
Reproductive Health

Social and Behavioral Science Research (SBSR)

2017

Amélioration de la prestation de services de planification familiale pendant les crises humanitaires

Chi-Chi Undie
Population Council

Rajat Khosla

Karl Blanchet

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh



Part of the [Social and Behavioral Sciences Commons](#)

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

Undie Chi-Chi, Rajat Khosla, and Karl Blanchet. 2017. "Amélioration de la prestation de services de planification familiale pendant les crises humanitaires," *Résumés des preuves sur la planification familiale*. New York: Population Council.

This Brief is brought to you for free and open access by the Population Council.

PREUVES SUR LA

Amélioration de la prestation de services de planification familiale pendant les crises humanitaires

→ Répondre aux besoins en planification familiale dans les situations d'urgence humanitaire est difficile, mais réalisable, et pourrait présenter des possibilités d'atteindre des populations marginalisées, éloignées ou autrement mal desservies.

Depuis le Sommet de Londres de 2012 sur la planification familiale, 30 millions de femmes et de filles supplémentaires ont choisi d'utiliser la contraception moderne. Cela signifie qu'en 2016, nous avons atteint un tournant car quelque 300 millions de femmes et de filles dans les pays les plus pauvres du monde utilisaient des méthodes modernes de contraception (1). Mais l'année 2016 a également été marquée par un autre événement : le plus grand nombre de personnes déplacées de force de l'histoire (2).

Décrites comme un événement soudain causé par des épidémies, une catastrophe technologique ou environnementale, des conflits ou des causes naturelles ou causées par l'homme, et exigeant une action immédiate (3), les crises humanitaires ont provoqué une augmentation spectaculaire du nombre de populations déplacées, à la fois au niveau national et entre les frontières nationales. En 2016, on estimait que 65,3 millions de personnes étaient des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des migrants internationaux (2), le temps moyen de déplacement pouvant actuellement atteindre 20 ans (2). Les crises humanitaires font apparaître des faiblesses dans les systèmes de santé, avec des conséquences particulièrement graves pour les femmes, les enfants et les adolescents (4).

De 2003 à 2015, la proportion de femmes parmi les réfugiés s'est maintenue entre 47 % et 49 %, alors que la proportion de réfugiés âgés de moins de 18 ans est passée de 41 % en 2009 à 51 % en 2015. Dans le monde, les 26 millions estimés de femmes et de jeunes réfugiés sont touchés de manière disproportionnée par les situations d'urgence et sont confrontés à des risques multiples de santé sexuelle et reproductive



CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET PROGRAMMATIQUES

- Fournir une gamme complète de méthodes de planification familiale par l'intermédiaire de cliniques mobiles et renforcer la prestation de méthodes à courte et longue durée d'action.
- Former les travailleurs de la santé mobile à des méthodes à courte durée d'action.
- Former les travailleurs de la santé communautaire à l'éducation à la planification familiale et fournir des méthodes à courte durée d'action.

(SSR), exigeant un accès aux services essentiels, y compris la contraception (5). Avec la perturbation des services de protection, la violence sexuelle augmente souvent pendant les situations d'urgence pour toucher environ 1 femme sur 5 (6), aggravant les menaces qui pèsent sur la santé et la survie des femmes et des filles. La situation est encore aggravée par le manque d'accès à la contraception d'urgence (7), comme l'a souligné un récent examen du Groupe de travail inter-organisations sur la santé en matière de reproduction des réfugiés (8). En outre, 12 des 13 pays ayant la plus faible prévalence de la contraception moderne en 2016 sont des « États fragiles » (9). La réalité de la violence sexuelle dans les milieux humanitaires accroît la nécessité d'élargir l'accès à la contraception d'urgence, aux méthodes à longue durée d'action réversibles (MLDAR) et aux services d'avortement sûrs.

POSSIBILITÉS

Répondre aux besoins en matière de planification familiale dans les situations d'urgence humanitaire est un défi réalisable, et pourrait présenter des possibilités d'atteindre des populations marginalisées, éloignées ou autrement mal desservies. Les jeunes dans de tels milieux sont généralement des nouveaux utilisateurs de produits contraceptifs et pourraient commencer à utiliser la contraception jusqu'à l'âge adulte (10). Lorsque l'aide humanitaire est fournie dans des campements, cette structure pourrait faciliter la prestation de services et d'informations sur la planification familiale (11). Plus précisément, dans les camps, le processus de réinstallation des personnes déplacées exige la communication d'informations sur la santé aux populations mal desservies (11,12), et il existe des ouvertures pour intégrer l'information et les services de planification familiale dans de tels processus.

DÉFIS ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Néanmoins, il y a un manque de données probantes et de données de routine de qualité relatives à la planification familiale pendant les crises (13). On sait peu de choses sur le contexte de la planification familiale dans les milieux humanitaires (14) : sa disponibilité et son utilisation ; les attitudes et les obstacles à l'utilisation des différentes méthodes contraceptives ; et l'ampleur et le contexte de la contraception d'urgence à la suite de violences sexuelles (15).

En l'absence d'un cadre clair de responsabilisation et de suivi pour la SSR (y compris la planification familiale) pendant les crises humanitaires, les données disponibles proviennent d'études spécifiques. La rareté des données montre qu'il est nécessaire de recourir davantage à la contraception d'urgence pour atténuer la grossesse liée au viol (7). En outre, lorsque des services de planification familiale sont disponibles et accessibles, l'utilisation de la planification familiale par les femmes augmente (13).

Néanmoins, des lacunes subsistent quant à la manière de mettre en œuvre des interventions de planification familiale dans les situations humanitaires. Il existe des éléments de preuve provenant de milieux stables sur des interventions

de planification familiale efficaces (13), même si des preuves sur la façon de fournir ces interventions dans ces milieux sont souvent peu concluantes (16). Des données de meilleure qualité sur la planification familiale dans les situations d'urgence par le biais d'un cadre commun de responsabilisation sont nécessaires pour améliorer l'accès aux services volontaires de planification familiale dans les milieux humanitaires. Un meilleur accès pourrait apporter une contribution substantielle à la réalisation des objectifs du programme PF2020.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PENDANT LES CRISES HUMANITAIRES

Dans le contexte des crises humanitaires, plusieurs interventions prometteuses et fondées sur des données probantes pour la prestation de services de planification familiale peuvent contribuer à améliorer l'utilisation de ces services (17). Ces interventions sont résumées comme suit :

- **Fournir des services complets de SSR conformes aux normes mondiales**, comme le Programme de services initiaux minimum (MISP) pour la santé reproductive dans les situations de crise (18).
- **Fournir une gamme complète de méthodes de planification familiale par l'intermédiaire de cliniques mobiles et renforcer la prestation de méthodes à courte et à longue durée d'action** (19).
- **Former les travailleurs mobiles de la santé pour fournir des méthodes à courte durée d'action** (20).
- **Envoyer des réfugiés dans des établissements de santé pour assurer la planification familiale dans les contextes humanitaires** et former les agents de santé communautaires de sexe féminin à promouvoir l'utilisation de la PF (21).
- **Former les ACS à effectuer des interventions d'éducation à la PF** et fournir des méthodes à courte durée d'action (22).
- **Collaborer avec le Ministère de la Santé** à la formation axée sur les compétences, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement, à la supervision systématique et à la mobilisation des collectivités pour sensibiliser et modifier les normes de planification familiale (23).
- **Sensibiliser les adolescents** par le biais de (24) :
 - Conseils de planification familiale et aiguillages, jumelés aux activités récréatives et aux discussions de groupe.
 - Prestation de soins et d'éducation adaptés aux jeunes par l'entremise de cliniques, de brigades mobiles de santé et d'éducation communautaire.
 - Fourniture d'informations et de services SSR grâce à une approche globale de prévention combinant la « Discussion », les « Services » et les « Moyens de subsistance ».

RÉFÉRENCES

- 1 Scoggins & Bremner (2016). FP2020 momentum at the midpoint 2015-2016. <http://progress.familyplanning2020.org/>.
- 2 UNHCR (2015). Global trends: Forced displacement in 2015. <http://www.unhcr.org/576408cd7>.
- 3 Inter-Agency Standing Committee (1994). WHO Definition of Emergency.
- 4 Zeid, K. Gilmore, R. Khosla et al. (2015). Women's, children's and adolescents' health in humanitarian and other crises. *BMJ* 2015;351:h4346.
- 5 Askew, Khosla et al. (2016). Sexual and reproductive health and rights in emergencies. *Bulletin of the World Health Organization* (94):311.
- 6 Vu, Adam, Wirtz et al. (2014). The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Current Disasters* 1.
- 7 Undie, Birungi et al. (2016). Effectiveness of a community-based SGBV prevention model in emergency settings in Uganda: Testing the 'Zero Tolerance Village Alliance' intervention. Nairobi, Kenya: Population Council.
- 8 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Global Evaluation 2012-2014. Disponible à <http://iawg.net/resource/iawg-global-evaluation-2012-2014/>.
- 9 FP2020. (2016). Track 20 report 2016.
- 10 Tanabe et al. (2017). Family planning in refugee settings: Findings and actions from a multi-country study. *Conflict and Health* 11 (9).
- 11 Murshid (2013). The politics of refugees in South Asia: Identity, resistance, manipulation. New York and London: Routledge.
- 12 Morand (2015). Urban humanitarians: A new breed needed. Dans MacGinty & Peterson (éds.). *The Routledge Companion to Humanitarian Action*.
- 13 Warren et al. (2015). Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open* (5): e008226. doi:10.1136/bmjopen-2015-008226.
- 14 Blanchet et al. (2017). Evidence on public health interventions in humanitarian crises. juin. *Lancet*.
- 15 WHO (2017). Technical consultation for research on sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: Résumé de réunion, 1-2 février, 2017, p. 3.
- 16 Mwaikambo et al. (2011). What works in family planning interventions: A systematic review. *Studies in Family Planning* 42:67-82.
- 17 Casey, S. (2015). Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: A systematic review. *Conflict and Health* 9 (Supp 1):S1.
- 18 Minimum Initial Service Package for Reproductive Health in Crisis Situation: A Distance Learning Module. Disponible à <http://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf>
- 19 Casey et al. (2013). Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: Evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. *Global Public Health* 8:284-297.
- 20 Mullany et al. (2015). Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project. *PLoS Medicine* 2010, 7:e1000317.
- 21 Howard et al. (2008). Reproductive health services for refugees by refugees in Guinea I: Family planning. *Conflict and Health* 2:12.
- 22 Huber D, Saeedi N, Samadi AK. (2010). Achieving success with family planning in rural Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization* 88:227-231.
- 23 Curry et al. (2015). Delivering high-quality family planning services in crisis-affected settings II: Results. *Global Health: Science and Practice* 3(1): 25-33.
- 24 Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR, UNFPA (2012). Adolescent sexual and reproductive health programs in humanitarian settings: An in-depth look at family planning services.

Auteurs : Chi-Chi Undie, Population Council ; Rajat Khosla, Organisation mondiale de la Santé ; Karl Blanchet, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Ce document fait partie de l'un des sept Résumés des preuves sur la planification familiale préparés dans le cadre du Sommet de la planification familiale tenu à Londres le 11 juillet 2017. Les résumés mettent en exergue les éléments de preuve et fournissent des considérations sur la recherche et les programmes pour améliorer l'accès à la planification familiale et réduire les grossesses non désirées. Les considérations relatives aux programmes sont basées sur les opinions expertes des auteurs, qui ont procédé à des examens documentaires sur la base des preuves existantes.

Résumés des preuves sur la planification familiale

- Accélérer l'adoption de la planification familiale volontaire et fondée sur les droits dans les pays en développement (*vue d'ensemble*) (mise à jour octobre 2018)
- Financement de la planification familiale (mise à jour octobre 2018)
- Réduction des grossesses précoces et involontaires chez les adolescentes (mise à jour octobre 2018)
- Amélioration de la prestation de services de planification familiale pendant les crises humanitaires
- Assurer la sécurité des contraceptifs par des chaînes d'approvisionnement efficaces
- Élargissement du choix des contraceptifs (mise à jour octobre 2018)
- Partenariat avec le secteur privé pour renforcer la fourniture de la contraception

Seuls les auteurs sont responsables des opinions exprimées dans cet article qui ne représentent pas nécessairement les opinions, décisions ou politiques des institutions avec lesquelles ils sont affiliés.

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.

Family Planning Evidence Brief—Accelerating uptake of family planning: WHO/RHR/17.07

Family Planning Evidence Brief—Partnering with the private sector: WHO/RHR/17.08

Family Planning Evidence Brief—Ensuring contraceptive security through effective supply chains: WHO/RHR/17.09

Family Planning Evidence Brief—Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: WHO/RHR/17.10

Family Planning Evidence Brief—Reducing early and unintended pregnancies among adolescents: programme priorities: WHO/RHR/17.11

Family Planning Evidence Brief—Ensuring adequate financing of family planning commodities and services: WHO/RHR/17.12

Family Planning Evidence Brief—Improving family planning service delivery in humanitarian crises: WHO/RHR/17.13

Family Planning Evidence Brief—Expanding contraceptive choice: WHO/RHR/17.14

Ce document a été financé par UK AID du gouvernement britannique ; toutefois, les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement les politiques du gouvernement britannique.

Préparé juillet 2017