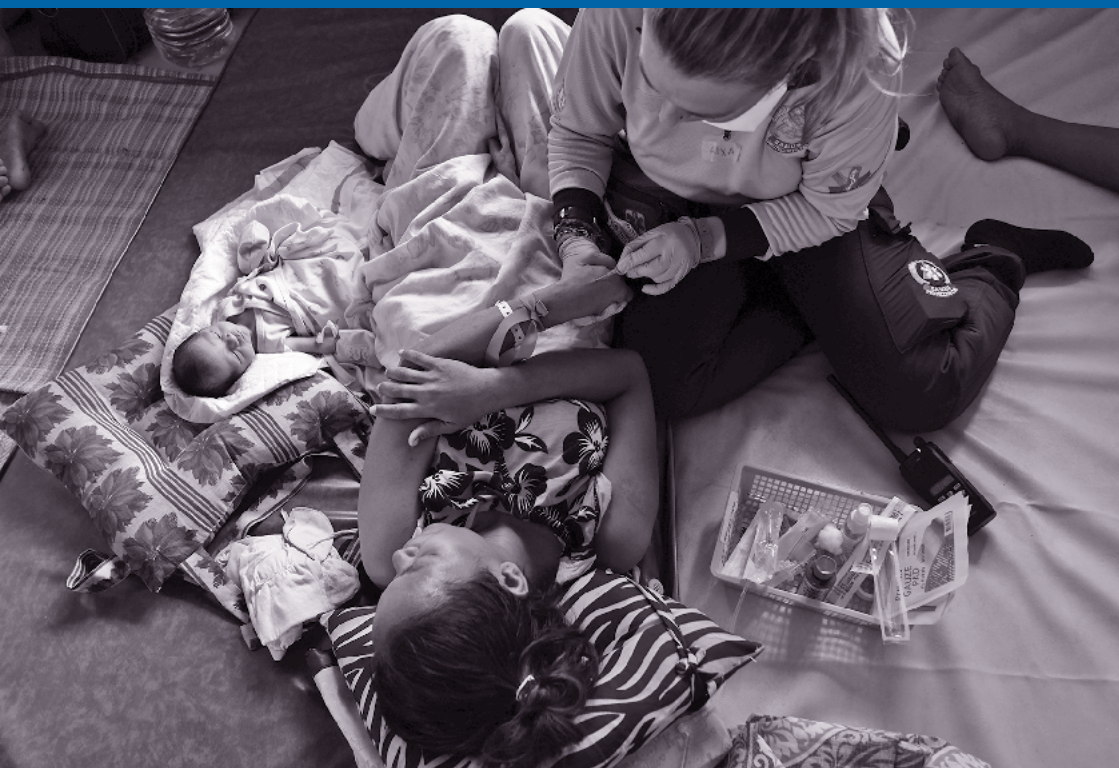


# Normes et recommandations techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

## POUR LES ÉQUIPES MÉDICALES D'URGENCE



Organisation  
mondiale de la Santé



Normes et recommandations techniques  
minimales pour les soins de santé  
reproductive et de santé de la mère,  
du nouveau-né et de l'enfant

**POUR LES ÉQUIPES MÉDICALES D'URGENCE**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Normes et recommandations techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour les équipes médicales d'urgence [Minimum technical standards and recommendations for reproductive, maternal, newborn and child health care for emergency medical teams]

ISBN (OMS) 978-92-4-005698-5 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-005699-2 (version imprimée)

## © Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Normes et recommandations techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour les équipes médicales d'urgence [Minimum technical standards and recommendations for reproductive, maternal, newborn and child health care for emergency medical teams]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page : minimum graphics

Photo de couverture : © Secrétariat WHO/EMT

# Table des matières

Avant-propos	iv
Remerciements	v
Sigles et acronymes	vii
Définitions	viii
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Contexte</b>	<b>5</b>
<b>Soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né</b>	<b>11</b>
Prestation de services et configuration d'équipe	12
Formation	21
Équipements et consommables	23
Prise en charge des patients	26
Infrastructures	30
<b>Soins de santé de l'enfant</b>	<b>33</b>
Prestation de services et configuration d'équipe	34
Formation	44
Équipements et consommables	47
Prise en charge des patients	50
Infrastructures	54
<b>Protection</b>	<b>57</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>67</b>
<b>Annexes</b>	<b>73</b>
1. Violence sexuelle et fondée sur le genre – Conseils en matière de prise en charge de première ligne	74
2. Protection de l'enfance – Conseils en matière de prise en charge de première ligne	77
3. Mode opératoire normalisé – Exemples de schéma	81
4. Exemple de liste de médicaments pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère	85
5. Exemple de liste de médicaments et d'équipements pour les soins de santé du nouveau-né et de l'enfant	91
6. Modèle de formulaire pour les transferts interhospitaliers	103

# Avant-propos

Répondre aux besoins des populations touchées par des catastrophes, flambées épidémiques, déplacements ou d'autres urgences peut s'avérer complexe, notamment dans les environnements où les infrastructures sont limitées en matière de santé et de réadaptation. L'initiative EMT (*équipes médicales d'urgence*) de l'OMS assure la prise en charge des populations concernées par ces situations grâce à une réponse médicale coordonnée, professionnelle et rapide, mise en oeuvre par des équipes à la fois nationales et internationales.

Ces urgences, en particulier les catastrophes soudaines, peuvent entraîner une augmentation de lésions traumatiques, d'infections émergentes et d'autres problèmes médicaux qui pèsent sur les systèmes de santé impliqués. D'autre part, le manque cruel de soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est flagrant et fréquent. Aussi les équipes médicales d'urgence, nationales et internationales, se doivent d'être conscientes de ces faits, de se préparer et de réagir en conséquence. Les présentes orientations ont été rédigées pour guider cette préparation. Elles insistent particulièrement sur l'importance d'aligner les pratiques en fonction du contexte local.

L'élaboration de ce document a fait l'objet d'un processus hautement consultatif; il est le produit de la collaboration entre l'OMS et des experts mondiaux dans les domaines des soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Toutefois, et s'agissant de normes minimales, il convient de le considérer comme un document « évolutif », qui s'enrichira régulièrement des nouvelles connaissances et constatations issues des utilisateurs, des bénéficiaires de services médicaux dans les contextes d'urgence et des praticiens.

Je voudrais exprimer ma sincère reconnaissance à l'ensemble des contributrices et contributeurs, à la fois à celles et ceux qui ont participé aux groupes de travail formels et celles et ceux qui ont coopéré par des voies informelles.

**Flavio Salio**

Directeur de réseau, Equipes médicales d'urgence (EMT)  
Organisation mondiale de la Santé, Genève

# Remerciements

L'OMS souhaiterait exprimer sa reconnaissance et adresser ses remerciements aux organisations et personnes suivantes pour leur appui, leur assistance et leurs conseils techniques durant la phase d'élaboration du présent document.

Nous remercions tout particulièrement la Direction du développement et de la coopération (DDC) de la Confédération suisse, les représentants des équipes d'assistance médicale australiennes (AUSMAT), Belgian First Aid and Support Team (B-FAST), la Croix-Rouge canadienne, Centre for Humanitarian Medicine and Disaster Management/Hôpitaux universitaires de Genève, Heart to Heart International, l'équipe d'intervention en cas de catastrophe Humanity First (Canada), Humedica (Allemagne), l'équipe médicale d'urgence Israel Defense Forces, la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du CroissantRouge, l'équipe médicale de secours en cas de catastrophe du Japon, l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), Médecins sans frontières (MSF), MERCY Malaysia, Ministère de la santé (Bahreïn), Ministère de la santé (Équateur), MSI Reproductive Choices (Royaume-Uni), New Zealand Medical Assistance Team (NZMAT), Pasifika Medical Association (Nouvelle-Zélande), Research Group on Emergency and Disaster Medicine (ReGEDiM, Belgique), Save the Children (Royaume-Uni), l'Agence espagnole pour la coopération internationale au développement (AECID), United Kingdom Emergency Medical Team (UKEMT), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) de l'OMS, les politiques, plans et programmes de l'OMS, World Vision International.

Sincères remerciements pour les précieuses contributions apportées par Abir Shady, Ando Tiana Raobelison, Andrea Levy, Asma Ahmed Abdo, Christian Gonzalo Aspiazu Briones, Christina Rousseva, Christophe Schmachtel, Claire Reading, Concha Bonet de Luna, Emily Monaghan, Flavio Salio, Gerlant van Berlaer, Ian Norton, Julia Hogan, Kass Jane, Laura Archer, Lisa Thomas, Marie-Claude Bottineau, Nadine Vahedi, Nasuha Yaacob, Reuven Kedar, Richard

Randolph, Ruth Jebb, Samira Aboubaker, Takashi Suzuki, Teuila Percival, Tim Das, Wilma Doedens, Wolfgang Heide.

Nous remercions chaleureusement la Direction du développement et de la coopération (DDC) de la Confédération suisse pour avoir généreusement financé cette publication.

Enfin, nous souhaitons remercier Olivier Hagon pour avoir piloté l'élaboration de ce document (de la création à la publication finale), Rachel Fletcher pour son travail ardu (notamment dans le domaine pédiatrique) et Brian Magowan pour ses conseils dans le domaine de l'obstétrique et sa rigueur pour la production de ce document.



# Sigles et acronymes

EMT*	Équipe médicale d'urgence ( <i>Emergency Medical Team</i> )
VFG	Violence fondée sur le genre
DIU	Dispositif intra-utérin
MAM	Malnutrition aigüe modérée
PBMH	Périmètre brachial à mi-hauteur
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
PPE	Prophylaxie post-exposition
RMNCH	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ( <i>Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health</i> )
MAS	Malnutrition aigüe sévère
SBA	Personnel qualifié d'aide à l'accouchement ( <i>Skilled birth attendant</i> )
VSFG	Violence sexuelle et fondée sur le genre
MON	Mode opératoire normalisé
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la Santé

\* Bien que la traduction de « Emergency Medical Teams » soit « équipes médicales d'urgence », nous faisons référence à l'acronyme EMT dans tout le document, car il s'agit d'un terme largement connu, utilisé et accepté dans toutes les régions du monde.

# Définitions

**Le terme « enfant » dans le titre fait référence aux âges de 0 à 19 ans (3).**

Les recommandations incluent également les références suivantes :

Nouveau-né	0–28 jours
Nourrisson	29 jours à 12 mois
Enfant	12 mois à 9 ans
Adolescent	10–19 ans

# Introduction

Les équipes médicales d'urgence (EMT) nationales et internationales peuvent être déployées en faveur des populations touchées par des catastrophes, flambées épidémiques, déplacements ou autres urgences. Bien que les exigences initiales et urgentes en matière de soins concernent la chirurgie traumatologique, elles diminuent rapidement et se réorientent vers d'autres états cliniques (1). Par conséquent, les équipes médicales d'urgence doivent pouvoir adapter leur action aux interventions médicales urgentes et courantes généralement prises en charge par les services locaux de soins de santé.

Les femmes enceintes, les femmes en travail, les nouveau-nés et les enfants représentent environ 75 % des personnes touchées par les crises humanitaires dans le monde (2). Il existe, au départ, un besoin accru pour la prestation de soins maternels en lien avec la perte de services obstétricaux locaux, ainsi qu'une augmentation des problèmes de santé des nouveau-nés et des enfants – un groupe souvent vulnérable à la suite d'une catastrophe. Chaque type d'équipe (1, 2 et 3) doit garantir la prestation de soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (RMNCH), tels que détaillés dans les présentes recommandations, quelle que soit la mission ou l'attention première de leur déploiement.

**Tableau 1. Récapitulatif des normes techniques (santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né) requises pour la vérification des EMT**

	Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée - Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né	Page
<b>Configuration d'équipe</b> (voir Tableau 5 pour les détails et page 19 pour les définitions)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec compétences RMNCH</li> <li>• Personnel qualifié d'aide à l'accouchement (et/ou infirmier(ère) généraliste)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec expérience pédiatrique</li> <li>• Chirurgien(ne) formé(e) et expérimenté(e) pour les césariennes<sup>a</sup></li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère) anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère) généraliste</li> <li>• Personnel qualifié d'aide à l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec expérience pédiatrique</li> <li>• Obstétricien(ne)</li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère) anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère) généraliste</li> <li>• Personnel qualifié d'aide à l'accouchement</li> <li>• Infirmier(ère) néonatal(e) ou spécialisé en pédiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstétricien(ne)</li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Personnel qualifié d'aide à l'accouchement</li> <li>• Infirmier(ère) néonatal(e) ou spécialisé en pédiatrie</li> </ul>	19
<b>Formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétence professionnelle préexistante</li> <li>• Formation de sensibilisation de base sur les soins RMNCH dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)</li> <li>• Formation à la protection</li> </ul>				21
<b>Équipements et consommables</b>					23

<sup>a</sup> Il est admis qu'un(e) chirurgien(ne) généraliste formé(e) et expérimenté(e) pour les césariennes soit inclus(e) dans l'équipe ; toutefois, il est fortement recommandé que l'équipe de type 2 compte un(e) obstétricien(ne) et deux sages-femmes.

	Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée - Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né	Page
<b>Prise en charge des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence (adaptation, page 13)</li> <li>• Soins de santé sexuelle et reproductive essentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence</li> <li>• Soins de santé sexuelle et reproductive complets</li> </ul>			26
<b>Infrastructure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 1, y compris espace privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 2, y compris maternité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 3, y compris maternité et soins maternels et néonataux intensifs</li> </ul>		30

Tableau 2. Récapitulatif des normes techniques (santé de l'enfant) requises pour la vérification des EMT

	Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé de l'enfant	Page
<b>Configuration d'équipe</b> Un tiers de l'équipe globale doit présenter une expérience pédiatrique (voir Tableau 6 pour les détails)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec expérience en santé de l'enfant</li> <li>• Infirmier(ère) avec expérience en santé de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec expérience pédiatrique</li> <li>• Chirurgien(ne) avec expérience pédiatrique</li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère)s (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin avec expérience pédiatrique</li> <li>• Chirurgien(ne) pédiatrique</li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère)s spécialisé en pédiatrie (3)</li> <li>• Infirmier(ère) néonatal(e) ou infirmier(ère) avec expérience néonatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pédiatre ou médecin formé en santé de l'enfant</li> <li>• Chirurgien(ne) avec expérience pédiatrique</li> <li>• Anesthésiste</li> <li>• Infirmier(ère)s (2)</li> </ul>	40
<b>Formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétence professionnelle préexistante</li> <li>• Formation de base sur l'évaluation et la prise en charge nutritionnelles</li> <li>• Formation de sensibilisation aux soins RMNCH dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)</li> <li>• Formation à la protection</li> </ul>				44
<b>Équipements et consommables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suggestion de liste à l'annexe 4</li> </ul>				47
<b>Prise en charge des patients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins pédiatriques externes essentiels</li> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Prise en charge hospitalière des cas malnutrisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins pédiatriques externes essentiels</li> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Prise en charge hospitalière des cas médicaux et chirurgicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins pédiatriques externes essentiels</li> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Prise en charge hospitalière des cas médicaux et chirurgicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins pédiatriques externes essentiels</li> <li>• Dépistage de la malnutrition</li> <li>• Prise en charge hospitalière des cas médicaux et chirurgicaux</li> </ul>	50
<b>Infrastructure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 1, y compris espace privé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 2, y compris des espaces identifiés pour les patients pédiatriques externes et hospitalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation de type 3, y compris des espaces identifiés pour les patients pédiatriques externes et hospitalisés, ainsi qu'un espace de soins intensifs néonataux</li> </ul>		54

# Contexte

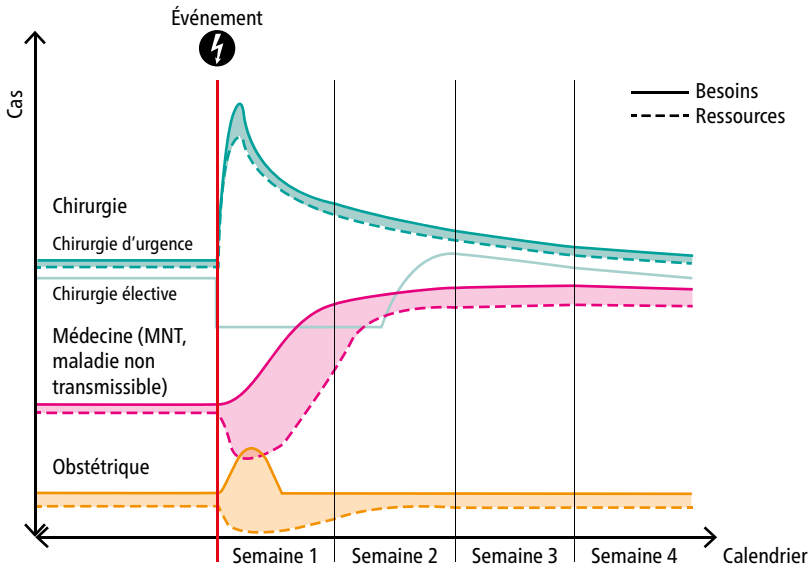
Les équipes médicales d'urgence (EMT) sont des groupes de professionnels de santé qui fournissent des soins cliniques directs aux populations touchées par des catastrophes, flambées épidémiques, déplacements ou autres urgences. Elles sont déployées en tant que capacité de mobilisation supplémentaire auprès des services de santé locaux, comme dispositif autonome ou intégrées à un dispositif existant de soins de santé.

Étant donné que ces équipes, nationales ou internationales, sont amenées à travailler conjointement avec d'autres équipes médicales d'urgence, il est important de disposer d'une normalisation des actions de façon à garantir une réponse globale coordonnée. Cette normalisation est définie dans le document de classification et des normes minimales concernant les équipes médicales d'urgence en cas de catastrophe soudaine (le « Livre bleu ») (4). L'action en cas de situation de conflit est définie quant à elle dans le « Livre rouge ».

Les plans recommandés ont évolué à partir des enseignements tirés après les catastrophes et flambées épidémiques qui ont eu lieu dans les zones géographiques suivantes : l'Équateur, les Fidji, Haïti, le Népal, les Philippines, Vanuatu et l'Afrique de l'Ouest (1). Dans le cadre des catastrophes soudaines, par exemple, il est désormais admis que les exigences en matière de premiers soins de santé d'urgence, liées à la chirurgie traumatologique générale et orthopédique, diminuent dans les deux premières semaines de l'intervention d'urgence (Fig. 1). Les lésions, blessures et fractures, qui caractérisent en particulier les événements soudains comme les séismes ou les tsunamis (plutôt que les glissements de terrain ou les inondations), se présenteront principalement durant les 15 premiers jours. Seules les équipes rapidement sur place soigneront les patients grièvement blessés, mais cette charge décroîtra dans les deux semaines et sera remplacée par d'autres problèmes cliniques (5).

Apparaîtront alors principalement les infections de type respiratoire, digestif, oculaire ou dermatologique, les enfants étant davantage touchés que les adultes. Elles émergent rapidement et sont probablement dues aux mauvaises conditions

**Fig. 1. Besoins chirurgicaux, médicaux et obstétricaux essentiels par rapport aux ressources, à la fois avant et après une catastrophe soudaine (5)**



de vie dans les abris et camps temporaires, avec un manque d'eau, d'aliments et de systèmes d'assainissement (1). En outre, les patients atteints de maladies chroniques (principalement maladie cardiaque, hypertension artérielle et asthme) sont déstabilisés par l'interruption de leur traitement systématique, et une incidence significative de nouveaux problèmes psychologiques est également à déplorer.

De plus, il est évident aujourd'hui que les femmes enceintes, les femmes en travail, les nouveau-nés et les enfants représentent une grande partie de la population nécessitant un soutien ; en effet, 75 % des personnes touchées par les crises humanitaires à l'échelle mondiale sont des femmes ou des enfants (2). Plus de 500 femmes meurent chaque jour pendant leur grossesse et lors de l'accouchement dans les contextes humanitaires et fragiles, une femme réfugiée ou déplacée sur cinq a subi des violences sexuelles et, dans certaines zones, moins d'un cinquième des infrastructures de santé situées dans des contextes de crise ont pu fournir des services complets de planification familiale.



Par conséquent, les équipes médicales d'urgence doivent pouvoir adapter leur action aux interventions médicales urgentes et courantes généralement prises en charge par les services locaux de soins de santé. Il existe, au départ, un besoin accru pour la prestation de soins maternels en lien avec les problèmes obstétricaux négligés avant l'arrivée des équipes, ainsi qu'une augmentation des problèmes de santé des nouveau-nés et des enfants – un groupe souvent vulnérable à la suite d'une catastrophe. Il est donc essentiel que, durant la phase aiguë, subaiguë et de transition d'une intervention d'urgence, les activités de soins de santé fournies et prises en charge par les équipes médicales d'urgence soient adéquatement orientées et adaptées en faveur de ces groupes vulnérables.

Chaque équipe de type 1, 2 et 3 doit garantir qu'elle est à même de fournir des soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (RMNCH), tels que détaillés dans le présent document, quelle que soit la mission ou l'intention première de leur déploiement. Il convient également que des équipes spécialisées considèrent la prestation de leurs services et soins à destination des femmes et des enfants, par exemple, les équipes spécialisées dans les soins aux brûlés et la réadaptation. L'expérience montre que la prestation de soins de santé aux enfants entraîne généralement un afflux de femmes enceintes, soit immédiatement, soit peu de temps après. L'inverse est également vrai si des services de santé maternelle sont offerts. Par conséquent, il est suggéré que les équipes médicales d'urgence en tiennent compte et garantissent des capacités et des compétences pour ces deux populations.

Étant donné que l'importance de ces besoins en soins RMNCH dans les contextes humanitaires d'urgence doit faire l'objet d'une juste caractérisation, un groupe de travail technique a été constitué pour définir et approuver une série de recommandations normalisées minimales pour toutes les typologies d'équipe médicale d'urgence. Le groupe a utilisé une approche « tous risques intégrés » dans les interventions d'urgence et s'est appuyé sur les recommandations existantes et étendues en matière de soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (6).

La classification RMNCH des équipes médicales d'urgence selon la typologie est résumée au Tableau 3. Les équipes de type 1 peuvent œuvrer à partir de structures existantes, ou fournir leurs propres infrastructures de soins externes fixes ou mobiles (telles que des tentes ou des véhicules spécialement équipés) et devront être capables de rester sur place pendant au moins deux semaines.

Il convient qu'elles soient disponibles et opérationnelles le plus rapidement possible, idéalement dans les 24 à 48 heures après l'événement, et qu'elles soient légères et mobiles.

Les équipes spécialisées en santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né ou les équipes spécialisées en santé de l'enfant offrent des soins complémentaires, intégrés aux équipes de type 2 ou 3 existantes, ou au sein d'un hôpital national. Elles seront dotées d'équipements et de consommables médicaux et non médicaux adaptés à leur domaine de spécialité.

Tout au long du présent document, les soins RMNCH ont été divisés en deux domaines : soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né / soins de santé de l'enfant ; toutefois, des chevauchements existent entre ces deux domaines de soins, notamment en ce qui concerne les compétences en néonatalogie. Les soins maternels nécessiteront systématiquement une prise en charge néonatale et des soins néonataux plus complexes feront partie du domaine de la santé de l'enfant, particulièrement dans les infrastructures de type 3 ; la complémentarité des deux groupes est donc mise en évidence. Il est également possible de répondre à des demandes individuelles spécifiques, par exemple la formation d'une équipe de chirurgie pédiatrique spécialisée, à partir de différentes composantes disponibles dans les équipes de type 2 ou 3 existantes ou à partir des infrastructures locales de santé.

Des recommandations détaillées sont formulées sur les normes minimales de soins pour les différents types d'EMT et les équipes de soins spécialisées, dans les domaines de la prestation de services, de la formation, des équipements et des infrastructures requis pour soutenir ces équipes. Des détails relatifs aux prises en charge cliniques spécifiques sont abordés de manière exhaustive dans d'autres publications (avec indication des sources). Enfin, une attention est portée à l'organisation opérationnelle et aux questions de protection.

**Tableau 3. Vue d'ensemble de la classification des équipes médicales d'urgence**

Classification	Description	Capacité	Durée minimale du séjour	Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (voir les définitions pages 12 et 13)	Santé de l'enfant
Type 1 mobile	Équipes mobiles de soins externes, accès aux plus petites communautés dans les zones reculées	>50 patients externes par jour	2 semaines	Soins obstétricaux et néonataux essentiels Soins de santé sexuelle et reproductive essentiels	Soins d'urgence essentiels et stabilisation, soins pédiatriques externes relatifs aux blessures, maladies endémiques, maladies non transmissibles et dépistage de la malnutrition
Type 1 fixe	Équipes fournissant des services de soins externes en structure sous tente ou travaillant avec les infrastructures existantes	>100 patients externes par jour	2 semaines	Soins obstétricaux et néonataux essentiels Soins de santé sexuelle et reproductive essentiels	Soins d'urgence essentiels et stabilisation, soins pédiatriques externes relatifs aux blessures, maladies endémiques, maladies non transmissibles et dépistage de la malnutrition
Type 2	Équipes fournissant des infrastructures d'hospitalisation, avec des capacités chirurgicales, au sein de structures sous tente (ou au sein de structures existantes, le cas échéant)	>100 patients externes par jour 20 lits d'hospitalisation 7 opérations majeures ou 15 opérations mineures par jour	3 semaines	Soins obstétricaux et néonataux complets Soins de santé sexuelle et reproductive complets	Identique au type 1 (mais de niveau avancé), soins d'urgence et de stabilisation, soins pédiatriques hospitaliers d'urgence relatifs aux blessures (soins généraux et chirurgicaux), maladies transmissibles et endémiques et prise en charge clinique de la malnutrition

Classification	Description	Capacité	Durée minimale du séjour	Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (voir les définitions pages 12 et 13)	Santé de l'enfant
Type 3	Équipes fournissant des soins de recours, des infrastructures d'hospitalisation, des interventions chirurgicales complexes et des soins intensifs	>100 patients externes par jour 40 lits d'hospitalisation, avec au moins 4 lits de soins intensifs et au moins 1 couveuse 15 opérations majeures ou 30 opérations mineures par jour	8 semaines	Soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence, avec renfort en soins intensifs Soins de santé sexuelle et reproductive complets	Identique au type 2, plus prise en charge des enfants gravement malades, soins pédiatriques chirurgicaux complexes, soins intensifs pour les cas néonataux et pédiatriques.
Équipe spécialisée – Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né	Équipe susceptible de se joindre aux infrastructures locales ou aux équipes médicales d'urgence pour fournir des soins spécialisés supplémentaires	Variable	2 semaines	Soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence Soins de santé sexuelle et reproductive complets	Identique au type 2
Équipe spécialisée – Santé de l'enfant	Équipe susceptible de se joindre aux infrastructures locales ou aux équipes médicales d'urgence pour fournir des soins spécialisés supplémentaires	Variable	2 semaines	Soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence Soins de santé sexuelle et reproductive complets	Soins pédiatriques hospitaliers d'urgence relatifs aux blessures et aux maladies endémiques, ou autres combinaisons de compétences requises (par exemple, chirurgie pédiatrique)

# Soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né



PHOTO : OMS / BLINK MEDIA / NANA KOFI ACQUAH

# Prestation de services et configuration d'équipe

Cette section détaille les exigences relatives aux équipes médicales d'urgence en vue de la prestation de soins respectueux en matière de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Du point de vue de la maternité, il s'agit de soins organisés pour toutes les femmes et prodigués à toutes les femmes dans le respect de la dignité, de la vie privée et de la confidentialité, garantissant l'absence de préjudice et de maltraitance et permettant un choix éclairé et un soutien continu au cours de la phase de travail et de l'accouchement.

Dans le contexte de catastrophes soudaines, l'accès normal aux soins de santé reproductive et soins obstétriques d'urgence est souvent fortement perturbé. Les femmes enceintes représenteront probablement 4 % environ de la population touchée et approximativement 15 % de l'ensemble des femmes enceintes subira une complication imprévisible en cours de grossesse, qui nécessitera des soins obstétriques d'urgence. À l'échelle mondiale, les principales causes de mortalité maternelle sont les suivantes : hémorragie, sepsis, dystocie, prééclampsie sévère, éclampsie, avortement spontané et avortement non médicalisé. Il est possible de les traiter toutes au sein d'une infrastructure EMT organisée et équipée de manière adéquate.

Le niveau de soin maternel repose en grande partie sur la classification « soins essentiels » et « soins complets », telle que résumée ci-dessous ; les équipes de type 1 offrent une adaptation des soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence et les équipes de type 2, 3 et spécialisées offrent des soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence. Il est admis que les infrastructures de type 1 à la fois mobiles et fixes sont centrées sur la prestation de services de l'aube au crépuscule et il convient que toute décision de transfert soit prise avec professionnalisme et compassion. Toutes les équipes devront avoir connaissance des problématiques de violence sexuelle et fondée sur le genre (VSFG) et être capables d'y répondre cliniquement.

Il existe des avantages culturels certains à détacher ou recruter du personnel local, à partir de la communauté et au bénéfice de l'équipe médicale d'urgence.

Par exemple, le point d'origine de cette action peut être le ministère de la Santé et le personnel concerné peut inclure une sage-femme, un membre du personnel infirmier ou dans certains contextes, un membre du personnel qualifié d'aide à l'accouchement.

## Services de santé maternelle

### Normes techniques minimales pour la prestation de soins de santé maternelle (conformité aux critères de vérification)

#### Type 1 (mobile et fixe)

- Une équipe de type 1 mobile devra pouvoir fournir des soins immédiats pour tout accouchement normal et sans complication, et être en mesure de transférer toutes les autres parturientes (accouchement naturel) et les cas avec complications vers l'installation appropriée de soins de santé la plus proche.
- Une équipe de type 1 fixe devra pouvoir prendre en charge des accouchements normaux non planifiés, et être préparée à transférer toutes les autres parturientes (accouchement non naturel) et les cas avec complications vers l'installation appropriée de soins de santé la plus proche. Il est admis que la phase de travail peut avoir lieu à tout moment et peut dépasser les horaires de prestation (aube au crépuscule) d'une infrastructure de type 1 fixe ; il peut donc être nécessaire d'envisager des besoins en séjour étendu.
- Les équipes devront pouvoir identifier les complications maternelles nécessitant une orientation et administrer des antibiotiques par voie parentérale, administrer des agents utérotoniques, traiter une éclampsie et procéder à une réanimation (mère et nouveau-né).

#### Type 2

- Les horaires d'activité du service de soins externes sont identiques à ceux décrits pour une équipe de type 1 mobile et fixe, avec une prestation supplémentaire sur 24 heures pour les soins d'urgence et la prise en charge des patients hospitalisés, dans le cadre des soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Les équipes devront pouvoir gérer les complications obstétricales courantes, notamment : prééclampsie, éclampsie, grossesse multiple, présentation anormale, réparation périnéale, sepsis, hémorragie *ante partum*, hémorragie *post partum*, réanimation néonatale et les complications des patientes ayant subi des mutilations génitales.

- En outre, elles devront pouvoir réaliser un accouchement assisté par voie basse, une césarienne, une extraction manuelle du placenta et mettre en place une transfusion sanguine, le cas échéant.
- Il convient qu'un service d'analyses de laboratoire soit disponible, en accord avec une infrastructure de type 2 (voir les normes EMT générales dans le Livre bleu).

### **Type 3**

- En complément de la gamme de compétences caractérisant l'équipe de type 2, les équipes de type 3 devront pouvoir prendre en charge toutes les complications obstétricales majeures et fournir une assistance en matière de soins intensifs néonataux et maternels.

### **Équipes spécialisées – Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né**

- Dans le cas d'une combinaison avec une infrastructure existante ou une autre équipe médicale d'urgence appropriée, ces équipes devront fournir le niveau d'assistance, en matière de soins maternels et néonataux, offert par l'équipe de type 2.

Si un accouchement normal a eu lieu dans le cadre d'une structure de type 1 et que la mère ou le nouveau-né exige une observation, les équipes médicales d'urgence disposeront de plans de secours, dédiés à ces besoins en soins prolongés, qui leur permettent de demeurer au sein de la structure pour la période d'observation (comprenant éventuellement la nuit sur place). En vue d'un appui continu, il est recommandé d'assurer une coordination avec une équipe de type 2 avoisinante.

Les femmes qui présentent des complications importantes liées à la grossesse, par exemple une hémorragie majeure ou une prééclampsie sévère/éclampsie, peuvent également être prises en charge dans une structure de type 1. Une stabilisation est nécessaire avant leur transfert vers une infrastructure de type 2 ou 3. Dans le cas d'une rétention placentaire, il se peut que l'extraction manuelle du placenta soit impossible, en raison de l'absence d'anesthésiste ; les femmes qui ne présentent pas de saignement devront idéalement, et si possible, être transférées vers une infrastructure de type 2. Si les saignements sont importants et si l'extraction manuelle fait partie de la gamme de compétences de l'équipe de type 1, il est raisonnable d'envisager cet acte sans anesthésie.



Il est souvent possible d'extraire, en début de grossesse, les produits de conception non évacués avec du misoprostol ou par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), laquelle nécessite uniquement une anesthésie locale du col de l'utérus. Si l'aspiration n'est pas tolérée, la patiente devra être orientée vers une infrastructure de type 2.

### **Normes recommandées pour la prestation de soins de santé maternelle et néonatale (conformité aux critères de soins optimaux)**

La prévention de la transmission mère-enfant ne constitue pas une recommandation spécifique des présentes orientations, mais il est préconisé de procéder à un test de détection du VIH pour les cas suspects, avec la perspective (le cas échéant) d'une orientation ultérieure.

#### **Type 1 (fixe et mobile)**

- Idéalement, les équipes devront pouvoir effectuer une réparation périnéale simple, procéder à une aspiration manuelle intrautérine, réaliser une extraction manuelle du placenta et un accouchement assisté par voie basse ; cependant, ces actions dépendront de la gamme de compétences propres à l'équipe.
- Il est recommandé de disposer d'équipements d'échographie et des compétences correspondantes.

## **Services de santé sexuelle et reproductive**

### **Normes techniques minimales pour la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive (conformité aux critères de vérification)**

#### **Soins destinés aux victimes d'agression sexuelle**

- Soins de soutien complets, y compris prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Toutes les équipes devront pouvoir proposer ou garantir un accès à une contraception d'urgence, dans toute la mesure où la loi le permet, dans leur contexte de travail.
- Il convient qu'une prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH soit disponible à tous les niveaux, à la suite d'une agression sexuelle.

### Soins liés à l'avortement

- Toutes les équipes devront proposer des soins post-avortement.
- Toutes les équipes devront pouvoir proposer ou garantir un accès à des soins liés à l'avortement sans risques, dans toute la mesure où la loi le permet, dans leur contexte de travail.<sup>1</sup>

### IST

- Toutes les équipes devront pouvoir traiter les infections sexuellement transmissibles en fonction du tableau syndromique : ulcération génitale, écoulement vaginal, douleurs abdominales basses et bubon inguinal.
- Il convient qu'un traitement soit également disponible pour l'écoulement urétral chez l'homme.

## Normes recommandées pour la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive (conformité aux critères de soins optimaux)

### Mise à disposition de contraceptifs

Même si les besoins en matière de contraception ne sont pas strictement essentiels durant la phase précoce d'une intervention d'urgence ou d'une catastrophe, ils peuvent le devenir ultérieurement, au fur et à mesure que les équipes soutiennent les services locaux submergés.

- Il est recommandé à toutes les équipes médicales d'urgence (EMT) de considérer la mise à disposition de contraceptifs, sous une forme ou sous une autre, si elle est permise dans le pays. Si l'équipe ne fournit pas de contraceptifs, les patients seront orientés vers les services de planification familiale les plus proches.
- La contraception réversible à longue durée d'action, notamment les dispositifs intra-utérins (DIU) – s'ils sont disponibles dans le pays de déploiement – est également recommandée, particulièrement en ce qui concerne les équipes qui continuent d'intervenir au-delà de la phase initiale d'urgence destinée à sauver des vies.

<sup>1</sup> Toute équipe médicale d'urgence qui éprouverait des difficultés avec cet aspect de la prestation de soins (quelle qu'en soit la raison) est fortement encouragée à auto-déclarer ses limites aux responsables de la coordination des activités médicales, au cours de la situation d'urgence. Cette déclaration permet de garantir l'existence d'un plan de poursuite des soins pour ce groupe de patients, selon le cas.

**Tableau 4. Récapitulatif de la prestation de soins de santé reproductive et maternelle par les EMT**

	Type 1 (mobile)	Type 1 (fixe)	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né
<b>Prénatal</b>					
Soins prénatals	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Accouchement normal</b>					
Accouchement	✓	✓	✓	✓	✓
Réparation périnéale	Rec.	✓	✓	✓	✓
<b>Soins obstétricaux essentiels d'urgence*</b>					
Antibiotique (voie parentérale)	✓	✓	✓	✓	✓
Ocytocique (voie parentérale)	✓	✓	✓	✓	✓
MgSO4 (voie parentérale)	Rec.	✓	✓	✓	✓
Extraction manuelle du placenta	Rec.	Rec.	✓	✓	✓
Prise en charge de l'avortement spontané, y compris AMIU	Rec.	Rec.	✓	✓	✓
Accouchement assisté par voie basse	Rec.	Rec.	✓	✓	✓
Réanimation maternelle et néonatale	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Soins obstétricaux complets d'urgence*</b>					
Césarienne			✓	✓	✓
Transfusion sanguine			✓	✓	✓
<b>Postnatal</b>					
Soins postnatals	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Appui complémentaire aux soins obstétriques</b>					
Diabète gestationnel			✓	✓	✓
Échographie			Rec.	✓	Rec.

Test de base : analyse d'urine, test de grossesse et hémoglobine	✓	✓	✓	✓	✓
Services de laboratoire complémentaires			✓	✓	
Test VIH et syphilis			Rec.	Rec.	Rec.
Appui soins intensifs				✓	
<b>Santé sexuelle et reproductive</b>					
Prise en charge clinique des VSFG	✓	✓	✓	✓	✓
Soins post-avortement	✓	✓	✓	✓	✓
Avortement médical**	Rec.	✓	✓	✓	✓
Avortement chirurgical**	Rec.	Rec.	✓	✓	✓
PPE (traitement de démarrage 5 jours)	✓	✓	✓	✓	✓
Contraception (urgence)**	✓	✓	✓	✓	✓

\* adapté des fonctions Soins obstétricaux et néonataux essentiels d'urgence, page 13

\*\* en tenant compte des avertissements des cadres ci-dessus Rec. : recommandation

Il est plus important que le personnel médical dispose des compétences pour les services requis du Tableau 5 plutôt que de présenter une formation, un cadre ou un grade spécifique. Il est admis que ces éléments varient considérablement d'une équipe à l'autre et de pays à pays. Au minimum, le personnel devra pouvoir pratiquer de manière indépendante dans son domaine de spécialité et, s'il est en formation, être autorisé à travailler sans supervision selon les critères de son pays d'origine.

Il est important de respecter le fait que, dans certains contextes culturels, les circonstances ou les préférences impliquent que les patientes soient en relation avec un personnel médical féminin. C'est la raison pour laquelle chaque équipe médicale d'urgence devra prendre en considération, de manière attentive, le contexte culturel lors de sa structuration en vue du déploiement. D'autre part, il convient de reconnaître qu'en pratique, il n'est pas toujours possible de satisfaire à ces préférences.

**Tableau 5. Effectifs dédiés aux soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né**

<b>Normes techniques minimales pour la configuration d'équipe dédiée aux prestations de soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)</b>				
	Type 1 (mobile et fixe)	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né
<b>Médecins</b>				
Médecin expérimenté en soins d'urgence, soins primaires, santé de la mère et de l'enfant	1	1	1	
Obstétricien(ne)		*	1	1
Anesthésiste (s'il ne s'agit pas d'un(e) anesthésiste pédiatrique, devra avoir une expérience en obstétrique et pédiatrie)		1	1	1
<b>Infirmier(ère)s et sages-femmes</b>				
Infirmier(ère) anesthésiste (ou équivalent)		1	1	
Infirmier(ère) généraliste	1	1	1	
Personnel qualifié d'aide à l'accouchement (p. ex. sage-femme) (7)	1	2	2	1
Infirmier(ère) néonatal(e) ou spécialisé en pédiatrie			1	1

**Normes recommandées pour la configuration d'équipe dédiée aux prestations de soins de santé sexuelle et reproductive (conformité aux critères de soins optimaux)**

- Type 2 : il est admis qu'un(e) chirurgien/chirurgienne généraliste formé(e) et expérimenté(e) pour les césariennes soit inclus(e) dans l'équipe ; toutefois, il est fortement recommandé que l'équipe de type 2 compte un(e) obstétricien/obstétricienne et deux sages-femmes.

### **Pour les types 2 et 3**

- Au moins un membre du personnel qualifié d'aide à l'accouchement en service par période de travail, avec un(e) obstétricien/obstétricienne de garde. Capacité accrue : il convient de prévoir un rapport 1 médecin pour 2 sages-femmes, ou un rapport 1 médecin pour 3 sages-femmes selon la composition initiale de l'équipe.

### **Violence sexuelle et fondée sur le genre**

- Il convient qu'un membre de l'équipe soit désigné comme personne référente « VSFG » pour la prise en charge (assistance, action, conseils) des cas de violence sexuelle et fondée sur le genre, susceptibles de se présenter au cours des déploiements (voir page 62).

# Formation

Le personnel qui assure la prestation de soins cliniques directs dans l'équipe médicale d'urgence doit avoir des activités identiques dans le pays d'exercice habituel et doit démontrer qu'il dispose de connaissances sur les récents progrès cliniques.

## Définitions

### **Personnel qualifié d'aide à l'accouchement**

- Personnel apte à assurer des soins de santé maternelle et néonatale de qualité, à faciliter les processus physiologiques au cours de la phase de travail et de l'accouchement et à identifier et prendre en charge (ou orienter) les femmes et/ou nouveau-nés dont l'état présente des complications (7).

### **Obstétricien/obstétricienne ou clinicien/clinicienne avec une expérience équivalente en soins de santé maternelle**

- Clinicien/clinicienne activement impliqué(e) dans les soins de santé maternelle, capable de travailler de façon indépendante. Ces aptitudes peuvent être fondées sur une autodéclaration mais elles devront également être validées par la voie du processus de recrutement de l'équipe médicale d'urgence. Le clinicien/la clinicienne devra pouvoir effectuer une césarienne et un accouchement assisté par voie basse sans supervision ; il/elle devra également posséder des compétences en matière d'extraction manuelle du placenta, d'aspiration manuelle intrautérine, de contraception réversible à longue durée d'action (par exemple implant ou DIU), de prise en charge des IST, de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et disposer d'une base appropriée pour la prise de décision éthique.

## Formation adaptative recommandée dans le cadre des soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de soins optimaux)

- Tous les membres de l'équipe soignante devront recevoir une formation de sensibilisation aux soins RMNCH dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure). Elle peut prendre la forme d'une conférence, d'un cours, d'un contenu sur une plateforme en ligne, par exemple, Global Health Media (8) ou d'une lecture/discussion, dans le cadre d'une formation et d'une orientation prédéployement.
- Une formation à la protection sera proposée aux membres de l'équipe médicale d'urgence.
  - La sensibilisation à la protection, y compris aux violences sexuelles et fondées sur le genre, est recommandée pour tous les membres de l'équipe. Elle peut prendre la forme d'une conférence, d'un cours ou d'un contenu sur une plateforme en ligne.
  - Une formation spécialisée de sensibilisation à la protection, y compris aux violences sexuelles et fondées sur le genre, est requise pour au moins un membre de l'équipe qui est désigné responsable de la protection, par exemple la formation du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) (9).
- Les non-spécialistes en santé reproductive et santé de la mère, tels que le personnel infirmier généraliste et le personnel paramédical, sont également encouragés à suivre une formation pratique supplémentaire, par exemple un cours en soins de santé maternelle orienté sur un pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), de façon à pouvoir appuyer le personnel qualifié d'aide à l'accouchement au cours d'un déploiement et dans le cas d'éventuels phases de travail compliquées.
- Dans la mesure du possible, il convient d'envisager les possibilités de constituer des capacités locales au moyen d'une offre de formation à destination du personnel recruté sur place. Idéalement, elle concernera également le personnel local, afin de garantir que l'enseignement est cohérent avec les pratiques locales.



# Équipements et consommables

Dans un premier temps, les équipes seront autosuffisantes en équipements et consommables pendant 14 jours ou auront les moyens de démontrer une autosuffisance de 14 jours. Ce critère sera assurément variable en fonction du statut de l'équipe (nationale ou internationale) et de la situation d'urgence elle-même ; il est donc difficile de fournir des données prévisionnelles précises. Pour certains déploiements, par exemple, il peut déjà exister une réserve d'équipements ou de médicaments sur place, particulièrement pour les équipes de soins spécialisés. Dans d'autres cas, les consommables fournis par l'équipe médicale d'urgence peuvent s'avérer réellement inadéquats. Il est également admis qu'un chevauchement important des équipements entre les soins de santé reproductive et les soins de santé de la mère est inéluctable, ainsi que pour d'autres services offerts par l'équipe médicale d'urgence.

Dans ce domaine, il ne s'agit donc que d'orientations, et chaque équipe établira ses propres listes en fonction des besoins individuels ainsi que de la gamme de compétences attendues du personnel (par type d'équipe), en tenant compte dans l'idéal des ressources existantes (10) (11). Les domaines à inclure sont répertoriés ci-dessous et un exemple (qui repose sur l'expérience de plusieurs équipes) est présenté à l'annexe 4.

## **Normes techniques minimales pour la gestion des soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)**

Les équipes devront disposer d'équipements, de consommables et de médicaments adaptés aux soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né. Ces éléments devront couvrir un large éventail de tailles et de poids. L'annexe 4 fournit des exemples.

- Les équipes médicales d'urgence devront fournir les équipements et consommables appropriés ou garantir un accès à ces derniers par la voie de pré-accords avec la infrastructure hôte (EMT, Hôpital...) dans le cas d'équipes spécialisées.
- Chaque équipe médicale d'urgence doit, dans le cadre du stock de produits pharmaceutiques sur la durée totale du déploiement, réserver une quantité suffisante de produits essentiels (soins de la mère et du nouveau-né) pour 14 jours au minimum et prendre des dispositions en vue d'un réapprovisionnement pour la durée du déploiement total (équipes internationales) et pour trois jours au minimum (équipes nationales). Il existe différentes méthodes utilisables par les équipes pour la préparation au déploiement, en lien avec les produits pharmaceutiques. Des conseils pratiques sont disponibles dans la boîte à outils EMT.
- Dans le cadre de la prophylaxie après un viol et pour prévenir les infections par le tétanos et l'hépatite B, il est nécessaire disposer de vaccins et de la chaîne du froid.
- L'oxygène constitue un élément essentiel pour tout type d'équipe médicale d'urgence. L'approvisionnement peut s'effectuer par la voie d'un concentrateur d'oxygène ou d'un réservoir d'oxygène (ou les deux), pour autant qu'il existe des moyens de répondre aux besoins en oxygène au cours du transfert des patients.
- Un système sécurisé de transfusion sanguine est primordial pour les équipes de type 2 et 3 et les équipes spécialisées en santé de la mère et du nouveau-né. Les équipes devront garantir qu'elles satisfont, en ce qui concerne la transfusion sanguine, aux recommandations techniques minimales définies dans la boîte à outils EMT. Les plans relatifs aux services de transfusion sanguine pour les équipes spécialisées peuvent inclure des accords avec le ministère de la Santé du pays hôte ou les services locaux de transfusion sanguine ; cependant, ces plans devront être robustes, être conformes aux normes minimales et ne pas présenter de risques de rupture de stock.
- Un éclairage approprié (projecteurs et éclairage de salle) et des infrastructures correctes dédiées au lavage des mains sont requis. Il faudra également prévoir des couvertures, des blouses, du linge de lit et des kits de dignité.
- Il conviendra de mettre en place des plans de gestion de produits pharmaceutiques excédentaires, destinés à la période de fin de déploiement/

mission de l'équipe médicale d'urgence. Tout don de produits pharmaceutiques sera conforme aux lignes directrices de l'OMS pour les dons de médicaments (12) et, de la même manière, toute destruction de médicaments sera conforme aux lignes directrices de l'OMS sur la gestion sécurisée des déchets médicaux (déchets d'activités de soins) (13) afin de réduire les risques pour la santé publique et l'environnement.

# Prise en charge des patients

Il est admis que, dans les situations d'urgence, des décisions difficiles sont susceptibles d'être prises en lien avec le triage des patients (chances de survie). De la même façon, des décisions délicates peuvent concerner un accouchement prématuré, l'administration de corticostéroïdes, la réanimation et les soins continus de soutien. Ces décisions devront être prises dans le contexte des normes et ressources locales et en consultation avec le personnel local et les familles (14).

Les gestionnaires et responsables des équipes médicales d'urgence ont alors une responsabilité déontologique quant à la préparation des membres à ces choix exigeants. Une bonne pratique consiste à mettre en place un comité d'éthique durant le déploiement ; au sein de cette structure, il sera possible de débattre de dilemmes éthiques ou de décisions difficiles, et de permettre le partage de responsabilités (voir la boîte à outils EMT sur les comités d'éthique).

Étant donné qu'il existe déjà des publications de bonne qualité dans le domaine RMNCH (voir ci-dessous), aucune recommandation ne sera faite en ce qui concerne les soins cliniques directs. Toutefois, les problématiques de violences sexuelles et fondées sur le genre, avec lesquelles certains membres du personnel clinicien ne sont pas spécifiquement familiarisés, sont résumées à l'annexe 1.

## **Normes techniques minimales pour la gestion des soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)**

- Une documentation adéquate de tous les soins, notamment en lien avec la phase de travail, devra être disponible. Bien qu'il ne soit pas fondé sur des données probantes, et que ses lignes d'alerte et d'action constituent une orientation plutôt qu'une incitation absolue à intervenir rapidement, il est possible d'utiliser le partogramme de l'OMS dans le cadre de cette documentation. Le partogramme peut également faciliter la communication face à la barrière des langues, ainsi que le transfert de patientes.

- Dans la plupart des pays, il est important que les naissances soient enregistrées. Au minimum, le détail des naissances au sein de l'équipe médicale d'urgence sera consigné et ces informations seront transmises aux autorités locales avant le départ. Une déclaration de naissance sera également fournie à la mère. Le rapport quotidien du nombre total de naissances fait partie de l'ensemble minimal de données cliniques.
- Le formulaire quotidien de communication de l'ensemble minimal de données (EMT-MDS), ou un équivalent convenu avec le ministère de la Santé du pays concerné, devra être renseigné.

### Recommandations pour la prise en charge des patients dans le cadre des soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de soins optimaux)

- Un mode opératoire normalisé (MON) devra être disponible pour les états avec lesquels les membres de l'équipe sont moins bien familiarisés, par exemple, prééclampsie sévère, éclampsie, rétention placentaire, hémorragie *post-partum*, sepsis, inversion utérine, prise en charge syndromique des IST, suspicion de grossesse extra-utérine ou scénarios contraceptifs. Il peut être rédigé par l'équipe médicale d'urgence ou être issu de publications existantes, selon le cas. Les MON cliniques peuvent être particulièrement utiles en cas de situation nouvelle, telle qu'un scénario de flambée épidémique.
- Les MON opérationnels devront décrire et définir de façon claire « qui fait quoi et comment » au sein de l'équipe de santé reproductive et santé de la mère (par exemple, à quel moment recourir à une infrastructure plus grande, qui prend en charge les patientes avec des présentations complexes – voir les exemples de l'annexe 3).
- Des textes de référence appropriés devront être disponibles pour le personnel soignant. Des options sont suggérées dans la rubrique des orientations cliniques ci-dessous.

### Questions relatives au transfert d'une patiente d'une infrastructure de type 1 (mobile et fixe) à une infrastructure de type 2 ou 3

- La patiente devra être stabilisée avant le transfert, dans les limites de ce qui est raisonnablement possible, étant entendu que le niveau acceptable de stabilité dépend du contexte (par exemple la distance), des compétences de

l'équipe de transfert et du mode de transport. En fonction du diagnostic, la stabilisation maternelle peut impliquer l'administration de liquides, de sulfate de magnésium, d'antibiotiques par voie parentérale ou d'agents utérotoniques.

- Si l'accouchement a eu lieu, il est important que les nouveau-nés bénéficient d'une protection thermique au cours du transfert, à l'aide par exemple d'une poche de réchauffement ou d'une méthode de type « kangourou » utilisable par la mère ou par un membre de la famille.
- Il est important d'avertir l'infrastructure vers laquelle la patiente sera référée, si possible par téléphone. À cet effet, l'outil de communication « Situation Antécédents Évaluation Demande » (SAED) fonctionne bien, tout comme d'autres formats (voir l'exemple de l'annexe 6). Il est également possible d'envoyer un courrier récapitulatif la situation.
- Les membres d'équipe qui prennent en charge le transfert de la patiente seront expérimentés en soins de santé de la mère et du nouveau-né et auront accès à un kit de transfert approprié.

## Orientations cliniques pour les soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né

### Références bibliographiques générales

- Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (15) (57)
- Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) en situations de crise (16)

### Informations cliniques de référence pour les soins de santé de la mère et du nouveau-né

- Soins obstétricaux et néonataux essentiels, MSF, 2019 (17)
- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. WHO, UNFPA & UNICEF, (2015) (18)
- Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS, (2004) (19)
- Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin, OMS (2007) (20)

- Pocket book of hospital care for obstetric emergencies including major trauma and neonatal resuscitation, MCAI (2015) (21)
- La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire. Guide de terrain, IAWG (2018) (22)
- Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, OMS, Bureau régional de l'Afrique (2021) (23)

### **Informations cliniques de référence pour les soins de santé sexuelle et reproductive**

- Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, OMS (2015) (24)
- Family Planning – A global handbook for providers, WHO (2018) (25)
- Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (2010) (15)
- Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, OMS (2013) (26)
- Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, OMS (2005) (27)

# Infrastructures

## Normes techniques minimales pour les infrastructures de soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)

- Au sein de l'installation, les équipes doivent disposer d'une zone désignée et conforme aux critères minimaux en matière de confidentialité, protection, température, lumière et espace, avec un accès aux équipements et aux fournitures.

## Normes recommandées pour les infrastructures de soins de santé sexuelle et reproductive (conformité aux critères de soins optimaux)

### Généralités

- Les équipes de type 1 (fixe et mobile) devront idéalement disposer d'un espace sécurisé pour les femmes et les enfants (28). Il peut s'agir d'une zone formelle ou informelle, où les femmes et les jeunes filles se sentent en sécurité (physique et émotionnelle) et à l'abri des traumatismes, d'un stress excessif, de la violence (ou de la peur de la violence) ou des abus.
- Il convient d'utiliser une méthode permettant d'établir un périmètre sécurisé et limité, avec un système d'éclairage.

### Type 1 mobile

- Un espace privé dédié sera prévu pour la stabilisation, les accouchements d'urgence (si nécessaire) ou la gestion de la protection. Il est admis que la nature de cet espace privé dépendra du contexte de l'installation. Il peut être défini au sein d'une infrastructure existante, ou dans une tente ou un chapiteau (avec des rideaux), et peut également être partagé de manière flexible avec le service pédiatrique ou d'autres services.
- Un matelas enroulable ou un lit de taille appropriée, généralement un lit pliable en deux, est requis. Il ne doit pas s'agir spécifiquement d'un lit d'accouchement.



### **Type 1 fixe**

- Comme décrit précédemment pour le type 1 mobile. En outre, deux lits de taille appropriée ou deux matelas enroulables devront être disponibles et, de la même façon, il ne doit pas s'agir spécifiquement de lits d'accouchement. Il conviendra d'inclure une petite table.

### **Type 2**

- Il sera nécessaire de prévoir un espace dédié aux soins de santé maternelle. Il peut s'intégrer à différentes structures ou être établi au sein d'une zone unique avec des cloisonnements, proche du bloc opératoire et du service pédiatrique.
- Il devra en outre inclure une zone privée, séparée des principales activités cliniques, et dédiée à la phase de travail et à l'accouchement (par exemple, une zone cachée ou si possible une structure distincte).
- Des secteurs d'hospitalisation prénatale et postnatale devront être configurés ; il peut s'agir d'un service distinct ou d'un secteur protégé au sein d'un service destiné aux femmes.
- Il sera également nécessaire de prévoir un secteur pour les soins prénatals externes.
- En cas d'accouchement assisté, un lit d'accouchement spécifique est requis.

### **Type 3**

- Conformément à l'installation de type 2, il sera prévu une infrastructure dédiée à l'ensemble des soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né.
- L'unité de soins intensifs doit pouvoir prendre en charge les mères et nouveau-nés en environnement climatisé et avoir la possibilité de réserver un espace privatif et tranquille pour les cas de prééclampsie sévère.

### **Équipes spécialisées – Santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né**

- Ces équipes s'intègrent généralement au sein d'une infrastructure locale ou d'une autre équipe médicale d'urgence. Au minimum, il convient de prendre en considération un ensemble initial de services de santé et des moyens pratiques permettant le cloisonnement et l'occultation.
- Il convient également de tenir compte de la sécurité du bâtiment, dans les contextes de catastrophe naturelle, avant l'intégration à une infrastructure locale.

Il est admis que la configuration des services dépendra de multiples facteurs cliniques et culturels. Par exemple, si deux services sont disponibles, il peut être raisonnable de disposer d'un service destiné aux hommes et d'un service destiné aux femmes (avec des soins maternels), et de répartir les enfants en conséquence. Dans le cas de la prévalence élevée d'une maladie transmissible (par exemple, un scénario de flambée épidémique), une autre solution consiste à disposer d'un service destiné aux personnes atteintes et d'un autre service pour les personnes non atteintes, quel que soit le genre. Des considérations similaires s'appliquent également aux infrastructures avec trois ou quatre services, par exemple, un service destiné aux hommes, un service destiné aux femmes et un ou deux services orientés pédiatrie, maternité ou maladies transmissibles, en fonction de la situation spécifique.

Les principes qui gouvernent la configuration des services sont les suivants :

- garantir qu'il existe un plan pour le dépistage des maladies transmissibles et les capacités d'isolement, avec des mesures appropriées de lutte contre les infections ;
- étudier le cloisonnement des tentes, en vue de la protection de la vie privée, notamment dans les contextes de maternité ;
- tenir compte des droits universels des enfants et des parents pour que ceux-ci restent ensemble, lorsque la situation le permet (29) ;
- garantir au personnel de santé un espace suffisant pour pouvoir travailler avec aisance ;
- envisager l'implication de proches dans les soins non médicaux de façon à libérer du temps pour le personnel médical ;
- disposer de modes opératoires normalisés clairs pour les personnes accompagnantes, telles que les personnes aidantes et les visiteurs.

# Santé de l'enfant



PHOTO : @ AECID ESPAGNE

# Prestation de services et configuration d'équipe

Cette section détaille les exigences relatives aux équipes médicales d'urgence en vue de la prestation de soins de l'enfant. À l'échelle mondiale, les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont les suivantes : complications liées aux naissances prématurées, pneumonie, asphyxie à la naissance, diarrhée et paludisme (30). Les naissances prématurées, les complications lors de l'accouchement (asphyxie à la naissance ou absence totale de respiration) et les infections sont à l'origine de la plupart des décès néonataux. Après la période néonatale et pendant les cinq premières années, les principales causes de mortalité sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme.

Les enfants représentent quasiment la moitié de la population de nombreux pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et à risque, dans lesquels des situations d'urgence sont susceptibles d'avoir lieu. Ils ont des besoins spécifiques avant, pendant et après la situation d'urgence qui, s'ils ne sont pas pris en charge, peuvent avoir un impact durable sur eux-mêmes et leur communauté.

De façon générale, après une catastrophe soudaine, les jeunes enfants blessés seront morts du traumatisme ou présenteront des lésions légères. Toutefois, les enfants grièvement blessés ont un taux de survie inférieur par rapport aux enfants plus âgés ou aux adultes, dans un cas similaire (31). Les enfants de moins de cinq ans sont considérés comme étant le groupe le plus vulnérable en ce qui concerne les maladies transmissibles et les maladies à transmission vectorielle. Nombre de ces enfants plus jeunes, qui se présentent auprès d'une équipe médicale d'urgence, sont touchés par une maladie infectieuse, généralement de type respiratoire, digestif, dermatologique ou oculaire. Leur vulnérabilité peut être aggravée par un état de santé initial plus fragile, un calendrier de vaccination incomplet, une malnutrition ; d'autre part, des conditions de logement insalubres, la vie dans des abris temporaires, les mauvaises conditions d'assainissement ainsi que l'accès limité à l'eau potable compliquent les soins et contribuent à l'apparition de maladies (1).

Toutes les équipes doivent pouvoir fournir des soins d'urgence néonataux et pédiatriques essentiels ainsi que des soins de traumatologie et de stabilisation. Elles doivent également pouvoir prendre en charge les maladies infantiles courantes, transmissibles et non transmissibles. Les équipes avec des capacités chirurgicales, c'est-à-dire les infrastructures de type 2 et 3 et les cellules spécialisées, devront également pouvoir fournir des soins d'anesthésie, chirurgicaux, postopératoires et médicaux à la population infantile qui se présente à elles. Il est admis que les infrastructures de type 1 à la fois mobiles et fixes sont centrées sur la prestation de services de l'aube au crépuscule et il convient que toute décision de transfert soit prise avec professionnalisme et compassion.

Certaines situations d'urgence ont également un impact sur la sécurité alimentaire et affectent l'état nutritionnel des groupes à risque, plus particulièrement les enfants (< 6 mois et 6 à 59 mois) et les femmes enceintes et allaitantes. La malnutrition est un facteur contributif sous-jacent qui accroît la vulnérabilité des enfants vis-à-vis des maladies graves, notamment ceux présentant une malnutrition aiguë sévère (MAS) ou une malnutrition aiguë modérée (MAM), car le risque de décès à la suite de la contraction de maladies infantiles courantes (telles que diarrhée, pneumonie et paludisme) est plus élevé.

Au minimum, les équipes médicales d'urgence devront pouvoir effectuer un dépistage de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois, dans le cadre du premier contact et du processus de triage. Dans les contextes d'urgence et pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, l'utilisation exclusive de la mesure du périmètre brachial à mi-hauteur (PBMH), plutôt que le rapport poids/taille, peut constituer une indication de l'état nutritionnel ; en outre, dans les contextes de taux élevé de malnutrition, il convient d'envisager les cas de kwashiorkor. Pour les enfants de moins de 6 mois, il convient d'utiliser la mesure du poids, bien qu'elle ne soit pas forcément possible dans les équipes de type 1 (mobile ou fixe) plus réduites. Pour tous les scénarios, lorsqu'un cas de malnutrition a été identifié, il y aura lieu de mettre en place un début de traitement et, de préférence, une orientation immédiate (le cas échéant) pour tout sujet atteint de malnutrition aiguë modérée ou de malnutrition aiguë sévère avec complication médicale.

De plus, tous les membres de l'équipe devront être informés des questions relatives à la protection de l'enfance et devront pouvoir les appréhender. Des mécanismes adéquats de protection de l'enfance seront mis en place de façon à soutenir les meilleures pratiques (32).

Les équipes médicales d'urgence, d'envergure internationale, viseront à inclure et intégrer, dès que possible, à leur environnement un personnel de santé local doté d'une expérience pédiatrique afin d'accroître la sensibilisation aux affections et traitements locaux, aux normes et habitudes culturelles, ainsi que l'information sur les points d'orientation pour les soins pédiatriques et la protection de l'enfance.

## Services de santé de l'enfant

### Normes techniques minimales pour la prestation de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de vérification)

#### Type 1 mobile et fixe

- Les équipes de type 1 doivent pouvoir fournir les prestations suivantes : soins essentiels d'urgence et traitement des lésions traumatiques, soins pédiatriques externes dans le cadre de la prestation de soins primaires, dépistage et isolement des cas de maladies transmissibles endémiques et prise en charge essentielle des maladies non transmissibles.
- Les équipes devront pouvoir procéder à un dépistage de la malnutrition pour les enfants âgés de 6 à 59 mois dans le cadre de l'évaluation de référence à l'aide de la mesure du périmètre brachial à mi-hauteur (PBMH) (33), débiter un traitement ambulatoire pour les cas sans complication (le cas échéant) et disposer de voies d'orientation clairement identifiées pour les cas de malnutrition.
- La présence d'un(e) pédiatre dans l'équipe est recommandée, mais non obligatoire. Toutefois, une expérience dans la prise en charge des cas pédiatriques est requise et devra être fondée sur les compétences.

#### Type 2

- Les horaires d'activité du service de soins externes sont identiques à ceux décrits pour une équipe de type 1 mobile et fixe, avec une prestation supplémentaire sur 24 heures pour les soins d'urgence et la prise en charge des patients hospitalisés, dans le cadre des soins de santé de l'enfant.
- Les équipes devront présenter des compétences identiques à celles requises pour les équipes de type 1 mobile et fixe ; en outre, le niveau de soins sera plus avancé pour tous les patients externes et hospitalisés, conformément aux descriptions.

- Le dépistage et le traitement de la malnutrition devront être prévus, comme décrit dans la section relative à la prise en charge des patients.
- Les équipes devront également disposer de l'expérience et de l'équipement requis pour prendre en charge les cas pédiatriques chirurgicaux et non chirurgicaux, ainsi que la stabilisation initiale et la prise en charge clinique des cas de malnutrition avec complications médicales jusqu'à ce qu'une option d'orientation adaptée soit identifiée.
- Elles devront intégrer au minimum un médecin avec expérience pédiatrique, ainsi qu'un personnel infirmier spécialisé en pédiatrie avec la gamme de compétences spécialisées permettant de fournir le niveau de soins attendu, décrit préalablement.
- Dans l'équipe chirurgicale, au moins un(e) chirurgien/chirurgienne et un(e) anesthésiste devront être expérimenté(e)s en chirurgie et anesthésie pédiatrique. Les cas de chirurgie pédiatrique plus complexes devront être orientés vers une équipe médicale d'urgence de type 3.

### **Type 3**

- Les équipes de type 3 devront être capables de réaliser les soins décrits pour les équipes de type 1 et 2 et, de plus, pouvoir prendre en charge les cas néonataux et pédiatriques exigeant des soins intensifs.
- Elles devront pouvoir faire office de point d'orientation pour les cas pédiatriques médicaux et chirurgicaux complexes.

### **Équipe spécialisée – Santé de l'enfant**

- Dans le cas d'une combinaison avec une infrastructure existante ou une autre équipe médicale d'urgence appropriée, ces équipes devront au minimum fournir le niveau d'assistance, en matière de soins de santé de l'enfant, offert par l'équipe de type 2.
- Il peut s'agir d'une intervention purement médicale, chirurgicale ou d'une combinaison de composante médicale/chirurgicale de type 2 ou 3 pour un appui accru.

## Normes recommandées pour la prestation de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de soins optimaux)

- Le personnel médical (expérimenté et/ou spécialisé) de l'équipe dédiée aux soins de santé de l'enfant devra disposer d'une expérience dans les domaines suivants : soins néonataux, pédiatrie clinique, urgences pédiatriques, traitement des traumatismes et des plaies, nutrition, gestion liquidienne et électrolytique, sédation consciente, traitement de la douleur et posologies pédiatriques spécifiques. Il est recommandé d'inclure un(e) pédiatre spécialisé(e) dans les équipes de type 2.
- Type 3 : il est fortement recommandé d'inclure au moins le personnel clinicien suivant : un(e) spécialiste en médecine d'urgence pédiatrique, un(e) chirurgien/chirurgienne pédiatrique, un(e) anesthésiologiste pédiatrique et un(e) infirmier/infirmière spécialisé(e) en soins intensifs néonataux.
- Le personnel devra notamment être familiarisé avec les procédures suivantes : oxygénothérapie chez l'enfant, sonde à demeure, gestion liquidienne et électrolytique chez l'enfant, voie intraosseuse, procédure liée au drain thoracique, mise en place d'une sonde urinaire, ponction vésicale, ponction lombaire, ponction d'ascite, aérosolthérapie par nébulisation et ventilation non invasive.

Bien que cette section soit principalement axée sur les soins de santé de l'enfant, des chevauchements avec les soins de santé du nouveau-né sont probables et ont donc été inclus ici. Il est admis que le traitement de maladies plus graves au sein d'une infrastructure de type 1 impliquera une stabilisation et un transfert vers le niveau supérieur de soins.

## Soins néonataux

### Normes techniques minimales pour la prestation de soins de santé du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)

- Toutes les équipes devront pouvoir fournir des soins de santé néonataux essentiels et prendre en charge les nouveau-nés malades et de petit poids.



## Soins infantiles

### Normes techniques minimales pour la prestation de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de vérification)

- Toutes les équipes devront pouvoir traiter les troubles respiratoires et gastro-intestinaux, ainsi que les maladies courantes transmissibles et non transmissibles.
- La prise en charge immédiate des cas de malnutrition modérée et sévère est également importante, mais avec l'objectif d'une orientation ultérieure, le cas échéant.
- La vaccination antitétanique devra être disponible, mais les programmes de vaccination systématique ne font pas partie des fonctions d'une équipe médicale d'urgence.

### Effectifs dédiés aux soins de santé du nouveau-né et de l'enfant

Il est plus important que le personnel médical dispose des compétences pour les services requis du Tableau 6 plutôt que de présenter une formation, un cadre ou un grade spécifique ; en effet, ces éléments varient considérablement d'une équipe à l'autre et d'un pays à l'autre.

Au minimum, le personnel clinique devra pouvoir pratiquer de manière indépendante dans son domaine de spécialité. Le nombre total de membres du personnel clinique devra être suffisant pour gérer un tableau de service, le volume de patients attendus par type d'équipe médicale d'urgence et les activités de soins de santé à exécuter.

**Tableau 6. Effectifs dédiés aux soins de santé du nouveau-né et de l'enfant**

Normes techniques minimales pour la configuration d'équipe dédiée aux prestations de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de vérification)				
	Type 1 mobile et fixe	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé de l'enfant
<b>Médecins</b>				
Médecin formé et compétent en soins d'urgence, stabilisation des traumatismes et soins primaires à destination des nouveau-nés et des enfants	1	1	1	–
Médecin avec expérience pédiatrique (idéalement avec une expérience en service d'urgence)	–	1	1	1
Médecin avec expérience de chirurgie pédiatrique	–	1	1	1
Anesthésiste (s'il ne s'agit pas d'un(e) anesthésiste pédiatrique, devra avoir une expérience en pédiatrie)	–	1	1	1
<b>Personnel infirmier</b>				
Infirmier(ère) généraliste	1	1	1	–
Infirmier(ère) spécialisé(e) en pédiatrie	–	1	1	1*
Infirmier(ère) néonatal(e)	–	–	1	–
Infirmier(ère) avec une expérience en anesthésie pédiatrique	–	1	1	1*
Infirmier(ère) de bloc opératoire (s'il ne s'agit pas d'un(e) infirmier(ère) de bloc opératoire pédiatrique, devra avoir une expérience en pédiatrie)	–	1	1	1

L'expérience en soins de santé du nouveau-né et de l'enfant a également été définie plus largement sous l'appellation de soins pédiatriques et décrite ci-dessous.

\* Pour l'équipe spécialisée, l'un(e) ou l'autre est requis(e).

## Définitions

- Une expérience pédiatrique se définit par trois années d'expérience clinique après la formation, dont deux années au moins en soins pédiatriques. Par exemple :
  - un(e) infirmier/infirmière de soins d'urgence avec trois années d'expérience après la formation, dont deux années dans un service d'urgence mixte adultes/enfants ;
  - un médecin urgentiste avec trois années d'expérience (après les études) dans un service d'urgence, dont deux années au moins dans un service d'urgence mixte adultes/enfants, un environnement de soins primaires ou de médecine générale ;
  - un(e) chirurgien/chirurgienne ou un(e) anesthésiste avec au moins trois années d'expérience spécialisée dans le domaine technique correspondant, dont deux années au moins en pédiatrie.
- Un spécialiste en pédiatrie, c'est-à-dire un(e) pédiatre ou un(e) un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en pédiatrie, se définit par une expérience spécialisée de trois années en soins pédiatriques. Pour les médecins, chirurgiens/chirurgiennes et anesthésistes, ces éléments signifient également qu'aucune supervision n'est nécessaire pour l'exécution des tâches cliniques.

## Expérience et compétence collective recommandées (conformité aux critères de soins optimaux)

### Type 1 mobile

- Au moins un tiers de l'équipe clinique totale devra présenter une expérience en pédiatrie. Par exemple, pour une équipe de six cliniciens/cliniciennes, deux membres devraient avoir une expérience en pédiatrie.

### Type 1 fixe

- Au moins un tiers de l'équipe clinique totale devra présenter une expérience en pédiatrie. Par exemple, pour une équipe de 12 cliniciens/cliniciennes, quatre membres devraient avoir une expérience en pédiatrie.

### Type 2

- Au moins un tiers de l'équipe clinique totale devra présenter une expérience en pédiatrie. Par exemple, pour une équipe de 40 cliniciens/cliniciennes,

14 membres devraient avoir une expérience en soins pédiatriques et l'équipe devra en outre inclure :

- au moins un(e) pédiatre ;
  - au moins trois à cinq infirmiers(ères) spécialisé(e) en pédiatrie avec une combinaison de compétences (urgences, chirurgie, soins intensifs).
- L'équipe doit garantir la présence d'au moins un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en pédiatrie en poste à tout moment et les pédiatres devront travailler de jour et par système de garde, selon le cas.
- L'accroissement de capacité s'opérera selon un ratio d'un(e) pédiatre pour deux ou trois infirmiers(ères) spécialisé(e) en pédiatrie. Par exemple, deux pédiatres pour quatre ou six infirmiers(ères) spécialisé(e) en pédiatrie.

### **Type 3**

- Au moins un tiers de l'équipe clinique totale devra présenter une expérience en soins pédiatriques. Par exemple, pour une équipe de 60 cliniciens/cliniciennes, 20 membres devraient avoir une expérience en soins pédiatriques.
- De plus, un sixième de l'équipe clinique totale devra être spécialisé en soins pédiatriques. Par exemple, neuf membres devront avoir une spécialisation en soins pédiatriques :
- au moins un(e) pédiatre, une(e) chirurgien/chirurgienne pédiatrique et un(e) anesthésiste expérimenté(e) en anesthésie pédiatrique ;
  - six infirmiers(ères) spécialisé(e) en pédiatrie, avec une combinaison de compétences (urgences, chirurgie, soins intensifs) ainsi qu'une expérience en unité de soins intensifs néonataux.
- L'équipe doit garantir la présence d'au moins un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en pédiatrie en poste à tout moment et les pédiatres, chirurgiens/ chirurgiennes pédiatriques et anesthésistes pédiatriques devront travailler de jour et par système de garde selon le cas.

### **Équipe spécialisée – Santé de l'enfant**

- En fonction du contexte, elle peut accroître la capacité grâce à ses membres.
- Au minimum, un(e) pédiatre et 2 à 3 infirmiers(ères) spécialisé(e) en pédiatrie pour un appui supplémentaire, à extrapoler selon le cas.

## **Autres considérations relatives aux effectifs**

### ***1. Malnutrition***

Dans les contextes d'insécurité alimentaire chronique avérée, les équipes médicales d'urgence devront garantir qu'un membre identifié de l'équipe clinique soit compétent et expérimenté dans la prise en charge des cas cliniques de malnutrition (34). Ce membre agira alors en tant que référent technique pour le reste de l'équipe, au cours du déploiement.

### ***2. Protection de l'enfance***

Toutes les équipes médicales d'urgence, y compris les équipes spécialisées autonomes, devront désigner en leur sein une personne référente pour la protection de l'enfance, au cours des déploiements (voir page 61).

# Formation

Le personnel qui assure la prestation de soins cliniques dans l'équipe médicale d'urgence, au cours d'un déploiement, doit avoir des activités identiques dans son pays d'exercice habituel et doit démontrer qu'il dispose de compétences et de connaissances sur les récents progrès cliniques. Le personnel clinique devra pouvoir pratiquer de manière indépendante dans son domaine de spécialité.

Au-delà du contenu formatif essentiel et des modalités de prestation suggérées et élaborées par le groupe de travail technique EMT dans le module de formation EMT de l'OMS, chaque équipe devra envisager de suivre une formation appropriée en lien avec les soins de santé de l'enfant, ce qui permettra aux membres de l'équipe clinique d'adapter et d'appliquer leurs compétences techniques aux conditions austères des situations d'urgence et à leur futur contexte de travail. Il n'existe pas de liste établie, mais les équipes médicales d'urgence devront prendre en considération les qualifications et compétences de base requises pour un rôle ou une fonction spécifique au cours d'un déploiement.

Une attention particulière sera portée aux domaines pour lesquels les membres ont des connaissances réduites. Ainsi, les équipes internationales sont moins familiarisées que les équipes nationales avec la prise en charge des maladies endémiques comme le paludisme, ou encore la prise en charge de la malnutrition. Pour les équipes nationales et internationales, la priorité, en matière de formation, sera donnée à la détection rapide par dépistage, à l'isolement et à la gestion des cas de maladies transmissibles à haut risque, notamment en raison des compétences « tous risques intégrés » des équipes médicales d'urgence.

## Formation adaptative recommandée dans le cadre des soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de soins optimaux)

### Généralités

- L'ensemble du personnel clinique de l'équipe devra être formé conformément à la description suivante.
  - Formation adaptative de base sur les enjeux liés aux soins de santé du nouveau-né et de l'enfant dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et les contextes d'urgence. Elle peut prendre la forme d'une conférence, d'un cours ou d'un contenu en ligne.
  - Introduction au thème de la nutrition et formation de base, notamment sur la mesure du périmètre brachial à mi-hauteur (PBMH) et l'évaluation nutritionnelle au premier contact.
  - Formation à la détection rapide par dépistage, à l'isolement et à la prise en charge des cas de maladies transmissibles à haut risque.
  - Tous les membres de l'équipe (personnel clinique et non clinique) devront bénéficier d'une formation de sensibilisation de base à la protection de l'enfance. Elle peut prendre la forme d'une conférence, d'un cours ou d'un contenu en ligne.
  - Une formation complémentaire de sensibilisation à la protection est requise pour au moins un membre de l'équipe qui sera désigné responsable de la protection.
- Il conviendra d'envisager une formation spécialisée relative à la prise en charge clinique de la malnutrition pour les membres désignés, au sein de l'équipe, comme personnes référentes en matière de nutrition.
- Pour les membres impliqués dans les soins pédiatriques, il est recommandé de suivre une formation pratique adaptative sur les orientations en matière d'équipements et de consommables, le flux des patients et les parcours de soins cliniques ainsi que le diagnostic par ultrasons.
- Dans la mesure du possible, il convient d'envisager les possibilités de constituer des capacités locales et d'offrir une formation sur place. Idéalement, elle impliquera le personnel local issu du ministère de la Santé, afin de garantir que l'enseignement est cohérent avec les pratiques locales.

### Équipes

- Pour les équipes de type 1, les recommandations, en matière de formation et d'expérience, sont les suivantes :

- Cours de l'OMS *Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU)* (35).
- Expérience, ou compréhension, de la malnutrition et de la prise en charge clinique correspondante.
- Connaissances sur la gestion liquidienne et électrolytique chez l'enfant.
- Aptitude à calculer les posologies pédiatriques ou accès à un manuel *ad hoc* (36).
- Connaissances sur les maladies endémiques (y compris paludisme, VIH et tuberculose).
- Connaissances sur la préparation au transport des nouveau-nés ou le transport pédiatrique.
- Connaissances sur les équipements pour les contextes à faibles ressources (oxygène, ventilation non invasive, voie intraosseuse, drain thoracique, ponction d'ascite, sonde urinaire).
- Connaissances sur l'utilisation des tests sur les lieux de soins.
- Le personnel qui assure la prestation de soins pédiatriques dans les infrastructures de type 2 devra faire état de l'expérience et des formations précédentes et devra en outre inclure, au minimum, une personne expérimentée en soins spécialisés de réanimation pédiatrique, de réanimation néonatale et de traumatologie (ou équivalent).
- L'équipe de type 3 devra être identique, en compétences, à l'équipe de type 2, et devra en outre faire état d'une pratique quotidienne (plutôt qu'une pratique occasionnelle) en unité de soins intensifs pédiatriques et en unité de soins intensifs néonataux.



# Équipements et consommables

Comme présenté dans la section relative à la santé reproductive et la santé de la mère et du nouveau-né, les équipes seront autosuffisantes en équipements et consommables pendant 14 jours ; cependant, il est parfaitement approprié d'arriver dans un premier temps avec des fournitures pour 3 à 5 jours, à condition qu'il existe un plan d'approvisionnement ultérieur. Ce critère sera assurément variable en fonction de la situation d'urgence ; il est donc difficile de fournir des données prévisionnelles précises. Pour certains déploiements, par exemple, il peut déjà exister une réserve d'équipements ou de médicaments sur place. Dans d'autres cas, les consommables apportés par l'équipe peuvent s'avérer inadéquats, par exemple des antibiotiques dans une zone d'infection à prévalence élevée. Il est également admis qu'un chevauchement important des équipements entre les soins de santé reproductive et les soins de santé de la mère est inéluctable, ainsi que pour d'autres services offerts par l'équipe médicale d'urgence.

Dans ce domaine, il ne s'agit donc que d'orientations, et chaque équipe établira ses propres listes en fonction des besoins individuels, en tenant compte dans l'idéal des ressources existantes (11) (37). Les domaines à inclure sont répertoriés ci-dessous et un exemple (qui repose sur l'expérience de plusieurs équipes) est présenté à l'annexe 5.

## **Normes techniques minimales pour les équipements et consommables liés à la prestation de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de vérification)**

Les équipes devront disposer d'équipements, de consommables et de médicaments adaptés aux soins de santé des nouveau-nés et des enfants. Ces éléments devront couvrir un large éventail de tailles et de poids. Des exemples sont donnés à l'annexe 5.

- Il est recommandé que le formulaire EMT identifie clairement les options « adulte », « enfant » et « nouveau-né », soit sous la forme de formulaires distincts, soit sous la forme de trois colonnes sous chaque médicament.
- Chaque équipe médicale d'urgence doit, dans le cadre du stock de produits pharmaceutiques sur la durée totale du déploiement, réserver une quantité suffisante de produits essentiels (soins du nouveau-né et de l'enfant) pour une période minimale de 14 jours. Les produits pharmaceutiques devront se présenter sous des formes et des quantités adaptées à la population infantile attendue. Il existe différentes méthodes utilisables par les équipes pour la préparation au déploiement, en lien avec les produits pharmaceutiques. Des conseils pratiques sont disponibles dans la boîte à outils EMT.
- Pour la préparation des médicaments destinés aux jeunes enfants (forme orale, sirop), il est fortement recommandé d'inclure un(e) pharmacien clinicien/ pharmacienne clinicienne dans l'équipe médicale d'urgence.
- En ce qui concerne la vaccination, les programmes de vaccination infantile systématique ne font pas partie des fonctions d'une équipe médicale d'urgence, mais la vaccination antitétanique fait partie intégrante du traitement des plaies. Certaines équipes médicales d'urgence ont pris comme alternative le vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) plutôt que le vaccin antitétanique chez l'enfant de moins de sept ans, et peuvent donc procéder à la vaccination des enfants dans le cadre du traitement des plaies.
- L'oxygène constitue un élément essentiel pour tout type d'équipe médicale d'urgence. L'approvisionnement peut s'effectuer par la voie d'un concentrateur d'oxygène, d'un réservoir d'oxygène, ou une combinaison des deux. L'oxygène est requis pour la prise en charge du transfert des patients ; la boîte à outils EMT contient des informations complémentaires sur les modalités correspondantes.
- Un système sécurisé de transfusion sanguine est également primordial pour les équipes de type 2 et 3 et les équipes spécialisées. Les équipes devront garantir qu'elles satisfont, en ce qui concerne la transfusion sanguine, aux recommandations techniques minimales en vigueur. Des conseils pratiques sont disponibles dans la boîte à outils EMT ; de plus, il sera nécessaire de prévoir les consommables spécifiques correspondants.
- Il conviendra de mettre en place des plans de gestion de produits pharmaceutiques excédentaires, destinés à la période de fin de déploiement/ mission de l'équipe médicale d'urgence. Tout don de produits pharmaceutiques

sera conforme aux lignes directrices de l'OMS pour les dons de médicaments (12) et, de la même manière, toute destruction de médicaments sera conforme aux lignes directrices de l'OMS sur la gestion sécurisée des déchets médicaux (déchets d'activités de soins) (13) afin de réduire les risques pour la santé publique et l'environnement.

- Toutes les équipes médicales d'urgence devront tenir un registre pour assurer le suivi de la consommation de médicaments et de fournitures. Cette action fait partie d'un processus de documentation médicale adéquate et de la bonne gestion de la chaîne logistique médicale.

# Prise en charge des patients

Il est admis que, dans les situations d'urgence, des décisions difficiles sont susceptibles d'être prises en lien avec le triage des patients (chances de survie). Elles sont particulièrement éprouvantes avec les enfants et dans le cadre de la réanimation des prématurés et des soins continus. Ces décisions devront être prises dans le contexte des normes et ressources locales, au sein d'une équipe multidisciplinaire et en consultation avec le personnel local (14).

À l'exception des cas d'urgence, il est important que le traitement des enfants fasse l'objet du consentement d'un membre de la famille ou d'une personne répondante. L'assentiment éclairé peut être envisagé dans les situations où l'enfant n'est pas légalement autorisé ou manque d'une compréhension suffisante pour donner un consentement avisé. L'explication rigoureuse des procédures est importante. Elle peut être accompagnée de pictogrammes ; des exemples de bonnes pratiques sont disponibles dans la boîte à outils EMT. Toutes les équipes médicales d'urgence doivent disposer de modes opératoires clairs et garantis pour le consentement.

Étant donné qu'il existe déjà des publications de bonne qualité dans ce domaine (voir ci-dessous), aucune recommandation ne sera faite en ce qui concerne les soins cliniques. Toutefois, les problématiques de protection de l'enfance, avec lesquelles certains membres du personnel clinicien ne sont pas spécifiquement familiarisés, sont résumées à l'annexe 2.

## **Normes techniques minimales pour la prise en charge des patients dans le cadre des soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de vérification)**

- Il doit exister un système de documentation clinique approprié qui peut, le cas échéant, faire partie de la documentation des soins externes des adultes ou encore constituer un système d'admission de patient pédiatrique à part. Une consignation distincte portera sur les observations pédiatriques, l'équilibre

hydrique et la gestion de la douleur pour les patients hospitalisés. Il faudra tenir compte spécifiquement de la vaccination, de l'état nutritionnel et du poids.

- Le formulaire quotidien de communication de l'ensemble minimal de données (EMT-MDS), ou un équivalent convenu, devra être renseigné.

### **Normes techniques minimales pour la prise en charge des patients dans le cadre des soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de soins optimaux)**

- Des modes opératoires normalisés (MON) cliniques devront être disponibles. Ils ne doivent pas constituer une réécriture des lignes directrices cliniques, mais être axés sur l'élaboration de parcours de soins cliniques, par exemple, des schémas (une page) des présentations moins connues de l'équipe ou susceptibles d'être utiles pour débiter un traitement (voir les schémas simplifiés de MON ci-après).
- Les MON opérationnels devront décrire et définir « qui fait quoi et comment » au sein de l'équipe de soins de santé du nouveau-né et de l'enfant.
- Un mode opératoire normalisé, un formulaire, un livret ou une application validée, incluant des indications sur les posologies pédiatriques et le dosage des liquides, devront être disponibles pour tous les membres de l'équipe médicale d'urgence.
- Un système d'enregistrement pour les mineurs (filles/garçons) non accompagnés ainsi qu'un moyen d'identification précoce devront être mis en place. Tous les mineurs non accompagnés, y compris ceux étant médicalement aptes, seront encadrés et orientés vers la personne référente « protection ».
- Tous les enfants âgés de 6 à 59 mois seront soumis à un dépistage de la malnutrition grâce à une mesure du périmètre brachial à mi-hauteur (PBMH) et, si possible, pour les enfants de moins de 6 mois, à une mesure du poids.
- Tout cas identifié de malnutrition aiguë modérée (MAM) ou de malnutrition aiguë sévère (MAS), avec ou sans complication médicale, sera orienté vers un service local approuvé de soutien nutritionnel, dont l'expertise technique permet la prise en charge de tels cas. Si cette orientation n'est pas possible, les équipes médicales d'urgence dotées de capacités d'hospitalisation devront prendre en charge les cas de malnutrition avec complication médicale, jusqu'à ce qu'un point d'orientation adapté soit déterminé.

- Une attention particulière devra être portée à la prise en charge clinique des nourrissons et des enfants souffrant de malnutrition. Les équipes médicales d'urgence devront se référer à des recommandations à jour en matière de meilleures pratiques de soins, étant donné que certaines équipes peuvent ne pas être familiarisées avec les exigences spécifiques de prise en charge clinique, notamment l'utilisation de solutions intraveineuses et la prise en charge de la réhydratation.
- Des schémas MON simplifiés, destinés à la prise en charge des états courants que les équipes médicales d'urgence sont susceptibles de rencontrer, sont suggérés ci-après. Cette liste ne prétend pas être exhaustive ni prescriptive, mais comprend plutôt des exemples variés :
  - principales causes de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans, telles que les complications liées à la naissance, la pneumonie, la diarrhée et paludisme ;
  - approche globale du traumatisme pédiatrique, convulsions, altération de la conscience ;
  - malnutrition, nouveau-nés malades ;
  - maladies transmissibles (rougeole, méningite, choléra, infection des voies respiratoires supérieures, etc.) ;
  - brûlures, noyade ;
  - prévention de la douleur, gestion de la douleur, sédation consciente ;
  - soutien psychologique, protection de l'enfance (blessure inexpliquée, violence sexuelle et mineur (fille/garçon) non accompagné).
- Des textes de référence appropriés devront être disponibles pour le personnel soignant. Des options sont suggérées ci-après dans la rubrique des orientations cliniques relatives aux soins de santé de l'enfant.

### **Questions relatives au transfert des patients d'une infrastructure de type 1 à une infrastructure de type 2 ou 3**

- Les patients devront être stabilisés avant le transfert, dans les limites de ce qui est raisonnablement possible.
- Il est important que les nouveau-nés bénéficient d'une protection thermique au cours du transfert. Par exemple, il est possible d'utiliser une poche de réchauffement ou une méthode de type « kangourou » utilisable par la mère, par un membre de la famille ou un membre de l'équipe.

- Il est important d'avertir l'infrastructure vers qui la patiente sera référée, si possible. À cet effet, l'outil de communication « Situation Antécédents Évaluation Demande » (SAED) fonctionne bien, tout comme d'autres formats (voir l'exemple de l'annexe 6). Il est également possible d'envoyer un courrier récapitulant la situation.

### Orientations cliniques pour les soins de santé de l'enfant

- Soins obstétricaux et néonataux essentiels, MSF (2019) (17)
- Mémento de soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes de l'enfance, 2e éd. OMS (2015) (38)
- Pediatric Surgery and Medicine for Hostile Environments, Borden Institute (2011) (39)
- Guide clinique et thérapeutique, MSF (2021) (40)
- Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire, OMS (2009) (30)
- Pocket book of hospital care for obstetric emergencies including major trauma and neonatal resuscitation, MCAI (2015) (21)
- La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire. Guide de terrain, IAWG (2018) (22)
- Lignes directrices : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant, OMS (2015) (41)
- Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. OMS (2007) (20)

# Infrastructures

L'installation doit présenter une surface adéquate, de façon à garantir au personnel de santé un espace suffisant pour pouvoir travailler avec aisance. Toutes les équipes médicales d'urgence devront également prévoir, dans leur plan de gestion, l'hébergement d'un membre de la famille ou d'une personne répondante pour accompagner le nouveau-né ou l'enfant au cours de l'hospitalisation. Il conviendra de tenir compte du type et de la hauteur du lit utilisé, pour que l'espace de couchage comprenne à la fois l'adulte accompagnant et le nouveau-né ou l'enfant.

Étant donné qu'idéalement, les enfants ne seront pas examinés ni traités dans le même espace que les adultes, il conviendra si possible d'en tenir compte pour la conception de l'installation. Ainsi, il est possible de concevoir des équipes médicales d'urgence réduites, de façon à optimiser un espace limité et à procéder, selon le cas, à une reconfiguration.

Il est également important de prendre en compte les droits de l'enfant et du membre de la famille ; tous les efforts seront consentis pour éviter la séparation entre le nouveau-né/l'enfant et le membre de la famille ou la personne répondante agréée (42).

## **Normes techniques minimales pour les infrastructures de soins de santé reproductive et santé de la mère et du nouveau-né (conformité aux critères de vérification)**

- Au sein de l'installation, les équipes doivent disposer d'une zone désignée et conforme aux critères minimaux en matière de confidentialité, protection, température, lumière et espace, avec un accès aux équipements et aux fournitures.



## Normes techniques recommandées pour les infrastructures de soins de santé de l'enfant (conformité aux critères de soins optimaux)

### Généralités

- Un espace de jeu adapté aux enfants sera défini au sein de la zone d'attente et au niveau du service. La mise à disposition de jouets et de livres sera très utile ; leur nettoyage devra être aisé de sorte que les normes de prévention des infections soient respectées.
- Au sein de l'installation, il est nécessaire de définir une zone dédiée aux mineurs (fille/garçon) non accompagnés et médicalement aptes ; cette zone sera supervisée de manière adéquate, avec une prise en charge accordée préférentiellement à un personnel national.
- Il conviendra de prévoir, si possible, des postes de lavage des mains avec une conception et une hauteur adaptées aux enfants ; il en sera de même pour les latrines.

### Type 1 mobile et fixe

- Une zone destinée à l'évaluation pédiatrique et à la stabilisation d'urgence devra être définie.
- Il est admis que la nature de cet espace privé dépendra du contexte de l'installation. Il peut être défini au sein d'une infrastructure existante, ou dans une tente ou un chapiteau (avec des rideaux).
- À la suite du dépistage des maladies transmissibles, il est possible de définir une zone d'isolement, selon le cas, qui peut être aussi élémentaire qu'une zone délimitée par un cordon.

### Type 2

- Une zone de réanimation pédiatrique dédiée sera établie au sein de l'installation de soins d'urgence. Elle peut faire l'objet d'un agencement de lit de réanimation adulte/enfant.
- Une zone de consultation pédiatrique au sein du service de soins externes sera identifiée.
- Une zone d'hospitalisation devra être déterminée : soit un service partagé par les patientes adultes et les patients pédiatriques, soit un service spécifique dont la configuration dépend de la capacité en lits et du nombre total de services de l'installation.

- Une zone d'hospitalisation propre à l'isolement sera prévue, selon le cas, à la suite du dépistage des maladies transmissibles ; elle disposera d'un accès à des infrastructures sanitaires et d'hygiène.
- Tous les nouveau-nés qui nécessitent une période d'observation et d'hospitalisation resteront en priorité dans la zone maternelle.
- La hauteur des lits devra être adaptée aux enfants. Les lits ajustables, utilisables à la fois par les adultes et les enfants, sont idéals.
- Il conviendra de prévoir des moustiquaires. Celles-ci sont requises dans les régions où les maladies à transmission vectorielle (telles que le paludisme et la dengue) sont endémiques.

### **Type 3**

- L'installation doit être conforme aux exigences d'une infrastructure de type 2.
- Les infrastructures de soins d'urgence seront équipées d'un lit de réanimation pédiatrique dédié.
- Un service d'hospitalisation pédiatrique dédié sera également constitué.
- Au sein de l'unité de soins intensifs, un espace sera réservé aux nouveau-nés et aux enfants. En ce qui concerne les exigences minimales en capacité de lits pour les soins intensifs (quatre lits), une couveuse au minimum est nécessaire.

### **Équipe spécialisée – Santé de l'enfant**

- Ces équipes s'intègrent généralement au sein d'une infrastructure locale ou d'une autre équipe médicale d'urgence. Au minimum, il convient de prendre en considération un ensemble initial de services de santé et des moyens pratiques permettant le cloisonnement et l'occultation.
- Il convient également de tenir compte de la sécurité et de l'intégrité du bâtiment, dans les contextes de catastrophe naturelle, avant l'intégration à une infrastructure locale.

Voir les commentaires sur la configuration des services, page 32.

# Protection



PHOTO : OMS/F. GUERRERO

Lors d'une intervention humanitaire d'urgence, la protection est axée sur la sécurité et la dignité de la population touchée. Le Comité permanent interorganisations définit la notion de protection comme « l'ensemble des activités visant à garantir le plein respect des droits de l'individu, conformément à la lettre et à l'esprit des corpus de droit applicables, c'est-à-dire les droits de l'homme, le droit international humanitaire et le droit international des réfugiés » (43).

### *Notion de protection dans les interventions des équipes médicales d'urgence*

Au sein des équipes médicales d'urgence, le rôle et les responsabilités liées à la protection sont souvent mal compris, ce qui peut entraîner une préparation inadéquate des membres. Il n'est plus raisonnable pour les équipes de se concentrer uniquement sur les besoins immédiats en soins de santé sans prendre en considération la sécurité, la dignité et les droits de l'individu et de la communauté.

La responsabilité première en matière de protection incombe au pays touché, lequel a l'obligation légale de protéger, promouvoir et appliquer les droits de la population de son territoire, conformément aux critères du droit national, du droit international humanitaire, du droit international sur les droits de l'homme et du droit international des réfugiés. Certains organismes disposent de mandats spéciaux en matière de protection, par exemple le Comité international de la Croix-Rouge et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

Toutefois, toutes les équipes médicales d'urgence opérationnelles rencontreront fréquemment des contextes d'urgence où elles feront face à des risques issus de la violence, la coercition, la privation délibérée et où les États sont réticents ou incapables de s'acquitter de leurs responsabilités en matière de protection. Par conséquent, il est important que les équipes soient préparées à analyser de manière efficace les risques en matière de protection et à répondre de manière appropriée aux menaces et abus (44).

Les équipes médicales d'urgence doivent élaborer des règles et des modes opératoires normalisés qui régissent le signalement des menaces et abus aux organismes de protection spécialisés. Des voies d'orientation doivent être établies de sorte que les personnes et groupes exposés à des préjudices reçoivent un soutien légal, médical et psychosocial approprié. Dans le cadre de leurs attributions, les équipes médicales d'urgence seront impliquées dans

des activités spécifiques, centrées sur la protection, notamment en lien avec la violence sexuelle, la prise en charge clinique des cas de viol, les blessures inexplicables chez les enfants, la protection de l'enfance, les mineurs (fille/garçon) non accompagnés et les personnes vulnérables (âge ou handicap).

Outre l'intervention, le signalement et l'orientation, les équipes médicales d'urgence devront agir concrètement pour intégrer la notion de protection à leur culture organisationnelle, afin de protéger les enfants et d'autres groupes vulnérables par la voie du processus administratif. Elles devront également concevoir et adapter leurs activités en vue à la fois d'améliorer la sécurité et de réduire la vulnérabilité face aux menaces. Ces mesures concernent uniquement la protection des enfants et des victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre. Il est également admis que l'âge, le handicap et la santé mentale constituent des préoccupations liées à la protection ; elles seront abordées au sein d'autres groupes de travail technique.

### **Sensibilisation aux violences sexuelles et fondées sur le genre et prise en charge**

Le sigle VSFG (violence sexuelle et fondée sur le genre) est une appellation générique désignant tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'autrui et qui se produit en raison de différences socialement attribuées entre les femmes et les hommes (47). Elle comprend les actes qui infligent des souffrances ou des préjudices physiques, sexuels ou mentaux, les menaces de tels actes, la coercition et autres privations de liberté. Une exacerbation de ces actes est possible dans les contextes d'urgence humanitaire, où la vulnérabilité et les risques sont élevés, alors même que les protections familiales et communautaires se sont effondrées. Même si les violences sexuelles et fondées sur le genre peuvent toucher aussi bien les femmes que les hommes, les femmes et les filles sont généralement affectées de façon disproportionnée. Les professionnel(le)s du sexe, les adolescent(e)s, les personnes handicapées et les enfants des rues sont particulièrement vulnérables.

Les services de santé représentent souvent le premier, et parfois le seul point de contact pour les victimes de VSFG qui recherchent de l'aide. Pour faciliter les soins, les victimes doivent disposer d'un accès sécurisé aux infrastructures de santé, avec un personnel non stigmatisant, des points d'entrée confidentiels vers les services, la gratuité ainsi que le transport sécurisé entre les installations. Il est également essentiel que les prestataires de soins de santé, œuvrant dans

les services d'urgence, disposent des compétences nécessaires pour proposer aux victimes des services de santé de qualité, non discriminatoires.

### *Préparation des services pour les victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre*

Il est crucial que les personnes disposent d'un accès aux services prioritaires de santé reproductive aux prémices de la situation d'urgence, et aux services complets de santé reproductive lors de la stabilisation de la situation (45). À l'arrivée, il est important que l'équipe exécute les actions suivantes.

Déterminer l'existence d'un éventuel soutien communautaire pour les victimes, par exemple, sages-femmes, organisations féminines, membres de la famille ou responsables religieux.

- Déterminer la localisation, la sécurisation et l'accessibilité des infrastructures locales de santé. Les zones sont-elles sûres et disposent-elles d'un système de gardiennage ? Des chambres privées sont-elles disponibles ?
- Rassembler les connaissances de base sur le pays. Quel est l'âge légal du consentement à des actes sexuels ? Est-ce différent pour les garçons et pour les filles ? Quel est le statut légal de la contraception d'urgence et de l'avortement, y compris pour les grossesses résultant d'un viol ? Les femmes sont-elles autorisées à exprimer leur consentement ? Au sein du pays, quelles sont les exigences légales relatives au signalement ou à la documentation des cas de violences sexuelles et fondées sur le genre ?
- Existe-t-il des endroits sécurisés pour l'accueil des personnes vulnérables à la sortie de l'infrastructure ?

### **Sensibilisation à la protection de l'enfance et prise en charge**

La protection de l'enfance est définie comme « la prévention et la prise en charge de la maltraitance, des négligences, de l'exploitation et des violences à l'encontre des enfants ». Dans un contexte d'urgence, y compris lors de catastrophes soudaines, les enfants peuvent être tués ou blessés, devenir orphelins, être séparés de leur famille, être enrôlés dans des forces ou groupes armés, être abusés sexuellement, être exploités économiquement, devenir handicapés, être victimes de traite ou être victimes de plusieurs de ces actes simultanément. Il est très important que les équipes médicales d'urgence soient sensibilisées à ces problématiques et qu'elles comprennent la notion de protection de l'enfance.

Au cours d'une situation d'urgence, les risques en matière de protection de l'enfance dépendront de facteurs tels que le nombre d'enfants touchés, le type de problématique, le niveau d'organisation et la stabilité de l'État avant, pendant et après l'urgence, la capacité d'intervention du pays et la nature de l'urgence.

### *Préparation des services pour la protection de l'enfance*

Toute équipe médicale d'urgence doit être capable de détecter, d'intercepter, de recueillir, de soigner, de protéger et d'orienter les victimes de maltraitance infantile, quelle qu'en soit la forme. Ce type de soins implique, de la part des équipes, l'exécution des actions suivantes :

- mettre à disposition de son personnel référent une formation complémentaire en lien avec la détection de la maltraitance et la protection de l'enfance, par exemple la formation en ligne du Fonds des Nations Unies pour la population ;
- à l'arrivée, déterminer l'existence d'un éventuel soutien communautaire pour les victimes de maltraitance infantile, par l'intermédiaire des organismes locaux ou internationaux de protection de l'enfance ;
- définir des zones sécurisées et surveillées au sein des infrastructures, où les enfants seront en sécurité et les victimes de maltraitance infantile seront séparées des patients adultes (à l'exception du représentant/de la représentante légal(e) ou du conseiller/de la conseillère confidentiel(le)) ;
- rassembler les connaissances de base sur le pays ;
- fournir une formation sur la Déclaration des droits de l'enfant (46) ;
- localiser des hébergements sécurisés en dehors de l'enceinte EMT, où il est possible d'orienter les victimes.

### **Normes techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère et du nouveau-né, dans le cadre des violences sexuelles et fondées sur le genre et de la protection de l'enfance (conformité aux critères de vérification)**

- Il conviendra de mettre en place des procédures claires de protection administrative (modes opératoires normalisés) à la fois pour le personnel international et national, incluant des vérifications policières et des vérifications des références professionnelles. Il est admis que cette mesure peut s'avérer impossible dans certains contextes de pays, notamment en ce qui concerne le personnel national. Elle peut également s'avérer difficile lors

de recrutements urgents, car les vérifications policières prennent parfois du temps. Il conviendra d'établir un autre système de vérification, par exemple une vérification de l'identité et des qualifications, parallèlement au système local de vérification des références.

- Idéalement, une politique organisationnelle globale en matière de protection de l'enfance, et qui fait office de cadre de gouvernance, sera mise en œuvre et communiquée à tous les membres de l'équipe.
- L'ensemble du personnel doit suivre une formation de sensibilisation sur les violences sexuelles et fondées sur le genre, ainsi que sur la préservation et la promotion du bien-être des enfants, y compris la protection de l'enfance. Elle peut, au minimum, prendre la forme d'un cours ou d'une conférence.
- Un(e) « responsable protection », qui aura suivi une formation complémentaire, sera désigné(e) au sein de l'équipe. Cette personne devra faire état d'une vaste expérience en matière de protection et sera responsable de tout ce qui concerne la notion de protection, y compris le personnel référent. Les responsables devront participer à des réunions de groupe et diffuser les informations au personnel.

### **Normes recommandées pour les soins de santé sexuelle et reproductive, dans le cadre des violences sexuelles et fondées sur le genre et de la protection de l'enfance (conformité aux critères de soins optimaux)**

- Un membre de l'équipe sera désigné comme personne référente « VSFG » et apportera un appui et des conseils sur les problématiques correspondantes. Il aura reçu une formation complémentaire dans ce domaine et sera à même de recevoir les victimes. Ce membre représente la personne-ressource principale pour les victimes, ou pour le personnel préoccupé par de possibles cas. Il est soutenu par le/la « responsable protection », qui reçoit en outre ses signalements.
- Une personne référente « protection de l'enfance », qui aura suivi une formation complémentaire, sera désignée. Soutenue par le/la « responsable protection », qui reçoit en outre ses signalements, cette personne référente est chargée de toutes les problématiques liées à la protection de l'enfance.
- Au sein de l'installation EMT, il est important de réserver une zone distincte et privée aux échanges et aux examens, ainsi qu'une zone distincte dédiée aux mères et aux enfants.



- Si un personnel interprète local (« médiation culturelle ») est requis, les équipes médicales d'urgence doivent s'assurer de sa formation et de son implication, ce qui comprend, au minimum, le respect de la confidentialité en matière d'informations sensibles.
- La documentation relative aux violences sexuelles et fondées sur le genre et aux blessures inexpliquées chez les enfants devra inclure une cartographie corporelle. Les informations sensibles doivent être protégées, de préférence dans une boîte ou une armoire métallique, dont la clé sera disponible uniquement pour un nombre limité de membres, généralement le/la « responsable protection » et les personnes référentes « protection de l'enfance » et « VSFG ». Chaque équipe médicale d'urgence devra mettre en place un système de gestion des données sensibles à la suite de leur départ, par exemple le chiffrement et l'anonymisation des données pour permettre une gestion au-delà des frontières, un stockage local sécurisé ou la destruction. Le signalement national des problématiques liées à la protection de l'enfance est généralement requis et variera selon les pays.
- Il est utile de proposer un certificat, une lettre ou un rapport (selon les critères de sécurité et de sûreté) pour garantir que les patients disposent d'une documentation sur les événements. Elle pourra être utilisée pour une réparation ultérieure, après stabilisation de la situation.
- Avant de diffuser des informations relatives aux violences sexuelles et fondées sur le genre ainsi qu'à la protection de l'enfance, les équipes médicales d'urgence devront consulter la publication *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence* (47), qui contient huit recommandations permettant de garantir que la communication des données est effectuée de manière éthique et évite d'attirer une attention indésirable sur les victimes, les programmes, les agences ou les communautés.
- Il convient qu'une prophylaxie post-exposition (PPE) soit administrée. Si le seul traitement de démarrage est donné, il est nécessaire de prévoir le traitement complet de 28 jours, qui peut impliquer une orientation ultérieure (48) (49).
- Des modes opératoires normalisés devront être élaborés pour les éléments suivants.
  - Violences sexuelles et fondées sur le genre : au minimum, orientations de base et rôle de la personne référente « VSFG » au sein de l'équipe. Des MON seront également envisagés pour la prévention, le dépistage et l'identification, ainsi que pour la première assistance en matière médicale,

légale ou psychosociale. Le soutien psychologique continu nécessitera généralement une orientation externe, le cas échéant.

- Protection de l'enfance : au minimum, orientations de base et rôle de la personne référente « protection de l'enfance » au sein de l'équipe. Il conviendra de mettre en place des procédures opérationnelles de terrain pour le signalement de tout cas identifié ou pour une plainte effective. Les plaintes de l'équipe sont gérées et signalées selon la politique en matière de protection de l'enfance, les lois du pays et tout enregistrement auprès d'un organisme professionnel.
- Une formation en soins spécialisés est utile à tous les autres membres de l'équipe qui assurent la prise en charge directe des cas cliniques de violence sexuelle et fondée sur le genre, et non pas uniquement à la personne référente « VSG », laquelle peut être par exemple un médecin.
- Formation complémentaire sur la protection de l'enfance, à destination de l'ensemble du personnel.
- La présence, dans l'équipe, d'un soignant de sexe féminin ou d'un représentant/une représentante de groupe ethnique marginalisé peut accroître de manière significative la proximité avec les femmes ou les personnes issues de groupes minoritaires.
- Il est recommandé que les prestataires de services de soins VSG soient des femmes pour les femmes victimes ou, si le prestataire est un homme, qu'il soit accompagné d'une femme. Les prestataires de sexe masculin prendront en charge, de préférence, les hommes victimes.
- Tous les membres de l'équipe s'engageront à signer la politique en matière de protection de l'enfance.

## Prise en charge des violences sexuelles et fondées sur le genre – Informations de référence

- Clinical Management of Rape Survivors, WHO (2004) (50)
- HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) in the UN (2018) (51)
- Normes minimales pour la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence, UNFPA (2015) (52)
- Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery, IASC (2015) (43)
- Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines, WHO (2017) (53)
- Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, IAWG (2018) (54)
- Medical Protocol for Sexual Violence Care, MSF (2020) (55)
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guideline, WHO (2013) (46)
- Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique, OMS (2014) (56)
- Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO (2014) (48)

## Protection de l'enfance – Informations de référence

- Responding to children and adolescents who have been sexually abused. WHO clinical guidelines, WHO (2017) (53)
- Child Protection in Emergencies, UNICEF (2015) (57)
- Standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire, Groupe de travail sur la protection de l'enfance (GTPE) (2012) (58)



# Références bibliographiques

1. Van Berlaer, Gerlant. (2017), Disaster and humanitarian emergency response: the importance of field medical data registration, Brussels University Press.
2. UNFPA, Guidelines on Data Issues in Humanitarian Settings, 2010; [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guidelines\\_dataissues.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guidelines_dataissues.pdf)
3. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : résumé des principales caractéristiques et recommandations, Juin 2013. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85324>
4. World Health Organization, 2021; Classification and minimum standards for emergency medical teams. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341857>.
5. E. Bar-On, Y. Kreiss, K. Peleg; A Comprehensive Guide to Preparation and Operation; Chapter 4: O. Hagon et al. (2019); Needs assessment: forecasting the needs and improving the immediate medical response in complex emergencies; Cambridge University; ISBN: 9781107141322
6. World Health Organization; Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing (MCA); <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>
7. World Health Organization. (2018). Defining competent maternal and newborn health professionals: background document to the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA: definition of skilled health personnel providing care during childbirth. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272817>.
8. Global Health Media, Creating videos to train health workers and serve communities worldwide; [www.globalhealthmedia.org](http://www.globalhealthmedia.org)
9. UNFPA (2017), La gestion des programmes contre les Violences Basées sur le Genre dans les situations d'urgence; Managing Gender Based Violence Programmes in Emergencies; <https://extranet.unfpa.org/Apps/GBVinEmergencies/index.html>
10. UNFPA (2011) Manuel Kits de Santé Reproductive Inter-organisations à Utiliser en Situations de Crise; [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%202011\\_FR.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%202011_FR.pdf)
11. World Health Organization. (2017). WHO model list of essential medicines, 20th list (March 2017, amended August 2017). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273826>

12. World Health Organization. (2011). Guidelines for medicine donations, revised 2010. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44647>
13. Organisation mondiale de la Santé. (2017). La gestion sécurisée des déchets médicaux (Déchets d'activités de soins) : résumé. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272385>.
14. Merin O et al. The Israeli field hospital in Haiti--ethical dilemmas in early disaster response. *N Engl J Med.* 2010 Mar 18;362(11):e38. doi: 10.1056/NEJMp1001693. Epub 2010 Mar 3. PMID: 20200362.
15. Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises (2010), Manuel de Terrain interinstitutions sur la santé génésique en milieu humanitaire; Revision for Field Review. Geneva: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2010. PMID: 26203479.
16. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises; Dispositif Minimum D'urgence DMU Pour Pour La Santé Sexuelle Et Reproductive (SSR) en situations De Crise : Un Module D'apprentissage À Distance; <https://iawg.net/fr/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module/introduction>
17. MSF (2017) Soins obstétricaux et néonataux essentiels; [https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/essential-obstetric-and-newborn-care-51415817.html?language\\_content\\_entity=fr](https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/essential-obstetric-and-newborn-care-51415817.html?language_content_entity=fr)
18. World Health Organization, United Nations Population Fund, World Bank & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>
19. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>.
20. World Health Organization. (2007). Prise en charge des problèmes du nouveau-né : manuel de la sage-femme, de l'infirmière et du médecin. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43560>
21. Maternal and Child Health Advocacy International (2015), Pocket book of hospital care for obstetric emergencies including major trauma and neonatal resuscitation; <https://www.mcai.org.uk/download-books>
22. Inter Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2017) Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide; <https://www.unicef.org/media/61561/file>.
23. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. (2021). Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339794>.

24. Organisation mondiale de la Santé. (2016). Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives – 5e éd., 5e éd. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249591>
25. World Health Organization & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. (2018). Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>.
26. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2ème. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78413>
27. Organisation mondiale de la Santé (2005). Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43187>
28. UNFPA (2015), Women and Girls Safe Space. A guidance note on lessons learned from the Syrian crisis; <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20UNFPA%20Women%20and%20Girls%20Safe%20Spaces%20Guidance%20%5B1%5D.pdf>
29. The EACH Charter and the UN Convention on the Rights of the Child, Art. 9 Separation from parents (EACH Charter 2–3); EACH, "European Association for Children in Hospital," 2016; [www.each-for-sick-children.org](http://www.each-for-sick-children.org)
30. World Health Organization. (2009). Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44239>
31. Kolbe AR, Hutson RA et al. Mortality, crime and access to basic needs before and after the Haiti earthquake: a random survey of Port-au-Prince households. *Med Confl Surviv.* 2010 Oct-Dec;26(4):281-97. doi: 10.1080/13623699.2010.535279. PMID: 21314081.
32. UNHCR Emergency Handbook (2018); <https://emergency.unhcr.org/entry/120177/child-protection>
33. Focus-on-overnutrition, MUAC Measurement, 2013. [https://www.youtube.com/results?search\\_query=muac+measurement](https://www.youtube.com/results?search_query=muac+measurement)
34. UNICEF (2018), Nutrition in Emergencies, <https://www.unicef.org/media/97011/file/Nutrition-in-emergencies-Saving-Lives-Today-Strengthening-Systems-for-Tomorrow.pdf>
35. Organisation mondiale de la Santé (2010); Triage, évaluation et traitement d'urgence (TETU); [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44283/9789242546873\\_fre\\_part.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44283/9789242546873_fre_part.pdf?sequence=1)
36. Shann-F, Drug Doses, 17th ed., JR Medical Books, 2017, ISBN: 9780648005308.

37. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). Consideration of diabetes medicines as part of the revisions to 2017 WHO Model List of Essential Medicines for adults (EML) and Model List of Essential Medicines for children (EMLc). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345892>
38. Organisation mondiale de la Santé. (2015). Mémento de soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes de l'enfance, 2e éd. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/187940>
39. Borden-Institute, Pediatric Surgery and Medicine for Hostile Environments, 2011; ISBN: 1477418822
40. MSF (2016) Guide clinique et thérapeutique; <https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/CG/francais/guide-clinique-et-therapeutique-16689354.html>
41. Organisation mondiale de la Santé. (2015). Lignes directrices : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162815>
42. Resolution 12th EACH Conference Prague, "Parental Presence anytime and any place," in EACH Charter for Children in Hospital, 2014.
43. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2015) , Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing risk, promoting resilience, aiding recovery; <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Guidelines%20for%20Integrating%20Gender-Based%20Violence%20Interventions%20in%20Humanitarian%20Action%2C%202015.pdf>
44. World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>
45. Le Manuel Sphère (2018). <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Le-manuel-Sphère-2018-FR.pdf>
46. UN (1959), General Assembly Resolution 1386. Declaration of the Rights of the Child.
47. World Health Organization. (2007). Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Genève : Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44132>
48. World Health Organization & International Labour Organization. (2007). Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection; joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43838>



49. World Health Organization. (2014). Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>
50. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population & Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2022). Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354572>.
51. UN (2108) HIV Post-Exposure Prophylaxis (PEP) in the United Nations
52. UNFPA (2015); Minimum Standards for Prevention and Response to gender based violence in Emergencies; <https://www.unfpa.org/publications/minimum-standards-prevention-and-response-gender-based-violence-emergencies-0>
53. World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270>.
54. Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises (2018); Manuel de anuel de Terrain interinstitutions sur la santé génésique en milieu humanitaire; <https://iawgfieldmanual.com/manual>
55. MSF (2014), Medical protocol for sexual violence care; [https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/GAS/Gynecologie/164211%20En\\_Med%20Protocol%20Sex%20Violence\\_2014.pdf](https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/GAS/Gynecologie/164211%20En_Med%20Protocol%20Sex%20Violence_2014.pdf).
56. World Health Organization. (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>
57. Australian Government, Australian Aid, UNICEF (2015), Child Protection in Emergencies; <https://www.unicef.org/pacificislands/media/961/file/Child-protection-toolkit.pdf>
58. Child Protection Working Group (CPWG) (2012) Minimum standards for child protection in humanitarian action; <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/44178/CPWG%2C+Minimum+Standards+for+Child+Protection+in+Humanitarian+Action%2C+2012/6c78d65f-dac1-4802-bff9-ee2227b31f1>



# Annexes



PHOTO : OMS/SADEQ HASAN

## ANNEXE 1

---

### Violence sexuelle et fondée sur le genre – Conseils en matière de prise en charge de première ligne (adapté de la publication de l'OMS 2013) (65)

#### **Anamnèse complète**

- S'assurer que la patiente sait qu'elle est en lieu sûr.
- Déterminer s'il y a eu agression sexuelle et à quel moment.
- Évaluer s'il existe une grossesse connue, ou s'il existe une grossesse d'une relation récente. Interroger sur les éventuels antécédents d'infection sexuellement transmissible (IST), y compris le VIH.
- Évaluer si une grossesse est possible à la suite de l'agression, en fonction de l'anamnèse et de l'utilisation éventuelle d'un moyen de contraception. Il convient d'envisager la possibilité d'une grossesse, d'une infection par VIH ou d'autres IST à la suite de l'agression sexuelle.
- Quels sont les antécédents en matière de santé mentale et quel est l'état mental actuel ?

#### **Examen clinique**

- Obtenir un consentement éclairé avant d'effectuer un examen clinique.
- Proposer systématiquement la présence d'une accompagnatrice.
- Il est raisonnable de limiter les examens au spéculum aux patientes qui présentent des saignements ou des écoulements, ou à celles qui signalent un viol avec un objet.

#### **Proposer une contraception d'urgence aux victimes d'agression sexuelle qui se présentent dans les cinq jours suivant l'agression**

- Il est préférable d'administrer une dose unique d'ulipristal acétate 30 mg jusqu'à cinq jours après le premier épisode d'agression. Cette administration est possible même s'il y a eu des rapports sexuels non protégés durant le cycle, car il n'existe pas de données probantes selon lesquelles l'ulipristal acétate interrompt une grossesse en cours.

- En cas d'indisponibilité de cette substance, il est possible d'utiliser une dose unique de lévonorgestrel 1,5 mg jusqu'à cinq jours, idéalement dans les 72 heures après l'agression.
- À défaut de contraception orale d'urgence, et si la solution est envisageable, un dispositif intra-utérin (DIU) cuprocontraceptif peut être proposé dans les cinq jours après l'agression ou jusqu'au jour 19 d'un cycle prévu de 28 jours. Toutefois, il convient d'agir avec prudence, car les DIU sont susceptibles d'exacerber certaines IST et de ne pas être acceptés par les femmes après une agression sexuelle.

### **Proposer une prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH (49)**

- Il faudra tenir compte des connaissances sur la prévalence locale du VIH et des informations sur l'agresseur lors de l'évaluation du risque d'infection par VIH et de la nécessité d'une prophylaxie post-exposition. Il existe différents schémas posologiques, mais il est possible d'utiliser l'option :
  - combinaison ténofovir disoproxil 245 mg/emtricitabine 300 mg une fois par jour pendant 28 jours, avec
  - raltégravir 400 mg deux fois par jour, pendant 28 jours.

### **Proposer un traitement pour la prévention des IST**

- Par exemple :
  - azithromycine 1 g voie orale, dose unique ;
  - ceftriaxone 500 mg IM, dose unique (ou céfixime 400 mg voie orale, dose unique).

### **Proposer une prophylaxie post-exposition (PPE) pour l'hépatite B, selon le cas**

- Avant d'administrer la première dose de vaccin, faire un prélèvement de sang pour déterminer la sérologie de l'hépatite B si des analyses de laboratoire et un suivi sont disponibles, et en l'absence d'antécédents de vaccination.
- En l'absence d'immunité, ou en cas d'indisponibilité des analyses de laboratoire, administrer une vaccination post-exposition selon un schéma à 0, 1 et 3 semaines.
- Selon la disponibilité, proposer des immunoglobulines antihépatite B, en fonction des directives nationales.

- S'il existe des antécédents de schéma de vaccination complet, envisager d'administrer une dose unique de rappel.

Échanger sur les questions de sécurité immédiate et élaborer un plan de sécurité avec la victime.

Pour faciliter les soins de suivi, documenter les blessures et envisager de recueillir un minimum de preuves médico-légales en fonction des exigences légales locales, mais uniquement si la victime y consent et si les informations sont utilisables.

En outre, conserver un dossier écrit de toutes les actions et orientations, notamment en lien avec l'assistance médicale, mentale et psychosociale, et en matière sécuritaire, légale et communautaire. Garantir l'existence d'une documentation en vue de poursuites, si la victime fait ce choix.

Si la victime donne son consentement éclairé, défendre ses intérêts auprès des organismes dans les domaines de la santé, de la sécurité et de l'assistance sociale et juridique. Assurer un suivi auprès de ces organismes en fonction des nécessités et des demandes de la victime. Selon la disponibilité, il est également opportun de prévoir une orientation vers un soutien psychologique local.

## ANNEXE 2

---

### Protection de l'enfance – Conseils en matière de prise en charge de première ligne

#### Anamnèse

- Idéalement, l'enfant sera accompagné d'une personne répondante. Se présenter à l'enfant, expliquer son rôle et le but de la conversation. En fonction de l'âge de l'enfant, proposer du papier et un stylo, ou des crayons de couleur, afin d'occuper ses mains. Une poupée peut s'avérer utile pour que l'enfant désigne des parties du corps, selon le cas.
- Poser des questions du type : « Avant de commencer, parlemoi un peu de toi » et « Qu'est-ce que tu aimes faire ? ». Poser éventuellement des questions sur ses distractions, l'école, ses goûts alimentaires, ses jeux et activités. Écouter patiemment et laisser l'enfant communiquer librement. Prêter attention au langage corporel et poursuivre uniquement si l'enfant semble à l'aise et disponible.
- S'assurer que l'enfant comprend la différence entre la réalité et la fiction. Lui expliquer qu'il est important de parler de choses qui ont eu réellement lieu. Par exemple : « Je parle avec beaucoup d'enfants. C'est très important qu'ils me disent la vérité, qu'ils me disent ce qu'il s'est vraiment passé. ». Expliquer qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse aux questions. Cette précision permet d'appuyer sur le fait que vous n'étiez pas là et que vous comptez sur l'enfant pour savoir ce qu'il s'est passé. Expliquer qu'il est tout à fait acceptable de dire « Je ne sais pas » lorsque l'enfant n'est pas certain d'une chose ou « Je ne comprends pas » lorsqu'il souhaite un éclaircissement.
- Passer à la partie plus substantielle de la conversation lorsque l'enfant semble dans de bonnes dispositions. Commencer par dire une phrase du type : « J'aimerais maintenant te parler de la raison pour laquelle nous avons cette conversation aujourd'hui » ou « de la raison pour laquelle je te vois aujourd'hui » ou « de la raison pour laquelle tu es venu(e) me voir aujourd'hui ». Éventuellement, dire simplement : « Je comprends qu'il s'est passé quelque chose, tu peux m'en parler ». Si l'enfant présente des marques physiques

telles que coupures, ecchymoses et brûlures, il est possible de dire : « J'ai vu que tu avais un(e) [coupure, bleu, marque] ici. Peux-tu m'en parler ? ». Éviter d'interroger immédiatement l'enfant sur l'auteur des faits ou de mentionner des noms. L'encourager à relater l'événement et à parler des protagonistes. Si l'enfant est réticent à parler et commence à pleurer, par exemple, dire une phrase du type « Je vois que tu es bouleversé(e), peux-tu me dire pourquoi ? » ou « Je vois que tu es très silencieux(euse), peux-tu me dire pourquoi ? ».

- Pour clarifier ou confirmer ce qu'a dit un enfant, dire « Tu as dit que..... Peux-tu me le répéter ? » ou « Tu as exprimé beaucoup de choses et je veux être sûr(e) que j'ai correctement compris ». Autoriser l'enfant à apporter des corrections lors du processus commun de récapitulation de ses dires.
- Pour mener doucement la conversation vers sa fin, réorienter l'enfant vers un sujet neutre. Remercier l'enfant d'avoir placé sa confiance en vous pour rapporter son expérience. Interroger l'enfant sur ses craintes ou émotions éventuelles avant de mettre un terme à la conversation.

## **Évaluer les blessures physiques**

- Les signes peuvent inclure des blessures visibles, des ecchymoses, des brûlures, des morsures, une gêne à la mobilité ou des expressions générales de douleur et de souffrance. Parfois, l'enfant ne présente pas forcément de signes visibles, mais certaines indications comportementales sont perceptibles, comme un isolement et un manque d'intérêt à jouer ou à se mêler aux autres. Il peut pleurer fréquemment et ne pas vouloir se retrouver en présence d'un membre de la famille ou d'un adulte en particulier, ou encore refuser de retourner chez lui. Il n'est pas rare que les enfants victimes de violences physiques commettent des actes de violence envers eux-mêmes et envers les autres. Ils peuvent, par exemple, attaquer d'autres enfants, détruire des objets ou maltraiter des animaux.

## **Envisager et évaluer la possibilité de violences sexuelles**

- Ces violences peuvent inclure toute forme de viol, l'obtention de faveurs sexuelles contre services, l'abus sexuel d'un enfant handicapé ainsi que les activités liées à la traite et à l'exploitation sexuelle des enfants. L'abus sexuel représente toute tentative d'entraîner, de persuader, de contraindre ou d'inciter un enfant à des pratiques sexuelles. Les exemples incluent les actes d'outrage



à la pudeur, les attouchements de nature sexuelle, l'exposition intentionnelle de l'enfant à des actes sexuels, les relations sexuelles et la pénétration, l'implication de l'enfant dans toute forme d'activités prostitutionnelles ou pornographiques.

- Il peut s'avérer très utile d'effectuer un examen anogénital externe pour déterminer l'existence de lésions ou d'infections. En outre, il peut être important d'évaluer l'existence de preuves d'agression sexuelle ; toutefois, il s'agit d'un domaine très spécialisé, et une certaine prudence est de mise pour apprécier la situation, à moins qu'une expertise clinique étendue ne vienne soutenir le jugement. Si les possibilités d'examen médico-légal et de suivi sont extrêmement réduites et si l'enfant est réticent à un examen intime, il peut être plus approprié de garantir l'absence de blessures qui mettent sa vie en danger, telles qu'un saignement, et reporter l'examen dans un environnement de soins plus apaisé.
- Le cas échéant, voir les conseils de prise en charge pour les violences sexuelles et fondées sur le genre, annexe 1.

### **Lieu sûr**

- Un enfant aura besoin d'un abri physique, de nourriture et d'un soutien psychologique. Envisager la création d'espaces dédiés aux enfants, pour garantir qu'ils disposent d'un endroit sûr en cas d'urgence, où ils peuvent se réunir, jouer et profiter d'activités qui rétablissent un sentiment de normalité et les protègent contre les répercussions négatives de la catastrophe. Il s'agit d'espaces non seulement destinés au jeu et aux activités de détente, mais également d'endroits où il est possible d'aborder des préoccupations plus profondes en lien avec la notion de protection. Il s'agit de lieux propices, par exemple, à l'identification et à la détection de cas de maltraitance. Ils permettent aux enfants d'exprimer leurs inquiétudes au sujet de la violence, de l'exploitation, des abus et de la négligence ; d'autre part, ils permettent au personnel de l'action sociale et à l'équipe de protection de les aider. De plus, ces espaces constituent d'excellents contextes pour éduquer les enfants sur les risques et dangers potentiels et veiller à ce qu'ils disposent des moyens et des informations pour assurer leur protection.

## **Mettre en place des centres de réunification**

- Dans les contextes d'urgence, les efforts en matière de protection de l'enfance sont largement axés sur la réunification des enfants séparés/non accompagnés avec leur famille. Exploiter des lieux familiers pour la communauté. Créer des points de rencontre, où les enfants et les parents peuvent soit se retrouver, soit obtenir des informations pour se retrouver.

## **Généralités**

- Créer, identifier ou désigner une unité gouvernementale centrale en charge de la coordination de l'ensemble des activités liées à la protection de l'enfance, dans un contexte d'urgence. Il conviendra qu'elle soit placée sous l'unité coordinatrice globale en charge de la situation d'urgence, et qu'elle soit gérée et dirigée par les responsables gouvernementaux correspondants.

## ANNEXE 3

---

### Mode opératoire normalisé – Exemples de schéma

(Exemple uniquement ; ils ne reflètent pas de norme ni de recommandation spécifique.)

**Fig. a3.1 Santé sexuelle – Capacités**

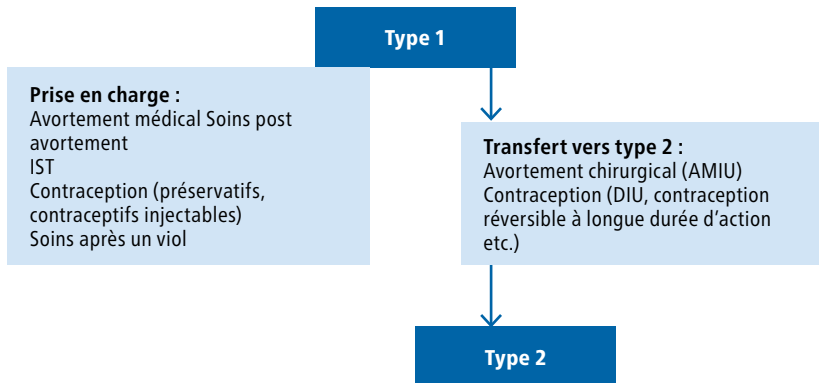
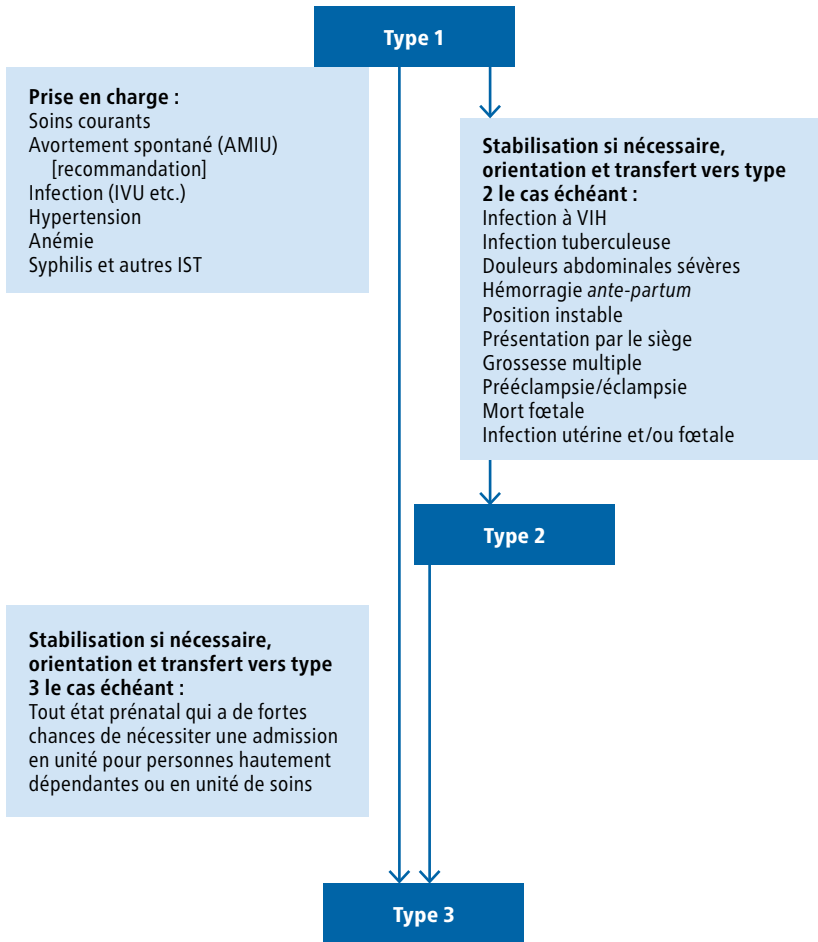


Fig. a3.2 Soins prénatals – Capacités



**Fig. a3.3 Phase de travail – Capacités**

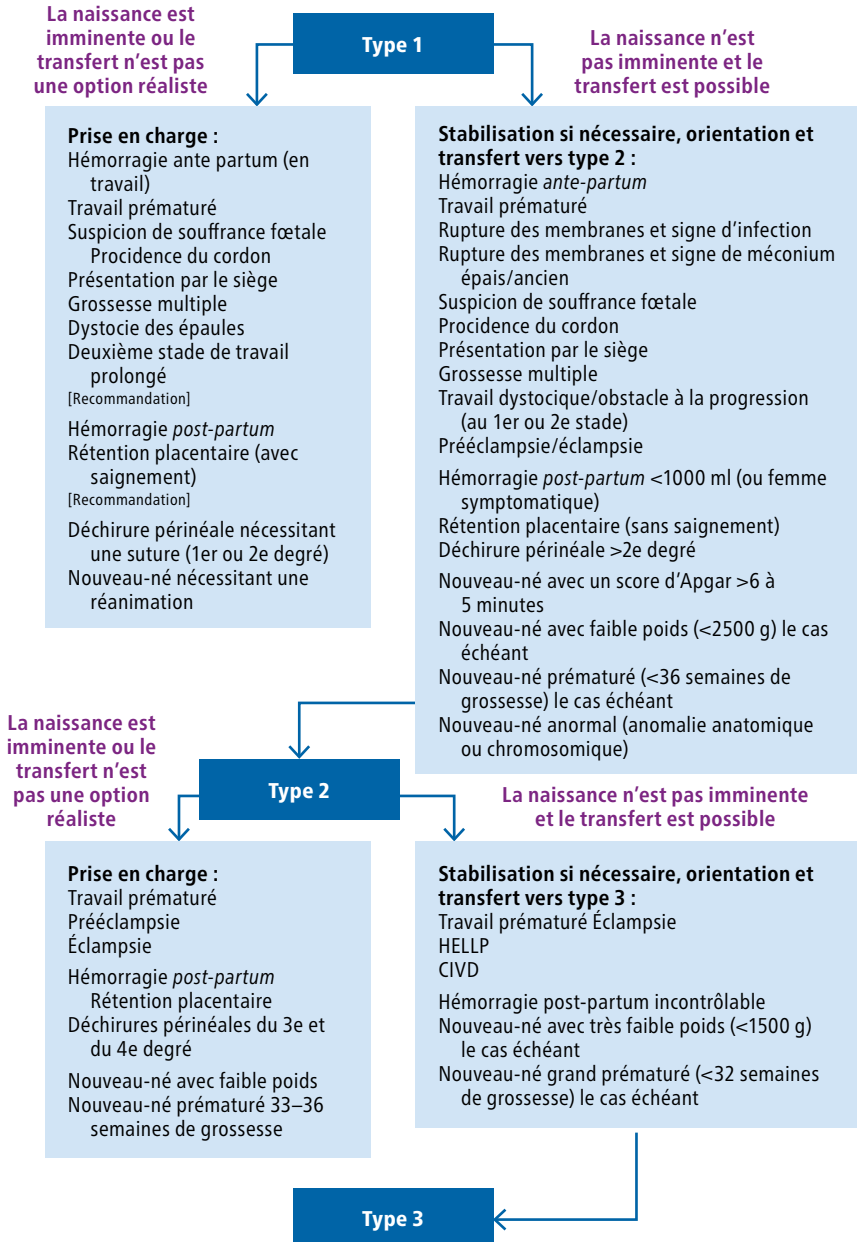
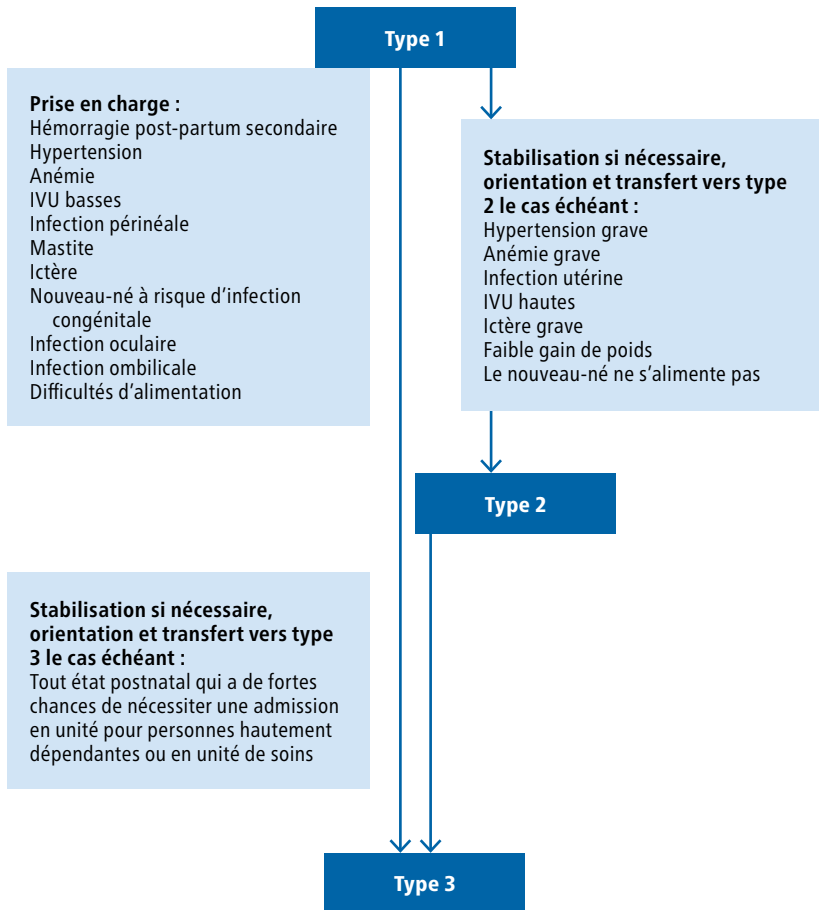


Fig. a3.4 Soins postnatals – Capacités



## ANNEXE 4

### Exemple de liste de médicaments pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère

#### Santé reproductive

	Type 1	Type 2 et 3 + cellule spécialisée	Notes
<b>Contraception</b>			
Préservatifs masculins	1500	3000	
Préservatifs féminins	50	100	
Contraception hormonale orale combinée	40 boîtes	65 boîtes	
Pilule progestative	10 boîtes	10 boîtes	
Contraception orale d'urgence	20 traitements	20 traitements	
Depo Provera IM (contraception injectable)	25 injections	50 injections	
DIU cuprocontraceptif et kit de pose	10	20	
Doxycycline/azithromycine	5 traitements	5 traitements	Protection contre les IST pour la pose de DIU selon le cas
Implant contraceptif et lidocaïne	10	15	Sous réserve de la disponibilité de compétences pour le retrait, après le départ de l'EMT
<b>Prise en charge syndromique des IST</b>			
Prise en charge syndromique de l'ulcération génitale	5 traitements	10 traitements	Apporter le traitement en cours
Prise en charge syndromique de l'écoulement urétral	10 traitements	20 traitements	Apporter le traitement en cours

	Type 1	Type 2 et 3 + cellule spécialisée	Notes
Prise en charge syndromique de l'écoulement vaginal	5 traitements	15 traitements	Apporter le traitement en cours
<b>Prise en charge clinique du viol</b>			
Azithromycine, capsules 250 mg	20 (pour 5 traitements)	40 (pour 10 traitements)	
Azithromycine, suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml	1	1	
Céfixime cp 200 mg	10 traitements	20 traitements	
Céfixime, poudre pour suspension buvable 100 mg/5 ml, flacon de 30 ml	2	2	
Vaccin antitétanique	Traitement pour 2 adultes et 1 enfant	Traitement pour 3 adultes et 2 enfants	Chaîne du froid
Vaccin anti-hépatite B	Traitement pour 2 adultes et 1 enfant	Traitement pour 3 adultes et 2 enfants	Chaîne du froid
PPE (prophylaxie post-exposition pour le VIH)	Traitement pour 2 adultes et 1 enfant	Traitement pour 3 adultes et 2 enfants	Réservée au traitement après un viol, non destinée aux blessures du personnel dues à des piqûres d'aiguille
<b>Soins liés à l'avortement sans risques</b>			
Mifépristone 200 mg	5 comprimés	10 comprimés	Recommandation (voir page 16)
Misoprostol 400 microgrammes	20 comprimés	40 comprimés	



## Santé de la mère

	Type 1	Type 2	Type 3	Cellule spécialisée	Notes
<b>Équipement</b>					
Appareil d'échographie avec sonde vagin + abdomen	1 rec.	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Stéthoscope obstétrical type Pinard	1	1	1	1	
Cardiotocographe (rythme cardiaque fœtal/contractions utérines)	—	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Ventouse obstétricale (« Kiwi »)	2 rec.	5 rec.	5 rec.	5 rec.	Ou ventouse réutilisable
Forceps	1 facult.	1 facult.	1 facult.	1 facult.	Selon la préférence
Kit d'accouchement	10	25	50	25	
Pompe à perfusion ambulatoire/pousse-seringue	1 rec.	1 rec.	1	1 rec.	
Spéculum métal bivalve (ou à usage unique)	1	5	10	5	
Kit AMIU	2 rec.	5 rec.	10 rec.	5 rec.	
Kit D&C (dilatation et curetage)	—	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Thermomètres	1	2	2	2	
Tensiomètres	1	2	2	2	
Fauteuil gynécologique	—	1	2	—	2e fauteuil pour patientes externes
Kit césarienne	0	2	2	2	
Kit réparation périnéale	2	10	20	10	
Écarteur vaginal	1	2	2	2	
Chaufferette bébé	—	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Ballon-masque Ambu	1	2	2	2	
Lampe frontale	2	4	4	4	

	Type 1	Type 2	Type 3	Cellule spécialisée	Notes
<b>Médicaments</b>					
<b>Agents utérotoniques</b>					
Oxytocine inj (ou autre agent utérotonique)	2	25	50	25	Chaîne du froid
Ergométrine inj	3	15	30	15	
Misoprostol cp	40	200	400	200	
Tamponnement par ballonnet	1	1	2	1	
<b>Antibiotiques</b>					
Amoxicilline/acide clavulanique cp	20	100	200	100	
Amoxicilline/acide clavulanique inj	6	30	60	30	
Doxycycline cp	10	50	100	50	
Ciprofloxacine cp	20	100	200	100	
Ciprofloxacine inj	2	10	20	10	
Métronidazole cp	10	50	100	50	
Ampicilline inj	2	10	20	10	
Clotrimazole cp vaginal	6	30	60	30	
Gentamicine inj	4	20	40	20	
Métronidazole inj	6	30	60	30	
Céphalosporines (2e génération) inj	2	10	20	10	
<b>Antihypertenseurs</b>					
Nifédipine cp	100	400	800	400	
Labétalol cp	100	200	400	200	
Labétalol inj	1	3	5	3	
Hydralazine inj	1	3	5	3	
<b>Autres</b>					
Anti-D	0	5 rec.	10 rec.	5 rec.	
Sulfate de magnésium (4 g) inj (ou équivalent)	2	10	20	10	
Gluconate de calcium	1	1	2	1	

	Type 1	Type 2	Type 3	Cellule spécialisée	Notes
Acide tranexamique inj	2	5	10	5	
Dexaméthasone/ bétaméthasone inj	1 rec.	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Analgésique témoin					
Prophylaxie post- exposition					
Vêtement antichocs non pneumatique	1 rec.	1 rec.	1 rec.	1 rec.	
Sels ferreux + acide folique cp	50	200	400	200	
Vitamine K inj	10	25	50	25	
Solutions intraveineuses + kits de perfusion	10	25	50	25	
Eau pour injection	10	25	50	25	
Bandelette urinaire	50	200	400	200	
Anesthésie locale (topique et infiltration)	10	25	50	25	
Aiguille spinale	0	5	10	5	
Chlorhexidine pour soins du cordon ombilical	20	50	100	50	
Matériel de transfusion sanguine	0	2	8	2	
<b>Matériel à usage unique</b>					
Tube de gel pour échographie	0	5 rec.	10 rec.	5 rec.	
Protection de sonde pour échographie vaginale	0	50	100	50	
Spéculum à usage unique, grand	0	25	50	25	
Spéculum à usage unique, moyen	0	25	50	25	
Spéculum à usage unique, petit	0	10	20	10	
Gants chirurgicaux	50	100	200	100	
Kit de grossesse (urine)	20	50	100	50	

	Type 1	Type 2	Type 3	Cellule spécialisée	Notes
Pince ombilicale	20	50	100	50	
Perce-membrane (amniotome)	0	1	2	1	
Cathéter urétral	5	10	20	10	

Rec. : recommandé Facult. : facultatif

Kit réparation périnéale	Champ opératoire et gants stériles Polyvidone iodée 10 % Ciseaux stériles, pince à dissection Pince porte-aiguille, aiguille à injection Anesthésique local (lidocaïne 1 %) 1–2 (2/0) sutures résorbables 5 compresses de gaze stérile 10 cm x 10 cm
Kit d'accouchement	Sachets en plastique, draps, serviettes Gants stériles, ciseaux Pince ombilicale x 2 EPI (masque + combinaison individuelle)

## ANNEXE 5

### Exemple de liste de médicaments et d'équipements pour les soins de santé du nouveau-né et de l'enfant

		Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé du nouveau-né et de l'enfant
<b>Soins d'urgence</b>					
Système d'intubation	Taille appropriée, du nouveau-né au grand enfant (système d'intubation selon les exigences)	✓	✓	✓	✓
	Sonde d'aspiration et tubes pour nouveau-nés et enfants	✓	✓	✓	✓
Ventilation	Stéthoscope pédiatrique	✓	✓	✓	✓
	Ballons et masques de taille appropriée (du nouveau-né au grand enfant, c'est-à-dire ballons autoremplisseurs de 250, 500 ml)	✓	✓	✓	✓
	Circuits C appropriés pour la ventilation mécanique		✓	✓	✓
	Oxymètre de pouls pédiatrique	✓	✓	✓	✓
	Oxygène et chambre d'inhalation (ou masque nébuliseur)	✓	✓	✓	✓
Circulation	Canule intraveineuse, différentes tailles (y compris canule ombilicale)	✓	✓	✓	✓
	Aiguille intraosseuse	✓	✓	✓	✓
	Pousse-seringue		✓	✓	✓
	Kit de perfusion pédiatrique	✓	✓	✓	✓

		Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé du nouveau-né et de l'enfant
	Brassard de tensiomètre, différentes tailles (nouveau-né, nourrisson, enfant, adolescent)	✓	✓	✓	✓
	Solution intraveineuse (poches de petite taille)	✓	✓	✓	✓
	Défibrillateur automatisé externe avec électrodes pédiatriques	rec.	✓	✓	✓
Handicap	Lampe stylo, marteau à réflexe	✓	✓	✓	✓
Environnement	Accès à des couvertures (y compris couvertures aluminisées)	✓	✓	✓	✓
	Dispositif d'administration de médicament par voie intranasale	✓	✓	✓	✓
Équipement	Thermomètre (à infrarouge/numérique)	✓	✓	✓	✓
	Flacon de prélèvement sanguin, usage pédiatrique		✓	✓	✓
	Poche de don de sang, usage pédiatrique		✓	✓	✓
	Couches et bonnets de laine		✓	✓	✓
	Lit pédiatrique (ou lit faible hauteur pour limiter le risque de chute)		✓	✓	✓
	Berceau pour nouveau-né (plastique transparent)		✓	✓	✓
	Couveuse			✓	
	Moustiquaire		✓	✓	✓

		Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé du nouveau-né et de l'enfant
<b>Soins externes</b>					
	Évaluation de la malnutrition – PBMH (*plus pèse-personne et contenant suspendu)	✓	*✓	*✓	*✓
	Balance électronique pour nouveau-nés (<15 kg)		✓	✓	✓
	Balance pour enfants de plus de 15 kg	✓	✓	✓	✓
	Otoscope et petit spéculum	✓	✓	✓	✓
	Asthme – chambre d'inhalation	✓	✓	✓	✓
<b>Chirurgie</b>					
	Kit pour chirurgie générale pédiatrique et kits de fixation externe		✓	✓	
	Kit pour chirurgie spécialisée pédiatrique (chirurgies complexes)			✓	
	Attelle pédiatrique	✓	✓	✓	✓
<b>Pharmacie</b>					
	Médicaments en quantité et sous forme similaires à la liste ci-dessous	✓	✓	✓	✓
	Livret ou guide sur le dosage des médicaments pédiatriques essentiels (36)	✓	✓	✓	✓
<b>Nutrition</b>					
Kit nutritionnel	ReSoMal	✓	✓	✓	✓
	F75 & F100		✓	✓	✓
	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi (ATPE), par ex. Plumpy'Nut	✓	✓	✓	✓

		Type 1	Type 2	Type 3	Équipe spécialisée – Santé du nouveau-né et de l'enfant
	Tasse à bec et ustensile pour la préparation de l'alimentation de soutien		✓	✓	✓
Substitut du lait maternel	Une petite quantité de préparation peut être utile pour les nouveau-nés non accompagnés ou en cas de décès maternel. Il ne s'agit pas de remplacer l'allaitement ; ce dernier reste le choix de première intention.	✓	✓	✓	✓

### Normes recommandées (conformité aux critères de soins)

- Les équipes médicales d'urgence (EMT) prendront le temps de définir le lit le plus adapté à leur installation, en fonction du poids, de la taille et de l'utilisation ; il faudra tenir compte du fait que dans de nombreux contextes et circonstances, un membre de la famille ou un adulte aidant restera auprès du nouveau-né ou de l'enfant et devra partager le même lit. Il faudra également prévoir des couvertures et du linge de lit adéquats.
- Un éclairage approprié (projecteurs et éclairage de salle) et des infrastructures correctes dédiées au lavage des mains sont requis.
- Des tasses à bec et des ustensiles sont recommandés pour la préparation de l'alimentation de soutien.
- Toute forme d'installation sanitaire sera facilement utilisable par les jeunes enfants.



Médicament	Voie	Forme	mg/kg/dose	Remarques	Type 1	Type 2 & 3	Équipe spécialisée – Santé nouveau-né et enfant
Paracétamol	orale	sirop	15	30 mg/ml, flacon 100 ml	Total 250	500	500
	orale	comprimé	15	comprimé 500 mg	3500	7000	7000
	rectale	suppo.	15	suppo. 100 mg	150	300	300
	IV	injection	15	IV flacon 1000 mg	250	500	500
Diazépam	orale	sirop	0,03	2 mg/5 ml (5 ml)	10	10	10
	orale	comprimé	0,03	5 mg	50	100	100
	IR	solution	0,5	rectal microclisma	70	35	35
	IV	injection	0,1–0,2	ampoule	*	*	*
Ceftriaxone	IV	injection	100	ampoule	300	600	600
Lorazépam **	lyoph. oral	comprimé	0,05–0,1	Expidet 1 mg	80	160	160
	lyoph. oral	comprimé	0,05–0,1	Expidet 2,5 mg	150	300	300
Tétracycline	topique ophtalm.	pommade	n/a	1 tube	10	20	20
Ciment	topique dent.	pommade	n/a	1 tube	5	5	5
	orale	sirop	25	250 mg/5 ml, flacon 80 ml	30	60	60
Amoxicilline	orale	comprimé	25	comprimé 500	450	900	900
	IV	injection	50	flacon 1 g	50	100	100

Médicament	Voie	Forme	mg/kg/dose	Remarques	Type 1		Type 2 & 3	Équipe spécialisée – Santé nouveau-né et enfant
					Total			
Isoniazide	orale	comprimé	5	comprimé 200 mg	25		50	50
Pyrazinamide	orale	comprimé	25	comprimé 500 mg (boîte jusqu'à 100 comprimés)	35		70	70
Streptomycine	IM	solution	15		5		10	10
Salbutamol	inhalation	solution	0,15	100 mg/20 ml (5 mg/ml)	5		10	10
	bouffée	bouffée	s.o.	bouffée 100 microgrammes = 0,1 mg	250		500	500
Énalapril	orale	sirop	0,05-0,1	1 mg/ml, flacon 150 ml	*		*	*
Sulfate de zinc	orale	sirop	s.o.	10 mg/ml x 300 ml = 3000 mg	5		5	5
	orale	comprimé	s.o.	comprimé 20 mg (x 60), D max = 40 mg/j	20		40	40
Ciprofloxacine	orale	sirop	15	250 mg/5 ml x 100 ml = 5000 mg	*		*	*
	orale	comprimé	15	comprimé 500 (ou 750)	10		15	15
Azithromycine	orale	sirop	10	40 mg/ml, flacon 15 ml	*		*	*
	orale	comprimé	10	comprimé 250	*		*	*

Sels de réhydratation orale	orale	solution	s.o.	sachet de poudre pour 500 ml	100	200	200
Albendazole	orale	sirop	7,5	200 mg/5 ml, flacon 100 ml	*	*	*
	orale	comprimé	15	(moyenne) dépend de l'indication	10	20	20
Fluconazole	orale	capsule	3–6	capsule 50, 150, 200 (dose de charge (au jour 1) égale au double de la dose habituelle)	25	50	50
	orale	sirop	s.o.	2,5 mg/5 ml, flacon 150 ml (dose 5–15 mg/j)	5	10	10
Acide folique	orale	comprimé	s.o.	femme enceinte 0,5 mg/j	120	240	240
	orale	comprimé	s.o.	anémie 0,5–1 mg/j	1000	2000	2000
	IV	injection	7	inj (10) 40 mg/ml (10 ml)	12	24	24
Perméthrine	topique cut.	crème	s.o.	50 mg/g (tube 30 g) (2 x 2 sem.)	25	45	45
	topique cut.	crème	s.o.	crème 1 %, 10 mg/g (tube 15 g)	25	50	50
Hydrocortisone	orale	sirop	2	susp. buvable 0,1 % = 10 mg/5 ml (120 ml)	5	10	10
	orale	comprimé	2	capsule (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), 20 mg	100	200	200

Médicament	Voie	Forme	mg/kg/dose	Remarques	Type 1	Type 2 & 3	Équipe spécialisée – Santé nouveau-né et enfant
					Total		
Immunoglobulines humaines antitétaniques	IM	solution	s.o.	250 UI/ml (2 ml) (tout âge)	*	*	*
					10	15	15
CoArthemeter	orale	comprimé	s.o.	comprimé, pas de sirop (stabilité)	10	15	15
Insuline	SC	injection	s.o.	400 UI/10 ml (ou 100 UI/ml, 3 ml) durée max. 28 jours	*	*	*
					10	10	10
Sels ferreux	orale	sirop	3	20 mg/ml (60 ml)	10	10	10
	orale	comprimé	3	105 mg/comprimé	450	900	900
Prométhazine	orale	comprimé	0,5	comprimé 25 mg	5	5	5
Polyvidone iodée	topique cut.	solution	s.o.	solution à 10 %, flacon 100 ml ou unidose 10 ml	40	70	70
					30	60	60
Oxygène	inhalation	gaz	s.o.	bouteille	30	60	60
Charbon activé	orale	poudre	1000	poudre pour solution	*	*	*
Kétamine	IV	injection	1–3	50 mg/ml 10 ml	*	*	*

Propofol	IV	injection	2-4	1 % = 10 mg/ml (amp. 10 ml)	10	15	15
Midazolam	IV	injection	0,05-0,1	15 mg/3 ml	5	5	5
Morphine	IV	injection	0,01-0,02	ampoule 10 mg/ml (1) 10 ml	5	5	5
Lopéramide	orale	sirop	0,1	0,2 mg/ml (100 ml)	50	90	90
	orale	capsule	0,1		800	1500	1500
Loratadine	orale	sirop	s.o.	1 mg/ml (60 ml)	50	100	100
	orale	comprimé	s.o.		10	15	15
Phénobarbital	orale	sirop	3-5	4 mg/ml (60 ml)	*	*	*
Phénytoïne	orale	sirop	5	15 mg/ml (60 ml)	*	*	*
Acide valproïque	orale	gouttes	10	20 gouttes = 1 ml = 300 mg (60 ml)	5	5	5
	orale	comprimé	10	(150, 300), comprimé 500 mg	400	700	700
Amoxicilline + acide clavulanique	orale	sirop	15	50 mg amox. (+12,5 mg clav./ml), flacon 100 ml	*	*	*
	orale	comprimé	15	(500), 875/125 mg	10	15	15
Flucloxacilline	IV	injection	33-50	(500), 1000 mg/10 ml	300	600	600
	IV	injection	25	500 mg-1000 mg - 2000 mg/l	150	300	300

Médicament	Voie	Forme	mg/kg/dose	Remarques	Type 1	Type 2 & 3	Équipe spécialisée – Santé nouveau-né et enfant
					Total		
Chloramphénicol	topique ophtalm.	gouttes ophtalm.	s.o.	0,5 % (5 mg/ml) 5 ml = 100 gouttes (1 goutte = 0,25 mg)	*	*	*
Nystatine	orale	sirop	s.o.	100 000 UI/ml (24), 120 ml = 12 millions UI	*	*	*
Aciclovir	orale	sirop	20	40 mg/ml (125 ml)	*	*	*
	orale	comprimé	20	(200, 400) 800 mg	10	10	10
Métronidazole	orale	sirop	7,5–15	40 mg/ml 100 ml	50	90	90
	orale	comprimé	7,5–15	(250), 500	15	20	20
Miconazole	topique cut.	crème	s.o.	20 mg/g (tube avec 15-30 g)	30	50	50
	vaginale	crème	s.o.	20 mg/g (78 g) (1 application = 100 mg, crème 5 g)	5	5	5
Sulfadiazine argentique	topique cut.	crème	s.o.	10 mg/g (50 g)	40	70	70
Urea 10 %	topique cut.	crème	s.o.	10 mg/g (500 g)	10	10	10
Éthanol 70 %	topique cut.	solution	s.o.		*	*	*

Ranitidine	orale	comprimé	2	(75, 150) 300 mg	10	10	10
Dompéridone	orale	sirop	0,25	1 mg/ml (200 ml)	15	30	30
	orale	comprimé	0,25	10 mg	400	700	700
Vaccin antitétanique	IM	seringue	s.o.	unités anatoxine tétanique 4 Lf	40	70	70
Gel LET	topique, plaie	gel	7	lidocaïne 4 % 80 mg, adrénaline 0,1 % 2 mg, tétracaine 0,5 % 10 mg pour 2 ml	40	70	70
Glucose	IV	injection	200	gluc. 10 % (250 ml) = 100 mg/ml	10	15	15
Chlorure de sodium 0,9 %	topique	solution	s.o.	0,9 % = 0,9 g/100ml = 9 mg/ml (10 ml)	2000	3500	3500
	IV	injection	180	0,9 % = 0,9 g/100 ml = 9 mg/ml (1000 ml)	*	*	*
Furosémide	orale	sirop	1-2	sirop 2 mg/ml (100 ml)	2	2	2
Enema	IR	solution	s.o.	Enema enfant	*	*	*
Macrogol	orale	sachet	s.o.	sachet 10 mg	6	6	6
	orale	sirop	2	50 mg/5 ml (60 ml)	4	4	4
Doxycycline	orale	comprimé	2,5	comprimé 100 mg dispersible	20	40	40
Cicalfate	topique	pommade	s.o.	flacon 100 ml	*	*	*

Médicament	Voie	Forme	mg/kg/dose	Remarques	Type 1	Type 2 & 3	Équipe spécialisée – Santé nouveau-né et enfant
Ibuprofène	orale	sirop	5–10	20 mg/ml (200 ml)	20	25	25
	orale	comprimé	5–10	comprimé 600 mg	200	400	400
Plâtre	topique	plâtre	s.o.		20	35	35

\* Le nombre de cas est susceptible d'être réduit ; il dépendra du pays et du contexte.

\*\* Non recommandé pour les enfants de moins de 12 ans.

**IMPORTANT**

Ces informations sont indicatives. Toutes les prescriptions doivent être vérifiées et adaptées au contexte clinique du patient (y compris l'âge et le poids).



## ANNEXE 6

# Modèle de formulaire pour les transferts interhospitaliers

Date:	Heure :
N° téléphone :	

Personnel – Départ :
Personnel – Arrivée :

### Mère

Nom :	Chambre/lit :		
	Age:		
Code/identification hôpital :			
Hôpital de départ :			
Hôpital d'arrivée :			
Allergies:			
Diagnostic et antécédents :			
Précautions particulières ou infections :			
SProcédures importantes ou résultats de laboratoire :			
Médicaments :			
Recommandations :			
Message spécial :			
Heure :		PA :	P :
FR :	FC :	Temp :	Poids :

### Enfant

Nom :	Chambre/lit :		
	Age:		
Code/identification hôpital :			
Hôpital de départ :			
Hôpital d'arrivée :			
Allergies:			
Diagnostic et antécédents :			
Précautions particulières ou infections :			
SProcédures importantes ou résultats de laboratoire :			
Médicaments :			
Recommandations :			
Message spécial :			
Heure :		PA :	P :
FR :	FC :	Temp :	Poids :

Emergency Medical Teams  
avenue Appia 20  
1211 Genève, Suisse

Adresse électronique : [emteams@who.int](mailto:emteams@who.int)

Site Web : <https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams>

