

📍 **SYNTÈSE RELATIVE À DIFFÉRENTS CONTEXTES :
ÉTHIOPIE, GAZA, MOZAMBIQUE ET TCHAD**

Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise

ÉVALUATION DU PROCESSUS

OCTUBRE 2025

Contents

Liste des abréviations	1
Introduction	2
Méthodes	3
Sélection des sites	3
Contexte humanitaire issu de l'évaluation de chaque pays	3
Méthodologie	4
Analyse des données	5
Collecte de données par méthode	5
Limites	6
Résultats	6
Infrastructure et sensibilisation à la mise en œuvre du DMU	6
Objectif 1 : Coordination et leadership	7
Objectif 2 : Prévenir et gérer les conséquences de la violence sexuelle	7
Objectif 3 : Prévenir la transmission du VIH et des IST	9
Objectif 4 : Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelles et néonatales	10
Objectif 5 : Prévenir les grossesses non désirées	11
Objectif 6 : Intégration de services de SSR complets	13
Autres priorités du DMU : soins liés à l'avortement sans risques	13
Discussion	14
Principales recommandations à l'échelle mondiale	16
Pôle santé mondial et Équipe en charge de la SSR	16
IAWG	16
Pôle santé et Groupe de travail sur la SSR au niveau du pays	16
Partenaires de mise en œuvre	17
Donateurs humanitaires	17
Donateurs en charge du développement	18
Gouvernements	18
Notes de fin	19

Liste des abréviations

SPrN	Soins pré-nataux
ARV	Antirétroviraux
SONUB	Soins obstétriques et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
ASC	Agent de santé communautaire
DMPA-SC	Contraceptif auto-injectable (acétate de médroxyprogesterone – sous-cutané)
CU	Contraception d'urgence
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
FGD	Focus group discussion (Discussion de groupe ciblée)
VBG	Violence basée sur le genre
EES	Évaluation de l'établissement de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire
SRGI (kits de SR)	Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations
OIM	Organisation internationale pour les migrations
DIU	Dispositif intra-utérin
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
IC	Informateur clé
EIC	Entretien avec un informateur clé
MMK	Méthode « Mère kangourou »
FPN	Faible poids à la naissance
DMU	Dispositif minimum d'urgence
MDS	Ministère de la Santé
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine
ONG	Organisation non gouvernementale
SPA	Soins post-avortement
PPE	Prophylaxie post-exposition au VIH
PVVIH	Personnes qui vivent avec le VIH
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SSR	Santé sexuelle et reproductive
IST	Infection sexuellement transmissible
AT	Accoucheuse traditionnelle
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GEU	Gouvernement des États-Unis
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction

Le dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) en situations de crise, élaboré par le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG), comprend les besoins minimaux en matière de SSR que le personnel humanitaire doit prendre en charge dès le début d'une situation d'urgence. Il comprend six objectifs clés : 1) Veiller à ce que le secteur/pôle de santé identifie une organisation pour assurer la mise en œuvre du DMU, 2) Assurer la prévention de la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes, 3) Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST, 4) Prévenir la surmorbilité et la surmortalité maternelles et néonatales, 5) Prévenir les grossesses non désirées, 6) Planifier des services de SSR complets, intégrés dans les soins de santé primaires dès que possible, et un objectif supplémentaire afin de prévenir la surmorbilité et la surmortalité dues aux grossesses nos désirées en veillant à des soins liés à l'avortement sans risques dans toute la mesure permise par la loi. Le DMU fournit aux communautés une feuille de route pour dispenser des soins essentiels en situations de crise tout en établissant les bases d'une transition vers un ensemble plus complet de services de SSR (idéalement dans un délai de 3 à 6 mois) à mesure que les communautés se rétablissent.

Bien que la mise en œuvre du DMU ait été évaluée au cours des 25 dernières années dans divers contextes, le secteur a récemment connu des bouleversements, notamment des réductions récentes du financement accordé par le gouvernement des États-Unis, et cela faisait près de 8 ans que la dernière évaluation formelle du processus DMU avait été réalisée.¹ Depuis lors, des rapports informels suggèrent que la prestation des services de SSR est devenue désorganisée et/ou n'est plus prioritaire dans un contexte de restrictions mondiales en ce qui concerne la santé et l'autonomisation des femmes. Il est essentiel de comprendre comment les services de SSR sont fournis dans le cadre des interventions d'urgence actuelles afin d'améliorer les processus dans les contextes de crises humanitaires, d'orienter efficacement les fonds limités et de mieux définir les rôles que les parties prenantes mondiales peuvent et doivent jouer dans le renforcement de la mise en œuvre du DMU.

En 2024-2025, l'Équipe en charge de la santé sexuelle et reproductive du Pôle mondial sur la santé a réalisé des évaluations du processus de mise en œuvre du DMU dans certaines interventions récentes sélectionnées. Les objectifs de ces études de cas transversales, qui utilisent des méthodes mixtes, visaient à évaluer la mise en œuvre du DMU dans des contextes de crise en Éthiopie, à Gaza, au Mozambique et au Tchad, et à formuler des recommandations et des politiques afin de renforcer une mise en œuvre cohérente et responsable du DMU à l'avenir.

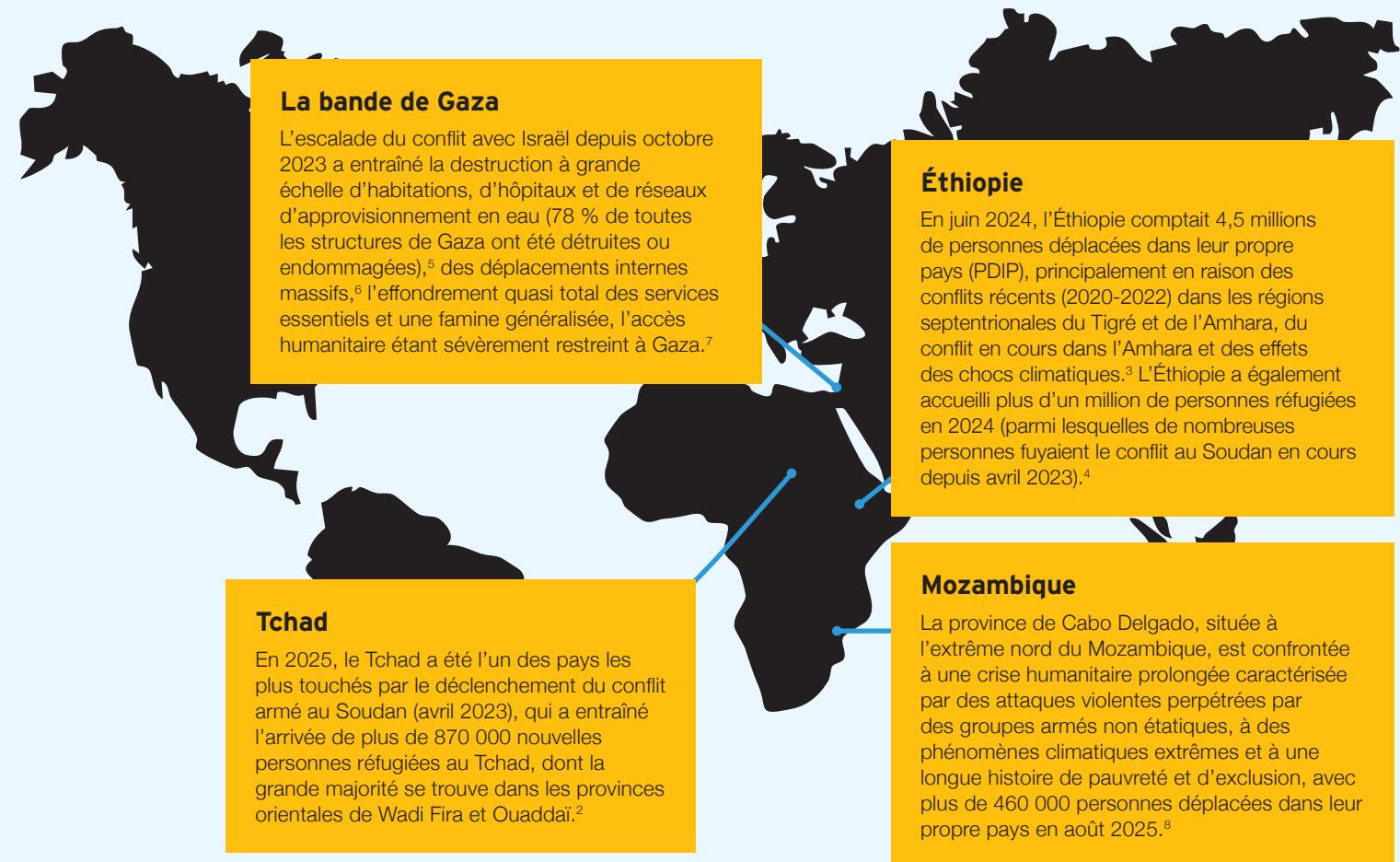
Méthodes

Sélection des sites

En 2024, une liste restreinte de pays a été élaborée à partir des critères suivants : 1) Le pays avait connu une crise en 2023 ou est souvent confronté à une résurgence des conflits, 2) Le groupe de travail sur la SSR était actif au niveau national, 3) L'équipe en charge de l'étude au niveau mondial et/ou les partenaires dans le pays avaient un accès raisonnable aux sites de l'étude, aux communautés touchées et aux établissements de santé, et 4) Une cartographie des partenaires, des établissements et des services de santé dans les zones touchées était disponible. En partenariat

avec le Pôle mondial sur la santé, les personnes en charge de la coordination du pôle dans les pays présélectionnés ont été invitées à faire part de leur intérêt à des fins de prise en considération. Enfin, la pertinence à l'échelle mondiale et l'intérêt des donateurs ont été pris en compte pour réduire la liste des sites à l'étude. Les groupes de travail sur la SSR dans les pays ont alors été invités à identifier/proposer des sites d'études appropriés, en tenant compte du souhait de se concentrer sur les récentes interventions aiguës. Les sites sélectionnés à des fins d'évaluation étaient notamment : les régions d'Amhara et du Tigré en Éthiopie, la bande de Gaza, la province de Cabo Delgado au Mozambique, et les provinces d'Ouaddaï et de Wadi Fira au Tchad.

Contexte humanitaire issu de l'évaluation de chaque pays



Méthodologie

L'objectif des études était de répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les objectifs du DMU étaient-ils mis en œuvre, et quelles en étaient la portée et la qualité ?
- Quels ont été les obstacles et les facteurs favorables à la mise en œuvre du DMU ?
- Quels ont été les principaux acteurs de la mise en œuvre et de la coordination du DMU ? Lesquels ne l'étaient pas ?
- Dans quelle mesure les groupes défavorisés, tels que les adolescents, les personnes handicapées (PWD) et les personnes LGBTQIA+, ont-ils été pris en charge par le DMU pendant la crise ?
- Quelle a été l'expérience des différents groupes de clientes et de clients pendant l'intervention du DMU ?
- Dans quelle mesure le financement était-il disponible et utilisé pour le DMU, et d'où ce financement provenait-il ?

Des questions supplémentaires ont été identifiées par les parties prenantes des pays comme étant pertinentes, permettant à des études individuelles d'approfondir des questions telles que « Que faudrait-il changer, le cas échéant, dans le DMU pour faire face aux crises prolongées ? » et « Quels ont été les autres facteurs au niveau local (tels que la COVID, le choléra, l'instabilité politique et les chocs climatiques) qui ont eu une incidence sur le DMU et/ou d'autres services de SSR dans ce contexte ? »

Le Tchad, le Mozambique et l'Éthiopie ont utilisé une approche quantitative, qui comprenait des évaluations des établissements de santé (EES) et des questionnaires sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) des prestataires de soins, ainsi qu'une approche qualitative à l'aide de discussions de groupe ciblées (Focus Group Discussions, FGD) et d'entretiens avec des informateurs clés. Compte tenu des difficultés d'accès, des besoins en matière de prestation de services, des enseignements existants et des activités concurrentes des partenaires, la méthodologie utilisée à Gaza a été ajustée afin de supprimer les EES, les enquêtes auprès des prestataires de soins et les FGD. Compte tenu du volume des données existantes issues d'autres évaluations récentes de la situation humanitaire à Gaza, une étude documentaire exhaustive a été menée afin de consolider 1) les rapports et évaluations des agences des Nations Unies (FNUAP, UNRWA, OMS, OCHA), du ministère de la Santé et des ONG internationales et locales actives dans la prestation de services de SSR et de VBG, 2) les évaluations et les études antérieures, notamment les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence, les documents du Groupe de travail sur la SSR et les mises à jour humanitaires publiées, et 3) les données des systèmes d'information sanitaire et les rapports annuels sur la santé, lorsqu'ils étaient disponibles, notamment sur la mortalité maternelle, la prévalence des contraceptifs, les accoucheuses qualifiées et la disponibilité des services. Cette étude documentaire a ensuite été complétée/triangulée par des entretiens avec des informateurs clés, et les conclusions et recommandations finales ont été examinées par le Groupe de travail sur la SSR à Gaza.

Évaluations des établissements de santé

Certains établissements de santé accueillant des personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP) et/ou des personnes réfugiées au Tchad, en Éthiopie et au Mozambique ont été évaluées en termes de disponibilité, de qualité et d'utilisation des services du DMU. Les établissements ont été sélectionnés à l'aide de différentes procédures dans chaque contexte :

- Au Tchad, les établissements situés dans ou à proximité des huit camps de personnes réfugiées visités dans les provinces de Wadi Fira et Ouaddaï ont été évaluées avec l'accord de l'organisation de soutien. Quelques établissements dans les camps sélectionnés n'ont pas été évaluées en raison de leur fermeture au moment de l'arrivée ou du manque de temps pendant la visite du camp.
- En Éthiopie, les établissements ont été sélectionnés de manière ciblée, en collaboration avec les personnes en charge de la coordination au niveau régional du FNUAP dans les régions d'Amhara et du Tigré, ainsi qu'avec les instituts régionaux de santé publique en charge des interventions d'urgence. Les critères de sélection comprenaient l'accessibilité (en mettant l'accent sur les zones qui ne connaissaient pas de conflit actif pendant la période de collecte des données), un équilibre entre les zones rurales et urbaines, et le nombre de cas traités par les établissements. Les établissements à forte activité ont été privilégiés par rapport à ceux à faible activité.
- Au Mozambique, les établissements de santé publics qui ont reçu le plus grand nombre de kits DMU depuis 2022 ont été sélectionnés au hasard à partir d'une liste fournie par le FNUAP. L'évaluation a été menée en collaboration avec la direction médicale des établissements de santé sélectionnés dans les zones rurales et périurbaines, qui a donné son accord. Il convient de noter que la désignation de l'établissement (primaire, secondaire, tertiaire, etc.) n'a pas été prise en compte lors de l'élaboration de la sélection des établissements.

Les EES ont été gérées par le biais d'observations et d'entretiens avec les responsables des établissements de santé, à l'aide d'un outil EES structuré permettant d'évaluer les établissements.

Enquêtes auprès des prestataires de soins de santé

Des questionnaires confidentiels ont été distribués aux prestataires de soins de santé qui fournissaient des services de SSR au Tchad, en Éthiopie et au Mozambique afin d'évaluer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière de mise en œuvre du DMU. Le seul critère de sélection commun aux trois pays était que le prestataire de soins soit impliqué dans la prestation de services de SSR sous une forme ou une autre. Les prestataires de soins interrogés ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage de commodité au Tchad et en Éthiopie, tandis qu'au Mozambique, trois prestataires par établissement ont été sélectionnés de manière ciblée. La plupart des prestataires de soins sélectionnés étaient des membres du personnel d'établissements de santé déjà sélectionnés pour les EES, à l'exception de quatre prestataires au Tchad qui travaillent dans des camps qui n'ont pas fait l'objet de visites dans le cadre des EES.

Entretiens avec des informateurs clés

Les entretiens avec des informateurs clés ont été menés dans les quatre contextes avec des parties prenantes sélectionnées de manière ciblée, considérées comme des experts pertinents en matière de SSR, de VBG et de VIH. Les entretiens avec des informateurs clés visaient à évaluer la connaissance du DMU, la coordination du DMU, les efforts d'intervention d'urgence, et à recueillir des recommandations pour les futures mises en œuvre du DMU. La plupart des entretiens ont été menés individuellement dans des lieux privés ou par téléphone/via une plateforme en ligne, telle que Microsoft Teams. Tous les informateurs clés interrogés ont donné leur consentement éclairé pour participer à l'entretien et pour que celui-ci soit enregistré à des fins de transcription.

Discussions de groupe ciblées

Des discussions de groupe ciblées ont été organisées avec des membres des communautés (personnes réfugiées, PDIP et membres des communautés d'accueil) au Tchad, en Éthiopie et au Mozambique afin d'étudier les perceptions et les connaissances des communautés en matière de services de SSR, en particulier en ce qui concerne les composantes du DMU. Les personnes qui ont participé comprenaient des hommes, des femmes, des adolescents et des adolescentes vivant dans les zones desservies par les établissements de santé évalués. Toutes ces personnes étaient âgées de 15 à 49 ans et ont été stratifiées en groupes en fonction du sexe et de l'âge. Les personnes qui ont participé éligibles ont été identifiées avec le soutien des agents de santé communautaires (ASC), des leaders communautaires et des membres du personnel local en charge du programme.

La collecte de données s'est déroulée entre juin et septembre 2025, à l'exception de l'Éthiopie où les données ont été collectées entre décembre 2024 et janvier 2025. Les outils de collecte des données ont été adaptés des Outils d'évaluation du processus DMU de l'IAWG⁹ et ont été traduits dans les langues locales en Éthiopie (traduits en amharique et en tigrigna), au Tchad (en français) et au Mozambique (en portugais). Au Mozambique, les discussions de groupe ciblées se sont déroulées en makua (la langue locale dominante à Cabo Delgado) et les transcriptions ont été traduites en portugais. Au Tchad, elles ont été animées par un intervenant ou une intervenante bilingue (français-arabe) et traduites en français. Les outils de collecte de données n'ont pas été traduits à Gaza, mais les enquêteurs et enquêtrices parlaient anglais et arabe, ce qui a permis de mener les entretiens en plusieurs langues en fonction des besoins.

L'approbation éthique a été obtenue auprès du Comité d'éthique interne de l'International Rescue Committee ainsi que des ministères de la Santé de chaque pays et de l'Association éthiopienne de santé publique (Ethiopian Public Health Association, EPHA).

Collecte de données par méthode

Tchad

- 9 EES (1 hôpital, 7 centres de santé et 1 poste de santé)
- 22 enquêtes auprès de prestataires de soins
- 16 entretiens avec des informateurs clés
- 10 discussions de groupe ciblées (avec la participation de 100 personnes)

Éthiopie

- 6 EES (1 hôpital de district et 5 centres de soins de santé primaires)
- 12 enquêtes auprès de prestataires de soins
- 8 entretiens avec des informateurs clés
- 8 discussions de groupe ciblées (avec la participation de 77 personnes)

Gaza

- 11 entretiens avec des informateurs clés
- Étude documentaire exhaustive

Mozambique

- 7 EES (1 établissement de niveau secondaire et 6 établissements de niveau primaire)
- 23 enquêtes auprès de prestataires de soins
- 13 entretiens avec des informateurs clés
- 6 discussions de groupe ciblées (avec la participation de 49 personnes)

Analyse des données

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS (Tchad et Éthiopie), Excel (Éthiopie et Mozambique) et STATA (Mozambique), à l'exception des données relatives aux évaluations des établissements de santé au Tchad, qui ont été examinées sur des formulaires papier et résumées dans des tableaux. Les enregistrements des entretiens avec les informateurs clés et des discussions de groupe ciblées ont été retranscrits et examinés par les équipes en charge de l'évaluation de chaque pays, et les données qualitatives ont été analysées par thème à l'aide du logiciel Dedoose ou manuellement.

Limites

Le nombre restreint de sites évalués dans chaque pays peut limiter la généralisation des résultats. L'exigence selon laquelle les sites/établissements de santé de l'étude devaient être accessibles aux équipes en charge de l'étude a exclu les établissements (et par conséquent les prestataires de soins et les communautés) situés dans les zones à haut risque, empêchant potentiellement l'évaluation de la mise en œuvre du DMU dans les milieux les plus touchés. Il est possible que des biais de sélection existent dans le choix des établissements évalués. À titre d'exemple, l'équipe en charge de l'évaluation au Tchad a été accueillie par un membre

actif du Groupe de travail sur la SSR qui a facilité les visites dans les établissements de santé gérés par son ONG, laquelle accordait la priorité à la santé sexuelle et reproductive, ce qui a pu conduire à une surestimation de la qualité de la mise en œuvre. À Gaza, le conflit en cours et les restrictions de déplacements ont limité la collecte de données primaires. Les données sur plusieurs sujets tels que la VBG, les services aux populations LGBTQ et les soins liés à l'avortement peuvent ne pas refléter la réalité en raison de contraintes juridiques, de la stigmatisation et de la discrimination. Enfin, la longueur (et l'exhaustivité) de l'outil d'enquête CAP et du guide des entretiens avec les informateurs clés ont été décrites comme un facteur limitant.

Résultats

Infrastructure et sensibilisation à la mise en œuvre du DMU

La sensibilisation des parties prenantes au DMU était variable, celles qui travaillaient au niveau national, c'est-à-dire les agences des Nations Unies, le connaissaient souvent grâce aux formations du FNUAP/ministère de la Santé ou à leur expérience antérieure dans le domaine des interventions d'urgence, tandis que de nombreux membres du personnel des ONG locales et des prestataires de soins en première ligne le connaissaient moins en tant que cadre d'urgence, bien qu'ils fournissent des services pertinents sans les reconnaître comme des composantes du DMU. Les informateurs clés aux niveaux local et régional dans différents pays ont appelé à une formation plus large en matière de DMU. Dans les quatre contextes, une réelle confusion a été observée dans plusieurs domaines. Plus précisément, il existait une incertitude quant à l'applicabilité du DMU et à sa valeur stratégique, les personnes interrogées se demandant s'il s'agissait principalement d'un cadre d'urgence ou d'une norme minimale selon laquelle tous les contextes devaient être évalués. Enfin, le rôle du ministère de la Santé dans la mise en œuvre et la garantie de la réalisation du DMU n'était pas clairement compris.

Infrastructure : Des améliorations sont nécessaires au niveau des infrastructures des établissements de santé. Au Mozambique, seuls 3 établissements sur 7 (43 %) disposaient de toilettes fonctionnelles réservées aux prestataires de soins, elles n'étaient pas séparées pour les hommes et les femmes, et une seule était équipée d'une serrure et d'un lavabo. Dans les établissements qui ne disposaient pas de toilettes réservées aux prestataires de soins, ces derniers ont déclaré utiliser les toilettes des maisons voisines.

Les infrastructures et le personnel des établissements de santé ont été confrontés à d'importantes difficultés dans plusieurs pays en raison des conflits en cours. Les études documentaires ont mis en évidence que les conflits récents avaient endommagé la majorité des établissements de santé dans certaines régions. Dans le Tigré, seuls 13 % des établissements étaient opérationnels lors d'un exercice de cartographie à l'aide de l'outil HeRAMS mené en 2023.¹⁰ En octobre 2025, les rapports de l'OMS révélaient que 94 % des hôpitaux à Gaza avaient été endommagés ou détruits, et que seul un petit nombre d'établissements de santé dans le nord de Gaza fonctionnaient partiellement.¹¹ Les services publics de base (électricité/eau) ont été cités comme une préoccupation majeure par les responsables des établissements interrogés en Éthiopie, et moins de la moitié des établissements évalués au Mozambique ont déclaré disposer d'une alimentation en électricité ou en eau suffisante pour répondre à leurs besoins. Bien que la plupart des établissements des trois pays évalués disposent d'au moins un prestataire de soins disponible ou « d'astreinte » 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les informateurs clés ont signalé que le personnel était généralement insuffisant, aucun des 9 établissements évalués au Tchad ne déclarant disposer d'un nombre suffisant d'agents de santé pour prendre en charge leur clientes et clients.

Investissement en faveur de la main-d'œuvre du secteur de la santé : Le manque d'investissements dans la formation initiale en SSR et dans la dotation en personnel de santé a géné les interventions d'urgence : au Tchad, seules 27 % des sages-femmes interrogées ont répondu correctement à plus de la moitié des 18 questions relatives aux connaissances. Dans un établissement de santé, des sages-femmes récemment diplômées ont déclaré être incapables de fournir les services essentiels du DMU en raison d'un manque de formation.

OBJECTIF 1

Coordination et leadership

Afin de mettre en œuvre le DMU de manière efficace, l'objectif 1 exige qu'une personne en charge de la coordination ou une entité « chef de file » soit désignée et que la coordination entre les parties prenantes dans les domaines de la SSR, de la VBG et du VIH soit une priorité. Dans les quatre pays faisant l'objet de cette évaluation, le FNUAP a joué le rôle d'entité « chef de file » du groupe de travail sur la SSR, à l'exception de l'Éthiopie où le leadership au niveau national est assurée par le ministère de la Santé (MDS) par l'intermédiaire de l'Institut éthiopien de santé publique (Ethiopian Public Health Institute, EPHI), le FNUAP assurant la coprésidence.

La coordination et la préparation à la mise en œuvre du DMU variaient considérablement selon les contextes. Au Tchad, le groupe de travail sur la SSR fonctionnait au niveau national, mais la coordination était ponctuelle et intégrée dans des réunions plus larges du pôle santé aux niveaux infranationaux en raison du personnel limité. En Éthiopie, la coordination au niveau national entre le ministère de la Santé/l'EPHI et le FNUAP était relativement solide, mais les mécanismes régionaux se sont fracturés sous la pression politique et sécuritaire : dans la région d'Amhara, les plateformes dirigées par le gouvernement ont été dissoutes, laissant les forums partenaires combler le fossé creusé par ces dissolutions, tandis que dans la région du Tigré, le leadership et les ressources sont restés insuffisants pour assurer une coordination efficace. À Gaza, les groupes en charge de la SSR et de la VBG, dirigés par le FNUAP, ont permis des échanges techniques, un prépositionnement et un apprentissage rapide, mais la coordination des activités d'intervention/de mise en œuvre a été entravée par des restrictions d'accès, des perturbations des approvisionnements, des données incohérentes et une représentation locale limitée. Au Mozambique, la coordination a été généralement décrite comme organisée et inclusive, réduisant les doublons et renforçant les partenariats avec le gouvernement, mais des améliorations étaient possibles en ce qui concerne la coordination entre les domaines de spécialité (par opposition à la coordination interne au sein de leur propre domaine de spécialité, à savoir la SSR, la VBG ou le VIH). Il convient de noter que les groupes de discussion sur WhatsApp et les listes de contrôle, ainsi que la participation de points de contact, ont été considérés comme des outils essentiels pour soutenir cette coordination.

« ...nous avons des dizaines de partenaires en charge de la mise en œuvre de la santé. Nous disposons de plus de 200 établissements - 13 établissements en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), et de l'ordre de 200 établissements de soins de santé primaires ou d'équipes mobiles. Donc ... vous avez un MDS, vous avez l'UNWRA, vous avez des acteurs importants qui disposent de nombreux établissements et ensuite, vous avez des acteurs plus petits [avec] un ou deux ... point(s) de services. Nous nous réunissons donc et nous discutons ensemble des types d'actions, des déclencheurs, des besoins en soutien au niveau de la coordination »

INFORMATEUR CLÉ À GAZA

Au Tchad et au Mozambique, les récentes réductions et modifications du financement accordé par le gouvernement des États-Unis ont été décrites comme ayant entraîné d'importantes lacunes en matière de coordination. Les réductions des effectifs dans certaines agences dues aux coupes budgétaires ont limité la participation des partenaires aux groupes de travail et, au Tchad, ont conduit à l'intégration de la coordination de la SSR dans les réunions du pôle santé. Toutefois, ces difficultés n'ont pas toujours été insurmontables. Au Tchad, par exemple, une ONG internationale qui organisait auparavant des réunions sur la VBG et la protection au niveau des districts a cessé ses activités en 2025 après avoir perdu le financement du gouvernement américain, et une ONG locale a ensuite pris le relais pour organiser ces réunions.

OBJECTIF 2

Prévenir et gérer les conséquences de la violence sexuelle

L'objectif 2 du DMU vise à prévenir et à atténuer les préjudices causés par les violences sexuelles au sein des communautés touchées par des conflits, ainsi qu'à coordonner les efforts déployés pour venir en aide aux victimes d'agressions sexuelles par le biais de soins cliniques, d'orientations vers des spécialistes et d'un soutien continu dans des espaces sécurisés et confidentiels. La plupart des établissements de santé, tous contextes confondus, ont déclaré fournir des services de prise en charge clinique des victimes de viol, notamment la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition au VIH, des antibiotiques pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'orientation vers un soutien psychosocial (Tableau 3). Parmi les seuls établissements évalués qui ne fournissaient pas de services de prise en charge clinique des victimes de viol ($n = 2$, tous les deux au Tchad), l'un était un centre de santé doté de nouvelles sages-femmes qui ont fait état d'un manque de formation en matière de prise en charge clinique des victimes de viol, et l'autre était un poste de santé qui orientait les patients et patientes vers un établissement de niveau supérieur situé à proximité. À Gaza, la prise en charge clinique des victimes de viol et la réponse plus large en matière de VBG ont été intégrées dans les interventions de SSR (regroupement des services de santé, de nutrition et de soutien psychosocial) dès les premiers jours de la guerre, ce qui a permis de réduire la stigmatisation et d'améliorer l'accessibilité.

« Le point le plus important concernant [mon organisation] est que nous avons fourni des services de SSR et de VBG au même endroit, dans le même centre médical. Ils n'étaient pas séparés. »

INTERLOCUTEUR CLÉ À GAZA

TABLEAU 1**Gestion clinique des services en cas de viol conformément aux données des EES et des signalements des prestataires de soins**

	Tchad (n=9)	Éthiopie (n=6)	Mozambique (n=7)
Services relatifs à la VBG (prise en charge clinique des victimes de viols) fournis dans cet établissement de santé	7	6	7
Contraception d'urgence (CU)	7	6	7
Prophylaxie post-exposition au VIH	7	6	7
Antibiotiques pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)	7	6	7
Traitements de blessures	7	6	7
Orientations en matière de protection/soutien psychosocial	8	6	6
Soins liés à l'avortement sans risques en cas de grossesses non désirées consécutives à une agression sexuelle	1	5	5

Les efforts visant à répondre aux conséquences des violences sexuelles ont été confrontés à des difficultés dans les quatre contextes : En Éthiopie, les personnes qui ont participé aux discussions de groupe ciblées ont fait état de menaces de violences sexuelles persistantes, en particulier dans les camps de personnes déplacées et lors d'activités quotidiennes telles que les trajets vers l'école ou l'accès aux services de santé. Les informateurs clés ont signalé que les viols restaient largement sous-déclarés dans les deux régions, moins de la moitié des victimes se présentant dans un établissement de santé dans le délai critique de 72 heures. Au Tchad, le personnel formé à la prise en charge psychosociale et à la gestion des cas a été jugé inadéquat, et le suivi des orientations était insuffisant. Au Mozambique, seuls 60 % des prestataires de soins ont déclaré avoir reçu une formation en matière de VBG, ce qui a probablement eu un impact sur la qualité des soins. À Gaza, la prestation de services liés à la VBG a été entravée par des contraintes sécuritaires (déplacements continus, surpeuplement et effondrement des systèmes de protection officiels), des pénuries de ressources (manque de fournitures telles que les contraceptifs d'urgence, les kits de prophylaxie post-exposition au VIH et le matériel de stérilisation, aggravé par les contraintes en matière de carburant et d'électricité) et la destruction d'espaces sûrs/le retard dans la construction d'espaces sûrs. Les interlocuteurs clés, tous contextes confondus, ont souligné la nécessité de développer les espaces sécurisés et les centres d'accueil uniques afin de mieux répondre aux besoins des victimes.

En Éthiopie, le gouvernement régional du Tigré a formé au moins deux prestataires de soins de santé par établissement à la prise en charge clinique des victimes de viol, et a traduit et diffusé les directives nationales relatives à la gestion de la VBG dans la langue locale, le tigrigna, renforçant ainsi la réponse dans ce domaine.

Selon les personnes qui ont participé aux discussions de groupe ciblées, la sensibilisation de la communauté aux services liés à la VBG variait de très faible (Éthiopie) à relativement élevée (Mozambique). Afin de remédier à la faible sensibilisation de la communauté en Éthiopie, les personnes qui ont participé aux discussions de groupe ciblées ont évoqué l'organisation de réunions informelles, telles que des « cérémonies du café », afin de discuter de la violence basée sur le genre, en mettant l'accent sur la confidentialité et la disponibilité de salles privées pour les consultations :

« Les représentantes de l'OIM (Organisation internationale pour les migrations) effectuent des visites à domicile et nous invitent à participer à des « cérémonies du thé et du café ». Au cours de ces réunions, elles nous sensibilisent à l'importance de se faire soigner en cas d'agression sexuelle. Elles nous assurent également que notre situation sera traitée dans la plus stricte confidentialité. De plus, elles nous informent que des salles privées sont disponibles pour nous conseiller sur les mesures à prendre si nous sommes victimes de violences sexuelles. »

PARTICIPANTE À UNE DISCUSSION DE GROUPE CIBLÉE EN ÉTHIOPIE

I OBJECTIF 3

Prévenir la transmission du VIH et des IST

L'objectif 3 vise à prévenir la transmission du VIH lors de la prestation de soins de santé, à soutenir la prévention de la transmission des IST et du VIH parmi les populations touchées par des crises, à fournir des soins et des traitements liés au VIH aux personnes séropositives ou atteintes du sida, et à diagnostiquer et traiter les IST. Tous les établissements de santé interrogés proposaient des antirétroviraux, une prophylaxie par le cotrimoxazole pour les infections opportunistes chez les PVVIH, ainsi qu'un diagnostic syndromique et une prise en charge des IST (Tableau 4). Au Mozambique, la prise en charge clinique du VIH a été mentionnée par les informateurs clés comme l'un des points forts du système de santé, en particulier la disponibilité de services allant au-delà du DMU, tels que les auto-tests et le traitement prophylactique pré-exposition, la suppression de la charge virale et de la transmission verticale, ainsi que le soutien des cliniques mobiles de dépistage du VIH :

« Les cliniques mobiles nous apportent un soutien précieux en ce moment... Nous avons désespérément besoin de leur aide pour atteindre davantage de personnes atteintes du VIH dans les communautés, car les centres de santé sont très éloignés... mais en raison de la réduction des financements, certains partenaires ont disparu. »

INFORMATEUR CLÉ AU MOZAMBIQUE

Selon des informateurs clés, la prévention et le traitement du VIH ont été relégués au second plan dans les interventions d'urgence à Gaza en raison de la faible prévalence du VIH (seuls environ 36 cas ont été signalés à Gaza, dont quatre nouveaux cas découverts pendant la guerre). Malgré cela, des kits de dépistage du VIH/ des IST restent prépositionnés pour les situations d'urgence, garantissant ainsi un niveau minimum de préparation. Au Mozambique, les spécialistes du VIH ont largement signalé des lacunes dans les services liés au VIH en raison de la disponibilité réduite du personnel technique, du détournement des ressources pour répondre aux besoins des PDIP (entraînant la négligence des besoins des membres de la communauté d'accueil), des déplacements fréquents (ou des nouveaux déplacements) des PDIP entraînant la perte de patientes et de patients, la perte ou le vol de stocks essentiels, et la honte d'avoir à se présenter à nouveau pour bénéficier des services. Des pénuries des kits de dépistage du VIH/ des IST ont été signalées au Tchad et en Éthiopie.

La fuite des produits de SSR publics menace la sécurité globale de ces produits. Au Mozambique, les personnes qui participent aux groupes de discussion ciblées, à la fois des hommes et des femmes, ont indiqué que les agents de santé dispensaient des traitements en dehors des centres de santé afin de compléter leurs revenus individuels, ce qui représente un défi important pour la gestion des stocks.

I TABLEAU 2

Services liés au VIH/aux IST conformément aux données des EES et des signalements des prestataires de soins

	Tchad (n=9)	Éthiopie (n=6)	Mozambique (n=7)
Préservatifs masculins disponibles	9	6	6
Préservatifs féminins disponibles	7	1	6
ARV disponibles pour les utilisateurs réguliers (personnes vivant avec le VIH/SIDA, ou « PVVIH »)	9	6	7
Prophylaxie par le cotrimoxazole pour les infections opportunistes pour les PVVIH	9	6	7
ARV administrés aux mères séropositives dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	8	6	7
ARV administrés aux nouveaux-nés, nés de mères séropositives à la maternité	8	6	7
Diagnostic syndromique et gestion des IST	9	6	7
Laboratoire disponible	6	6	5
Il existe des protocoles de traitement ARV pour les utilisateurs réguliers	6	4	7

Les quatre contextes dépendent de la prise en charge syndromique des IST, bien que la majorité des établissements interrogés au Tchad et au Mozambique aient déclaré disposer d'un laboratoire pour effectuer des tests. Les informateurs clés à Gaza ont explicitement identifié la formation du personnel en première ligne à la prise en charge syndromique comme une priorité, en raison de l'effondrement des infrastructures de laboratoire.

■ OBJECTIF 4

Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelles et néonatales

La prévention de la mortalité maternelle et infantile est fondamentale pour le DMU, et le dispositif comprend la présence d'accoucheuses qualifiées, la mise à disposition de fournitures pour les accouchements par voie basse, la facilitation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) au niveau des établissements de santé primaires, et la facilitation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) au niveau des établissements de santé secondaires et tertiaires. Cet objectif comprend également (1) la promotion de systèmes d'orientation efficaces, (2) l'engagement de la communauté et (3) la prestation de soins post-avortement (remarque : nous avons déplacé ces conclusions vers une section spécifique à l'avortement plus loin dans le rapport).¹ Pour atteindre cet objectif, le DMU donne la priorité à la distribution de kits et au déploiement de personnel afin de garantir que le processus d'accouchement, la phase néonatale et la phase postnatale bénéficient d'un approvisionnement et d'une prise en charge adéquats.

Les services de santé maternelle et néonatale étaient une priorité dans les quatre contextes, 100 % des établissements évalués pratiquant des accouchements normaux, mais l'accès, la qualité et les résultats variaient considérablement en fonction de l'intensité de la crise, des infrastructures et des capacités en main-d'œuvre.

Les informateurs clés et les personnes qui ont participé aux discussions de groupe ciblées au Tchad ont fait état d'une pénurie persistante de sages-femmes qualifiées, de retards dans l'orientation et de coûts de transport élevés, ce qui conduit de nombreuses réfugiées à accoucher chez elles, certaines d'entre elles exprimant leur mécontentement quant aux soins maternels dispensés dans les établissements. Une participante à une discussion de groupe ciblée au Tchad a indiqué, « La plupart des femmes accouchent chez elles car le centre de santé est très éloigné de notre campement et nos maris n'ont pas les moyens de nous y emmener pour accoucher. Parfois, lorsque nous accouchons à la maison et qu'il y a des complications, ils nous conduisent au centre de santé. » De même, en Éthiopie, l'accès aux SONUC était limité, les systèmes d'orientation étaient jugés insuffisants, les ambulances étaient souvent en panne ou à court de carburant (les clientes et clients devaient parfois payer pour faire le plein), et les sages-femmes ont signalé un manque de formation, tandis que l'insécurité et les restrictions de déplacement ont poussé de nombreuses femmes à accoucher chez elles.

À Gaza, le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié est resté élevé et le modèle d'accouchement dirigé par des sages-femmes de l'UNFPA a élargi l'accès aux soins, mais la destruction des installations, l'interruption des orientations et la couverture inégale des SONUC (après la destruction de l'hôpital Al Awda, le nord de Gaza s'est retrouvé totalement privé de services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets) ont compromis la sécurité des accouchements. Les préférences culturelles pour les accouchements à l'hôpital, les lacunes dans la formation des sages-femmes et la malnutrition maternelle sévère ont encore limité les soins. Les cliniques d'accouchement d'urgence et les examens mensuels de la mortalité maternelle ont été cités comme des interventions contribuant à réduire les risques de mortalité et de morbidité à Gaza.

Au Mozambique, le soutien aux accouchements en milieu hospitalier était tout aussi important, mais les obstacles comprenaient les frais de transport, les services limités en dehors des heures normales et la formation insuffisante des prestataires de soins (les taux de formation associés aux services vitaux pour les mères et les nourrissons oscillaient entre 48 et 52 % des prestataires de soins, et 50 % des services de santé maternelle et infantile sont dispensés dans des établissements de santé par des prestataires de soins qui n'ont pas suivi récemment de formation à la prestation de ces services). Si les décès maternels étaient rares selon les données récentes du Mozambique, la mortalité néonatale élevée a mis en évidence des lacunes en matière d'équipements et de fournitures, en particulier dans les zones touchées par des conflits.

Presque tous les établissements évalués fournissaient des soins post-avortement (SPA), à l'exception de deux au Tchad, qui ont indiqué un manque de formation ou d'équipements tels que des kits d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et du misoprostol, et de deux au Mozambique.

La plupart des établissements de santé évalués fournissaient au moins 7 des 8 éléments essentiels des soins néonataux, la prise en charge des bébés présentant un faible poids/ prématurés constituant l'action vitale marginale (1 établissement au Mozambique, 1 établissement en Éthiopie et 8 établissements au Tchad ne fournissaient pas de prise en charge des bébés présentant un faible poids à la naissance). Les entretiens avec des informateurs clés au Tchad, au Mozambique et en Éthiopie ont tous fait état de la distribution de kits d'accouchement hygiéniques lors des interventions, mais peu d'établissements faisant l'objet de cette évaluation ont déclaré avoir distribué des kits au cours des trois derniers mois. Au Tchad, les « kits maman » d'accouchement hygiéniques « ne sont presque plus disponibles », ce qui, selon les personnes réfugiées ayant participé aux discussions de groupe ciblées, a réduit l'incitation à accoucher dans un établissement de santé.

* Bien que les soins post-avortement (SPA) fassent partie de l'objectif 4 du DMU et doivent toujours être fournis, nous avons inclus nos conclusions sur la prestation des services de SPA dans la section consacrée aux soins liés à l'avortement plus loin dans le rapport, afin de refléter la manière dont l'outil EES a été organisé.

TABLEAU 3
Prestation de services liés aux accouchements et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) conformément aux données des EES et des signalements des prestataires de soins

	Tchad (n=9)	Éthiopie (n=6)	Mozambique (n=7)
Accouchements normaux effectués	9	6	7
Actions vitales SONUB déployées :			
Antibiotiques administrés par voie parentérale	8	6	7
Médicaments utérotoniques administrés par voie parentérale	7	6	7
Médicaments anticonvulsivants administrés par voie parentérale	7	5	7
Retrait manuel des produits de conception retenus à l'aide d'une technologie appropriée (soins post-avortement)	7	6	5
Délivrance manuelle du placenta	8	6	7
Accouchement par voie basse assisté (ventouse obstétricale ou forceps)	1	6	5
Réanimation du nouveau-né	7	6	7
Actions vitales SONUC déployées :			
Césarienne	0	2	3
Transfusion sanguine	1	1	4
Soins prodigues au nouveau-né – éléments essentiels déployés :			
Aide à un allaitement immédiat et exclusif	9	6	7
Prévention des infections (propreté, section et soins hygiéniques du cordon ombilical, soins oculaires)	9	6	7
Gestion des infections du nouveau-né (y compris injections et antibiotiques)	7	6	7
Soins thermiques (y compris séchage immédiat et peau-à-peau)	8	6	7
Soins mère-kangourou (SMK)	4	6	7
Soins spécifiques à l'accouchement à des fins de prévention du VIH	8	6	7
Gestion du faible poids à la naissance (FPN) / des bébés prématurés	1	5	6

OBJECTIF 5
Prévenir les grossesses non désirées

L'objectif 5 du DMU vise à prévenir les grossesses non désirées (1) en veillant à ce que les établissements de santé disposent de méthodes de planification familiale réversibles à court et à long termes afin de répondre à la demande, (2) en garantissant que les communautés soient informées de la disponibilité de ces méthodes, et (3) en veillant à ce que les documents d'information, d'éducation et de communication / les conseils sur les méthodes de planification familiale soient de qualité, inclusifs et efficaces.

Des services de planification familiale étaient disponibles dans tous les contextes, mais leur accès était souvent limité par les faiblesses de la chaîne d'approvisionnement, les lacunes dans la formation des prestataires de soins et les obstacles socioculturels. Au Tchad, les contraceptifs étaient largement proposés, mais les ruptures de stock fréquentes des méthodes les plus populaires (contraceptifs injectables et implants), les lacunes dans la formation des sages-femmes et les récentes coupes budgétaires du gouvernement américain ont nui à la fourniture régulière de ces produits. Malgré les perceptions mitigées des hommes et la stigmatisation, de nombreuses femmes réfugiées se sont déclarées favorables à la contraception.

TABLEAU 4**Mise à disposition de méthodes contraceptives conformément aux données des EES et des signalements des prestataires de soins**

	Tchad (n=9)	Éthiopie (n=6)	Mozambique (n=7)
Préservatifs masculins	8	5	6
Préservatifs féminins	8	2	6
Pilules orales contraceptives	9	6	7
Pilules orales d'urgence	8	6	6
Dispositifs intra-utérin (DIU)	9	6	4
Contraceptifs injectables	7	6	7
Implants	7	6	5
Toutes les méthodes contraceptives proposées aux adolescents et aux adolescentes	8	6	5

En Éthiopie, un large éventail de méthodes (notamment la pilule, les DIU, les contraceptifs injectables, les implants et la contraception d'urgence) étaient techniquement disponibles dans les établissements, mais la prestation des services était inégale : peu de prestataires de soins inséraient régulièrement des DIU, la qualité des conseils variait, les ruptures de stock étaient fréquentes et les adolescents et les PDIP, en particulier, ont mentionné un accès difficile, se tournant parfois plutôt vers les pharmacies ou les orientations. À Gaza, la disponibilité des méthodes contraceptives a été compromise par des pénuries liées au conflit (ruptures de stock de kits de DIU et de pilules orales), des sensibilités socioculturelles (distribution de préservatifs en dehors des établissements de santé) et les biais des prestataires de soins à l'égard de certaines méthodes (contraceptifs injectables, en raison des effets secondaires perçus). Au Mozambique, les méthodes de PF étaient disponibles dans la plupart des établissements (les méthodes les plus couramment distribuées étaient les préservatifs et les contraceptifs injectables), mais la formation des prestataires de soins (en particulier sur les DIU et les implants) était limitée ou obsolète. L'accès des adolescents à la contraception au Mozambique était inégal, la plupart des établissements proposant toutes les méthodes de contraception aux adolescents et adolescentes (à l'exception de deux établissements qui ne proposaient pas le DIU en raison du manque de demande et des sensibilités socioculturelles liées à la pose de cette méthode), mais la plupart des établissements exigeant le consentement parental pour l'accès des adolescents et adolescentes à la contraception. Il est encourageant de constater que la plupart des prestataires de soins se sont déclarés favorables au droit des femmes à choisir leur méthode contraceptive et que des efforts de sensibilisation aux méthodes à long terme ont été déployés.

Les ruptures de stock fréquentes, la formation insuffisante des prestataires de soins aux méthodes à longue durée d'action, la stigmatisation socioculturelle (touchant particulièrement les adolescents et les utilisateurs masculins) et la prestation inégale des services malgré la disponibilité des produits sont autant de difficultés communes à tous les pays. Des différences sont apparues dans les priorités : le Tchad était confronté à des risques d'approvisionnement liés au financement, l'Éthiopie avait des difficultés à assurer la cohérence des services dans un contexte de conflit, les obstacles à Gaza étaient aggravés par la résistance culturelle et les lacunes de la chaîne d'approvisionnement en raison du conflit, tandis que l'accès au Mozambique était conditionné par les restrictions politiques imposées aux adolescentes et adolescents et les lacunes dans la formation aux méthodes à long terme.

Certains prestataires de soins à Gaza ont récemment commencé à promouvoir la contraception d'urgence au-delà du contexte des soins post-viol, en la présentant comme un moyen de préserver l'autonomie des femmes pendant leur déplacement.

OBJECTIF 6**Intégration de services de SSR complets**

Les progrès réalisés dans la transition du DMU vers des services de SSR complets ont été généralement limités dans tous les contextes, freinés par la faiblesse des systèmes de santé, le manque de financement et les crises prolongées. Au Tchad, la plupart des parties prenantes ont indiqué être encore en phase d'intervention d'urgence, avec des progrès limités vers l'intégration au-delà des soins prénatals/postnataux, de l'éducation partielle à la contraception et du dépistage du VIH effectué par les prestataires de soins. En Éthiopie, les premières mesures d'intégration ont été observées, notamment une approche de « jumelage » reliant les hôpitaux d'Addis-Abeba aux hôpitaux de référence touchés par le conflit, mais les lacunes en matière de formation du personnel, de réparation des infrastructures, de financement et d'intégration des programmes d'études ont ralenti la transition, soulignant la nécessité d'un plan de redressement reliant les acteurs humanitaires et ceux du développement. À Gaza, les tentatives visant à maintenir des services de SSR complets ont été gravement compromises par les bombardements, la destruction d'installations essentielles, le déplacement de la main-d'œuvre, les restrictions d'approvisionnement et les déficits de financement, l'intégration du DMU dans les systèmes nationaux restant partielle et risquant de ne plus être considérée comme une priorité après le cessez-le-feu. Au Mozambique, la difficulté était due à un système de santé déjà sous-financé avant le conflit. Si les services de SSR sont largement intégrés dans les soins de santé primaires et bénéficient d'un cadre législatif et politique favorable, l'intégration durable des services liés au VIH et à la VBG nécessite un financement constant, l'engagement de la communauté, l'amélioration des systèmes de données et une formation standardisée. Tous les contextes ont été confrontés à des obstacles persistants en matière de financement, à une dépendance à l'aide extérieure, à des lacunes dans la formation des prestataires de soins et à des difficultés pour intégrer le DMU dans les systèmes nationaux de santé et de formation.

« Je dirais que l'objectif 6 devrait faire l'objet d'une plus grande attention, car lorsque l'on passe d'une situation de crise à des services complets, il est nécessaire d'améliorer et de fournir des services réguliers. Maintenant que la paix est revenue, l'attention principale devrait être accordée à l'objectif 6, afin de planifier la transition entre la crise et une meilleure prestation de services. Après la planification, le deuxième axe prioritaire devrait être les activités relevant de l'objectif 4. »

INFORMATEUR CLÉ EN ÉTHIOPIE

En Éthiopie, une initiative de « jumelage » a permis de mettre en relation 12 hôpitaux d'Addis-Abeba avec des hôpitaux de référence touchés par le conflit, en envoyant du personnel, des médicaments et du matériel pour les reconstruire, et en accélérant avec succès le rétablissement des services essentiels en matière de SSR.

Autres priorités du DMU : soins liés à l'avortement sans risques

L'accès aux soins liés à l'avortement sans risques varierait considérablement d'un contexte à l'autre, en fonction des cadres juridiques, de la stigmatisation et de la disponibilité des services. Les soins liés à l'avortement sans risques étaient largement absents au Tchad (seul 1 établissement sur 9 proposait ces soins) en raison d'une ambiguïté juridique (la loi tchadienne n° 006 sur la santé reproductive autorise l'avortement pour sauver la santé ou la vie de la femme ou en cas d'anomalie fœtale ; cependant, les directives pour la mise en œuvre de cette loi n'ont pas été mises en place), du manque de formation des prestataires de soins et des niveaux élevés de stigmatisation, les avortements dangereux étant apparemment courants parmi les réfugiées selon les informateurs clés et les personnes qui participaient aux discussions de groupe ciblées. En Éthiopie, cinq des six établissements

TABLEAU 5**Mise à disposition de services d'avortement conformément aux données des EES et des signalements des prestataires**

	Tchad (n=9)	Éthiopie (n=6)	Mozambique (n=7)
Soins liés à l'avortement sans risques prodigués	1	5	5

évalués offraient des services de soins liés à l'avortement sans risques conformément aux directives nationales, bien que la couverture ait été inégale, la formation des prestataires de soins était limitée et la demande était en forte hausse dans les zones de conflit, notamment en raison des cas de viols. À Gaza, l'accès à des soins liés à l'avortement sans risques était légalement et culturellement limité aux cas médicalement éligibles approuvés par le ministère de la Santé, laissant les femmes dépendantes à des soins post-avortement limités dans un contexte de forte augmentation des avortements spontanés, les acteurs humanitaires n'offrant qu'un soutien partiel. Au Mozambique, l'avortement est légalement autorisé jusqu'à 12 semaines (16 semaines en cas de viol/d'inceste), mais le recours à l'avortement sans risques était extrêmement faible. Les témoignages de la communauté ont révélé un recours aux guérisseurs traditionnels, aux pharmacies ou la poursuite de grossesses non désirées – aboutissant parfois à des infanticides – reflétant une stigmatisation profonde, des obstacles financiers et une sensibilisation limitée. Les prestataires de soins ont déclaré avoir reçu davantage de formations sur les soins liés à l'avortement sans risques que de possibilités de les mettre en pratique, soulignant le décalage entre la politique et la pratique.

« Des avortements dangereux ont également été pratiqués à l'aide de méthodes traditionnelles, des pratiques qui avaient presque disparu mais qui ont refait surface en période de crise. Les avortements dangereux restent l'une des principales causes de mortalité maternelle. »

INFORMATEUR CLÉ EN ÉTHIOPIE

Discussion

Bien que le DMU ait été développé pour la première fois en 1995 et qu'il soit la norme mondiale depuis 30 ans, il n'existe toujours pas de mécanismes systématiques permettant de contrôler et de documenter si et dans quelle mesure le DMU est mis en œuvre lors des interventions d'urgence. Il s'agit de la première évaluation formelle de la mise en œuvre du DMU depuis l'évaluation à l'échelle mondiale menée par l'IAWG entre 2012 et 2014¹² et depuis que le DMU a été révisé dans le cadre de Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (Interagency Field Manual, IAFM) en 2018. Depuis 2018, le secteur humanitaire de la SSR a été confronté à plusieurs bouleversements, notamment la pandémie de COVID-19, d'importantes réductions de l'aide étrangère et un recul des politiques progressistes et des environnements favorables dans certains pays. Ces évaluations fournissent des informations importantes sur la manière dont le DMU est mis en œuvre sur le terrain et sur les mesures que les principales parties prenantes doivent prendre à tous les niveaux pour accélérer les progrès.

Les résultats suggèrent que des progrès ont été réalisés en ce qui concerne certaines lacunes identifiées lors de l'évaluation mondiale menée entre 2012 et 2014. Par exemple, la planification familiale était plus largement accessible, la contraception d'urgence était plus accessible au-delà de la prise en charge clinique des

victimes de viol/de violences domestiques, et les ARV pour les PVVIIH étaient disponibles au niveau des soins de santé primaires dans la plupart des établissements de santé évalués en 2025. En revanche, d'autres lacunes persistent, telles que l'absence de soins liés à l'avortement sans risques dans toute la mesure prévue par la loi (une priorité supplémentaire), la disponibilité limitée des soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU) et des systèmes d'orientation incomplets, les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement et les ruptures de stock, ainsi que le financement insuffisant du DMU de manière plus générale.

Des progrès significatifs ont certes été accomplis à l'échelle nationale pour sensibiliser les acteurs et les convaincre de l'intérêt du DMU, mais maintenir cette dynamique et cette coordination au niveau infranational reste un défi majeur. Dans certains districts en Éthiopie, la plateforme de collaboration sur la SSR mise en place par le gouvernement a été dissoute en moins d'un an ; au Tchad, les réunions infranationales ont été intégrées aux réunions génératives du Pôle santé, ce qui a affaibli la responsabilisation. Des organismes de coordination infranationaux solides, bien financés, dotés de mandats et de lignes hiérarchiques fixes sont essentiels pour maintenir le leadership lorsque le personnel change, que l'accès se détériore ou que des coupes budgétaires sont effectuées. Ces mécanismes permettent également d'établir des

relations plus étroites avec les autorités sanitaires et les décideurs politiques locaux, ainsi qu'avec les communautés touchées, qui peuvent tous deux influencer une prestation de services durable et contribuer à trouver des solutions lorsque des perturbations surviendront à l'avenir. Dans des régions telles que la province de Cabo Delgado, au Mozambique, qui connaissent des crises cycliques, ces relations de longue date avec le gouvernement et les autorités locales se sont avérées précieuses pour la mise en œuvre du DMU.

La notoriété généralisée du DMU apporte à la fois les avantages de la reconnaissance de son nom et les difficultés liées aux idées préconçues. L'IAFM définit le DMU comme l'ensemble de services de SSR le plus important à fournir dès le début d'une situation d'urgence – le « quoi faire », tout en laissant la possibilité au « comment » d'être adapté à un contexte donné et en encourageant la transition vers des services complets dès que possible. Nos évaluations démontrent toutefois que ces définitions et distinctions n'ont pas été communiquées efficacement au niveau de la mise en œuvre, ce qui a parfois conduit à une confusion et/ou une résistance qui nécessitent une attention plus particulière aux niveaux mondial, national et local. À Gaza, par exemple, les parties prenantes, et en particulier le gouvernement, ont opposé une résistance au DMU, estimant qu'il s'agissait d'un programme conçu pour les milieux à faible revenu ou traditionnellement dépendants de l'aide humanitaire. Les informateurs clés ont également jugé le DMU trop restrictif, préférant donner la priorité à des soins maternels et néonataux complets, par exemple, plutôt qu'à d'autres services vitaux minimaux prioritaires dans le cadre du DMU, tels que les soins liés au VIH/aux IST. Au Mozambique, le DMU était considéré comme un ensemble de services de base courants, plutôt que comme une mesure à mettre en œuvre uniquement en cas de crise aiguë. En effet, les parties prenantes ont même évoqué les mesures prises par le gouvernement pour soutenir la chaîne d'approvisionnement durable de certains services du DMU. Ces conclusions font écho à des témoignages anecdotiques provenant d'Ukraine, de Colombie et d'autres pays à revenu intermédiaire et élevé qui ont été confrontés à des crises au cours de ces dernières années. En outre, une certaine confusion persiste dans tous les contextes quant au moment où la transition vers des services de SSR complets est envisageable et en fonction de quelles circonstances.

Ces évaluations interviennent dans un paysage humanitaire particulièrement instable, marqué par des coupes drastiques dans l'aide humanitaire apportée par le gouvernement des États-Unis et par des réductions plus progressives de la part d'autres donateurs publics. La « Réinitialisation humanitaire » vise à rationaliser et à donner la priorité absolue à l'aide humanitaire, en concentrant les ressources mises en commun sur les zones où les besoins sont les

plus pressants, sans que la responsabilité en matière de normes telles que le DMU ne soit clairement définie à ce jour.¹³ Ces tendances risquent de réduire à néant des décennies de progrès en matière de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) dans les contextes humanitaires si la priorité n'est pas accordée à des mesures efficaces et aux femmes et aux adolescentes. En tant que communauté mondiale, nous ne pouvons pas permettre que la priorité absolue accordée à l'aide humanitaire et les coupes budgétaires mettent en péril les structures qui ont permis des progrès dans ce domaine au cours des dernières décennies, telles que les groupes de travail nationaux et infranationaux sur la SSR relevant du Pôle santé et l'Équipe en charge de la SSR du Pôle mondial sur la santé. Cependant, nous ne pouvons pas non plus insister pour que « tout continue comme avant » alors que la situation est tout sauf normale. Les points suivants sont nécessaires :

- **Responsabilité :** veiller à une meilleure responsabilisation pour la rationalisation du DMU dans le cadre des interventions d'urgence multisectorielles et des fonds communs (y compris les ressources réservées au DMU dans le cadre de ces fonds)
- **Localisation :** fournir un soutien et un financement accrus aux gouvernements et aux partenaires locaux afin qu'ils puissent mener les interventions du DMU, en documentant les meilleures pratiques et les considérations relatives aux différentes typologies humanitaires
- **Intégration systématique :** intégrer systématiquement les indicateurs de service du DMU dans les priorités proposées en matière de santé et de protection, les mécanismes de feedback interorganisations de la communauté humanitaire et les programmes d'aide financière.

Par ailleurs, nous avons besoin de données probantes de meilleure qualité sur les activités de préparation au niveau national qui se traduisent le mieux par des interventions menées localement lors de situations d'urgence au niveau infranational, ce qui nécessite la mise en œuvre du lien entre aide humanitaire et développement, en allant au-delà des discours pour favoriser une collaboration intentionnelle et concrète entre les initiatives de développement axées sur les gouvernements et les structures d'intervention humanitaire centrées sur les Nations unies. La réalisation et l'analyse de 64 évaluations relatives à l'état de préparation au DMU au niveau national, menées entre 2021 et 2024 sous la direction du FNUAP, offrent une réelle opportunité de générer ces données probantes essentielles. Afin de veiller à la cohérence et à l'impact, les recommandations pertinentes issues de ces évaluations relatives à l'état de préparation au DMU devraient être synchronisées avec celles issues de cette évaluation du processus, afin de garantir que les futurs efforts de préparation et d'intervention dans le cadre du DMU se renforcent mutuellement et soient adaptés au contexte.

Principales recommandations à l'échelle mondiale

Pôle santé mondial et Équipe en charge de la SSR

Apporter un soutien direct aux groupes de travail nationaux sur la SSR afin de mettre en œuvre les recommandations ci-dessous et mener des actions de plaidoyer ciblées en matière de SDSR dans le cadre de la « Réinitialisation humanitaire ».

Le Pôle santé mondial et l'Équipe en charge de la SSR doivent :

- Développer, diffuser et faire connaître les outils et les ressources pour aider les groupes de travail sur la SSR et les personnes en charge de la coordination des pôles santé à planifier, promouvoir, budgétiser et mettre en œuvre le DMU, et veiller à une coordination solide aux niveaux national et infranational. Ces outils doivent être traduits dans les langues principales et disponibles dans un emplacement centralisé.
- Mettre en place un mécanisme permettant de suivre systématiquement le degré de mise en œuvre du DMU dans les situations d'urgence (éventuellement dans le cadre d'efforts plus larges en matière de responsabilité humanitaire).
- Suivre de façon systématique et organiser des formations régulières relatives au DMU pour les personnes en charge de la coordination de la SSR et les principales parties prenantes du groupe de travail sur la SSR (y compris le ministère de la Santé et les autorités sanitaires infranationales des régions touchées par des crises).

IAWG

Aider les membres de la coalition à mettre en œuvre les recommandations ci-dessous et à aligner leurs efforts sur la nouvelle structure organisationnelle de l'IAWG

- Documenter et diffuser les études de cas et les meilleures pratiques des agents en première ligne et des responsables de la mise en œuvre dans le cadre de la prestation, de la promotion et de la responsabilisation du DMU.
- Élaborer des documents et supports de sensibilisation harmonisés afin de veiller à donner la priorité à l'ensemble des services du DMU (y compris les soins liés à l'avortement sans risques dans toute la mesure permise par la loi) et à ce que ces derniers soient mis en œuvre dans le cadre des interventions d'urgence aiguës.

- Réaliser une nouvelle évaluation à l'échelle mondiale de l'IAWG afin d'évaluer de manière exhaustive l'état de la santé et des droits sexuels et reproductifs dans les contextes humanitaires.
- Élaborer des recommandations sur la manière d'intégrer le DMU dans les opportunités de business development, avec des messages et des programmes ciblés pour divers donateurs (développement, humanitaire).
- Documenter et partager les leçons apprises et les ressources techniques pour les modèles de programmes prometteurs, tels que les community or self-delivered care models (modèles de soins communautaires ou autonomes) basés sur des données probantes et alignés sur le DMU.
- Promouvoir les nouveaux kits de santé reproductive accompagnés de conseils pratiques pour améliorer la prestation des services du DMU.
- Soutenir, documenter et suivre les efforts en cours afin de renforcer les capacités des prestataires de soins et des responsables de la mise en œuvre en première ligne.

Pôle santé et Groupe de travail sur la SSR au niveau du pays

Institutionnaliser les activités des groupes de travail sur la SSR sous la supervision du Pôle santé afin de mieux aider les partenaires en charge de la mise en œuvre à relever les principales difficultés liées au DMU.

Chaque Groupe de travail sur la SSR doit :

- Désigner des personnes en charge de la coordination de la SSR formées et travaillant à temps plein dans chaque région touchée par une crise, dotées d'un pouvoir décisionnel et d'un soutien logistique, afin de renforcer la responsabilité et le leadership technique pour une mise en œuvre efficace du DMU dans toutes les phases humanitaires.
- Disposer d'un mandat clair, d'un calendrier de réunions régulières et de lignes hiérarchiques obligatoires envers le Pôle santé.
- Faire connaître le DMU auprès des partenaires et des principales parties prenantes, en mettant l'accent sur son adaptabilité. Souligner que le DMU définit ce qui doit être fait (son contenu technique est universellement pertinent), tandis que la stratégie de mise en œuvre (le « comment ») doit être adaptée pour répondre aux besoins urgents locaux et spécifiques au contexte.

- Organiser des formations cliniques interorganisations à l'intention des prestataires de soins en première ligne afin de renforcer et de maintenir les capacités cliniques. Les SRH Clinical Outreach Refresher Trainings (S-CORTs) (Formations de mise à niveau clinique relatives à la SSR) peuvent être utilisées pour combler rapidement les lacunes en matière de compétences lors des situations d'urgence.
- Coordonner le prépositionnement des produits, y compris les kits de santé reproductive du Groupe interorganisations, en amont des situations d'urgence prévisibles ou probables.
- Assurer la liaison avec les partenaires en charge de la mise en œuvre afin de garantir que les fournitures parviennent jusqu'à leur destination finale. Dans la mesure du possible, soutenir la mise en commun du fret avec les organisations à « forte intensité logistique » (PAM, CICR, transporteurs privés) et intégrer les fournitures de SSR dans les convois existants.
- Organiser des forums communautaires permanents pour discuter de la SSR et des voies d'orientation (par exemple, des dialogues autour d'une « cérémonie du café » dans les camps de PDIP en Éthiopie) et maintenir un financement constant pour ces forums.
- Clarifier et diffuser les politiques pertinentes liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, en particulier en matière de doins liés à l'avortement sans risques.

Partenaires de mise en œuvre

Augmenter les allocations budgétaires et l'assistance technique destinées aux services et opérations du DMU qui présentent des lacunes persistantes, notamment dans le cadre des programmes de soins de santé primaires ou multisectoriels.

Les partenaires qui aident à la mise en œuvre du DMU doivent :

- **Vérifier que tous les composants du DMU sont financés de manière adéquate dans le cadre d'un financement plus large des soins de santé primaires et multisectoriels.**
- **Renforcer les lignes budgétaires consacrées à la « logistique du dernier kilomètre » pour la SSR (carburant, transport par des tiers, micro-subventions pour les magasins au niveau des camps) dans toutes les propositions/tous les budgets.**
- **Participer activement à la coordination de la SSR, à la préparation au DMU et aux efforts en matière d'interventions.**
- Investir dans une formation et une supervision de qualité pour les compétences cliniques.
- Recruter et superviser des prestataires soins de santé en matière de SSR qualifiés/formés.
- Renforcer les voies d'orientation pour les soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONU), en veillant à l'existence de politiques et de procédures avec une couverture des coûts pour chaque établissement de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ; soutenir les moyens de transport

peu coûteux et peu sophistiqués (charrettes tirées par des ânes au Tchad, motos-ambulances dans les zones rurales d'Éthiopie) lorsque cela est approprié ; subventionner le transport des patientes et patients et des soignants à l'aide de bons pour l'essence, d'argent liquide pour le transport ou de pools de carburant pour les ambulances, dans la mesure du possible.

- Veiller à ce que la formation et les fournitures pour les soins post-avortement soient intégrées dans la prestation des services SONU.
- Vérifier la politique en matière d'avortement et veiller à ce que le programme adopte une approche claire en matière de soins liés à l'avortement sans risques, c'est-à-dire la fourniture de soins quelles que soient les circonstances ou dans certaines circonstances, l'orientation vers d'autres prestataires de soins liés à l'avortement sans risques, etc.
- Inclure des community based/self-delivered care strategies (stratégies de soins basés sur la communauté/ autoadministrés) dans la conception des programmes afin de pouvoir atteindre la destination finale (le « dernier kilomètre »).
- Soutenir les groupes de travail techniques nationaux, le cas échéant, afin de mettre en œuvre les conclusions des Évaluations de l'état de préparation au DMU, lorsqu'elles sont disponibles, en dirigeant l'élaboration et le suivi d'un plan d'action dédié à la préparation au DMU. Cela permet de veiller à ce que les lacunes identifiées en matière de capacités et les faiblesses en matière de coordination soient comblées bien avant qu'une crise ne survienne.
- Prévoir un budget et mettre en place des mécanismes de réactivité vis-à-vis des clients et clientes en matière de SSR, ainsi que le temps nécessaire pour que le personnel examine les plaintes soumises par le biais des mécanismes de règlement des griefs et y donner suite.
- Intégrer les services de SSR et de VBG, en accordant une attention particulière aux besoins exprimés par les femmes et les filles.

Donateurs humanitaires

Investir dans des partenaires de mise en œuvre et les tenir responsables des stratégies qui comblent les lacunes critiques et garantissent un accès équitable au DMU.

Les donateurs humanitaires doivent :

- **Exiger et garantir un budget suffisant pour la mise en œuvre du DMU dans le cadre des soins de santé primaires et des interventions multisectorielles en cas d'urgence.**
- **Tenir les partenaires en charge de la mise en œuvre responsables de tous les objectifs du DMU.**
- **Financer les activités de coordination du groupe de travail sur la SSR, en particulier un poste de coordination à temps plein dans ce domaine. Reconnaître la valeur ajoutée d'un secrétariat capable de mener des actions de plaidoyer, de gestion des connaissances, de sensibilisation des communautés et de partenariats.**

- Intégrer des « modificateurs » de crise (ou des dispositions intégrées qui permettent aux programmes de réorienter rapidement et de manière flexible les financements afin de répondre à des situations d'urgence imprévues) pour le DMU dans les programmes humanitaires pluriannuels.

Donateurs en charge du développement

Investir dans les partenaires en charge de la mise en œuvre et les tenir responsables de la préparation au DMU et d'une collaboration significative avec les acteurs et les systèmes humanitaires.

Les donateurs en charge du développement doivent :

- **Veiller à ce que les futures subventions destinées au renforcement des systèmes reflètent de manière appropriée l'état de préparation au DMU (programmes de formation initiale et continue, soutien à la chaîne d'approvisionnement, renforcement des capacités des prestataires de soins/cadres, soutien à la mise en place et à la formation de listes ou de cohortes de déploiement).**
- **Lorsque l'environnement favorable à la santé et aux droits sexuels et reproductifs est faible, soutenir les efforts de plaidoyer et d'élaboration des politiques en conséquence, notamment pour améliorer les cadres juridiques et de protection. Veiller à ce que tous les principes humanitaires soient intégrés dans les politiques relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et vice versa.**
- Intégrer les principaux indicateurs du DMU dans les systèmes DHIS/HMIS.
- Financer et évaluer le cycle de préparation au DMU : 1. Financer le plan d'action : donner la priorité au financement de la mise en œuvre des Plans d'action relatifs aux Évaluations de l'état de préparation au DMU, en veillant à ce que les lacunes identifiées en matière de capacités et les faiblesses en matière de coordination soient comblées bien avant qu'une crise ne survienne. 2. Financer l'apprentissage : investir stratégiquement dans l'évaluation rigoureuse des résultats du plan d'action relatif aux Évaluations de l'état de préparation au DMU afin d'identifier les stratégies de préparation les plus efficaces pour permettre des interventions solides et menées localement.

Gouvernements

Institutionnaliser le DMU dans les cadres de préparation aux situations d'urgence, responsabiliser les acteurs locaux, garantir la préparation du système de santé aux interventions dans le cadre du DMU et favoriser la responsabilité du DMU grâce à l'engagement de la communauté.

Les gouvernements doivent :

- **Allouer et augmenter les financements nationaux destinés à la santé et à la préparation aux situations d'urgence pour la mise en œuvre du DMU.**
- **Intégrer le DMU dans les prochaines stratégies de financement humanitaire dans le domaine de la santé, telles que les fonds communs des pays et les fonds d'intervention d'urgence des pays.**
- **Intégrer le DMU dans les programmes de formation initiale et continue du personnel de santé ; les systèmes de chaîne d'approvisionnement et de suivi et d'évaluation ; les efforts de renforcement des capacités des prestataires de soins de santé ; et mettre en place et former des cohortes d'agents en charge de la mise en œuvre du DMU en première ligne pouvant être déployées.**
- Intégrer le DMU dans les cadres nationaux et infranationaux de réduction des risques de catastrophe et d'intervention d'urgence sanitaire, ainsi que dans les politiques en matière de santé reproductive, de santé sexuelle et de santé maternelle et néonatale.
- CŒuvrer activement à l'intégration de plans et de protocoles complets de préparation en matière de SSR, ainsi que du DMU, dans les cadres nationaux et infranationaux existants de préparation aux urgences sanitaires, les stratégies de réduction des risques de catastrophe et les plans d'urgence. Cela implique notamment de plaider en faveur d'un environnement législatif qui soutienne la mise en place du DMU dans les situations d'urgence, en adoptant une approche qui inclut tous les risques.
- Plaider en faveur de l'intégration des considérations relatives à la gestion des catastrophes et aux interventions d'urgence dans les politiques de développement en matière de SSR et, inversement, veiller à ce que les perspectives de développement éclairent la préparation afin de renforcer la résilience des communautés et des institutions. Cette approche veille à ce que la préparation soit un élément central du travail de développement, avec un financement et une attention spécifiques.
- Fournir un financement et un soutien aux organisations locales qui mettent en œuvre le DMU et les inclure dans les plateformes de coordination et de prise de décision.
- Prépositionner les produits de SSR et renforcer les systèmes de prestation de soins de santé du « dernier kilomètre ».
- Intégrer les indicateurs de SSR dans les systèmes de feedback sur l'engagement de la communauté et garantir la participation des femmes et des filles touchées par les crises à la planification de la préparation et aux boucles de feedback d'urgence sur une base continue.

Notes de fin

- 1 S.K Chynoweth Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. *Confl Health* 9 (Suppl 1), I1 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1>
- 2 UNHCR Chad. CORE Sudan Emergency Situation. 2025. Disponible à l'adresse : <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118998>.
- 3 OCHA. Ethiopia: Internal Displacement Overview (as of June 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-internal-displacement-overview-june-2024>.
- 4 OCHA. Ethiopia - Situation Report, 10 June 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-situation-report-10-june-2024>.
- 5 OCHA. Reported impact snapshot | Gaza Strip, 1er octobre 2025 à 15h00. Disponible à l'adresse : <https://reliefweb.int/node/4179759>
- 6 OCHA. Reported impact snapshot | Gaza Strip (13 août 2025). Disponible à l'adresse : <https://www.ochaopt.org/content/reported-impact-snapshot-gaza-strip-13-august-2025>
- 7 OCHA Reported impact snapshot | Gaza Strip, 1er octobre 2025 à 15h00. Disponible à l'adresse : <https://reliefweb.int/node/4179759>
- 8 OCHA. Mozambique: Cabo Delgado, Nampula & Niassa Humanitarian Snapshot, as of August 2025. Disponible à l'adresse : <https://www.unocha.org/publications/report/mozambique-mozambique-cabo-delgado-nampula-niassa-humanitarian-snapshot-august-2025>
- 9 IAWG & Women's Refugee Commission. Minimum Initial Service Package (MISP) Process Evaluation Tools (Revised 2022). Disponible à l'adresse : <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022>
- 10 OMS. HeRAMS Tigray Baseline Report 2023 - Operational status of the health system: A comprehensive mapping of the operational status of HSDUs 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/m/item/herams-tigray-baseline-report-2023-operational-status-of-the-health-system>
- 11 FNUAP. Amid displacement and despair in Gaza, glimmers of hope for a better tomorrow. 17 October 2025. Disponible à l'adresse : <https://www.unfpa.org/news/amid-displacement-and-despair-gaza-glimmers-hope-better-tomorrow>
- 12 S.K Chynoweth Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. *Confl Health* 9 (Suppl 1), I1 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1>
- 13 OCHA. The humanitarian reset (10 March 2025). Disponible à l'adresse : <https://www.unocha.org/news/humanitarian-reset-10-march-2025>



**HEALTH
CLUSTER**

HEALTHCLUSTER.WHO.INT