiche d'apprentissage consacrée à la formation initiale se concentre sur l'intégration du DMU dans les programmes de formation des sages-femmes, car il s'agit de l'approche la plus documentée et la plus réussie à ce jour. L'intégration du DMU dans les programmes d'études en médecine semble être un processus plus complexe et plus long qui n'a pas encore été réalisé, selon les entretiens menés pour cette fiche d'apprentissage.

Les initiatives soulignées ici ont été complétées dans la plupart des cas par des formations sur le DMU dispensées aux premiers intervenants, tels que les responsables nationaux de la gestion des catastrophes, le personnel du ministère de la Santé, la police, l'armée et les organisations de la société civile. Certains de ces processus exigent un engagement et des stratégies à long terme ; tous exigent une collaboration solide et l'adhésion du gouvernement ainsi qu'un suivi soutenu.

Intégration du DMU dans la formation initiale des professionnels de la santé

Utiliser les révisions des programmes d'études comme une opportunité d'intégration du DMU

Certains partenaires nationaux, tels que les bureaux nationaux du FNUAP et les associations membres de la FIPF, ont préconisé l'inclusion du DMU dans les programmes nationaux de formation des sages-femmes. Dans les pays où cette démarche a été couronnée de succès, l'intégration s'est faite à un moment où le programme de formation devait être révisé. La révision a créé une occasion unique de renforcer les relations déjà existantes avec le gouvernement et de le sensibiliser à l'importance de créer des modules sur le DMU.



Au **Sri Lanka**, la FPSAL a préconisé l'intégration d'un module sur le DMU dans le programme de formation des sages-femmes de santé publique. La FPSAL s'est appuyée sur sa collaboration déjà bien établie avec le gouvernement et sur sa participation active à la préparation en matière de SSR, notamment par l'entremise de l'initiative SPRINT. Elle a travaillé avec le Bureau de la santé familiale du ministère de la Santé, l'Unité de formation et de recherche pour identifier les composantes manquantes du module de formation du DMU et comment les intégrer dans le programme de formation des sages-femmes de santé publique. La FPSAL a mené des actions de sensibilisation auprès des deux entités pour s'assurer de l'adhésion et de l'engagement à la mise en œuvre. Le processus a duré plus de six mois et, au moment de la publication, il est dans sa phase de finalisation. Parallèlement, la FPSAL a pris contact avec l'Université de Colombo pour que le DMU soit intégré au programme de formation en médecine. Ce processus prend plus de temps et nécessite un investissement de plusieurs années.



En **RD Congo**, le programme de formation des sages-femmes n'était pas aligné sur le système licence-master-doctorat et devait être révisé. Le bureau de pays du FNUAP a soutenu le gouvernement dans la révision générale du programme d'études et, en partenariat avec l'IAWG, a saisi cette opportunité pour plaider en faveur de l'intégration du DMU dans le programme de formation. Le programme de formation des sages-femmes en RD Congo est placé sous l'autorité du ministère de l'Enseignement supérieur, tandis que le ministère de la Santé est chargé d'employer les sages-femmes. Une collaboration étroite avec les deux ministères s'est avérée nécessaire pour assurer l'adhésion et le soutien à la révision du programme de formation des sages-femmes. Le processus a été mené par un comité directeur composé d'experts du ministère de la Santé, du ministère de l'Enseignement supérieur et d'un établissement de formation médicale à Kinshasa. Grâce aux partenariats établis précédemment ainsi qu'au soutien technique et financier du FNUAP, le processus a été achevé en un an et le nouveau module a été approuvé en 2019. Le module sur le DMU fait partie du programme de la troisième année, permettant aux sages-femmes d'acquérir les aptitudes et les compétences nécessaires au début de leur formation et d'être mieux préparées à intégrer les exigences du DMU. La première promotion de sages-femmes formées selon le nouveau programme du DMU sera diplômée en 2020. Parallèlement, le FNUAP a formé un groupe de sages-femmes spécialisées dans l'aide humanitaire sur le DMU et a commencé à vulgariser le programme dans des établissements médicaux ciblés.



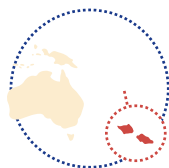
Au **Sud Soudan**, le DMU a été intégré dans le programme d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme en 2011 (et mis à jour en 2016) à la suite d'un programme du FNUAP visant à renforcer la profession de sage-femme dans le pays. Depuis lors, le ministère de la Santé et le FNUAP ont continué à diriger cette initiative, des ONG internationales telles que l'*International Medical Corps* jouent également un rôle déterminant en tant que partenaires de mise en œuvre dans la gestion des écoles de formation des sages-femmes et le renforcement des capacités des futures sages-femmes.

Explorer des alternatives pour fournir une formation sur le DMU pendant la formation initiale

Il semble particulièrement difficile d'influencer les programmes d'études en médecine car le processus de révision est long et complexe. Certains pays ont exploré différentes voies pour offrir des formations sur le DMU aux étudiants en médecine.



Au **Fidji**, un représentant de l'Association fidjienne pour la santé reproductive et familiale a participé, en tant que conférencier invité dans des universités et des écoles de médecine, aux échanges sur les soins de SSR dans les situations d'urgence, touchant un public composé d'étudiants en médecine, d'infirmières et d'étudiants en santé publique. Cette initiative a permis aux futurs médecins de recevoir une formation au DMU sans que ce ne soit officiellement intégré au programme d'études.



Aux **Samoa**, l'Association pour la santé familiale de Samoa a organisé la première formation sur le DMU en 2017, et l'une des participantes était un maître de conférences de l'université de médecine. Elle a ensuite joué le rôle de personne influente à l'université et a commencé à travailler en interne à l'école pour faire évoluer le programme. Certes le DMU n'a pas encore été officiellement intégré aux programmes, cependant ces initiatives ont contribué à sensibiliser les futurs professionnels de la santé au DMU.

Offrir des formations sur le DMU dans le cadre de la formation continue des professionnels de la santé et des premiers intervenants

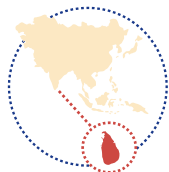
Préconiser la formation sur le DMU comme un module reconnu au niveau national pour les professionnels de la santé et les premiers intervenants constitue une autre méthode de renforcement des capacités des prestataires de services pendant la préparation. Ces initiatives ont été entreprises dans de nombreux pays, dont les Philippines, l'Indonésie, le Sri Lanka, le Kirghizstan, l'Albanie, le Népal, et bien d'autres.

Obtenir l'accréditation officielle de la formation sur le DMU destinée aux professionnels de la santé à former pendant la phase de préparation

Dans le cadre de la reconnaissance officielle de l'importance des services de SSR dans les situations d'urgence, certains pays ont investi dans l'accréditation officielle de la formation sur le DMU. Cela permet de maintenir la disponibilité d'un tel renforcement des capacités et pourrait être utilisé pour encourager la formation sur DMU destinée aux professionnels de la santé et aux premiers intervenants. Elle pourrait également servir d'étape intermédiaire avant l'intégration du DMU dans les programmes d'études officiels.



Au **Népal**, le FNUAP a collaboré avec le Centre national de formation en santé (NHTC), la Division de la santé familiale (FHD), la Division de l'épidémiologie et du contrôle des maladies (EDCD), le Département des services de santé, le ministère de la Santé et de la Population, et les partenaires de la santé reproductive pour coordonner l'adaptation du matériel de formation sur DMU en langue locale. Le programme de formation népalais a été approuvé en 2010 et des formations ont été dispensées aux membres des équipes d'intervention rapide, aux prestataires de soins de santé et aux principales parties prenantes au niveau des communautés, des districts, des régions et du pays. La formation de deux jours sur le DMU, officiellement accréditée, est dispensée régulièrement depuis lors par le Centre national de formation en santé et en demeure un programme officiel. Elle a été mise à jour après le tremblement de terre de 2015 et est en cours d'alignement sur le DMU révisé. Environ 500 prestataires de services ont été formés à ce jour. Le FNUAP au Népal préconise maintenant d'inclure le module du DMU dans le programme d'initiation obligatoire de deux mois réservé aux professionnels de la santé (notamment les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les ambulanciers) recrutés par le gouvernement. Cette mesure permettrait de s'assurer que tous les prestataires de soins de santé travaillant pour le gouvernement ont reçu une formation sur le DMU.



Au **Sri Lanka**, un cours de formation accrédité sur les services de SSR en situation de crise fait partie de la formation en gestion des crises sanitaires et des catastrophes de la faculté de médecine de l'université de Peradeniya depuis 2005. L'initiative est soutenue par le FNUAP, la FPSAL et le ministère de la Santé. Le cours de formation s'adresse aux professionnels de la santé des ONG et des ONGI, aux agents administratifs de niveau intermédiaire du ministère de la Santé, aux professeurs d'université, aux médecins (notamment les médecins de la santé maternelle et infantile, et les médecins des cliniques spécialisées en maladies sexuellement transmissibles), aux épidémiologistes régionaux et aux agents du Centre de gestion des catastrophes.



Au **Kirghizstan**, un module sur la SSR en situation de crise a été intégré dans le programme de l'Institut kirghize de formation médicale continue postuniversitaire destiné à tous les prestataires de soins de santé en 2016. En raison de la forte rotation du personnel, le FNUAP et la Société du Croissant-Rouge du Kirghizstan n'ont cessé de plaider régulièrement pour que ce module continue à faire partie des formations officielles. En 2020, ces organisations ont pris contact avec l'Université de Colombo pour que le DMU soit intégré aux programmes de formation en médecine.



En **Indonésie**, le module de formation sur le DMU a été intégré dans les programmes locaux de formation des sages-femmes par l'Association indonésienne des sages-femmes et est inclus comme un module de formation susceptible d'être dispensé dans les écoles de sages-femmes. À partir de 2020, le FNUAP et le ministère de la Santé s'emploient à développer un programme de formation nationale accrédité, à approuver par le ministère de la santé pour une mise en œuvre à l'échelle nationale.



En **Albanie**, le groupe de travail sur la SSR, sous la direction de l'association membre de la FIPF et du FNUAP, a réussi à faire accréditer le DMU par le Centre national de formation médicale continue afin de renforcer les capacités des prestataires de soins de santé primaire.

Offrir des formations sur le DMU aux professionnels de la santé par des voies alternatives

Pour actualiser et renforcer les connaissances et les compétences des prestataires de services cliniques sur les services inclus dans le DMU, l'IAWG a mis au point quatre cours de formation dénommés Perfectionnement professionnel sur la sensibilisation clinique (S-CORT), conçus pour les crises humanitaires. Le module de téléenseignement du DMU a été mis à jour en 2018 et offre la possibilité aux individus de s'informer sur le DMU en ligne à leur propre rythme et gratuitement par le biais du site de l'IAWG. De nombreux pays ont trouvé ce module d'apprentissage utile et en ont fait une condition préalable aux formations en présentiel sur le DMU. (Consulter Supports de formation dans Ressources.)



Dans la **région du Pacifique**, où le téléenseignement est largement utilisé pour dispenser une formation médicale continue, la FIPF étudie la possibilité d'intégrer le module de téléenseignement du DMU dans des plateformes en ligne.



Une infirmière de l'Association de santé familiale du Vanuatu donne une séance de sensibilisation à la sexualité sous un manguier aux membres de la communauté avant le début des opérations de la clinique mobile. Crédit image : IPPF/Kathleen Prior/Vanuatu

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LA PRÉPARATION DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SSR

Développer une chaîne d'approvisionnement flexible pouvant répondre aux besoins de SSR dans les situations d'urgence

Éléments clés à retenir

La préparation de la chaîne d'approvisionnement en matière de SSR est similaire à la préparation pour d'autres produits de santé, mais le plaidoyer et la planification sont nécessaires pour sécuriser les produits de SSR et les contraceptifs, en particulier lors de catastrophes lorsque les priorités changent rapidement et que la gamme de services et de produits se rétrécit.

Dans l'ensemble, la préparation de la chaîne d'approvisionnement implique l'élaboration de plans de secours afin que les responsables des programmes et de la chaîne d'approvisionnement puissent rapidement planifier les changements de la demande et des sources, le financement et livrer les fournitures en temps de crise.

Les pays les mieux préparés sont ceux qui subissent régulièrement des catastrophes et qui s'y préparent en permanence. Tirer les leçons des événements passés peut aider à développer et à mettre en place de nouvelles et meilleures pratiques de préparation. La préparation dépend de l'engagement et du financement et doit donc aller de pair avec les efforts de renforcement des systèmes pour construire des systèmes résilients.

La coordination et le leadership sont des éléments essentiels pour maintenir la continuité de toutes les opérations essentielles, tant en période de stabilité que lors de catastrophes. Les pays peuvent apprendre les uns des autres et travailler de concert avec les agences des Nations unies et les organisations locales pour aligner leurs buts, leurs objectifs et leurs investissements. En fin de compte, le succès dépend de la compréhension générale du fait que la préparation n'est pas la seule responsabilité des acteurs humanitaires, mais de tous ceux qui s'engagent à protéger la santé de tous et à répondre aux besoins non satisfaits en matière de services et de fournitures de SSR.

Une carte d'informations actualisées sur toutes les ressources de la chaîne d'approvisionnement pouvant être mobilisées en cas de catastrophe permet à un pays de prendre rapidement des décisions et de trouver les options les mieux adaptées à la situation. Cela comprend les ressources humaines, les fournisseurs, les produits, le financement, le transport et l'entreposage dans tous les secteurs (international, régional, ONG, secteurs public et privé, ainsi que l'armée et la garde nationale). Le partenariat avec des organisations non traditionnelles, telles que les organisations confessionnelles et civiques, peut donner lieu à de nouvelles façons de distribuer les produits de SSR en cas d'urgence.



Epi reçoit des soins prénataux dans l'un des camps mobiles mis en place dans les sites de déplacés internes lors de l'intervention de Sulawesi. C'est la première fois qu'elle reçoit des soins prénataux au cours de ses six grossesses.

Crédit photo : IPPF/Kathleen Prior/Indonésie

Éléments clés de la préparation de la chaîne d'approvisionnement

Tel qu'indiqué dans d'autres parties de la boîte à outils, une revue de la littérature et un large éventail d'entretiens avec les parties prenantes ont permis de constater qu'au-delà des flambées, il existe peu de connaissances ou de compréhension de ce qui constitue une bonne préparation et une résilience des pratiques de la chaîne d'approvisionnement en matière de programmes de santé préventifs. Il existe encore moins d'exemples de préparation des chaînes d'approvisionnement en matière de SSR en particulier.^x

La présente fiche d'apprentissage et la boîte à outils visent à combler cette lacune, malgré la nécessité de travailler davantage pour évaluer, tester et documenter cet apprentissage. Cette fiche couvre les grandes actions entreprises par les pays pour renforcer leurs chaînes d'approvisionnement dans la préparation aux situations

d'urgence, afin de les rendre plus agiles et plus résistantes, en particulier les chaînes d'approvisionnement en matière de SSR. Certains exemples de pays clés illustrent les pratiques pouvant être utilisées pour améliorer les efforts de préparation. Il est important de noter que les produits de SSR pourraient être gérés selon les mêmes principes et préoccupations que les autres produits de santé, mais un plaidoyer spécial est nécessaire pour garantir que la SSR constitue toujours une priorité dans les programmes de santé. Cette fiche fournit des conseils généraux pouvant s'appliquer à la chaîne d'approvisionnement de tout programme de santé, toutefois l'accent est mis tout au long du dossier sur la nécessité d'intégrer la SSR comme une priorité dans tous les efforts de préparation de la chaîne d'approvisionnement au niveau national.

^x La revue de la littérature énumère plus de 25 ressources pouvant aider à la planification de la préparation et de la résilience dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière de santé.

Les exemples présentés tout au long de ce document illustrent le fait que pour se préparer aux catastrophes, il ne suffit pas de s'appuyer uniquement sur l'architecture humanitaire pour la réponse aux catastrophes. Les systèmes et les ressources en place dans un pays devraient être optimisées pour une riposte efficace, car ce sont ces systèmes et ces chaînes d'approvisionnement qui existent avant et après une catastrophe. Même dans le pire des cas où les systèmes locaux s'effondrent, ce sont ces mêmes ressources qu'il faut reconstituer pour le rétablissement et pour éviter de devenir trop dépendant d'un soutien extérieur intermittent.

Les pays pourraient commencer par renforcer les organisations nationales impliquées dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement, telles que les centrales d'achat de médicaments, les ONG locales et internationales, les organisations de la société civile, les associations, les distributeurs commerciaux et les pharmacies. En sensibilisant tous les secteurs locaux, les pays pourraient mieux se préparer à optimiser l'aide disponible en cas d'urgence. En cas de catastrophe majeure où les pays ont besoin de l'aide des institutions des Nations unies et d'autres partenaires internationaux, les ministères de la Santé, associés à leur équipe d'intervention d'urgence et leur personnel de gestion de la chaîne d'approvisionnement, devront probablement collaborer avec les groupes sectoriels des Nations unies chargés de la santé et de la logistique à l'effet d'apporter de l'aide humanitaire sous forme de trousse et d'équipements. En période stable, les pays et les partenaires devraient, dans la mesure du possible, faire participer les acteurs humanitaires à des groupes de travail techniques pour la sécurité des produits, afin

d'établir ces connexions rapidement et régulièrement.⁸²

Comme le souligne le DMU, un ensemble de services minimums de SSR devrait être fourni aux populations touchées par les crises lors de catastrophes humanitaires, et des services complets devraient être offerts dès que possible à ceux qui en ont besoin. Ces services vitaux ne peuvent être fournis sans produits de première nécessité. Les chaînes d'approvisionnement devraient être robustes et fiables pendant les opérations normales, et flexibles pendant les situations d'urgence afin de pouvoir répondre à divers scénarios de catastrophes, qu'il s'agisse d'événements localisés pouvant être gérés avec des ressources nationales, ou de conflits ou catastrophes de grande ampleur nécessitant l'intervention d'organisations internationales.

Avant d'entamer un effort intensif de préparation dans un pays, il est nécessaire de créer un environnement favorable à la préparation de la chaîne d'approvisionnement. Une fois que l'adhésion et la volonté politique ont été obtenues, un pays peut passer aux étapes opérationnelles de l'élaboration d'un plan de continuité des opérations (PCO). Les éléments clés d'un PCO sont les mêmes pour tout programme de santé :

- Cartographier les fonctions et les ressources, et élaborer des protocoles d'urgence pour maintenir les opérations
- Procéder à des évaluations des risques
- Élaborer des plans d'urgence pour les risques probables



Leilani Faingaia Lopes, membre de l'association Tonga Leiti, tenant des préservatifs de l'IPPF, qui ont été distribués aux patients fréquentant la clinique mobile après le passage du cyclone tropical Gita sur les Tonga en 2018. Crédit image : IPPF/Alana Holmberg/Tonga

Établir un environnement favorable à la préparation de la chaîne d'approvisionnement.

Pour mettre en place une préparation efficace des chaînes d'approvisionnement en produits de santé, les responsables au plus haut niveau du gouvernement, les ministères et les organismes donateurs devraient s'engager à soutenir les activités de préparation de manière systématique en tant qu'activités de renforcement du système. Ces dirigeants devraient mettre à contribution des ressources, du savoir-faire et de la volonté politique dans l'optique de créer ou de renforcer des centres d'opérations d'urgence de santé

publique et les équipes nationales d'intervention d'urgence.⁸³ Ils devraient également s'assurer que le personnel de gestion de la chaîne d'approvisionnement en matière de santé et les responsables des programmes de santé préventive, comme la planification familiale (PF), la SSR, la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la vaccination, la nutrition, etc., font partie de ces organismes de coordination et équipes d'urgence, et bien d'autres.

Prioriser et financer la fourniture de produits de SSR et de PF

Pour assurer la continuité des programmes de PF en particulier, il est primordial de garantir une gamme de méthodes contraceptives, notamment des méthodes à courte et à longue durée d'action, l'auto-injection, la contraception d'urgence (CU) et les préservatifs. Cette mesure protège le droit de toutes les femmes à accéder à une gamme de méthodes, indépendamment de leurs origines ou de leur capacité à payer. Pour les méthodes à longue durée d'action, des orientations sont disponibles pour garantir leur bonne administration et leur retrait, et les efforts de préparation pourraient renforcer ces capacités afin que les premiers intervenants puissent être correctement équipés pour fournir des services dans les situations d'urgence.

Les ministères de la Santé et les autres organisations concernées auront besoin d'un personnel qui comprend les niveaux de service maximum et minimum nécessaires pour maintenir la continuité des opérations et minimiser les pertes inutiles de vies humaines, l'exacerbation des inégalités et la réduction des priorités des programmes et des produits de SSR en cas de catastrophe.

Tout comme les défenseurs des droits de l'homme soutiennent souvent la limitation du financement des services et des produits de SSR en période stable, le financement spécifique des produits de PF devrait être assuré à l'avance afin que ces produits ne soient pas exclus de l'ensemble des services offerts dans une situation d'urgence. Des orientations spécifiques sur les moyens permettant de mettre en place un financement d'urgence de la SSR n'ont pas encore été élaborés, mais les défenseurs pourraient adapter des arguments convaincants du secteur du développement pour démontrer les avantages économiques et sanitaires de la SSR, en particulier pour les populations déplacées et réfugiées. Ils pourraient également adapter les outils et les méthodes actuels, tels que le calcul des coûts de la chaîne d'approvisionnement, afin d'estimer les coûts d'acquisition des produits de SSR et de leur distribution jusque dans les recoins, ainsi que les avantages supplémentaires d'une planification anticipée par rapport à la planification de dernière minute.⁸⁴

Garantir l'accès aux trousseaux de santé reproductive interinstitutions (SRI)

Pour les produits eux-mêmes, si le pays a l'intention de fournir des trousseaux de santé reproductive interinstitutions (SRI), les estimations de coûts pourraient être faites en utilisant les données de prix du catalogue du FNUAP. Les pays qui ne souhaitent pas fournir des trousseaux pourraient estimer le coût des produits individuels en examinant l'historique des achats faits ou des catalogues de référence tels que le Guide international des prix des produits médicaux de l'organisation Management Science for Health (MSH) ou le catalogue du FNUAP.

Les produits de SSR devraient être ajoutés aux listes nationales de médicaments essentiels et aux directives de traitement standard en période de stabilité. Tous les produits nécessaires à la prestation de services de SSR devraient être enregistrés, y compris ceux des trousseaux de SRI,⁸⁵ et les pays devraient rationaliser les réglementations afin de faciliter l'importation des produits de l'aide humanitaire et les produits courants de SSR, à la fois lors des livraisons de routine et en préparation aux situations d'urgence. Si les partenaires prévoient d'importer des

trousseaux de SRI ou d'autres nouveaux produits en cas d'urgence, ils devraient collaborer avec les autorités nationales afin d'obtenir l'autorisation préalable d'importer, de fournir et de livrer ces produits aux personnes dans le besoin.

Il est utile de plaider pour des dérogations à toute politique constituant un frein à l'accès aux services de PF, comme les exigences de résidence ou l'enregistrement des couples éligibles.⁸⁶ Dans certains cas, lorsque la contraception n'est pas une priorité ou que les responsables gouvernementaux s'y opposent, ces services seront parfois encore fournis à ceux qui en ont besoin lors de catastrophes. Dans ces cas, les acteurs humanitaires opérant en dehors du secteur public ou en l'absence de systèmes nationaux devraient être préparés avant l'importation de ces produits par l'entremise de structures humanitaires, et conformément aux orientations mondiales, aux listes de médicaments essentiels de l'OMS et aux normes d'assurance qualité standards.

Coordonner la préparation entre tous les acteurs participants

Le gouvernement, les ONG, les donateurs et le secteur privé devraient également travailler ensemble afin de coordonner leurs objectifs et leurs activités de préparation de la chaîne d'approvisionnement. Les efforts de préparation aux situations d'urgence pourraient impliquer les comités de coordination de la sécurité des produits de santé reproductive, les comités de coordination de la santé reproductive, l'organe de coordination de la planification stratégique de la chaîne d'approvisionnement, les mécanismes et les équipes de coordination de la préparation aux situations d'urgence et autres. Toutes les stratégies de développement, de programme et de renforcement des systèmes devraient comporter un volet de préparation, et les organisations clés qui joueront un rôle pendant une situation d'urgence devraient être incluses dans l'élaboration de toutes les politiques et stratégies afin de garantir une approche harmonisée et efficace, intégrant

les ONG locales et internationales des différentes échelles du système, à l'instar du niveau communautaire. Les acteurs communautaires pourraient considérablement contribuer aux efforts de préparation en présentant un aperçu des ressources privées et communautaires, et des réseaux de bénévoles dont l'accès est possible au-delà du secteur public, au cas où des renforts s'avèrent nécessaires. Les accords à long terme ou conditionnels passés avec des partenaires, notamment les gouvernements, les institutions des Nations unies, les organisations humanitaires et de développement, les bailleurs de fonds, les organisations civiles et militaires ou la garde nationale, les fournisseurs locaux et internationaux ainsi que les organisations communautaires capables renforcer les capacités dans divers domaines de la chaîne d'approvisionnement qui pourrait être mobilisée en cas de catastrophe.⁸⁷



Une clinique mobile offrant aux femmes des zones rurales des options de planification familiale telles que des implants contraceptifs et des dépistages du cancer du col de l'utérus, dans un village rural de la périphérie de Mombasa. Crédit image : Jonathan Torgovnik/Getty Images/Images of Empowerment

Créer un plan de continuité des opérations

La présente fiche porte sur la création d'un PCO à l'échelle nationale. Selon l'apprentissage initial, pour se préparer aux catastrophes, il est conseillé d'élaborer un PCO complet pour la chaîne d'approvisionnement en matière de santé publique, la SSR étant intégrée dans le système de santé au sens large et au niveau des pouvoirs publics. Un outil d'élaboration d'un PCO est en cours de conception, et ce matériel ainsi que d'autres sont inclus dans la section Ressources. Plutôt que de mettre en place une réponse humanitaire parallèle ou de se concentrer sur un danger spécifique ou un programme de santé, il est important de se préparer à tous les dangers et de travailler à l'échelle nationale afin que les responsables locaux puissent être impliqués dans la riposte humanitaire en cas de catastrophe. L'évaluation des risques et la planification d'urgence des scénarios et des produits spécifiques pourraient faire partie de ce processus. Un PCO passe en revue les opérations existantes de la chaîne d'approvisionnement et inclut des protocoles d'urgence pour maintenir les services d'approvisionnement de base du secteur de la santé pendant une crise. Un PCO donne des orientations générales et contient toutes les actions et tous les plans d'urgence préparés en prélude à une éventuelle situation d'urgence.

Les PCO sont adaptés aux contextes locaux et devraient être élaborés en collaboration avec tous les acteurs

concernés par la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les programmes. Les leçons tirées des expériences des pays montrent qu'il est important d'intégrer la SSR dans ces plans. Avant la pandémie de COVID-19 par exemple, nombre de pays s'étaient préparés à une flambée de maladie infectieuse, mais très peu se sont penchés sur l'importance de la planification de la continuité des autres services de santé et des chaînes d'approvisionnement pendant une telle crise. Des informations préliminaires isolées indiquent que les produits de SSR sont en rupture de stock en raison de priorités concurrentes et de l'absence de planification.

La préparation devrait inclure la coordination à tous les niveaux et la création d'un environnement favorable à la préparation de la chaîne d'approvisionnement en matière de SSR, un environnement qui élimine les obstacles et met en place des leviers susceptibles d'être rapidement actionnés pour accélérer la livraison des produits en cas de catastrophe. Enfin, le PCO devrait être mis à jour et diffusé à tous les acteurs clés à une fréquence régulière (annuelle) ; si une catastrophe est imminente, cette fréquence pourrait être augmentée. Lorsqu'une catastrophe se produit, les pays et les partenaires internationaux devraient en tirer des enseignements et les partager largement afin de contribuer à la mise à jour et à l'amélioration des projets futurs.

Cartographie des fonctions et des ressources, et élaboration des protocoles d'urgence pour maintenir la continuité des opérations

Avant d'élaborer des protocoles d'urgence pour les interventions en cas de catastrophe, un pays devrait dresser la carte des principales opérations ou fonctions à maintenir pour assurer la continuité des opérations de la chaîne d'approvisionnement. Ces opérations comprennent la sélection des produits, la quantification, l'approvisionnement, la stratégie d'inventaire, la distribution et l'entreposage. Pour soutenir la continuité de ces domaines fonctionnels, les pays pourraient analyser chacune des ressources qui soutiennent

ces opérations de base de la chaîne d'approvisionnement : matériels et fournitures, financement, personnel, processus, outils et informations. Pour chacun de ces domaines, les pays pourraient mettre en place des protocoles d'urgence qui orientent la gestion des ressources en cas de perturbation. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de protocoles et d'expériences de pays par domaine de ressources.

Matériel et fournitures

Accorder des crédits, signer des accords conditionnels et soutenir les fournisseurs de produits prioritaires, tant de la part des ONG que du secteur privé. Si la survenance d'une situation d'urgence est probable, penser à stocker et à prépositionner ces produits à proximité de l'urgence potentielle, et s'assurer que la capacité de stockage est

suffisante et le stock renouvelable ou utilisable avant sa péremption. Si un stock important est réservé pour la préparation, il est essentiel d'élaborer des méthodes pour faire circuler le stock de nouveau dans le système tout en rafraîchissant le stock conservé afin d'éviter le gaspillage dû aux péremptions.

Cartographier le matériel existant, y compris les camions, les véhicules, les entrepôts et les installations, ainsi que les besoins probables, les défis et les imprévus. Identifier d'autres installations de stockage et fournisseurs de logistique, et planifier des itinéraires et des transports alternatifs. Identifier des canaux de distribution alternatifs pour acheminer les fournitures aux clients et prévoir de distribuer de plus grandes quantités de produits si nécessaire.



Dans la **région du Pacifique**, région la plus exposée aux catastrophes naturelles, l'initiative de prépositionnement régional du FNUAP a mis en place, en Australie et aux Fidji, des centres pouvant rapidement fournir des produits à 11 pays en cas de typhons, tsunamis ou de survenance de conflits. En 2018, l'initiative a permis de mettre à disposition des fournitures vitales pour 17 interventions d'urgence dans neuf pays.^{xi} Le prépositionnement a considérablement amélioré la réponse humanitaire en Asie et dans le Pacifique en termes de rapidité, de qualité et d'efficacité, et a également réduit les coûts de transport. Les fournitures prépositionnées ont été livrées dans les 48 heures, conformément aux lignes directrices SPHERE et DMU, ou immédiatement en cas de prépositionnement national, et pourraient être adaptées au contexte du pays.

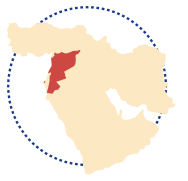


Au **Sud Soudan**, où l'instabilité est continue, le FNUAP a joué un rôle clé dans la coordination du prépositionnement des produits de SSR afin de réduire les ruptures de stock. Dans cinq sites du pays, la création de centres humanitaires a amélioré l'accès aux produits de santé reproductive dans toute la région. Ces centres fournissent des produits de santé reproductive et sont dotés d'un personnel qui facilite l'accès à l'assistance technique pour les plus de 30 partenaires qui aident à distribuer les produits jusque dans les recoins, aussi bien en période stable, pour se préparer à des flambées de conflit, qu'en situation d'urgence.⁸⁸

Le Comité international de secours utilise une nouvelle pratique pour sécuriser et prépositionner un stock de sécurité auprès des fournisseurs dans leurs entrepôts. Sur la base de la consommation mensuelle, ils prépositionneront les produits auprès de trois fournisseurs internationaux pour éviter les ruptures de stock, ce qui garantit également le renouvellement et la conservation des stocks par les fournisseurs, en déplaçant les responsabilités en amont et en réduisant les risques de péremption, de vol et les conditions de stockage inadéquates.



Au **Rwanda**, lors de la flambée actuelle de COVID-19, le ministère de la Santé a mis en place une équipe et un plan d'intervention en cas de catastrophe, et il renforce la chaîne d'approvisionnement de PF en prévoyant un niveau de stock maximum de 13 mois, tout en surveillant et en révisant les données sur les stocks, en examinant les stocks en attente et en collaborant avec les bailleurs de fonds pour gérer les commandes de produits de PF. Pendant cette pandémie, la distribution de produits de PF se poursuit avec des précautions de prévention des infections, et comme certains travailleurs ne peuvent pas se rendre au travail, le pays estime que les coûts de distribution pourraient augmenter.



Eu égard à son action sur le terrain sur cinq sites du **Moyen-Orient (Syrie, Liban, Jordanie, Cisjordanie, et Gaza)** qui comprennent 140 établissements de santé, l'Office de secours et de travaux des Nations unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) a mis en place son propre système d'achat interne avec des fournisseurs de haute qualité et performants économiquement. Grâce à une présélection rigoureuse à travers un processus d'appel d'offres pour chacun des 1 200 produits de santé qu'il stocke, l'UNRWA a signé 15 accords à long terme de trois ans avec les fournisseurs. Cet office a également créé une boucle de retour d'information sur les performances afin de documenter les évaluations de routine et assurer la transparence en termes de qualité des fournitures et de performances du fournisseur. Ce processus rigoureux a permis d'obtenir des médicaments de haute qualité et abordables provenant de multiples sources, et partant un approvisionnement et une distribution rapides auprès des programmes soutenus. Le niveau de redondance du système et le risque transféré aux fournisseurs réduisent au minimum la nécessité de conserver des stocks dans leur propre réserve tout en restant réactif aux situations d'urgence.

xi Fidji, Indonésie, Kiribati, RDP Lao, Myanmar, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Tonga et Vanuatu.



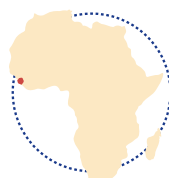
La promotion 2013 de l'école de sages-femmes de Makeni, en Sierra Leone, a reçu des trousse de sages-femmes lors de la cérémonie de remise des diplômes. Crédit image : Direct Relief/Flickr

Financement

Planifier et collecter des fonds pour deux budgets relatifs aux situations d'urgence : un budget permanent pour la chaîne d'approvisionnement en matière de préparation aux situations d'urgence afin de renforcer le système et un fonds de réserve pour les interventions en cas de catastrophe. Définir des protocoles pour activer rapidement ces mécanismes de financement et accéder facilement à ces fonds, en particulier pour l'approvisionnement en temps opportun pendant une situation d'urgence ; prévoir un budget pour ces fonds afin de soutenir le cycle complet de la réponse humanitaire, de la préparation au rétablissement en passant par la réponse. Prévoir un budget pour l'achat des produits et le coût de leur distribution, et inclure le coût des assurances pour maintenir les ressources clés pendant la situation d'urgence. Dans certains cas, les fonds nationaux ou des fonds provinciaux pourraient être collectés pour couvrir ces besoins, mais dans d'autres cas, des lacunes seront observées et un pays devra lancer des appels humanitaires. Les pays peuvent se préparer en se familiarisant avec les mécanismes de coordination pertinents et en s'assurant que des dotations budgétaires et la répartition sont incluses dans ces appels internationaux.⁸⁹



Au **Bangladesh**, Cox's Bazar héberge des réfugiés rohingyas en situation de crise prolongée qui ont dû passer de l'utilisation des trousse de santé reproductive à l'achat de produits individuels de SSR. Le FNUAP et JSI ont apporté leur aide au ministère de la Santé aux niveaux national et régional et au bureau du FNUAP, en aidant à cartographier et à renforcer la chaîne d'approvisionnement existante, ainsi qu'en fournissant une prévision et un plan d'approvisionnement pour les produits individuels.⁹⁰ L'équipe a également dressé la carte des flux de financement, car les lacunes budgétaires avaient provoqué des ruptures dans la chaîne d'approvisionnement, illustrant l'importance d'un financement diversifié pour assurer la sécurité durable et résiliente des produits de SSR dans une situation d'urgence prolongée.⁹¹



Dans les premières phases de l'épidémie d'Ebola en **Sierra Leone**, le manque de documentation en matière d'utilisation des fonds d'urgence a sapé la confiance du public et empêché une dotation en personnel et une gestion adéquate de la chaîne d'approvisionnement, ce qui démontre l'importance d'une documentation adéquate pour le financement de la chaîne d'approvisionnement en situation d'urgence. Le *National Ebola Response Center* (NERC : centre national de réponse aux flambées d'Ebola) a ensuite développé un système de paiement efficace utilisant des téléphones portables pour virer les salaires de l'équipe en charge de la réponse au virus Ebola, qui avait géré la chaîne d'approvisionnement et fourni des services de santé à la population. Cette mesure a non seulement amélioré les performances du système, mais également permis au NERC de suivre les paiements, ce qui a suscité la confiance du public à un moment où le soutien de la communauté était essentiel pour l'effort d'intervention d'urgence.⁹²

Les hommes

Définir les rôles et les responsabilités en situation de crise au sein du système de la chaîne d'approvisionnement courante et du programme de santé reproductive, pour chacune des principales fonctions de la chaîne d'approvisionnement. Envisager d'ajouter un poste en charge de la préparation aux situations de crise, ou d'intégrer cette responsabilité à un poste existant, à l'échelle nationale. Créer des mécanismes de notification du personnel afin que les individus puissent être contactés, et définir des protocoles de réunion pour les situations d'urgence. Élaborer des systèmes de soutien et de sécurité pour préparer le personnel et le protéger en situation de crise. Assurer la formation croisée du personnel afin de créer une redondance des capacités au sein de la chaîne d'approvisionnement, en particulier en matière de produits de SSR. Définir le rôle que le groupe sectoriel santé et logistique jouera, ainsi que la participation du personnel des ONG locales et internationales, dans une réponse humanitaire, et définir le lien entre ces entités et les équipes au sein du gouvernement et de la communauté en cas de situation d'urgence.



Aux **Philippines**, le ministère de la Santé a mis en place un plan de réduction des risques et des catastrophes, et pourrait se mobiliser rapidement au niveau national pour prépositionner les fournitures, engager des partenaires et coordonner les différents niveaux et acteurs de la chaîne d'approvisionnement. Le Bureau de gestion des crises sanitaires (HEMB) a collaboré avec la division de gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA) pour étudier l'approvisionnement et l'acquisition d'équipements de protection individuelle dans le cadre de la flambée de COVID-19, et a engagé la police et l'armée pour soutenir le transport des approvisionnements. Une enquête menée par le projet ReachHealth de l'USAID, par l'entremise de RTI International, a évalué l'impact de la flambée sur les services de SSR, démontrant une certaine baisse de la demande et de l'offre de services. Le gouvernement a publié entre-temps des orientations sur la fourniture de produits de PF aux clients, ce qui suppose l'ajout de préservatifs aux colis alimentaires, la fourniture de vélos aux infirmières pour les visites à domicile et le recrutement de bénévoles communautaires en vue de la distribution porte-à-porte des préservatifs.



Au **Niger**, les réfugiés des régions du Nigeria touchées par la secte Boko Haram affluent dans la partie orientale du pays, autour de Diffa, où les terroristes de Boko Haram lancent des attaques sporadiques depuis le Nigeria. En l'absence de plans de préparation, le ministère de la Santé travaille avec des organisations humanitaires telles que la FICR, le FNUAP, l'UNICEF et le HCR pour fournir une assistance, y compris la fourniture de produits de santé sexuelle et reproductive. Les partenaires utilisent diverses stratégies pour fournir des services, notamment la collaboration avec l'armée pour distribuer des produits. En outre, un centre multifonctionnel a été créé dans le camp de réfugiés qui dessert plus de 17 000 réfugiés et personnes déplacées, et un certain nombre de sages-femmes ont été recrutées pour y travailler.

Processus

Pour chacune des fonctions logistiques essentielles de la chaîne d'approvisionnement, élaborer des processus de routine alternatifs rationalisés qui pourraient être utilisés pendant une situation d'urgence. Élaborer des procédures opérationnelles standardisées (POS) qui précisent le moment et le rythme d'exécution. Effectuer des exercices pratiques des POS et les actualiser sur la base des leçons tirées au cours de ces derniers.



L'Indonésie travaille actuellement à l'élaboration de lignes directrices et de procédures de gestion des approvisionnements en contraceptifs dans les situations d'urgence, avec le soutien du FNUAP et sous la direction du gouvernement indonésien, à l'effet de renforcer la chaîne d'approvisionnement et d'être mieux préparé aux situations d'urgence. Les enseignements tirés des interventions passées lors des tsunamis et des tremblements de terre indiquent la nécessité d'accroître le stock tampon, peut-être de deux mois ou plus. Les efforts récents ont porté sur le renforcement des capacités des gestionnaires de programmes à estimer les besoins locaux, tandis que les plans futurs prévoient le prépositionnement national des contraceptifs. La prestation de services de PF est actuellement limitée aux couples mariés, ce qui signifie que la prévision de l'offre de PF ne peut être faite qu'en fonction de ces données. Ces restrictions compliquent la capacité à préparer correctement la couverture de toutes les personnes dans le besoin en cas de catastrophe.



En **Inde**, les différents partenaires ont travaillé sur la préparation après la guerre de 2007 au Sri Lanka et le tsunami de 2004. Pendant la flambée actuelle de COVID-19, l'organisation Plan International Inde collabore avec des organisations locales et le gouvernement pour planifier les imprévus dans la chaîne d'approvisionnement en matière de VIH, notamment l'acheminement des médicaments aux personnes à domicile grâce à des centres de distribution et pendant deux mois d'affilée.

Outils et systèmes

Développer des systèmes d'information de la gestion logistique (SIGL) pour les fournitures d'urgence, y compris les contraceptifs et les trousseaux de SRI, dans le cadre des systèmes existants ou des modules ou outils autonomes. En cas d'ajout de fournitures d'urgence aux systèmes existants, s'assurer qu'il est possible de gérer le flux de ces informations séparément afin d'éviter de créer une confusion ou une duplication avec le système de routine pour les mêmes catégories de produits. Envisager des moyens de traçage des fournitures de SSR en cas de défaillance de ces systèmes. Évaluer la continuité des opérations pour les outils informatiques, tels que les systèmes ou modules alternatifs rationalisés pouvant être adaptés dans le SIGL existant, les systèmes d'information de gestion de contrôle des entrepôts et des stocks, et les systèmes de gestion du transport. Examiner la fiabilité et l'accessibilité des systèmes, serveurs et réseaux sous-jacents, l'accès aux dossiers vitaux par l'entremise de systèmes de sauvegarde, et la capacité à fournir des dossiers sous forme électronique ou sur papier.



Pour avoir une vue d'ensemble de la réponse humanitaire en **Irak**, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU (UNOCHA) a élaboré le tableau de bord de la réponse humanitaire, une vue globale non seulement de la réponse humanitaire soutenant les personnes déplacées, les rapatriés et les communautés d'accueil affectées, mais également de la présence humanitaire de plus de 100 partenaires. Les utilisateurs peuvent filtrer les données pour visualiser les informations sur les progrès et les activités par zone géographique, y compris les données sur les produits de santé distribués par les partenaires. Le tableau de bord est mis à jour en permanence et améliore la coordination et la prise de décision entre les partenaires participants. Cette collaboration donne à l'UNOCHA une visibilité sur la chaîne d'approvisionnement en aval et lui permet de préparer ses fournisseurs aux hauts et aux bas en situation de crise prolongée.



Des femmes d'un groupe de jeunes mères recevant des informations sur la planification familiale de la part d'un agent de santé communautaire. Crédit image : Jonathan Torgovnik/Getty Images/Images of Empowerment

Informations

Se préparer à collecter des données logistiques essentielles par le biais des systèmes existants ou d'autres mécanismes de suivi, notamment des rapports sur papier, au cas où les systèmes ou outils TIC ne seraient pas disponibles. Surveiller et évaluer ces informations à l'aide d'indicateurs de performance clés de la chaîne d'approvisionnement et de réunions ou d'appels de routine. Développer des mesures de communication et des tableaux téléphoniques entre toutes les parties clés en vue du partage de données essentielles à différents niveaux et au-delà du secteur public, dans la mesure du possible.



Dans deux régions différentes du **Nigeria**, l'une touchée par des attaques terroristes et l'autre par des inondations, le JSI a mis en place des réunions d'équipes d'impact pour assurer la prestation ininterrompue des services de PF aux communautés touchées. Les réunions ont eu lieu à l'échelle des États et les coordinateurs de la PF au niveau des collectivités territoriales se sont réunis avec les partenaires et les ministères de la Santé des États à l'effet de récupérer des produits pour plusieurs mois, de faire un rapport sur les stocks et recevoir des informations afin d'être prêts avec un stock suffisant en cas de situation d'urgence. Lorsque l'accès à certaines zones était coupé pendant une période plus prolongée, des stocks plus importants étaient prévus pour couvrir cette période. Entre les réunions, les établissements de santé bénéficiaient d'une supervision de soutien et faisaient des rapports dans le SIGL à travers des groupes WhatsApp.



Au **Pakistan**, le gouvernement et ses partenaires, tels que le programme *Global Health Supply Chain* (GHSC : Chaîne mondiale d'approvisionnement en matière de santé) de l'USAID, ont utilisé les données démographiques et logistiques au début de la réponse à la COVID-19 pour créer des prévisions à la fois pour la COVID-19 et pour d'autres produits de santé. Le pays a connu d'importantes inondations en 2010 et a depuis lors gardé les données logistiques clés accessibles. Il a également cartographié les zones et les populations à risque, ce qui a permis d'accélérer la réponse. Parmi les autres leçons clés, figure le maintien d'un stock tampon de 5 à 10 % et la promotion de contrats permettant aux bailleurs de fonds et aux responsables de mise en œuvre de se concentrer sur la réponse aux catastrophes, si nécessaire.

Procéder à l'évaluation des risques

Les évaluations des risques constituent un élément fondamental de l'élaboration d'un PCO, car elles font un inventaire des risques potentiels pour la continuité des fonctions et des ressources identifiées dans l'exercice de cartographie. Les évaluations des risques doivent identifier toute faiblesse ou menace réelle ou potentielle (tant internes qu'externes) pour la chaîne d'approvisionnement. Les organisations qui mettent en œuvre des processus formels de gestion des risques en tant que partie des opérations normales de leur chaîne d'approvisionnement pourraient s'appuyer sur cette documentation existante pour évaluer les risques en vue de la préparation aux catastrophes. Pour des exemples et des outils permettant d'effectuer une évaluation de la gestion des risques, consulter [Gestion des risques pour les chaînes d'approvisionnement en matière de santé publique : Boîte à outils d'identification, d'analyse et de réponse aux risques de la chaîne d'approvisionnement dans les pays en développement](#).⁹³

Des évaluations des risques devraient être réalisées pour chacun des domaines fonctionnels et des domaines de ressources de la chaîne d'approvisionnement, en collaboration avec toutes les parties prenantes concernées.

Cette action pourrait exiger plusieurs ateliers pour discuter des sources de risque et des scénarios potentiels avec le personnel et les partenaires externes. Des objectifs de performance seront définis pour chaque fonction et domaine de ressources, et les parties prenantes estimeront la probabilité et l'impact des événements à risque. L'utilisation combinée des paramètres de probabilité et d'impact pourrait donner aux gestionnaires une note unique pour l'établissement des priorités.⁹⁴ Les paramètres de suivi des risques devraient être inclus dans le PCO.

La liste des scénarios de risques classés par ordre de priorité et assortis de notes pourrait être utilisée par l'équipe de préparation aux situations d'urgence à l'effet d'identifier les stratégies de gestion des risques, telles que la réduction ou la couverture des risques, et les types de mesures de préparation nécessaires. Certes, les mesures d'atténuation et de préparation devraient être décrites pour tous les risques, cependant les scénarios les plus probables justifient l'élaboration de plans d'urgence, qui contiennent un niveau plus élevé de détail sur les actions de préparation et de réponse.⁹⁵ Les pays devront examiner

où et comment investir des fonds de préparation afin d'optimiser les ressources limitées. Il est donc essentiel

de tirer les leçons des expériences et des meilleures pratiques existantes.

Élaborer des plans d'urgence pour les principaux risques identifiés

Les plans d'urgence définissent comment une chaîne d'approvisionnement continuera à fonctionner dans un certain nombre de circonstances défavorables. Ils pourraient certes être spécifiques aux catastrophes naturelles ou à une flambée de maladie infectieuse, mais ils pourraient également être plus généraux et porter sur un certain nombre de risques susceptibles d'interrompre une ou plusieurs fonctions de la chaîne d'approvisionnement en matière de santé du pays. Les plans d'urgence pourraient contenir des informations, des actions, des calendriers, des listes de contrôle et des protocoles permettant de réagir et de réduire l'incidence sur la chaîne d'approvisionnement, par exemple en créant des redondances, une plus grande flexibilité, ou par la couverture d'une assurance.

L'**International Rescue Committee**, qui exerce dans 26 pays, investit dans des efforts de préparation qui permettent aux programmes nationaux d'élaborer des plans d'urgence pour les situations d'urgence affectant la chaîne d'approvisionnement en matière de santé. Sur la base d'une évaluation pharmaceutique dans le pays et des meilleures pratiques de l'UNICEF, de MSF et d'autres organisations, la CRI offre un encadrement et un renforcement des capacités de préparation par le biais d'une formation de 2 à 3 jours destinée aux équipes de santé sur toutes les composantes de la chaîne d'approvisionnement sanitaire, y compris le financement. Pendant plusieurs mois, la CRI travaille avec l'équipe afin de concevoir un plan national pratique qui inclut le matériel, les fonctions, les outils, les contrats, l'espace d'entreposage et les sources.

CARE élabore actuellement des outils et des ressources de préparation destinés au personnel des bureaux nationaux qui pourraient avoir besoin de se procurer et de gérer des produits de SSR et d'autres produits de santé, en particulier les trousse de SRI, pendant les situations d'urgence. Ces outils comprennent un document d'orientation pratique et convivial avec des suggestions de listes de contrôle que les pays pourraient facilement commencer à élaborer en prélude à une situation d'urgence. Ce document est destiné aux personnes n'ayant pas de connaissances spécialisées ou d'expérience en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique et médicale.^{xii} Ces outils font référence au DMU, au calculateur de la trousse de SRI et à l'outil de prévision de SRI, afin que les pays puissent élaborer des plans d'urgence visant à prévoir les besoins en fournitures dans l'éventualité d'une situation d'urgence.



Les **îles Salomon**, fréquemment touchées par des tremblements de terre, des cyclones et des inondations, disposent d'un bureau national de gestion des catastrophes actif, avec un personnel dédié aux niveaux national et provincial. Un groupe de travail élabore actuellement un plan de préparation en matière de SSR.

xii Le document d'orientation est tiré du manuel du gestionnaire de la chaîne d'approvisionnement de John Snow, Inc. : Un Guide pratique pour la gestion des produits de santé (Consulter *Ressources*).

FICHE D'APPRENTISSAGE SUR L'ÉTAT DE PRÉPARATION DES COMMUNAUTÉS

Intégrer la SSR dans la réduction des risques de catastrophe pour les communautés touchées par les crises : une étude de cas au Pakistan

Éléments clés à retenir

Entreprendre une évaluation complète des capacités et des besoins communautaires existants en matière de SSR et de préparation à l'égalité des sexes, en veillant à l'inclusion des populations les plus marginalisées et les moins bien desservies, telles que les femmes et les filles, les adolescents, les travailleurs du sexe, les personnes handicapées et les personnes de diverses SOGIESC. Voir la [note sur l'inclusion](#).

Encourager les engagements politiques nationaux et infranationaux en soutien aux plans d'action communautaires.

Faire participer les décideurs politiques, le personnel de santé communautaire et les représentants de la société civile ayant une expérience dans le domaine de la santé.

S'assurer que les participants connaissent le DMU avant la formation.

Assurer un financement durable pour soutenir la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans d'action, et pour générer de nouvelles preuves sur l'efficacité de la SSR et de la préparation aux questions de genre au niveau communautaire.

Les communautés touchées par une catastrophe ont des besoins et des solutions qui exigent du soutien

Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030 invite les parties prenantes à investir dans des approches qui renforcent les capacités des communautés et des pays à prévenir les situations d'urgence, à en atténuer l'impact et à s'y préparer. Le Cadre de Sendai reconnaît les effets des catastrophes sur les hommes et les femmes, et le rôle essentiel que jouent les communautés en tant que premiers intervenants. Il définit quatre priorités pour renforcer la résilience : 1) comprendre les risques de catastrophes prioritaires ; 2) renforcer la gouvernance des risques de catastrophes

afin de pouvoir les gérer ; 3) investir dans la préparation aux situations d'urgence et la prévention des catastrophes ; et 4) améliorer la préparation aux catastrophes en vue d'une réponse efficace et d'une « meilleure reconstruction », autrement dit, il s'agit de veiller à ce que les efforts de rétablissement renforcent la résilience et réduisent la vulnérabilité d'une communauté face à de futures situations d'urgence.⁹⁶ Cette fiche met en exergue les enseignements tirés de diverses sources, en insistant sur les leçons tirées d'un projet pilote au Pakistan.



Une infirmière de la principale clinique de la KFHA sur l'île de Tarawa, à Kiribati, fournit des contraceptifs à une patiente. Crédit image : IPPF/Hannah Maule-ffinck/Kiribati

Considérations pour une application réussie des programmes de SSR et de RRC

En 2010, la *Women's Refugee Commission* (WRC) a commencé à travailler sur la réduction des risques de catastrophe (RRC) aux niveaux national et communautaire, en mettant l'accent sur la préparation aux situations d'urgence en matière de genre et de SSR. La WRC a élaboré et piloté la trousse du facilitateur : *Préparation communautaire en matière de santé reproductive et de genre* (programme d'études sur la SSR et la RRC), en collaboration avec le FNUAP et des partenaires locaux aux Philippines. Son élaboration s'est appuyée sur huit formations dispensées dans cinq contextes différents en 2013, et elle a ensuite été appliquée dans trois autres sites aux Philippines, dans le nord de l'Irak et dans des communautés exposées aux catastrophes au Pakistan. Le programme hautement participatif consiste en une formation de trois jours qui rassemble les communautés à l'effet non seulement de comprendre les risques de catastrophes locales et leurs impacts sur les questions de genre et de SSR, mais également d'élaborer des plans d'action communautaires conformes au DMU.

Les premiers essais pilotes des programmes d'étude sur la SSR et la RRC ont permis d'identifier plusieurs facteurs clés de réussite :

- **S'assurer qu'il existe un engagement national et infranational** à intégrer la SSR et le genre dans la gestion des risques de catastrophes et que les plans d'action communautaires sont soutenus jusqu'au niveau national.
- **Amener les participants à reconnaître qu'il est difficile de comprendre les priorités de SSR** pour les personnes qui n'ont pas de formation en santé. Parmi les participants suggérés figurent des responsables des politiques de santé, des gestionnaires et des coordinateurs de programmes, des premiers intervenants, des sages-femmes et des représentants d'organisations communautaires (femmes, jeunes, personnes handicapées, personnes de diverses SOGIESC, etc.)
- **S'assurer que les participants connaissent le DMU avant la formation** (par le biais du *Module de téléenseignement du DMU*, par exemple). Dans des contextes de développement stables, les acteurs de la santé locale et de la SSR sont plus habitués aux services de SSR complets, et pourraient en profiter pour acquérir des connaissances sur les priorités vitales limitées du DMU. Reconnaître ce qui est inclus dans le DMU et ce qui ne l'est pas nécessite un renforcement de capacités ciblé tout au long de la formation, et dans la planification de l'action communautaire, le suivi et l'évaluation.
- **Renforcer l'intégration des approvisionnements et de la gestion de chaîne d'approvisionnement dans le programme d'études.** Veiller à ce que des mesures soient prises pour traiter la gestion des risques liés aux produits, le prépositionnement ou le stockage des approvisionnements, et les plans d'obtention de fournitures d'urgence de SSR.
- **Avant d'élaborer le plan d'action, il faudrait identifier les actions qui nécessitent un financement et celles qui n'en n'ont pas besoin** (ou du moins entraînent des coûts minimes). Dans un premier temps, il convient de donner la priorité aux actions les plus réalisables jusqu'à ce que le financement des activités plus coûteuses soit obtenu.
- **Investir dans le suivi, l'évaluation et la production de preuves** afin de mesurer l'efficacité de la préparation en termes de SSR et de genre au niveau communautaire.

Ces considérations ont inspiré la conception et la mise en œuvre du projet pakistanais décrit ci-dessous. Cette étude de cas présente une approche d'engagement communautaire en faveur de la SSR et de la préparation aux crises sanitaires.



En 2017, après les pluies incessantes qui ont touché plus d'un demi-million de personnes dans sept districts du Sri Lanka, des sages-femmes stationnées dans la clinique de la FPASL à Nagoda, dans la province du Sud, ont fourni des soins de SRH aux personnes touchées. Crédit image : IPPF/Peter Caton/Sri Lanka

Étude de cas au Pakistan : Intégrer la SSR dans la RRC pour les communautés touchées par la crise

Grâce au financement et au soutien des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis et dans le cadre d'un accord de coopération de cinq ans (septembre 2015-2020), la WRC s'est associée à la FIPF et au Rahnuma-FPAP pour constituer la base de données factuelles et les outils permettant d'intégrer la SSR dans la réduction des risques de catastrophe pour les communautés touchées par les crises. Le projet pilote au Pakistan se concentre sur :

- **Le développement du personnel de santé au niveau communautaire** pour préparer et répondre aux risques de SRH en utilisant le programme de SRH et de RRC de la WRC (Commission des femmes pour les réfugiés) et en établissant un environnement favorable et coordonné pour la préparation du DMU au niveau communautaire au Pakistan
- **Le développement de la base de preuves et des outils** pour les communautés touchées par les crises afin

d'incorporer la SSR dans les activités de RRC, en se basant sur les réalisations et les leçons de ce projet pilote.

- **L'intensification des interventions pour l'intégration de la SSR dans la gestion des risques de catastrophes pour la santé** afin d'institutionnaliser l'inclusion de la SSR dans les efforts existants de gestion des risques de catastrophes.

La fréquence des catastrophes naturelles au Pakistan et l'environnement propice au soutien de la SSR dans le cadre de la RRC aux niveaux national et infranational, combinés à l'expérience et à l'expertise de l'initiative SPRINT de l'IPPF et de Rahnuma-FPAP pour tirer parti de la plateforme de coordination de la SSR aux niveaux national, provincial et du district, ont fait du Pakistan un lieu idéal pour cette initiative à plusieurs volets visant à renforcer la résilience des communautés en matière de SSR et de préparation aux questions de genre.



Une patiente subit une échographie en Syrie. Crédit photo : IPPF/Chloe Hall/Syrie

Activités du projet

La WRC a commencé son travail au Pakistan en entreprenant une étude documentaire sur la SSR et la gestion des risques de catastrophes pour l'infrastructure sanitaire au Pakistan, dans le cadre de trois études de cas sur le renforcement de la résilience nationale en matière de SSR. Les conclusions ont montré qu'à la suite du tremblement de terre de 2005, le Pakistan a fait de grands progrès dans la promotion de la RRC grâce à l'établissement de son plan national de gestion des catastrophes de 2010, qui a ensuite été mis à jour en 2019.⁹⁷ Elle a également élaboré une stratégie de RRC en 2013 avec des structures de gestion des catastrophes qui soutiennent la préparation aux niveaux national et infranational.⁹⁸ En 2010, le Pakistan a mis en place un Réseau national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (NHEPRN) sous l'égide du ministère des Services nationaux de santé, qui dirige la réponse aux urgences sanitaires et la gestion des risques de catastrophe et préside le groupe de travail national sur la SR (avec le FNUAP comme co-président).⁹⁹ En outre, le Pakistan a mis en œuvre des directives politiques spécifiques sur le genre par le biais de la cellule sur l'enfance et le genre de

l'Autorité nationale de gestion des catastrophes (NDMA) et des directives politiques nationales sur les groupes vulnérables en cas de catastrophe.

En 2010, la Constitution du Pakistan a été modifiée (18^e amendement) et les pouvoirs gouvernementaux liés à la gestion des catastrophes ont été transférés aux provinces. La législation sur la RRC de 2015 au Pakistan visait à décentraliser davantage les responsabilités en matière de RRC au niveau des provinces et des districts. Reconnaisant les lacunes dans les capacités institutionnelles en matière de SSR et de genre au niveau des conseils syndicaux locaux/communautaires, le Rahnuma-FPAP a sélectionné trois provinces et districts sujets aux catastrophes (province du Khyber Pakhtunkhwa-KP, district de Nowshera ; province du Punjab, district de Muazffargarh ; province du Sindh, district de Badin) pour concentrer cette initiative. Le Rahnuma-FPAP visait à soutenir l'institutionnalisation de la SSR et du genre par le biais d'actions de sensibilisation, de formations et d'ateliers destinés aux acteurs publics et privés aux niveaux national, provincial et du district. Il a également formé les forces de

l'ordre et les intervenants de première ligne de l'opération Rescue 1122, a créé et soutenu des groupes de travail sur la SR aux niveaux national, provincial et du district, et a facilité la formation de groupes et de dirigeants communautaires pour renforcer les capacités en matière de SRH et de genre.

Afin de lancer la formation des formateurs (FdF) sur la SSR et le genre, le programme d'enseignement de la SSR et de la RRC a été adapté au contexte pakistanais afin d'aborder l'infrastructure nationale de gestion des risques de catastrophe et les risques locaux de catastrophe, de genre et de SSR. Le projet visait à renforcer la résilience des communautés en matière de SSR et de genre, la résilience étant comprise comme la capacité de la communauté à résister, à s'adapter et à se remettre des effets d'un danger de manière opportune et efficace, notamment par la préservation et la restauration de ses structures et fonctions de base essentielles.

La première FdF a été organisée par la WRC et le Rahnuma-FPAP à Islamabad en septembre 2016 pour les représentants des agences fédérales et provinciales de RRC des trois provinces sélectionnées, les agences des Nations Unies et les ONG. Le premier jour de l'atelier a permis de donner un aperçu des priorités en matière de RRC et de SSR au niveau des communautés dans les situations d'urgence. Le deuxième jour a couvert tous les domaines du DMU, y compris la violence liée au sexe, la prévention du VIH, les soins maternels et néonataux et la planification familiale. Le troisième jour, les participants ont élaboré des plans d'action, un pour le niveau national et un pour chacune des trois provinces. Les quatre plans d'action se sont concentrés sur l'intégration de la SSR et de la préparation en matière de genre dans les politiques de gestion des risques de catastrophes et les groupes de travail sur la SR, l'organisation de FdF de suivi au niveau des districts et des communautés, et la facilitation de la sensibilisation des communautés.

La série de formations — soutenue par 18 maîtres formateurs du Rahnuma-FPAP — comprenait des formations et des stages de recyclage sur la préparation des communautés en matière de SSR et de genre dans six conseils syndicaux/communautés, avec une planification

des actions et un suivi, un contrôle et une évaluation. Les participants comprenaient des hommes et des femmes, des adolescents et des jeunes membres de la communauté, des représentants élus du gouvernement local, du personnel de terrain des départements de la santé et de la population, ainsi que des enseignants et d'autres personnes influentes de la communauté. Des plans d'action communautaires assortis d'indicateurs et de méthodes de mesure ont été créés en fonction des activités prioritaires du DMU. Les activités prévues comprenaient la sensibilisation de la communauté à la SRH en situation de crise et la discussion du rôle de la communauté dans la RRC ; la cartographie et l'information de la communauté sur les mécanismes de référence pour les soins obstétriques d'urgence et les soins aux survivants de violences sexuelles ; l'établissement de plans de naissance pour chaque femme enceinte et la fourniture aux femmes de boîtes permettant de collecter des petites économies à utiliser au moment de l'accouchement afin de réduire les retards en matière de recherche de soins dans les établissements de santé pour des raisons économiques ou logistiques ; planifier la fourniture de trousseaux d'accouchement propres à toutes les femmes enceintes en constituant des stocks de fournitures ; compiler et partager avec les hôpitaux locaux des informations sur les listes de donneurs de sang ; faciliter la disponibilité des contraceptifs et des moyens de contraception d'urgence par la distribution directe et l'orientation vers des méthodes à longue durée d'action ; sensibiliser aux IST et au VIH ; et améliorer la disponibilité des préservatifs dans les communautés avant les situations d'urgence.

Rahnuma-FPAP a préconisé l'intégration de la SSR et du genre dans les politiques de gestion des risques de catastrophes, les procédures opératoires normalisées et les outils d'évaluation de la RRC avec un large éventail d'acteurs gouvernementaux : parlementaires, agences de GRC (nationales, provinciales et de district), le NHEPRN et les ministères de la Santé, du Bien-être de la population et de la Protection sociale. Elle a également travaillé avec le Groupe de travail sur la violence liée au sexe, le FNUAP, l'OMS et des ONG internationales et locales dans les groupes de travail sur la SR.

Produits du projet

Rahnuma-FPAP a sensibilisé plus de 20 membres du parlement et décideurs politiques au DMU et a formé plus de 300 membres de la communauté. Les formations ont touché les représentants locaux du gouvernement en matière de santé et d'aide sociale, les prestataires de services de santé, les premiers intervenants connus sous le nom de Rescue 1122, les agents de santé féminins et les accoucheuses traditionnelles. Les événements de sensibilisation ont touché 700 membres de la communauté : filles, garçons,

femmes (y compris les belles-mères), hommes, jeunes, activistes, propriétaires de magasins, enseignants, étudiants et transporteurs communautaires. Les formations du personnel de santé communautaire et les sessions de sensibilisation de la communauté comprenaient des tests avant et après sur les connaissances en matière de RRC et sur les besoins et actions prioritaires en matière de SSR, avec une augmentation moyenne de 60 à 70 % des connaissances.

Résultats du projets

Alors que les plans d'action communautaires font actuellement l'objet d'une évaluation finale au cours de la cinquième année du projet pilote, les résultats préliminaires montrent que les efforts de préparation des communautés renforcent leur résilience et améliorent même la situation en matière de SSR et de genre en période de stabilité. Par exemple, les membres de la communauté ont créé des groupes et se sont portés volontaires pour aider le personnel de santé communautaire à répondre aux priorités en matière de SSR et d'égalité des sexes.

Une liste de groupes de donneurs de sang a été utilisée dans au moins deux situations d'urgence, et une nouvelle liste locale de transport d'urgence a été activée pour une femme souffrant de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Voici d'autres succès et défis partagés par les représentants des conseils syndicaux et des communautés qui ont participé à un atelier de suivi de projet à Islamabad en août 2019.

Succès

- Les membres de la communauté savent où se rendre pour se mettre en sécurité en cas d'inondation, par exemple dans des camps de secours désignés.
- Des lignes d'assistance téléphonique ont été mises en place.
- 200 trousseaux d'accouchement propres ont été prépositionnés dans chacun des six sites des conseils communautaires/syndicaux.
- Des systèmes d'aiguillage des communautés vers les établissements de santé ont été mis en place ou renforcés.
- L'adoption de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action et de méthodes à court terme a augmenté.
- Des listes de volontaires pour le regroupement des donneurs de sang ont été établies dans chacun des six sites.
- Les agents de santé féminins et les travailleurs de proximité du pays de Rahnuma tiennent désormais des registres des femmes enceintes.
- Des groupes de soutien composés de belles-mères et d'hommes ont été formés ; ils ont organisé des séances communautaires à domicile, ce qui a permis à la communauté de s'approprier le projet.
- Des forums de santé de district axés sur la SSR ont été mis en place avec l'Agence de gestion des catastrophes du district et les organisations locales dans les trois districts.
- Des champions de la préparation en matière de SSR et de genre ont été identifiés, notamment des parlementaires et des membres de Rescue 1122.

Défis

- Les sensibilités culturelles autour de la SSR et du VIH/IST, et la nécessité d'utiliser un langage tel que « santé familiale ». Les jeunes ont déclaré avoir parlé avec leurs groupes de pairs pour éliminer la stigmatisation associée aux IST et au VIH. Des sensibilités ont également été notées en ce qui concerne la distribution des préservatifs, et les commerçants locaux et les maisons communautaires pour les invités ont été identifiés comme des sites pour la distribution gratuite de préservatifs en cas de catastrophe.
- Les transferts fréquents de responsables de la formation du secteur public.
- Nombre limité de trousse d'accouchement, ce qui a suscité une discussion de suivi sur la production locale et les projets d'achat de trousse supplémentaires auprès du FNUAP.
- Pénurie de trousse de prophylaxie post-exposition (PPE), ce qui a suscité un suivi avec le NHEPRN, l'OMS et le FNUAP.
- Des lacunes dans le soutien aux abris et l'aide juridique aux survivants de la violence sexuelle.
- Nombre élevé de mariages d'enfants et de mariages forcés précoces.
- Des lacunes dans le matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC), ce qui a donné lieu à des discussions de suivi sur la disponibilité de matériel IEC universel et adaptable pour le DMU.

Conclusion

Les leçons tirées du projet pakistanais seront reflétées dans la prochaine édition du programme d'études sur la SSR et la RRC, qui est en cours de préparation par le consortium ACCESS (Approches dans des environnements complexes et difficiles pour des droits durables en matière de santé sexuelle et reproductive). La révision mettra davantage l'accent sur le renforcement des capacités communautaires et permettra de mieux prendre en compte l'inclusion des populations marginalisées et mal desservies. Le consortium examine également des approches évolutives et fondées sur des données probantes pour mobiliser les populations marginalisées et mal desservies dans les contextes de développement humanitaire du Liban, du Mozambique, du Népal et de l'Ouganda.

Cette initiative de préparation des communautés en matière de SSR et de genre au Pakistan soutient les développements politiques mondiaux — y compris le cadre Sendai — qui reconnaissent la nécessité de permettre collectivement aux communautés locales de réduire les risques et les vulnérabilités en matière de SSR et de genre, et de renforcer la résilience des communautés en cas de catastrophes, de conflits et même de pandémies. Elle souligne également la nécessité de garantir du soutien des dirigeants aux niveaux local, régional et national. La préparation aux situations d'urgence et le rétablissement sont deux points d'entrée dans le continuum d'une situation d'urgence qui offrent la possibilité de renforcer la capacité locale à se préparer et à répondre aux situations d'urgence futures.¹⁰⁰

Recommandations

Les recommandations suivantes sont classées dans l'ordre des étapes de la préparation en matière de SSR : Initiation, évaluation et mise en œuvre.

- 1 Considérer la préparation en matière de DMU comme un élément clé** des efforts de renforcement de la résilience de la SSR et du système de santé, permettant une transition rapide vers le DMU pendant une urgence et un rétablissement plus rapide vers une SSR complète.
- 2 Utiliser le DMU et ses outils d'évaluation et de formation** pour la structuration, la surveillance et l'évaluation des efforts de préparation.
- 3 Entreprendre le travail de préparation en matière de SSR en tenant compte du contexte spécifique** : l'environnement opérationnel, les systèmes de santé et de gestion des catastrophes existants, le type de dangers et de risques rencontrés et les capacités existantes.
- 4 Mettre en place une préparation en matière de SSR basée sur les droits, centrée sur les personnes et inclusive** à tous les niveaux et dans toutes les activités, en reconnaissant l'importance du leadership et de la représentation de divers groupes et la nécessité d'adapter la préparation pour garantir que les services de SSR soient accessibles et de qualité pour tous, en particulier pour les plus marginalisés et les plus mal desservis.
- 5 Intégrer la SSR dans les politiques, stratégies et législations pertinentes en matière de GRC et/ou d'urgence sanitaire** aux niveaux national et infranational, et intégrer la GRC dans les politiques, stratégies et législations en matière de SSR.
- 6 Créer ou renforcer les organes de coordination** (tels que le groupe de travail ou le sous-groupe sur la SSR) pour faire progresser la préparation en matière de SSR, en réunissant la gestion des urgences et des catastrophes, la SSR et les autres parties prenantes concernées.

- 7 Constituer une main-d'œuvre formée et préparée pour la mise en œuvre du DMU** avec des systèmes dynamiques disponibles pour fournir les composantes complètes du DMU, quel que soit le type d'urgence.
- 8 Trouver un financement suffisant, approprié et souple** pour la planification et la mise en œuvre des actions de préparation par divers moyens : budgets nationaux et infranationaux de GRC et d'urgence sanitaire, fonds d'urgence ou de contingence, et donateurs extérieurs dans les secteurs du développement et de l'aide humanitaire.
- 9 Développer des mécanismes de communication et du matériel d'IEC** pour s'assurer que les communautés affectées reçoivent une communication précise, opportune et appropriée sur les soins et les risques en matière de SSR, et équiper les premiers intervenants pour renforcer les messages de communication.
- 10 Favoriser la résilience des chaînes d'approvisionnement** en élaborant des plans pour la continuité des opérations, en veillant à ce qu'une gamme complète de contraceptifs et de fournitures de santé reproductive soit priorisée et prépositionnée comme il convient.
- 11 Reconnaître le rôle des groupes communautaires, de leurs dirigeants et de leurs réseaux, des autorités locales, du personnel de santé et de la société civile en tant qu'intervenants de première ligne.** Investir du temps et des ressources pour renforcer la préparation sanitaire au niveau communautaire en encourageant la collaboration et les partenariats, en mettant en place des mécanismes communautaires et en renforçant les organes de coordination pour développer les capacités et les opérations au niveau communautaire. Utiliser des plans d'action conjoints avant les situations d'urgence afin de s'assurer qu'ils sont mieux équipés pour contribuer aux efforts de préparation, de réponse et de rétablissement.
- 12 Renforcer la collecte et la gestion des données relatives à la SSR** — y compris les données ventilées par sexe, par âge et par handicap — afin de faciliter les efforts de préparation et le suivi et l'évaluation des efforts d'intervention.
- 13 Mettre en place des systèmes de suivi, d'évaluation et de partage des connaissances** sur les activités de préparation en matière de SSR et sur la manière dont elles affectent la réponse.

Ressources

Les ressources suivantes sont recommandées pour la préparation en matière de SSR et comprennent :

- Outils pour l'évaluation de l'état de préparation en matière de SSR et élaborer des plans d'action
- Cadres, notes et directives en matière de préparation/SSR
- Outils pour soutenir la préparation des infrastructures sanitaires, des fournitures et de la logistique
- Supports de formation sur le DMU
- Orientations opérationnelles pertinentes pour une mise en œuvre inclusive du DMU
- Matériel de formation à la prestation de services de SSR
- Orientations en matière d'inclusion

Outils pour l'évaluation de l'état de préparation en matière de SSR et élaborer des plans d'action

IPPF/FP2020. 2020. Évaluation de l'état de préparation au DMU (MRA). L'évaluation de l'état de préparation au DMU (MRA) rassemble les acteurs du gouvernement, des Nations Unies, de la société civile et du secteur privé pour évaluer l'état de préparation de leur pays à la mise en œuvre du DMU en cas d'urgence. L'évaluation décrit un processus permettant d'identifier et de classer par ordre de priorité les domaines sur lesquels il faut travailler pendant la préparation afin d'améliorer la capacité à mettre en œuvre le DMU pendant l'intervention. [L'évaluation peut être utilisée aux niveaux national et infranational pour élaborer des plans d'action.](#)

Consortium ACCESS. 2020. Outils d'évaluation des besoins en capacités communautaires (CCNA).

(actuellement sous forme de projet) Les outils d'évaluation des besoins en capacités communautaires comprennent quatre outils à utiliser au niveau communautaire pour évaluer les atouts et les besoins de la communauté en matière de préparation au DMU. Ces outils comprennent : deux outils d'information clés pour les décideurs et les

prestataires de soins de santé, accompagnés d'une évaluation des établissements de santé, et deux outils de discussion de groupe pour les agents de santé communautaires et les membres de la communauté.

WRC/FNUAP. 2015. Trousse du facilitateur : État de préparation communautaire en matière de santé reproductive et de genre. (en cours d'actualisation)

En 2015, la WRC et le FNUAP ont élaboré un guide de l'animateur pour le renforcement de la résilience des communautés en vue de la préparation, testé aux Philippines, en Irak et au Pakistan. Une révision actualisée intégrant les leçons identifiées et la préparation à la pandémie a été entreprise au milieu de l'année 2020.

IAWG Calculateur du DMU. Le calculateur du DMU est une feuille de calcul qui peut être utilisée pour déterminer les données démographiques d'une communauté affectée et calculer ses besoins en matière de SSR, en produisant des estimations qui peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer, de collecte de fonds et de programmes.

Cadres, notes et directives en matière de préparation/SSR

UNDRR. 2015. Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes (2015-2030). Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes est un cadre fondamental pour la réduction et la gestion des risques de catastrophes et comprend la préparation aux situations d'urgence. Le cadre définit quatre domaines prioritaires, la SSR étant incluse dans la priorité n° 3 en tant que service de santé essentiel. Tous les domaines prioritaires s'inscrivent dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence, la priorité n° 4 étant axée sur l'amélioration de la préparation pour une réponse plus forte. Bien qu'il ne soit pas spécifique à la SSR/santé, le document intitulé « Améliorer la préparation aux catastrophes pour une réponse efficace » : Words in Action (2020) traite de la

mise en œuvre de la préparation à la réponse.

OMS. 2019. Cadre de gestion des risques de catastrophes en cas d'urgence sanitaire (Health-EDRM).

Ce cadre a été élaboré par l'OMS pour aider les acteurs au niveau des pays et illustre les principes, les éléments clés et les fonctions permettant d'assurer la préparation aux urgences sanitaires. La SSR est répertoriée comme un service essentiel sous la rubrique « Services de santé et autres services ». Il existe également le [glossaire de l'OMS sur la terminologie de la gestion des risques d'urgence sanitaire et de catastrophe.](#)

IAWG 2020. Intégration de la santé sexuelle et

reproductive dans la gestion des risques sanitaires en cas d'urgence et de catastrophe : Document de politique générale. *(actuellement sous forme de projet)*

Ce document de politique générale souligne l'importance de la SSR dans la gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et propose des recommandations et les prochaines étapes de la préparation en matière de SSR. Cette note est une version mise à jour de la publication de l'OMS de 2012 intitulée Intégration de la santé sexuelle et reproductive dans la gestion des risques sanitaires en cas d'urgence et de catastrophe.

IAWG 2020. Gestion des risques de catastrophes pour la santé : Santé sexuelle et reproductive : Fiche d'information. *(actuellement sous forme de projet)*

Cette fiche d'information souligne l'importance des soins de SSR dans les situations d'urgence et décrit toutes les composantes essentielles de la SSR pour la gestion des risques de catastrophes et la préparation aux situations d'urgence. Cette fiche d'information est une version mise à jour du document de l'OMS de 2011 intitulé Gestion des risques de catastrophes pour la santé : santé sexuelle et reproductive.

IASC. 2020. Guide de préparation aux interventions d'urgence (PIU). *(en cours d'actualisation)*

Le document PIU du CPIO est un guide destiné aux acteurs humanitaires internationaux dans différents pays pour évaluer les niveaux de risque des dangers et élaborer une préparation minimale multirisque ou une planification d'urgence étape par étape pour un danger prévu (qui peut inclure l'approche RAPID). La PIU n'est pas spécifique à un secteur. Bien qu'elle ne

cible pas les acteurs nationaux et qu'elle ne soit pas axée sur la santé ou la SSR, elle peut constituer une excellente ressource pour les acteurs de la GRC dans les pays et pour les acteurs de la SSR qui s'engagent davantage dans le paysage plus large de la préparation et qui développent des systèmes nationaux de préparation. Ce guide est une version actualisée de la version de 2015 destinée à être testée sur le terrain, le guide de préparation aux interventions d'urgence du CPIO.

FICR. Droit et préparation et réponse aux catastrophes.

Cette ressource en ligne comprend des liens vers le Manuel sur le droit et la réduction des risques de catastrophes et la Liste de contrôle du droit de la préparation et de la réponse aux catastrophes qui peuvent aider l'utilisateur à évaluer les lois et intégrer le DMU pour garantir l'inclusion dans la réponse.

OMS. Mars 2020. Guide sur la communication des risques et le plan d'action pour l'engagement communautaire : Préparation et riposte à COVID-19.

Bien qu'il soit orienté vers la COVID-19, ce guide est une ressource utile pour développer une stratégie de communication des risques efficace et appropriée dans toute intervention d'urgence.

ONU Femmes. 2012. Alerte précoce sensible au genre : Aperçu et guide pratique.

Le présent guide décrit le processus de sélection d'indicateurs sexospécifiques pour les systèmes d'alerte précoce communautaires et la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des mécanismes d'alerte précoce en étroite collaboration avec les femmes leaders et les groupes de femmes.

Outils pour soutenir la préparation des infrastructures sanitaires, des fournitures et de la logistique

OPS. 2010. Outil d'auto-évaluation du secteur de la santé pour la réduction des risques de catastrophes.

Cet outil aide les utilisateurs à identifier les priorités pour le travail de réduction des risques et de gestion des catastrophes du système de santé au niveau national aux fins de l'atténuation des risques et de la préparation aux situations d'urgence. Il comprend un outil de suivi et peut être adapté à divers contextes.

IAWG 2019. Renforcement des chaînes d'approvisionnement pour la santé sexuelle et reproductive.

Cette note d'information sur l'importance de la collaboration identifie les points d'entrée et appelle à l'action pour investir dans deux points de transition critiques le long du continuum humanitaire-développement : la préparation avant la crise et la transition après les urgences aiguës vers des chaînes d'approvisionnement plus stables.

John Snow, Inc. 2019. Manuel du responsable de la chaîne d'approvisionnement: Un guide pratique pour la gestion des produits de santé. Chapitre sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les soins de santé dans les contextes d'intervention humanitaire. Le présent

guide constitue un point de départ pour tous ceux qui souhaitent apprendre les principes et concepts clés de la gestion de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé. Les concepts décrits dans ce manuel aideront les personnes chargées d'améliorer, de réviser, de concevoir et d'exploiter une chaîne d'approvisionnement. Le chapitre sur les contextes d'intervention humanitaire traite de la manière de gérer les risques qui pèsent sur les performances de la chaîne d'approvisionnement.

FNUAP Outil de prévision des trousse de santé reproductive interorganisations (IARH) pour le pays.

L'outil de prévision de l'IARH du pays est un outil de planification basé sur Excel pour la prévision des trousse IARH au niveau du pays. Il estime le nombre de trousse IARH nécessaires pour la phase aiguë (3 premiers mois) d'une crise humanitaire jusqu'à un maximum de 9 mois. L'outil fournit également un tableau de bord de plaidoyer pour aider à mobiliser des ressources pour les services et les fournitures pendant une urgence.

Chaîne d'approvisionnement mondiale en santé de l'USAID. 2018. Meilleures pratiques en matière de préparation de la chaîne d'approvisionnement pour les

urgences de santé publique. Ce document compile les meilleures pratiques en matière de préparation de la chaîne d'approvisionnement en cas d'urgence afin d'aider les pays

à répondre rapidement et efficacement aux menaces d'épidémie et de pandémie. En prévoyant une série de scénarios possibles et en définissant le rôle des parties prenantes, les pays peuvent atténuer l'impact de ces défis.

Supports de formation sur le DMU

WRC/IAWG. 2018. Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise : Un module d'enseignement à distance. Le module d'apprentissage à distance (MAD) du DMU est basé sur la révision de 2018 du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire du Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive (SR) en situation de crise, « Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence », et permet à l'utilisateur de lire chaque unité, de compléter les activités d'apprentissage en ligne, de tester ses connaissances à l'aide de questionnaires d'unité et d'obtenir un certificat dans le cadre du DMU.

IPPF/IAWG. 2019. Formation sur le DMU pour les décideurs, les gestionnaires de programmes et les prestataires de services. Cette formation en face à face est basée sur la révision de 2018 du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire du Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive (SR) en situation de crise,

« Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence », et des ressources connexes, y compris les précédents modules de formation SPRINT. Il y a trois modules au total qui s'adressent à différents publics au niveau national : les décideurs politiques, les responsables de programmes et les prestataires de services. Chaque module comprend un manuel de l'animateur, des exercices pratiques/documents à distribuer, ainsi qu'un jeu de diapositives. Leur durée varie de un à quatre jours. Ils sont destinés à compléter le module d'apprentissage à distance et à permettre aux acteurs du domaine de la SSR et de la gestion des catastrophes de se familiariser avec le DMU.

IAWG Feuille de plaidoyer du DMU et aide-mémoire du DMU. (*en cours d'actualisation*) La feuille de plaidoyer du DMU offre une liste sélective de points de plaidoyer sur la nature vitale de la SSR et son importance. L'aide-mémoire du DMU résume les objectifs du DMU. Ces deux outils sont utiles pour le plaidoyer, la collecte de fonds, la formation et la programmation et se trouvent sur le site internet de l'IAWG, aux côtés d'autres ressources du DMU.

Orientations opérationnelles pertinentes pour la mise en œuvre du DMU

IAWG 2018. Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire

Le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM) est le guide qui fait autorité en matière de SSR dans les situations humanitaires. Il comprend un chapitre sur le DMU, un ensemble d'activités prioritaires à mettre en œuvre dès le début d'une urgence (dans les 48 heures) et jusqu'à 3 à 6 mois ou jusqu'à ce qu'il soit possible de passer à une SSR complète. La préparation est mentionnée tout au long du document, avec des actions spécifiques de préparation décrites dans les chapitres sur la violence liée au sexe, la logistique et le VIH.

IAWG 2020. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire. (*En cours d'actualisation*) Ce guide accompagne l'IAFM sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents (SSRA) et comprend des actions de préparation à la SSRA dans les domaines suivants : coordination, évaluation et suivi, services de SSRA dans les établissements, services de SSRA communautaires, protection et droits de l'homme, information, éducation, communication. Cette boîte à outils est basée sur la [boîte à outils 2009 du FNUAP/Save the Children sur la santé](#)

[sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire.](#)

IAWG 2016. Modèles d'information, d'éducation et de communication (IEC) universels et adaptables sur le DMU. L'IAWG a développé des modèles d'IEC pour assurer une communication claire avec les communautés sur l'importance de la recherche de soins, où et comment rechercher des soins, et quels services sont disponibles.

IASC (Comité permanent interorganisations). 2015. Lignes directrices pour les interventions contre la violence liée au sexe en situations de crise humanitaire. Les Lignes directrices du CPIO sur la violence liée au sexe offrent aux acteurs humanitaires et aux communautés affectées des conseils pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les activités de prévention et de réponse à la violence liée au sexe par secteur. L'accent est également mis sur l'inclusion des groupes marginalisés.

IASC 2005. Lignes directrices pour les interventions en matière de VIH/SIDA dans les situations d'urgence. Ces lignes directrices passent en revue les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les contextes humanitaires et incluent des actions de préparation dans l'introduction et dans une matrice décrivant différents domaines

thématiques.

Save the Children/UNICEF. 2018. Santé des nouveau-nés en situations de crise humanitaire : Guide de terrain. Ce document d'accompagnement de l'IAFM fournit des informations concernant spécifiquement les soins aux nouveau-nés pendant la période néonatale (jours 0-28).

FP2020. 2020. Pratiques à haut impact dans la Planification Familiale (PHIs) La Planification familiale dans les milieux humanitaires : Un guide de planification stratégique. Ce document guide les décideurs nationaux et infranationaux à travers un processus stratégique visant à identifier les actions qui améliorent l'accès à la planification familiale dans les lieux à risque, en pleine crise et ceux sortant d'une crise. Il comprend quelques conseils sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

OMS. Partage des tâches pour améliorer l'accès à la PF/contraception. Cette note résumée décrit les possibilités de partage des tâches dans les services de PF, identifie les cadres de prestataires de soins de santé qui peuvent fournir différentes méthodes de contraception et propose des recommandations pour la mise en œuvre d'initiatives de partage des tâches.

OMS. 2019. Ligne directrice consolidée de l'OMS sur les interventions d'autosoins pour la santé : santé et droits sexuels et reproductifs. Ce manuel partage les orientations de certaines composantes de la SSR sur les possibilités d'interventions d'autosoins, y compris certains services de santé maternelle, néonatale et infantile (MNCH), la contraception et la prévention des avortements dangereux, le VIH/IST et la promotion de la santé sexuelle.

IPAS. 2018. Changement de l'attitude face à l'avortement : Boîte à outils de clarification des valeurs pour les professionnels de l'humanitaire. Cette boîte à outils est destinée aux travailleurs humanitaires et à leurs collègues pour explorer et évaluer les attitudes envers l'avortement afin d'améliorer l'accès pour répondre aux besoins liés à l'avortement et combler

les lacunes dans la prestation de services, dans la pleine mesure de la loi, dans les contextes humanitaires.

OMS/FNUAP/HCRNU. 2020. Gestion clinique des survivants de viols et de violences commises par des partenaires intimes : Élaboration de protocoles à utiliser dans les contextes humanitaires. Ce guide est destiné aux prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent élaborer des protocoles dans les situations d'urgence pour la prise en charge clinique des survivants de viols et de violences commises par un partenaire intime. Les orientations comprennent des considérations telles que les ressources, les fournitures et la logistique, ainsi que les politiques nationales, et le matériel peut être utilisé pour élaborer des formations pour les prestataires.

IRC/UCLA. 2014. Outil de formation multimédia sur les soins cliniques aux survivants d'agressions sexuelles. *(en cours d'actualisation)* Cet outil de formation en ligne est conçu pour les travailleurs de la santé afin de fournir des soins cliniques de qualité aux survivants d'agressions sexuelles dans les milieux à faibles ressources.

IRC/UNICEF. 2012. Prendre soin des enfants survivants d'abus sexuels : Lignes directrices pour les prestataires de services de santé et psychosociaux dans les contextes humanitaires. Ce document d'orientation est destiné à prendre soin des enfants et des familles touchés par les abus sexuels sur enfants dans des contextes de crise humanitaire et peut éclairer le travail de collaboration entre les secteurs de la SSR et de la protection.

BCAH. Protection contre l'exploitation et les abus sexuels (PEAS). Ce site contient un certain nombre de ressources, y compris le résumé des bonnes pratiques de l'IASC en matière de PEAS, la stratégie de l'IASC en matière de PSEA et d'autres déclarations et approches. Celles-ci peuvent être de bonnes ressources pendant la période critique de l'élaboration des politiques, de la formation du personnel et du développement de mécanismes de responsabilisation, y compris de solides mécanismes de plainte.

Matériel de formation à la prestation de services de SSR

IAWG. Initiative de partenariat de formation de l'IAWG Formations de recyclage sur la sensibilisation clinique en SSR et autres ressources de formation. En réponse à un besoin croissant de formations de recyclage cliniques au DMU dans des contextes à risque, l'IAWG a lancé l'Initiative de partenariat de formation (IPF) en 2006 pour développer et diffuser une série de modules de formations de recyclage sur la sensibilisation clinique en SSR (S-CORT) sur certains composants cliniques du DMU pour un public de prestataires cliniques formés. Pour soutenir la

planification précoce d'une réponse pour des services complets de SSR après la mise en œuvre du DMU, l'IPF de l'IAWG, le Groupe Santé mondiale de l'OMS et les membres et partenaires de l'IAWG ont développé une boîte à outils pour guider un atelier participatif avec les principales parties prenantes et pour développer des plans de travail pour faciliter l'expansion des services de SSR. Les modules S-CORT et la boîte à outils Transition du DMU à la SSR complète ont été testés sur le terrain dans des situations de crise.

Orientations en matière d'inclusion

IASC 2019. Lignes directrices : Inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire. Les lignes directrices décrivent les actions que les travailleurs humanitaires doivent prendre pour atteindre et impliquer les personnes handicapées dans l'action humanitaire, y compris lors de l'identification des besoins et de la fourniture de services. Les lignes directrices comprennent des actions spécifiques à entreprendre pendant la préparation pour assurer l'inclusion et la fourniture de services appropriés pour la communauté diversifiée de personnes handicapées.

WRC. 2015. Boîte à outils « I See That It Is Possible » (Je vois que c'est possible) sur le handicap de la violence basée sur le sexe.. Cette boîte à outils permet aux praticiens de la lutte contre la violence liée au sexe de s'adapter à leur contexte et à leurs programmes particuliers et de l'intégrer dans les outils de lutte contre la violence liée au sexe. Le but de cet ensemble d'outils est de former le personnel de lutte contre la violence liée au sexe et d'utiliser des outils qualitatifs pour impliquer de manière réfléchie et appropriée la communauté des personnes handicapées dans la programmation de la lutte contre la violence liée au sexe.

Women Enabled International/FNUAP 2018. Femmes et jeunes handicapés : Lignes directrices pour la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre pour lutter contre la violence liée au sexe et la santé et les droits sexuels et reproductifs. Ces lignes directrices et outils sont destinés aux professionnels de l'humanitaire afin de permettre aux programmes de lutte contre la violence liée au sexe et de SSR d'être inclusifs et adaptés à la diversité des femmes et des filles handicapées.

OMS/CBM/UNISDR/UNICEF/FICR/OIM. 2013. Note d'orientation d'inclusion sur le handicap et la gestion des risques d'urgence pour la santé. Cette note d'orientation souligne l'importance de la programmation pour le handicap et l'accès à toutes les étapes de la gestion des risques d'urgence, couvrant les composantes de l'EDRM telles que les politiques, la coordination, les fournitures et la prestation de services, et comprenant une liste de contrôle utile pour la gestion des risques d'invalidité et d'urgence : Liste de contrôle des actions minimales requises par le secteur de la santé.

UNSDRR. 2020. Les mots en action : Impliquer les enfants et les jeunes dans la réduction des risques de catastrophe et le renforcement de la résilience. Ce document fait partie d'une série de lignes directrices pour améliorer la RRC. Cette note est axée sur la participation des enfants et des jeunes et sur leur centrage dans le travail de RRC. Une attention particulière est accordée à l'inclusion des enfants et des jeunes dans toute leur diversité et à garantir l'accès aux soins pour la SSR, y compris les besoins liés à la violence liée au sexe.

FICR 2020. Protection et inclusion : L'importance de la législation et de la politique en matière de catastrophe. Cette fiche d'information propose des recommandations pour garantir que les lois et politiques de gestion des catastrophes traitent de la protection et de l'inclusion des populations marginalisées.

FICR Normes minimales de protection, de genre et d'inclusion dans les situations d'urgence. Ce document d'orientation propose des étapes pour intégrer la protection, le genre et l'inclusion dans tous les secteurs humanitaires, y compris la santé d'urgence.

Groupe consultatif humanitaire. 2018. Sortir les minorités sexuelles et de genre des difficultés. Cette orientation est une réfutation de tout évitement de l'inclusion ou de la fourniture de services pour les minorités sexuelles et de genre. Bien que non spécifique à la SSR, elle propose des recommandations pour impliquer et inclure les minorités sexuelles et de genre dans l'action humanitaire.

IPPF/APCOM/Asean SOGIE Caucus/UNWomen/AsiaPacific Transgender Network/Edge Effect. 2018. Fierté du système humanitaire : Rapport de consultation. Ce rapport est basé sur une consultation qui a eu lieu dans la région Asie-Pacifique sur la meilleure façon d'inclure et de suivre le leadership des personnes de diverses SOCIESC. Le rapport identifie les principaux obstacles à la participation et les principaux facilitateurs, et propose des outils et des recommandations pour un secteur humanitaire plus inclusif.

Women Deliver. 2020. Faire progresser la localisation transformative des genres. Ce rapport documente les principaux défis rencontrés par les organisations de la société civile dirigées par des femmes pour leur engagement, leur leadership et leur participation significatifs dans l'action humanitaire. Pour soutenir la localisation dans l'action humanitaire, ce rapport offre des recommandations aux donateurs, aux organisations internationales et aux OSC dirigées par des femmes.

Annexe

1. Remerciements
2. Informateurs clés
3. Réviseurs de la boîte à outils
4. Les acronymes
5. Références

ANNEXE 1

Remerciements

Cette boîte à outils a été élaborée grâce à la généreuse contribution de plus de 80 acteurs gouvernementaux, humanitaires et de développement du monde entier. Nous remercions en particulier les personnes dont la liste figure à l'annexe 2 de nous avoir permis de les interroger sur leurs expériences de mise en œuvre de divers aspects de la préparation en matière de SSR. Nous sommes également reconnaissants aux 35 experts en SSR et en gestion des urgences et des catastrophes (voir annexe 3) qui ont examiné la boîte à outils, d'autant plus qu'ils ont pris le temps de nous faire part de leurs commentaires réfléchis lors de la réponse à la pandémie de COVID-19. Ces professionnels dévoués ouvrent la voie aux autres acteurs pour qu'ils renforcent leurs propres systèmes de santé afin de pouvoir répondre de manière robuste à tous les types d'urgences et de satisfaire les besoins en matière de SSR des populations touchées.

La boîte à outils a été conçue et lancée par Jennifer Schlecht, qui a reconnu l'énorme potentiel des acteurs nationaux pour être mieux préparés à fournir un accès à des soins de SSR de qualité dans les situations d'urgence s'ils investissent du temps et des efforts dans la préparation.

Anna Myers, consultante de FP2020, a été l'auteur principal de la boîte à outils, avec une contribution substantielle de Keya Saha-Chaudhury (IPPF), Nesrine Talbi (consultante de l'IPPF) et Lorelei Goodyear (FP2020). Les fiches d'apprentissage ont été rédigées par Nesrine Talbi (consultante de l'IPPF), Nadia Olson (JSI), Anne Marie Hvid (JSI), Sandra Krause (Commission des femmes pour les réfugiés), et Dr. Anjum Akhter (Rahnuma-Association de planification familiale du Pakistan). Les équipes de rédaction et de production de la boîte à outils ont été dirigées par Lorelei Goodyear (FP2020). Nous tenons à remercier tout particulièrement la directrice exécutive de FP2020, Beth Schlachter, l'équipe de communication et l'équipe de soutien aux pays pour leurs conseils stratégiques sur la boîte à outils et pour avoir fait de la plateforme FP2020 un pont entre les acteurs du développement et de l'aide humanitaire aux niveaux national et mondial.

La boîte à outils a été conçue par Eighty2degrees et éditée par Suzanne Scoggins.

La boîte à outils a été développée avec le soutien financier du Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement.

ANNEXE 2

Informateurs clés interrogés pour la boîte à outils de préparation pour la SSR

| Nom | Organisme | Lieu |
|------------------------------|--|------------------|
| Adewole Adebola Adefa | JSI | Nigeria |
| Dr. Shilu Adhikari | FNUAP | Îles Salomon |
| Tauqueer Ahmad | Plan International Inde | Inde |
| Dr. Rasheed Ahmed | UNFPA Afghanistan | Pakistan |
| Dr. Anjum Akhter | Rahnuma-Family Planning Association of Pakistan | Pakistan |
| Raya Alchukr | FNUAP | États-Unis |
| Mohammad Anwar | CARE Afghanistan | Afghanistan |
| Dr. Alejo Aralar | Family Planning Association of Philippines | Philippines |
| Riznawaty Aryanty | FNUAP Indonésie | Indonésie |
| Halima Begum | Family Planning Association of Bangladesh | Bangladesh |
| Dr. Henia Dakkak | FNUAP | États-Unis |
| Akanisi Dawainavesi | IPPF | Pacifique |
| Dr. Robyn Drysdale | IPPF | Pacifique |
| Parfait Edah | Programme de la chaîne d'approvisionnement en santé mondiale – Gestion des achats et des approvisionnements (GHSC PSM) | Burkina Faso |
| Richie S Encillo | Ministère de la Santé, Philippines | Philippines |
| Mollie Fair | FNUAP Myanmar | MENA and Myanmar |
| Nimisha Goswami | IPPF | Asie du Sud |
| Dr. Viola Grace | FNUAP Philippines | Philippines |
| Alison Greer | le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise | États-Unis |
| Dima Hamasha | FNUAP | Jordanie |
| Naikmal Shah Hamdard | Afghan Family Guidance Association | Afghanistan |
| Chris Hamon | Ipas | États-Unis |
| Dr. Issoufou Harou | Ministère de la Santé et de la médecine traditionnelle, Niger | Niger |
| Dr. Rizwanullah Hassan | Ministère de la Santé Publique, Afghanistan | Afghanistan |
| Dr. Sheikh Md. Nazmul Hassan | CARE Bangladesh | Bangladesh |
| Ezizgeldi Hellenov | FNUAP Kenya | Kenya |
| Dr. Janitha Hettiarachchi | Bureau de la santé familiale, Sri Lanka | Sri Lanka |
| Ahmad Hidayat | Association indonésienne pour la planification familiale (PKBI) | Indonésie |
| Maria Hotslberg | ONU Femmes | Asie/Pacifique |

| | | |
|---|---|---|
| Brunilda Hylviu | Centre albanais pour la population et le développement | Albanie |
| Équipe de la chaîne d'approvisionnement de Jordanie | UNRWA | Syrie, Liban, Jordanie, Cisjordanie, Gaza |
| Bojan Jovanovski | HERA (Association pour l'éducation et la recherche en matière de santé) | Macédoine du Nord |
| Danielle Jurman | FNUAP | La Suisse |
| Meba Kagone | JSI | Burkina Faso |
| Anushka Kalyanpur | CARE ÉTATS-UNIS | États-Unis |
| Hari Karki | FNUAP Népal | Népal |
| Manju Karmacharya | UNFPA Bangladesh | Bangladesh |
| Sandra Krause | Women's Refugee Commission | États-Unis |
| Dr. Kyaw Wai Aung | FNUAP Myanmar | Myanmar |
| Achu Lordfred | FNUAP République démocratique du Congo | RD Congo |
| Dr. Om Maharjan | Family Planning Association of Népal | Népal |
| Dr. Nadeem Mahmood | Rahnuma-Family Planning Association of Pakistan | Pakistan |
| Dr. Nadeem Mahommod | Rahnuma-Family Planning Association of Pakistan | Pakistan |
| Chuda Mani | Unité de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes, Népal | Népal |
| Indah Nugraheni Mardhika | Ministère de la Santé, Indonésie | Indonésie |
| Chris Martin | CIS | États-Unis |
| Henriette Eke Mbula | FNUAP République démocratique du Congo | RD Congo |
| Lindsay McCormack | IPPF | Région de l'hémisphère occidental |
| Ian McKnight | IPPF | Région de l'hémisphère occidental |
| Branwen Millar | Bureau régional du FNUAP pour l'Asie et le Pacifique | Thaïlande |
| Mervis Patience Muvuringi | IMC | Soudan du Sud |
| Dr. Myint Moh Soe | Ministère de la santé et de la protection de, Myanmar | Myanmar |
| Jane Newnham | Consultant IPPF | Global |
| Dr. Yin Yin Htun Ngwe | FNUAP | Myanmar |
| Elizabeth Noznesky | CARE ÉTATS-UNIS | Bénin |
| Dr. May Chan Oo | Association de protection maternelle et infantile du Myanmar | Myanmar |
| Dr. Rina Rani Paul | CARE Bangladesh | Bangladesh |
| Sophie Pécourt | Consultant de l'IPPF, maintenant avec Humanité et inclusion | MENA, EECA et Haïti |

| | | |
|------------------------------|---|--------------|
| Naomi Printz | GHSC PSM (Chaîne d'approvisionnement mondiale – Gestion des achats et des approvisionnements) | Tanzanie |
| Abdul Qader Raza | UNFPA Afghanistan | Afghanistan |
| Sarah Rich | Commission des femmes pour les réfugiés | États-Unis |
| Keya Saha-Chaudhury | IPPF | Global |
| Nandy Senoc | Organisation du planning familial des Philippines (FPOP) | Philippines |
| Teymur Seyidov | FNUAP | Turquie |
| Syed Kamak Shah | Rahnuma-Family Planning Association of Pakistan | Pakistan |
| Elisabeth Adelina Sidabutar | FNUAP | Indonésie |
| Elisabeth Sidabutar | FNUAP Indonésie | Indonésie |
| Dr. Nurgul Smankulova | FNUAP Kirghizistan | Kirghizistan |
| Sarah Soysa | FNUAP Sri Lanka | Sri Lanka |
| Dr. Laurentiu Stan | RTI | Philippines |
| Julie Taft | IPPF | Global |
| Mihoko Tanabe | Consultant indépendant | États-Unis |
| Dr. Muhammad Tariq | GHSC PSM (Chaîne d'approvisionnement mondiale – Gestion des achats et des approvisionnements) | Pakistan |
| Isabella Thafvelin | Bureau régional du FNUAP pour l'Asie et le Pacifique | Thaïlande |
| Ralph Titus | GHSC PSM (Chaîne d'approvisionnement mondiale – Gestion des achats et des approvisionnements) | États-Unis |
| Dorina Tocaj | FNUAP Albanie | Albanie |
| John Wafula | FNUAP Kenya | Kenya |
| Wambui Waithaka | CIS | Kenya |
| Olivier Wane | Ministère de la Santé, Rwanda | Rwanda |
| Erin Wheeler | CIS | États-Unis |
| Dr. Novil Wijesekara | Division de la préparation et de l'intervention en cas de catastrophe, Ministère de la Santé, Sri Lanka | Sri Lanka |
| Netsy Woldesemait | GHSC PSM (Chaîne d'approvisionnement mondiale – Gestion des achats et des approvisionnements) | États-Unis |
| Dr. Harischandra Yakandawala | Association de planification familiale du Sri Lanka | Sri Lanka |

ANNEXE 3

Réviseurs de la boîte à outils

Jonathan Abrahams, OMS, Suisse

Noman Alaodi, CARE, Yémen

Raya Alchukr, FNUAP, États-Unis

Dr. Ihlas Altenci, CARE, Turquie Syrie
Réponse transfrontalière

Jason Bremner, FP2020, États-Unis

Dr. Joachim Chijide, FNUAP, Nigeria

Dr. Henia Dakkak, FNUAP, États-Unis

Manisha Dhakal, Blue Diamond Society, Népal

Dr. Alexander Dimiti, Ministère de la Santé, Soudan du Sud

Dr. Robyn Drysdale, IPPF région du Pacifique, Fidji

Gabrielle Emery, Bureau régional de la FICR Asie-Pacifique, Malaisie

Meghan Gallagher, Save, États-Unis

Carlos Gomez, PROFAMILIA, Colombie

Ezizgeldi Hellenov, FNUAP, Kenya

Rajat Khosla, OMS, Suisse

Dr. Grace Kodindo, Ministère de la Santé, Tchad

Cate Lane, FP2020, États-Unis

Kaleigh MacDaniels, Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis

M. Robinson Mbu, Ministère de la Santé publique, Cameroun

Dr. Luna Marion Mehrain, DAI, Global Health

Patience Ennilece Mgoli Mwale, CARE, Malawi

Naomi Navoce, Forum pacifique des personnes handicapées, Fidji

Elizabeth Noznesky, CARE, Bénin

Runjini Raman, Bureau régional Pacifique de la FICR, Thaïlande

Sophie Pécourt, Humanité et inclusion, France

Carolina Posada, IPPF
Région de l'hémisphère occidentale, New York

Stenly Sajow, Bureau régional du FNUAP pour l'Asie et le Pacifique, Thaïlande

Beth Schlachter, FP2020, États-Unis

Lydia Schmeltzer, Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis

Dr. Naikmal Shah, Association afghane d'orientation familiale (IPPF), Afghanistan

Patricia Sheerattan-Bisnauth, Association de planification familiale des Caraïbes, Antigua-et-Barbuda

Kirsten Sherk, FP2020, États-Unis

Elisabeth Sidabutar, FNUAP, Indonésie

Sainimili Tawake, Forum pacifique des personnes handicapées, Fidji

Leda Tyrrel, Croix-Rouge australienne, Australie

ANNEXE 4

Les acronymes

| | | | |
|---------------|--|----------------|--|
| SSRA | Santé sexuelle et reproductive des adolescents | ONGI | Organisation non gouvernementale internationale |
| OBC | Organisation à base communautaire | IPPF | Fédération internationale pour la planification familiale |
| PCO | Plan de continuité des opérations | JSI | John Snow, Inc. |
| GIC | Gestion des interventions en cas de catastrophe | LGBTQI | Lesbienne, gay, bisexuel, transsexuel, altersexuel et intersexuel |
| RRC | Réduction des risques de catastrophes | DMU | Dispositif minimum d'urgence |
| EEAC | Europe de l'Est et Asie centrale | MS | Ministère de la Santé |
| PF | Planification familiale | ONG | organisation non gouvernementale |
| FP2020 | Family Planning 2020 | SR | Santé reproductive |
| VBG | Violence basée sur le genre | SADD+ | Données ventilées par sexe et par âge |
| HEDRM | Gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophes | GCA | Gestion de la chaîne d'approvisionnement |
| IAFM | Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (2018) | SOGIESC | Orientation sexuelle, identité et expression de genre, et caractéristiques sexuelles |
| IARH | Trousses de santé reproductive interorganisations | PON | Procédures opératoires normalisées |
| CPIO | Comité permanent interorganisations | SSR | Santé sexuelle et reproductive |
| IAWG | Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise | TdR | Termes de référence |
| CIPD | Conférence internationale sur la population et le développement | FdF | Formation des formateurs |
| TIC | Technologies de l'information et de la communication | FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la population |
| IEC | Information, Éducation, et Communications | OMS | Organisation mondiale de la santé |
| FICR | Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge | WRC | Commission des femmes pour les réfugiés |

ANNEXE 5

Références

- 1 Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), *Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994, édition du 20e anniversaire* (New York : FNUAP, 2014) .
- 2 Organisation mondiale de la santé (OMS), « Glossaire des termes » (projet, 2019), courriel.
- 3 Comité permanent interorganisations (CPIO), « À propos du grand compromis », consulté le 3 juin 2020, <https://interagencystandingcommittee.org/about-the-grand-bargain>.
- 4 Lutheran World Relief et IMA World Health, « Les prévisions d'alerte précoc 2019— Conflits et climat : les moteurs des catastrophe », janvier 2019, <https://reliefweb.int/report/world/2019-early-warning-forecast-conflict-climate-drivers-disaster>.
- 5 Michael Igoe, « La Banque mondiale à la recherche de nouvelles options dans les États fragiles et en conflit », Devex, 11 avril 2019, <https://www.devex.com/news/world-bank-looking-for-new-options-in-fragile-and-conflict-states-94688>.
- 6 Bureau des Nations unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), *Global Humanitarian Overview 2020* (Genève : OCHA, 2019), consulté le 09/15/20, https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO-2020_v9.1.pdf.
- 7 Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), « Note d'information : préparation aux catastrophes », juin 2013, <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/issue-brief--disaster-preparedness.html>.
- 8 Centre de suivi des déplacements internes (IDMC), « Rapport global sur les déplacements internes en 2018 », consulté le 3 juin 2020, <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2018/>.
- 9 Comité directeur conjoint pour faire progresser la collaboration en matière d'aide humanitaire et de développement (JSC), « Le nouveau mode de travail », consulté le 3 juin 2020, <https://www.un.org/jsc/content/new-way-working>.
- 10 Aon, *Aperçu de la météo, du climat et des catastrophes— Rapport annuel 2019* (Chicago : Aon, 2020).
- 11 BCAF, *Vue d'ensemble de la situation humanitaire mondiale 2020*.
- 12 Comité permanent interorganisations (CPIO), *Retour sur investissement dans la préparation aux situations d'urgence* (Genève : IASC, 2017).
- 13 Action contre la faim et al., « Les droits des femmes et des filles et l'agence dans l'action humanitaire : une priorité pour sauver des vies », avril 2019, <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/women-s-and-girls-rights-and-agency-in-humanitarian-action/>.
- 14 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), *Engagements de la stratégie mondiale Every Woman Every Child pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (2016-2030) : Engagements en faveur de l'aide humanitaire et des situations de fragilité, 2015-2017* (Genève : PMNCH, 2018).
- 15 Shirin Heidari, Monica A. Onyango, et Sarah Chynoweth, « Santé et droits sexuels et reproductifs dans les crises humanitaires à la CIPD25+ et au-delà : consolider les acquis pour assurer l'accès aux services pour tous », *Sexual and Reproductive Health Matters* 27, n° 1 (décembre 2019) : 343-345, <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1676513>.
- 16 Eric Neumayer et Thomas Plümper, « La nature sexospécifique des catastrophes naturelles : L'impact des événements catastrophiques sur l'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie, 1981-2002 », *Annals of the Association of American Geographers* 97, n° 3 (2007) : 551-566, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x>.
- 17 Alexander Vu et al., « La prévalence de la violence sexuelle chez les femmes réfugiées dans les situations d'urgence humanitaire complexes : examen systématique et méta-analyse », *PLoS Currents Disasters* (18 mars 2014, édition 1), <https://doi.org/10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7>.
- 18 Global Women's Institute de l'université George Washington, l'International Rescue Committee et CARE International UK, *Nul n'est en sécurité : Une vie de violence pour les femmes et les filles touchées par le conflit au Sud-Soudan* (Washington, DC : Université George Washington, 2017).
- 19 FNUAP, *Programme d'action*.
- 20 Sully EA et al., *Bilan : investir dans la santé sexuelle et reproductive 2019*, New York : Institut Guttmacher, 2020, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>.
- 21 Sneha Barot, « En situation de crise : Répondre aux besoins des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire », *Guttmacher Policy Review* 20 (2017) : 24-30, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr2002417_1.pdf.
- 22 BCHA ONU, Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires : critères pouvant sauver des vies, 2010. https://cerf.un.org/sites/default/files/resources/FINAL_Life-Saving_Criteria_26_Jan_2010__E_0.pdf
- 23 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAWG), *Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018* (New York : IAWG, 2019)
- 24 Barot, « Dans un état de crise. »

- 25 Mihoko Tanabe, *Renforcer la résilience nationale en matière de santé sexuelle et reproductiv : Tirer les leçons des expériences actuelles* (New York : Women's Refugee Commission, 2016).
- 26 OMS, « Quels sont les services de santé intégrés axés sur les personnes? », consulté le 3 juin 2020, <https://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centered-care/ipchs-what/en/>.
- 27 Gillian McKay et al., *Tout saignement n'est pas Ebola : Quel a été l'impact de l'épidémie d'Ebola en RDC sur la santé sexuelle et reproductiv au Nord-Kivu ?* (New York : The International Rescue Committee, 2019).
- 28 Kristen Beek et Angela Dawson, « Capacité à assurer la santé sexuelle et reproductiv dans les crises humanitaires aux Philippines : leçons pour la préparation avant et après le typhon Yolanda » (rapport présenté pour l'Organisation mondiale de la Santé, Australian Centre for Public and Population Health Research, Faculty of Health, Université des technologies Sydney, Australie, 2019).
- 29 Jennifer Schlecht, *Intégrer la santé sexuelle et reproductiv dans la préparation et la planification des situations d'urgence : enseignements tirés des efforts déployés au niveau national en Haïti, en Ouganda et au Sud-Soudan* (New York : Women's Refugee Commission, 2012).
- 30 Ardia Putra, Wongchan Petpichetchian et Khomapak Maneewat, « Capacité perçue des infirmiers de santé publique d'Aceh, en Indonésie, à pratiquer la gestion des catastrophes », *Nurse Media Journal of Nursing* 1, n° 2 (2011) : 169-186, <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/971>
- 31 FNUAP, *À l'abri de la tempête : état de la population mondiale en 2015* (New York : UNFPA, 2015).
- 32 Tanabe, *Construire la résilience nationale*.
- 33 IAWG, « Orientations programmatiques pour la santé sexuelle et reproductiv dans les contextes de crise humanitaire et fragiles pendant la pandémie de COVID-19 », dernière modification le 8 mai 2020, <https://iawg.net/resources/programmatic-guidance-for-sexual-and-reproductive-health-in-humanitarian-and-fragile-settings-during-covid-19-pandemic>.
- 34 OMS, « Rendre les établissements de santé sûrs dans les situations d'urgence », consulté le 3 juin 2020, <https://www.who.int/activities/making-health-facilities-safe-in-emergencies>.
- 35 John Snow, Inc., *Manuel du gestionnaire e la chaîne » d'approvisionnement :: Guide pratique de la gestion des produits de santé* (Arlington, va : John Snow, Inc., 2019).
- 36 McKay et al., *Tout saignement n'est pas Ebola*.
- 37 Patricia A. McQuilkin et al., « Accès aux soins de santé pendant l'épidémie du virus Ebola au Liberia » *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 97, n° 3 (2017) : 931-936, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0702>.
- 38 Theodora-Ismene Gizelis et al., « Les soins maternels au temps du virus Ebola : une exploration à méthode mixte de l'impact de l'épidémie sur les services de livraison à Monrovia », *World Development* 98 (2017) : 169-178, <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.04.027>.
- 39 Laura Sochas, Andrew Channon et Sara Nam, « Décès maternels, néonataux et mort-nés causés par une utilisation réduite des soins maternels essentiels dans le contexte de l'épidémie d'Ebola de 2014 en Sierra Leone (document présenté lors de la réunion annuelle de la Population Association of America 2017, Chicago, IL, avril 2017).
- 40 McKay et al., *Tout saignement n'est pas Ebola*.
- 41 Sarah K. Chynoweth, « Faire progresser la santé reproductiv dans l'agenda humanitaire : l'examen global 2012-2014 », *Conflict and Health* 9, supplément 1 (2015) : I1, <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1>.
- 42 Sara E. Casey et al., « Progrès et lacunes des services de santé reproductiv dans trois contextes humanitaires : études de cas sur les méthodes mixtes », *Conflict and Health* 9, supplément 1 (2015) : S3, <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S3>.
- 43 Sara E. Casey, « Évaluations des programmes de santé reproductiv dans les contextes humanitaires : un examen systématique », *Conflict and Health* 9, supplément 1 (2015) : S1, <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-S1>.
- 44 Barot, « Dans un état de crise. »
- 45 Nathan P. Miller et al., « Les agents de santé communautaires durant l'épidémie d'Ebola en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone », *Journal of Global Health* 8, n° 2 (2018) : 020601, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30023054/>.
- 46 IBP Network, « Covid-19 et ses implications pour les services de planification familiale » (webinaire organisé par IBP Network en partenariat avec l'OMS, le FNUAP, l'IPPF et Jhpiego, 7 avril 2020), <https://ibpnetwork.org/news/271558>.
- 47 Réseau IBP, « COVID-19 »
- 48 Réseau IBP, « COVID-19 »
- 49 Hely Stenly Sajow et al., « Services de santé maternelle et reproductiv (SMR) lors de l'éruption du Mont Sinabung en 2013 : une étude de cas qualitative d'Indonésie », *Global Public Health* 15, n° 2 (2020) : 247-261, <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1657925>.
- 50 Keya Saha-Chaudhury, Entretien, février 2020.

- 51 Willis Odek et Rebecca Oser, *planification d'urgence pour l'accès au traitement du VIH dans les milieux de conflit et de post-conflit : Violence post-électorale au Kenya*, Série d'études de cas AIDSTAR-One (Arlington, VA : Ressources de l'USAID en matière de soutien et d'assistance technique pour le SIDA, 2011)
- 52 Pushpa Chaudhary et al., « réponse humanitaire aux besoins en matière de santé reproductive et sexuelle en cas de catastrophe : étude de cas du tremblement de terre au Népal 2015 », *reproductive Health Matters* 25, no 51 (2017) : 25-39, <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405664>.
- 53 Schlecht, *Incorporer la santé sexuelle et reproductive*.
- 54 Pamela DeLargy et Ramiz Alakbarov, « Penser à l'avenir de la santé reproductive : planification d'urgence et préparation aux situations de crise (Irak et Afrique de l'Ouest) » *DDisaster* 28, n° 3 (2004) : 340-350, <https://doi.org/10.1111/j.0361-3666.2004.00262.x>
- 55 Inclusion Charter, « Cinq étapes pour une réponse humanitaire impartiale pour les plus vulnérables », consulté le 3 juin 2020 <http://www.inclusioncharter.org/>.
- 56 Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), « protection et inclusion : L'importance de la législation et de la politique en matière de catastrophes », janvier 2020 <https://reliefweb.int/report/world/protection-and-inclusion-importance-disaster-law-and-policy>
- 57 FICR, *Rapport sur les catastrophes mondiales 2018 : Ne laisser personne pour compte* (Genève : FICR, 2018).
- 58 Devikara (Prim) Devakula et al., *La fierté du système humanitaire : Rapport de consultation* (Bangkok : ONU femmes Bureau régional Asie-Pacifique, 2018).
- 59 Devakula et al., *La fierté du système humanitaire*.
- 60 Emily Dwyer et Lana Woolf, *Au bord de la rivière : Aborder les droits, les besoins et les atouts des minorités sexuelles et de genre fidjiennes dans la réduction des risques de catastrophes et la réponse humanitaire* (Carlton, Victoria : Oxfam Australia, 2018) f
- 61 FNUAP, « FNUAP et prévention des risques de catastrophe en Asie et dans le Pacifique », 8 février 2017, <https://asiapacific.unfpa.org/en/publications/unfpa-and-disaster-risk-reduction-asia-and-pacific>.
- 62 Tanabe, *Construire la résilience nationale*.
- 63 Bureau des Nations unies pour la réduction des risques de catastrophe (UNDRR), *Lignes directrices pour passer des mots aux actions : Impliquer les enfants et les jeunes dans la réduction des risques de catastrophe et le renforcement de la résilience*. UNDRR, 2019).
- 64 Mihoko Tanabe, Jennifer Schlecht et Seema Manohar, *Les programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire : un examen approfondi des services de planification familiale* (New York : Commission des femmes pour les réfugiés avec des coéditeurs, 2012).
- 65 Amina Aitsi-Selmi et al., « Le cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe : Renouveler l'engagement mondial en faveur de la résilience, de la santé et du bien-être des populations », *International Journal of Disaster Risk Science* 6 (2015) : 164-176, <https://doi.org/10.1007/s13753-015-0050-9>.
- 66 Sharon Tsoon Ting Lo et al., « Gestion des risques de catastrophes liées à la santé (Health-EDRM) : Développer le domaine de la recherche dans le cadre du paradigme Sendai », *International Journal of Disaster Risk Science* 8 (2017) : 145-149, <https://doi.org/10.1007/s13753-017-0122-0>.
- 67 OMS, « Gestion des risques sanitaires en cas d'urgence : Vue d'ensemble », mai 2013, https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/risk_management_overview_17may2013.pdf.
- 68 Osman Dar et al., « Intégrer la santé dans les stratégies de réduction des risques de catastrophes : les facteurs clés de succès », *American Journal of Public Health* 104, no. 10 (2014) : 1811-6, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302134>.
- FNUAP, *Documentation des bonnes pratiques du programme humanitaire du FNUAP en Indonésie de 2005 à 2012* (Jakarta : FNUAP Indonésie, 2013).70 Circulaire conjointe n° 201 — -0001 (Philippines), « Directives sur la mise en œuvre du dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les situations d'urgence et les catastrophes et son intégration dans le plan national de réduction et de gestion des risques de catastrophe (NDRRMP) et les plans locaux de réduction et de gestion des risques de catastrophe (LDRRMP) » (7 juillet 2017)
- 71 *Loi de 2012 sur la parentalité responsable et la santé reproductive* (Philippines), loi n° 10354 (23 juillet 2012).
- 72 *La Magna Carta des femmes* (Philippines), loi n° 9710 (28 juillet 2008).
- 73 Operation L!STO, *Manuel de préparation aux catastrophes des unités gouvernementales locale v.3 pour les villes et les municipalités* (Manille : Local Government Academy, Département de l'intérieur et des collectivités locales, 2018).
- 74 Masaki Watabe, « Japon : La coordination post-séisme sauve des vies », BCAH, 20 mars 2012, <https://www.unocha.org/story/japan-post-earthquake-coordination-saves-lives>.

- 75 BCAA, *La coordination sauve des vies : Histoire et défis émergents* (New York: NU, 2012).
- 76 Réseau européen de l'IPPF (IPPF EN) et FNUAP Europe de l'Est-Asie centrale (FNUAP EEAC), *Évaluation de la préparation des pays à fournir un dispositif minimum d'urgence pour la SSR lors d'une crise humanitaire dans la région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale* (IPPF EN et FNUAP EEAC, 2014).
- 77 IPPF EN et FNUAP EEAC, *Améliorer la préparation à la fourniture du dispositif minimum d'urgence de soins de santé sexuelle et reproductive lors d'une crise humanitaire en Europe de l'Est et en Asie centrale : Résultats de la 2^e évaluation de l'état de préparation au DMU 2014-2017* (IPPF EN et FNUAP EEAC, 2018).
- 78 OMS, *Cadre de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophes* (Genève : OMS, 2019).
- 79 Tanabe, *Construire la résilience nationale*.
- 80 Nesrine Talbi, « Préparation en matière de DMU : Comment pouvons-nous nous préparer et assurer la capacité de mise en œuvre du DMU ? (Présentation PowerPoint, Conférence sur la santé et les droits sexuels et reproductifs — Services permettant de sauver des vies dans les situations de crise humanitaire, Oslo, Norvège, 4 juin 2018).
- 81 OMS, *Intégration de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence dans les programmes d'études de premier cycle en sciences infirmières* (Genève : WHO, 2008).
- 82 Pratiques à fort impact en matière de planification familiale (PFI), *Planification familiale dans les situations de crise humanitaire : Un guide de planification stratégique* (Washington, DC : Family Planning 2020, 2020).
- 83 OMS, *Manuel pour la création d'un Centre d'opérations d'urgence en santé publique* (Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2018).
- 84 Anabella Sánchez et Nora Quesada, « Un investissement intelligent : dévoiler les coûts des chaînes d'approvisionnement pour financer la livraison de fournitures médicales jusqu'au dernier kilomètre », JSI Viewpoint, 1^{er} février 2017, <https://www.jsi.com/a-smart-investment-unveiling-supply-chains-costs-to-finance-delivery-of-health-supplies-to-the-last-mile/>.
- 85 IAWG et Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC), « Renforcer les chaînes d'approvisionnement en matière de santé sexuelle et reproductive dans le cadre du continuum humanitaire-développement pour réaliser l'Agenda 2030 », mars 2019, <https://iawg.net/resources/information-brief-on-supply-chains-for-sexual-and-reproductive-health-across-the-humanitarian-development-continuum>.
- 86 PFI, *Planification familiale dans les situations de crise humanitaire*.
- 87 IAWG et RHSC, « Renforcer les chaînes d'approvisionnement. »
- 88 FNUAP, *Livrer des fournitures en cas de crise* (New York : FNUAP, 2018)
- 89 BCAA, Financement de l'aide humanitaire. Consulté le 8 août 2020, <https://www.unocha.org/our-work/humanitarian-financing>
- 90 IAWG et RHSC, « Renforcer les chaînes d'approvisionnement. »
- 91 FNUAP, *Livrer les fournitures*.
- 92 Centre national de lutte contre le virus Ebola, *Leçons tirées de la réponse à l'épidémie du virus Ebola en Sierra Leone, mai 2014-novembre 2015 : Rapport de synthèse* (Freetown : Centre national de lutte contre le virus Ebola, 2015)
- 93 Noel Watson et al., *Gestion des risques pour les chaînes d'approvisionnement en santé publique : Boîte à outils pour identifier, analyser et répondre aux risques de la chaîne d'approvisionnement dans les pays en développement* (Arlington, VA : Projet « Deliver » de l'USAID, 2013).
- 94 John Snow, *Manuel du gestionnaire e la chaîne d'approvisionnement*.
- 95 John Snow, *Manuel du gestionnaire e la chaîne d'approvisionnement*.
- 96 UNDRR, *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030* (Genève : UNDRR, 2019).
- 97 *Plan national d'intervention en cas de catastrophe 2019*, Autorité nationale de gestion des catastrophes, gouvernement du Pakistan (2019).
- 98 *Stratégie nationale de réduction des risques de catastrophe*, Autorité nationale de gestion des catastrophes, gouvernement du Pakistan (2013).
- 99 Réseau national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (NHEPRN), <http://www.nheprn.gov.pk/>.
- 100 IAWG, *Manuel de terrain interorganisations*.

Citation recommandée, bibliographie

Family Planning 2020 (FP2020), la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF), John Snow, Inc. (JSI), la Commission des réfugiés pour les femmes (WRC) et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP) *Prêt à sauver des vies : Une boîte à outils de préparation pour la santé sexuelle et reproductive. Dans les situations d'urgence*. Washington, DC : FP2020, 2020.

Citation recommandée, note abrégée :

FP2020 et al., *Boîte à outils de préparation pour « Prêt à sauver des vies »*. 2020.

Image de couverture :

Karo effectuant un bilan de santé sur Tarairoso, une mère célibataire à Naivakarauniniu, Fidji. Crédits : IPPF/Rob Rickman/Xaume Olleros

