

Feuille de Route pour Accélérer le Progrès pour Chaque Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire 2020 – 2024



À propos de la Feuille de Route pour Accélérer le Progrès pour Chaque Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire 2020 – 2024

Cette Feuille de Route vise à renforcer l'engagement pris sur la scène mondiale d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés les plus vulnérables qui vivent dans des situations de crise humanitaire. L'élaboration de cette Feuille de Route repose sur des orientations mondiales fondées sur des données probantes et sur les enseignements tirés de la mise en œuvre des programmes à l'échelle des pays. Plus de 100 experts issus d'organisations non gouvernementales, d'agences des Nations Unies, de gouvernements nationaux, d'organismes donateurs et d'institutions universitaires ont participé à l'examen de cette Feuille de Route, et ce sont plus de 50 entretiens qui ont été menés avec les principales parties prenantes afin de comprendre les priorités actuelles concernant la santé de la mère et du nouveau-né, les lacunes des systèmes de santé et les partenaires à mobiliser dans les situations de crise humanitaire. Ces experts mondiaux ont examiné et finalisé ce document lors d'une réunion multisectorielle en 2019 et ont recommandé des actions afin d'accélérer les progrès au cours des cinq prochaines années.

Feuille de Route pour Accélérer le Progrès pour Chaque Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire 2020 – 2024



Table des matières



Remerciements	2
Acronymes	3
Introduction	4
Vision et Objectifs	8
Objectifs stratégiques	9
Principes Directeurs	13

Actions Clés pour la Santé du Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire et les Contextes Fragiles **16**

① Renforcer la dyade mère-nouveau-né durant les crises humanitaires	16
② Développer l'accès à des soins dignes et de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum	17
③ Prodiger des soins adéquats aux nouveau-nés malades et de petite taille	22
④ Enregistrer chaque naissance, comptabiliser chaque décès de nouveau-né et chaque mort-né	24
⑤ Renforcer les liens avec les principaux secteurs de l'aide humanitaire tout au long du continuum de soins	25
⑥ Faciliter la coordination entre l'action humanitaire et l'aide au développement	29
⑦ Donner aux communautés et aux gouvernements les moyens d'agir grâce à des partenariats qui favorisent les services innovants et durables	30
⑧ Étudier les approches innovantes et mener des recherches afin de soutenir la fourniture de services dans les situations de crise humanitaire	32
⑨ Donner plus de visibilité aux nouveaux-nés dans les situations de crise humanitaire	34

Partenariats, Participation & Financement	36
Suivi des Progrès	38
Plan d'Action pour l'Année à Venir	40
Références	42

Remerciements

Je tiens à faire part de ma profonde reconnaissance et de ma gratitude aux experts, collègues et amis dévoués qui ont contribué à cette initiative par le biais d'entretiens, de groupes de travail, d'innombrables débats et de séries de révisions :

Alessandro Iellamo, Allisyn Moran, Ann Burton, Anna af Ugglas, Anna Frellsen, Basil Rodrigues, Bianca Drebber, Brandao Co, Bushra Al-Makaleh, Catrin Schulte-Hillen, Claire Merchon, Clive Omoke, Cyril Engmann, Daniel Martinez, Diana Estevez, Dilys Walker, Dina Jardaneh, Elaine Scudder, Elvira Thissen, Emily Monaghan, Emmanuele Capobianco, Endang Handzel, Fatima Gohar, Fiona Smith, Fouzia Shafique, Gebrewold Petros, Gillian McKay, Gwenaëlle Garnier, Hajra Daly, Hannah Tappis, Hattie Ruysen, Henia Dakkak, Hilary Wartinger, Hussein Had, Jane Newnham, Janna Patterson, Jean Armas, Jennifer Schlecht, Jim Litch, Josep Vargas, Joshua Bress, Joy Lawn, Julie Taft, Juliet Whitley, Katie Morris, Kimberly Gire, Koen Joosse, Lale Say, Lara Martin, Laura Archer, Lee Pyne-Mercier, Lily Kak, Linda Doull, Lisa Thomas, Loulou Kobeissi, Luna Mehrain, Lynn Freedman, Manuel Carballo, Marcy Hersh, Maria Asuncion Silvestre, Marie-Claude Bottineau, Mariella S. Castillo, Mary Ellen Stanton, Mary Thompson, Meg French, Mianne Silvestre, Moazzem Hossain, Mohira Boboeva, Nabila Zaka, Nada Elattar, Nadine Cornier, Naoko Kozuki, Natalia Vartapetova, Neal Russell, Neelam Bhardwaj, Neha Singh, Nelly Staderini, Nicolas Joannic, Niloofar Zand, Nora Hobbs, Nuzhat Rafique, Nyra Mahmood, Ornella Lincetto, Paul Wise, Peter Morrison, Rabih El Chammay, Rachael Cummings, Rajat Khosla, Rebecca Tavares, Ribka Amsalu, Richard Guidotti, Roberta Petrucci, Rodolfo Rossi, Salim Sohani, Sameer Elias Putros, Samira Aboubaker, Samira Sami, Sandra Krause, Sarah Moxon, Sarah Williams, Saverio Bellizzi, Shaimaa Ibrahim, Shanon McNab, Sharifa Khan, Sheena Currie, Smita Kumar, Stephanie Gee, Steve Wall, Tedbabe Degefie Hailegebriel, Thiago Luchesi, Tore Lærdal, Valerie Bemo, Viviana Mangiaterra, Winnie Mwebesa, Yulia Widiati, Zulfiqar Bhutta

L'énergie, la force de persuasion et la passion des nombreuses personnes ayant contribué à la réalisation de ce document en sont les fondements, et continueront d'animer cette Feuille de Route jusqu'à son véritable impact : les vies sauvées et changées des nouveau-nés, des femmes enceintes et des mères en situation d'urgence humanitaire à travers le monde. Samira Sami et Neal Russell méritent une attention particulière et d'immenses remerciements pour le travail remarquable qu'ils ont accompli sans relâche afin d'intégrer dans cet ouvrage capital et stratégique les nombreuses contributions reçues.

Cette Feuille de Route est dédiée à Jennifer Schlecht, dévouée à la défense des droits des femmes et des filles dans les situations de crise. Pour rendre hommage à Jennifer et à son inestimable contribution, la communauté mondiale de la santé doit continuer à élever la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les soins de la mère et du nouveau-né, au rang de droits de l'homme qui reviennent aux plus vulnérables tant dans les pays exposés aux crises que dans le cadre de chaque intervention humanitaire. Tu nous manques, Jenn.

Son Altesse Royale, la Princesse Sarah Zeid

Marraine, Conseillère Spéciale pour la santé de la mère et du nouveau-né auprès du HCR, pour la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant auprès du PAM

Acronymes

BCG	Vaccin Bacille de Calmette et Guérin
SLM	Substituts du lait maternel
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
PACN	Plan d'Action Chaque Nouveau-né
PEV	Programme élargi de vaccination
CFCE	Chaque Femme Chaque Enfant
IN	Infections nosocomiales
PCI	Prévention et contrôle des infections
IYCF-E	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans les Situations d'Urgence
MMK	Méthode « Mère kangourou »
DMU	Dispositif Minimum d'Urgence
SDMPR	Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte
ODD	Objectifs de Développement Durable
AT	Accoucheuse traditionnelle
WASH	Eau, assainissement et hygiène (en anglais, Water, sanitation and hygiene)

Plus d'informations

Tout au long de ce processus, les parties prenantes ont participé à la rédaction d'une déclaration mondiale et d'un document de plaidoyer qui identifie les messages clés pour donner la priorité à la santé de la mère et du nouveau-né dans les situations de crise humanitaire.

Documents disponibles à l'adresse www.healthynewbornnetwork.org/issue/emergencies/

Citation recommandée

Save the Children, OMS, UNICEF, HCR. 2020. Feuille de Route pour Accélérer le Progrès pour Chaque Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire 2020 – 2024. Washington, DC : Save the Children.

Introduction





Atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) fixés en termes de décès de nouveau-nés et de mortinaissances d'ici 2030 exige de donner la priorité aux interventions vitales destinées aux mères et à leurs nouveau-nés et de soutenir le personnel de santé durant les crises humanitaires.



Les femmes et les enfants ont **14** fois plus de risques que les hommes de mourir lors d'une catastrophe naturelle(1). Dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragile, l'on estime à **500** le nombre de femmes et filles qui meurent chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement(2). Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables ; ils ont besoin de soins spécialisés et dépendent de la santé de leurs mères qui sont touchées par la crise. Pendant trop longtemps, dans le cadre de l'aide humanitaire, les nouveau-nés ont été négligés. Les interventions essentielles auprès des nouveau-nés demeurent sous-financées et peu d'entre elles sont pensées en tenant compte de la mère. Pour améliorer la survie des nouveau-nés, il est important de recentrer la réflexion sur les besoins uniques des enfants nés en situation de crise et de s'engager à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né dans les situations de crise humanitaire. La période périnatale constitue une période de risque absolument capitale pour les mères et leurs nouveau-nés(3).

L'Inde, le Nigeria, le Pakistan, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo sont les cinq pays où le nombre de décès néonataux est le plus élevé(4). Plus de **80 %** des pays où la mortalité est élevée ont connu un conflit récent, des catastrophes naturelles récurrentes, ou les deux(5). Parmi les 49 pays ayant été affectés par une crise humanitaire sévère ou de longue durée au cours des cinq dernières années, **75 %** n'ont pas atteint les ODD définis pour la mortalité néonatale(6). Les pays confrontés à des conflits



présentent les taux les plus élevés de mortalité néonatale et de mortinatalité, avec un taux alarmant de 39 décès pour 1 000 naissances vivantes ou plus(7). La *Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030* cherche à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes dans tous les pays d'ici 2030, un chiffre aligné sur les termes de l'Objectif de Développement Durable n° 3.

Cet objectif requiert une action d'urgence dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.

Près de 70 % des décès néonataux et 40 % des décès maternels et des mort-nés sont évitables, y compris dans les situations les plus difficiles.

Les situations de crise humanitaire sont diverses, la mortalité de référence, le développement économique, les capacités des systèmes de santé, la dynamique de la population et la charge de morbidité locale étant variables. Les personnes touchées par les crises peuvent inclure des populations vulnérables, notamment les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur d'un pays, les migrants ou les populations locales. Elles peuvent vivre dans des zones rurales éloignées ou dans des camps, mais résident de plus en plus dans les zones urbaines. Les communautés, en ce compris le système de soins de santé, qui accueillent les populations déplacées, souvent, n'ont pas la volonté ou la capacité de répondre aux besoins fondamentaux de la population. Les difficultés rencontrées dans les zones de conflit sont aggravées par l'insécurité et le fait que les services se concentrent naturellement sur la prévention des épidémies de maladies infectieuses. Les situations de crise humanitaire sont de plus en plus longues, la crise moyenne durant plus de 9 ans ; et ces crises contribuent à l'augmentation du nombre de personnes déplacées(8).

Pendant la phase de préparation, d'urgence et de reprise d'une action humanitaire, les priorités pour la santé du nouveau-né doivent être clairement formulées dans les mécanismes de coordination et de plaidoyer. Des initiatives mondiales telles que le mouvement *Chaque Femme, Chaque Enfant (CFCE)* et le *Plan d'Action Chaque Nouveau-né* instaurent des partenariats multipartites afin de prioriser des actions clés pour réduire la mortalité néonatale d'ici 2030. Une meilleure intégration des initiatives de développement qui soutiennent l'aide d'urgence dans la préparation et le renforcement de la résilience peut atténuer l'impact à long terme des crises sur la santé des femmes et des enfants.

La distinction entre une situation de crise humanitaire et une situation de développement est souvent floue, et les efforts visant à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né doivent couvrir les deux types de situation et être bien coordonnés. Cette *Feuille*

de Route pour Accélérer le Progrès pour Chaque Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire envisage la santé du nouveau-né dans divers contextes, avec des recommandations pouvant être appliquées de manière générale, mais pouvant être pertinentes pour certains contextes spécifiques plus que d'autres.

La santé du nouveau-né ne peut être envisagée de manière isolée, elle doit être abordée dans le contexte de la santé maternelle. Toute intervention visant à améliorer la santé du nouveau-né doit s'opérer dans le cadre de la santé à la fois de la mère et du nouveau-né. Les enseignements tirés de crises précédentes nous suggèrent vivement que les efforts déployés en faveur de la santé maternelle et infantile négligent souvent les soins au nouveau-né, incluant les soins attentifs, durant les situations de crise humanitaire. Des progrès ont été réalisés en matière de financement et de mise en œuvre des interventions en matière de santé reproductive, maternelle et infantile pendant les crises, mais des lacunes importantes subsistent dans le financement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (9). Par conséquent, pour améliorer la survie des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire, il convient de donner une place plus importante au nouveau-né dans le continuum des soins.

S'appuyant sur diverses initiatives actuellement menées en faveur de la santé et de la survie du nouveau-né, la présente Feuille de Route appelle à agir pour accélérer la santé de la femme et du nouveau-né dans toutes les situations et phases d'urgence, au travers d'une approche fondée sur les systèmes de santé. Des parties prenantes issues de tous les secteurs de l'aide humanitaire et du développement doivent être engagées afin de garantir la survie et l'épanouissement des nouveau-nés, même dans les circonstances les plus difficiles. Il s'agit notamment d'adopter une vision, une approche et un engagement communs pour renforcer la qualité et la couverture des services pour la mère et le nouveau-né au sein des populations touchées par des conflits sévères et de longue durée et des catastrophes naturelles.

Ce document s'adresse aux parties prenantes issues de la communauté d'aide au développement et de la communauté humanitaire, des communautés de la santé maternelle et néonatale et des secteurs de l'aide humanitaire. Ce document présente une vision sur la manière dont apporter des améliorations à destination des mères et des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire.



Vision

Un monde dans lequel les mères et les nouveau-nés bénéficient des services de santé vitaux dont ils ont besoin, où qu'ils soient et quelle que soit l'urgence.

Objectifs

Objectif 1 : Éliminer les décès maternels et néonataux évitables dans les situations de crise humanitaire.

Objectif 2 : S'efforcer d'atteindre les objectifs mondiaux de réduction du nombre de décès maternels et néonataux et du nombre de mort-nés.

Objectif 3 : Assurer l'épanouissement des nouveau-nés en prévenant la morbidité maternelle et infantile et en favorisant le développement de la petite enfance.

Pendant la phase d'urgence d'une crise humanitaire :

Éviter les décès de nouveau-nés et les mort-nés en surnombre en veillant à ce que les taux de mortalité soient inférieurs aux seuils spécifiques au contexte définis à l'échelle nationale ou durant la période d'avant-crise

Pendant la phase de reprise d'une crise humanitaire :

Aligner les efforts sur les objectifs mondiaux des ODD afin de ramener le taux de mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes ou moins et ramener le taux de mortinatalité à 12 pour 1 000 naissances totales ou moins d'ici à 2030

Objectifs Stratégiques

Les domaines d'action clés de cette Feuille de Route sont regroupés en trois objectifs stratégiques généraux, sur la base de ceux énoncés par la stratégie Chaque Femme, Chaque Enfant, à savoir : survivre, s'épanouir et transformer.

1) SURVIVRE

Mettre un terme aux morts évitables

2) S'ÉPANOUIR

Garantir la santé et le bien-être

3) TRANSFORMER

Développer des environnements favorables



1) SURVIVRE

Mettre un terme aux morts évitables

- **Renforcer la dyade mère-nouveau-né** durant les crises humanitaires
- **Développer l'accès** à des soins dignes et de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum
- **Prodiguer des soins adéquats** aux nouveau-nés malades et de petite taille
- **Enregistrer chaque naissance** et comptabiliser chaque décès de nouveau-né et chaque mort-né



2) S'ÉPANOUIR

Garantir la santé et le bien-être

- **Renforcer les liens** avec les principaux secteurs de l'aide humanitaire tout au long du continuum de soins
- **Faciliter la coordination** entre l'action humanitaire et l'aide au développement



3) TRANSFORMER

Développer des environnements favorables

- **Donner aux communautés** et aux gouvernements les moyens d’agir grâce à des partenariats qui favorisent les services innovants et durables
- **Étudier les approches innovantes** et mener des recherches afin de soutenir la fourniture de services dans les situations de crise humanitaire
- **Donner plus de visibilité** aux nouveaux-nés dans les situations de crise humanitaire

Principes Directeurs



Données probantes

Les décès de nouveau-nés et les mortinaissances peuvent être évités

Les mères et les nouveau-nés sont titulaires de droits

Soins maternels et néonataux respectueux

Soins centrés sur la famille

Les nouveau-nés s'épanouissent davantage aux côtés de leurs aidants

Les nouveau-nés et les mort-nés dans les situations de crise humanitaire comptent

Obligation de rendre des comptes

Innovations spécifiques au contexte

Des soins de haute qualité qui répondent aux besoins des communautés

Donner les moyens aux femmes et filles d'améliorer la survie des nouveau-nés

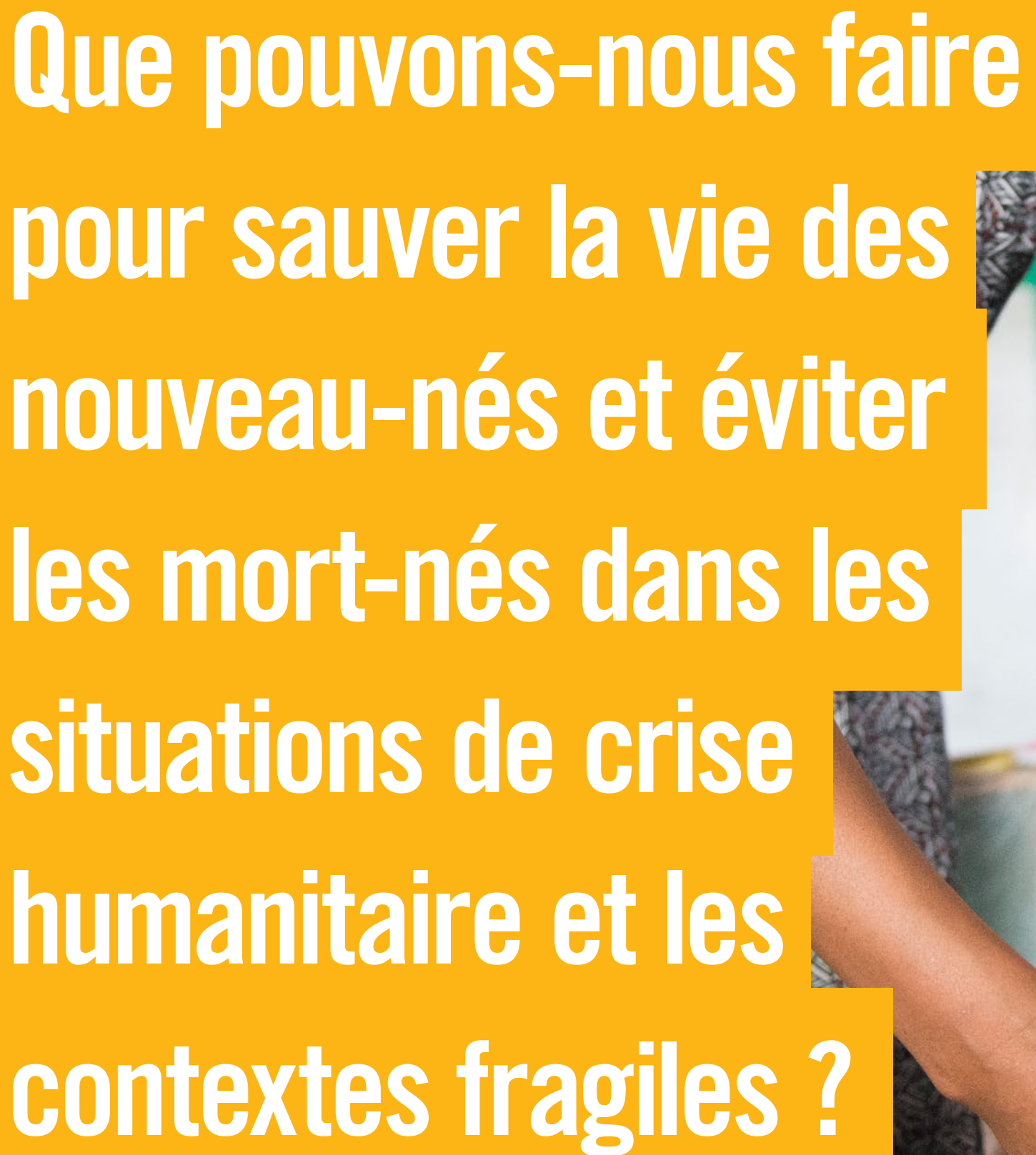
Égalité des genres

Renforcement des systèmes de santé

La préparation et la résilience sont vecteurs de durabilité

Investir dans les prestataires de soins de santé

Des ressources humaines dédiées à la santé



**Que pouvons-nous faire
pour sauver la vie des
nouveau-nés et éviter
les mort-nés dans les
situations de crise
humanitaire et les
contextes fragiles ?**





Domaines d'action clés pour la santé du nouveau-né dans les situations de crise humanitaire

① Renforcer la dyade mère-nouveau-né durant les crises humanitaires

Les situations de crise humanitaire sont souvent caractérisées par un accès perturbé aux services, des secours internationaux et nationaux retardés ou insuffisants pouvant être dans l'incapacité d'atteindre les mères les plus démunies. La mère est la meilleure chance de survie du nouveau-né. Protéger la dyade mère-bébé est crucial, quel que soit le contexte, plus particulièrement lors des interventions humanitaires, ceci pour permettre le contact peau contre peau, la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif et pour garantir un environnement propice au développement de la petite enfance. Cependant, l'importance de cette relation est souvent sous-estimée ou négligée, et

des interventions vitales simples et essentielles sont souvent dé-priorisées dans le cadre des interventions humanitaires, malgré leur faible coût. Les interventions risquent d'être contre-productives si la dyade mère-nouveau-né est fragilisée parce que les soins peuvent être compromis, même si les interventions initiales semblent être efficaces. La dyade est souvent compromise dans les situations d'urgence, ce qui se traduit par une augmentation des décès maternels et par conséquent du nombre de nouveau-nés orphelins. Dans de telles situations, il est indispensable de trouver le plus rapidement possible des alternatives permanentes et bienveillantes.



Garder les nouveau-nés auprès de leur mère et de leurs aidants constitue le moyen le plus fiable de leur garantir chaleur, alimentation et protection en situation de crise

Les modèles de soins qui privilégient le maintien du lien entre les nouveau-nés et leur mère ou leurs aidants, notamment la méthode « mère kangourou » (MMK) et les soins centrés sur la famille, sont fondés sur des données probantes, peu coûteux et réalisables quel que soit le contexte. Les services dédiés à la mère et au nouveau-né doivent être conçus de manière à minimiser la séparation de la mère et du bébé dès la naissance, pendant la

période postnatale et pendant le transfert en cas de complications néonatales. La priorité doit être donnée à la dyade mère-nouveau-né à tous les niveaux, y compris au niveau du pouvoir et de la gouvernance, des soins cliniques, des circuits d'orientation et du suivi et de l'évaluation. Lorsqu'il est impossible de garder un nouveau-né auprès de sa mère, il convient de trouver rapidement une personne capable de s'occuper durablement du nouveau-né.



Protéger, promouvoir et soutenir la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif en situation de crise humanitaire

En situation de crise humanitaire, l'allaitement, lorsqu'il est interrompu, s'avère particulièrement dangereux car l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est souvent compromis. Promouvoir et soutenir la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif est vital, il s'agit là d'interventions auxquelles il convient d'accorder une priorité particulière lors des interventions humanitaires, pour tous les nouveau-nés(10-16). L'une des priorités majeures doit être de créer un environnement sûr et favorable à l'allaitement maternel précoce et exclusif, tant dans les établissements qu'au sein de la communauté. Il s'agit notamment de garantir des fournitures pour tirer le lait maternel, le stocker, et permettre

des méthodes d'alimentation alternatives ; de former le personnel de santé ; de mettre en place une communication de plaidoyer à travers les médias ; et de fournir un soutien psychosocial et par les pairs. La fourniture de substituts du lait maternel (SLM) doit être limitée aux besoins médicaux(17) et liée à un ensemble de soins coordonnés et spécifiques au contexte, faisant l'objet d'un accompagnement par du personnel qualifié, ceci afin de garantir des conditions d'eau, d'assainissement et d'hygiène adéquates (18). Les initiatives existantes doivent s'appuyer sur le réseau Netcode(19) et sur l'initiative « Hôpital Ami des Bébés ».(20)

② Développer l'accès à des soins dignes et de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum

Dans les situations de crise humanitaire, l'accent doit être mis sur la fourniture de soins de qualité, équitables et culturellement acceptables, qui soient adaptés au contexte, générant des résultats maximums et potentiellement durables. Il faut s'attacher à mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-

partum, qui assurent l'accès immédiat à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et ce dès le début de l'urgence (*voir encadré 1*). Ces interventions doivent être assurées par un nombre suffisant d'agents de santé qui disposent de la formation, du soutien et des ressources nécessaires. La préparation est un facteur essentiel pour une mise en œuvre efficace et peu coûteuse.



Assurer l'accès à des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au moment de la naissance

Les soins obstétricaux et néonataux élémentaires d'urgence constituent une priorité immédiate dans toutes les situations d'urgence, et impliquent une préparation pour garantir une transition rapide vers un éventail de services complet. Les services doivent être accessibles à tous, en veillant à ce que les populations qui, autrement, n'y auraient pas accès ne soient pas « laissées pour compte ». Les facteurs contextuels dans les situations de

crise humanitaire et les contextes fragiles, tels que l'insécurité, influencent fortement l'accès aux soins liés au travail, à l'accouchement et aux soins d'urgence. Les mères doivent être informées du niveau de risque qui est le leur pendant la grossesse et doivent connaître les plans d'urgence mis en place pour faire face aux perturbations imprévisibles pouvant affecter les soins.

ENCADRÉ 1

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et élémentaires (SONU)

Le Manuel de Terrain Interorganisations sur la Santé Reproductive en Situations de Crise Humanitaire (IAFM) comprend la liste d'interventions essentielles qui suit :

Garantir la disponibilité des SONU élémentaires dans tous les centres médicaux. Cela signifie que le personnel est qualifié et dispose des ressources nécessaires pour :

1. Administrer des antibiotiques parentéraux pour le traitement de la septicémie
2. Administrer des médicaments utérotoniques (c'est-à-dire de l'ocytocine par voie parentérale ou des comprimés de misoprostol) pour le traitement de l'hémorragie du post-partum et administrer de l'acide tranexamique par voie intraveineuse en plus des soins standards pour les femmes présentant une hémorragie du post-partum cliniquement diagnostiquée
3. Administrer des anticonvulsivants par voie parentérale (par exemple, du sulfate de magnésium) pour gérer la prééclampsie et l'éclampsie graves
4. Réaliser un accouchement assisté par voie basse (par exemple, une extraction assistée par ventouse)
5. Retirer manuellement le placenta
6. Retirer les produits de conception après un accouchement ou un avortement incomplet
7. Effectuer une réanimation néonatale de base (par exemple avec un sac et un masque)

Garantir la disponibilité des SONU complets au sein des hôpitaux. Cela signifie que le personnel est qualifié et dispose des ressources nécessaires pour soutenir les interventions 1 à 7 ci-dessus, plus :

8. Effectuer une intervention chirurgicale (par exemple, une césarienne)
9. Effectuer une transfusion sanguine sûre en respectant les précautions universelles de prévention des infections



Renforcer et étendre les soins essentiels aux nouveau-nés

Les interventions de soins essentiels aux nouveau-nés doivent être placées au premier plan dans les politiques et directives nationales, les évaluations sanitaires, les propositions des donateurs, les plans d'aide humanitaire et les listes de fournitures pour les programmes menés au sein des établissements et communautés. Chaque agent de santé qui prodigue des soins

aux nouveau-nés et qui est envoyé sur une situation d'urgence doit être en mesure de réaliser des interventions vitales et rapides immédiatement après la naissance. Ces interventions sont décrites dans le document *La Santé du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire : Guide de Terrain* (voir encadré 2).

ENCADRÉ 2.

Soins Essentiels aux Nouveau-nés

Le document *La Santé du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire : Guide de Terrain* comprend la liste d'interventions essentielles qui suit :

- **Protection thermique** : séchage, maintien au chaud, contact peau contre peau, report du bain
- **Prévention des infections** : pratiques d'accouchement hygiéniques, lavage des mains et soins hygiéniques du cordon ombilical/de la peau/des yeux.

L'application de chlorhexidine sur le cordon ombilical est recommandée pour les bébés nés à domicile et dans des situations où le taux de mortalité néonatale est supérieur à 30 décès pour 1 000 naissances vivantes
- **Déclenchement de la respiration** : séchage complet, dégagement des voies aériennes seulement si nécessaire, stimulation en frottant le dos et réanimation néonatale de base à l'aide d'un ballon ou d'un masque auto-gonflable pour les nouveau-nés dont la respiration ne se déclenche pas spontanément
- **Soutien à l'allaitement** : contact peau contre peau, soutien à l'allaitement immédiat et exclusif, et ne pas jeter le colostrum (ou premier lait maternel)
- **Suivi** : évaluation régulière des signes d'infections graves ou autres qui nécessitent des soins supplémentaires hors du foyer ou du centre de santé
- **Visites pendant la période postnatale** : trois visites durant le premier mois : le premier jour (les premières 24 heures, les plus critiques), le jour 3, et entre les jours 7 et 14. Après la naissance, tout doit être fait pour examiner les bébés nés à domicile dans les meilleurs délais
- **Interventions préventives** : report du clampage du cordon ombilical, vitamine K et prophylaxie oculaire topique au cours de la première heure, puis vaccinations au cours de la première semaine



Mettre en place un système d'orientation flexible et résistant aux chocs du système de santé

Dans les situations d'urgence, des systèmes de transport et de communication fiables doivent être disponibles, en faisant appel à la participation et au leadership de la communauté dans la mesure du possible, afin de faciliter l'orientation rapide des mères et des nouveau-nés lorsque des signes de danger sont détectés avant, pendant et après la grossesse. Les communautés et les agents de santé doivent

être sensibilisés aux signes de danger et aux mécanismes d'orientation. Les protocoles de soins d'urgence doivent inclure la stabilisation avant tout transfert et en vue de la prise en charge pendant le transfert. Ces protocoles doivent inclure le transfert de la mère et du bébé ensemble, s'il intervient post-partum, de préférence en maintenant le contact peau à peau pour éviter toute hypothermie.



Mettre en place le Dispositif Minimum d'Urgence pour les soins dispensés dans les établissements et les communautés dès les prémices d'une situation d'urgence

Le Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) pour la santé reproductive doit être complété par des interventions spécifiques, ceci pour traiter l'asphyxie néonatale, les infections et la prématurité. Il existe des preuves substantielles indiquant que parmi les interventions les plus efficaces pour réduire la mortalité néonatale, ce sont celles réalisées pendant le travail et dès le début de la période postnatale qui ont le plus grand impact.(21). Le document *La Santé du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire : Guide de Terrain* résume les principes directeurs(22) de l'OMS fondés sur des données probantes et met en évidence les services de santé les plus critiques pour chaque nouveau-né au sein des environnements communautaires,

des établissements de santé primaire et des hôpitaux. Cela débute par des soins prénatals de qualité, passant notamment par du conseil, le dépistage, la supplémentation et la prévention des maladies verticalement transmissibles et non transmissibles, et continue avec un traitement rapide des complications ainsi qu'avec un suivi postnatal adéquat pour la promotion de la santé et l'établissement de liens avec les services de traitement et autres services. Ce Dispositif Minimum d'Urgence doit être intégré dans les plans nationaux de préparation et de riposte, les propositions de financement des donateurs et les standards de soins des organisations de soins de santé.



Garantir l'accès universel aux modes de prévention et de traitement du paludisme, du tétanos, de la syphilis et du VIH

Il est essentiel que des progrès soient réalisés dans les situations de crise humanitaire pour que se réalisent les stratégies mondiales de lutte contre le paludisme(23), la syphilis(24) et le VIH(25) ainsi que l'initiative d'élimination du tétanos maternel et néonatal(26). Pour prévenir toutes conséquences néfastes du paludisme pendant la grossesse, les agences doivent garantir l'accès à des moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée et au traitement préventif intermittent pendant la grossesse. Pour le tétanos, il est important de mettre l'accent sur la prévention par la vaccination de la mère, la réalisation des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et le renforcement du programme élargi de vaccination (PEV). Le signalement des cas de tétanos néonatal, dans le cadre de la surveillance de routine des maladies, peut constituer un indicateur utile pour suivre l'accès aux accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et la couverture vaccinale

prénatale. Il convient également de renforcer la surveillance de la syphilis congénitale, en faisant le lien avec les approches de prévention et de traitement pendant la grossesse. La stratégie mondiale contre le VIH(25) vise à ce qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH ; cela s'applique autant aux situations de crise humanitaire qu'aux autres contextes. La prévention dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles doit notamment passer par le conseil et le dépistage volontaires, la prophylaxie post-exposition en cas de violence sexuelle, le traitement antirétroviral, le dépistage universel pendant les soins prénatals et/ou le travail et l'accouchement, le dépistage et la prophylaxie pour les nouveau-nés, et le conseil en matière d'alimentation des nourrissons. Les plans de préparation aux situations d'urgence doivent comprendre des mécanismes permettant un approvisionnement ininterrompu en fournitures dans le but de prévenir la transmission mère-enfant.



Acheter et prépositionner des produits de première nécessité pour les mères et les nouveau-nés

Le document *La Santé du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire : Guide de Terrain* et le *Manuel de Terrain Interorganisations sur la Santé Reproductive* fournissent une liste des médicaments et produits de base essentiels pour favoriser les accouchements sans risque et la survie des nouveau-nés durant les situations d'urgence. Ces fournitures peuvent être achetées par l'intermédiaire de l'UNICEF et du FNUAP, et devraient être incluses

dans la liste nationale des médicaments essentiels et dans les listes de fournitures des organismes de soins. Les produits de base doivent être adaptés au contexte pour être en adéquation avec les politiques nationales et choisis en fonction de la situation locale. La planification de la préparation doit inclure le prépositionnement des fournitures nécessaires dans les contextes jugés fragiles ou exposés à une urgence humanitaire.(27).



Garantir aux femmes et nouveau-nés l'accès aux soins, où qu'ils se trouvent et qui qu'ils soient

Toutes les interventions doivent respecter le droit à la santé pour tous, en veillant à ce qu'aucune femme ou qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte. Une attention particulière doit être accordée aux groupes vulnérables tels que les personnes déplacées, les réfugiés et les migrants. Le principe de couverture santé universelle signifie que les soins ne doivent pas être entravés par une obligation de prouver son identité, son lieu de résidence ou son statut d'immigrant, ou par crainte d'ennuis financiers.

Des évaluations de situation doivent être menées pour identifier les endroits où les femmes et les nouveau-nés peuvent accéder aux services en toute sécurité et les procédures de sécurité doivent être prises en compte. Il est nécessaire de recourir à des stratégies innovantes pour atteindre les zones rurales et urbaines, et il convient de renforcer le lien entre les différents points d'accès, tout en investissant dans la qualité des soins au sein des structures de référence des communautés d'accueil.



Garantir l'accès à des soins respectueux pour la mère et le nouveau-né en période de crise humanitaire

Promouvoir une culture de soins respectueux pour la mère et le nouveau-né, tel un programme commun(28) dans le but de sauver des vies et de soulager la souffrance et la détresse de la mère et du nouveau-né. Des soins respectueux impliquent de soutenir les choix faits par la femme pendant le travail et l'accouchement, de garder la mère et l'enfant ensemble lorsque cela est possible, et d'éviter toute douleur ou toute souffrance inutile, y compris en fournissant des soins palliatifs, le cas échéant. Auprès des travailleurs humanitaires et dans le cadre des programmes destinés aux mères et aux nouveau-nés, sensibiliser à l'importance des soins respectueux par le biais de formations, directives et protocoles. Créer des mécanismes

permettant de surveiller le manque de respect et les abus en donnant aux utilisateurs des services la possibilité de fournir leur feedback. Il convient de promouvoir l'inclusion et l'emploi de personnel de santé féminin là où il est rare, et d'employer des agents de santé locaux, en particulier des sages-femmes, dans la mesure du possible. Veiller à ce que toutes les femmes puissent être accompagnées par la personne de leur choix durant l'accouchement lorsqu'elles ont accès aux services de santé. Des efforts doivent être déployés pour engager le dialogue avec les communautés dès le début de l'action humanitaire, ceci afin d'en savoir plus sur les facteurs spécifiques au contexte qui peuvent améliorer l'acceptabilité des services.



Rassembler des données afin de surveiller la qualité des soins et la couverture des interventions essentielles pour les nouveau-nés

La qualité des soins est déterminante pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. Les rapports sur les interventions humanitaires se concentrent souvent sur la quantité plutôt que sur la qualité, et il y a peu de données publiées pour évaluer la fourniture de services pendant une crise humanitaire. Le risque que des soins de mauvaise qualité soient dispensés dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles est élevé, et cela car les défis à relever sont nombreux, notamment recruter du personnel de santé disposant de ressources, d'une formation et d'une supervision adéquates. Certaines interventions, notamment l'administration d'ocytocine(29) contrôlée et les interventions instrumentales et chirurgicales peuvent présenter un plus grand risque si elles sont mises en œuvre de manière inappropriée, et celles-ci doivent faire l'objet d'une supervision plus poussée(30).

Le suivi intra-partum du bien-être fœtal est particulièrement difficile dans les situations de crise humanitaire et nécessite une étroite supervision. Une surveillance intra-partum de qualité est nécessaire pour détecter les détresses fœtales et orienter les interventions afin de prévenir les mortinaissances intra-partum et l'asphyxie lorsque cela est approprié pour intervenir en cas d'indication fœtale. Il est particulièrement important d'éviter les interventions inappropriées, si celles-ci sont susceptibles d'exposer la mère à un risque accru lors de futures grossesses et si l'accès au planning familial et aux soins obstétricaux est imprévisible. Les organisations doivent donc examiner leurs interventions pour s'assurer qu'elles sont basées sur des indications appropriées, et adapter les recommandations en fonction des risques spécifiques au contexte et de la qualité réaliste du suivi. La qualité doit être favorisée grâce à des standards établis(31) et à des mesures, telles que des formations

spécifiques à la situation, des mécanismes de supervision formative, de soutien par les pairs, de mentorat et de feedback. Les interventions clés telles que la réanimation néonatale doivent faire l'objet d'une formation initiale obligatoire et d'une remise à niveau en continu. L'utilisation d'outils innovants de supervision et de formation à distance, tels que les outils de télémédecine, l'utilisation de dispositifs mobiles (« m-health ») et de plateformes en ligne (« e-health »), doit être envisagée et évaluée dans les situations de crise humanitaire. Les agences doivent surveiller et partager les données afin d'encourager le recours aux initiatives d'amélioration de la qualité.

Les données issues des évaluations de programmes, comme le recommande le Groupe Sectoriel Mondial pour la Santé, doivent être utilisées pour surveiller les lacunes qui pénalisent la fourniture de services. Il s'agit notamment de savoir qui est principalement touché et où, et quels obstacles empêchent l'accès aux soins essentiels aux nouveau-nés. Des indicateurs normalisés sur la couverture des interventions spécifiques aux nouveau-nés dans l'ensemble du secteur de la santé doivent être saisis à l'aide de différents outils et plateformes de collecte de données. Ces données devraient être transmises vers une plateforme de coordination humanitaire globale, telle que le groupe sectoriel pour la santé ou le groupe de travail sur la santé reproductive, où tous les acteurs pourraient accéder aux données aux fins d'une action de santé publique. Renforcer les systèmes de données nationaux, en collaboration avec l'initiative *Countdown to 2030*, pour garantir que des données fiables et utilisables sur la couverture des soins essentiels aux nouveau-nés sont collectées et communiquées afin de suivre les tendances, d'évaluer la qualité des interventions fournies et d'évaluer l'impact et la responsabilité de toutes les parties prenantes concernées et pertinentes.

③ Prodiguer des soins adéquats aux nouveau-nés malades et de petite taille

En assurant la prise en charge des nouveau-nés malades et de petite taille, il est possible de considérablement réduire les taux de mortalité néonatale et de faire en sorte que ces enfants puissent à terme grandir. Pour ce faire, les standards de soins et les mesures fondées sur des données probantes doivent être adaptés pour s'intégrer au système de santé propre aux situations de crise

humanitaire et contextes fragiles.

Des conseils complets sur les nouveau-nés malades et de petite taille sont disponibles dans le document élaboré par l'OMS/l'UNICEF *Survivre et prospérer : transformer les soins pour chaque nouveau-né malade ou de petite taille*, qui est en parfaite adéquation avec les autres initiatives majeures sur lesquelles repose ce document.



Former et aider le personnel à s'occuper des nouveau-nés malades et de petite taille

Garantir la formation de l'ensemble du personnel aux soins essentiels du nouveau-né est la priorité numéro un dès les prémices de toute action humanitaire. Dès lors que le niveau de soins monte en puissance, il est nécessaire de disposer d'un plus grand nombre d'employés ayant reçu une formation

spécialisée, notamment en soins infirmiers de haute qualité, lorsqu'il est question de soins néonataux. Les standards de base et les ratios patients/prestataire de services acceptables doivent être soigneusement étudiés et définis lors de la prise de décisions concernant la complexité des soins.



Donner la priorité au traitement des principales causes de mortalité néonatale

Veiller à ce qu'un traitement antibiotique soit disponible pour traiter les nouveau-nés présentant une éventuelle infection bactérienne grave. Dans la mesure du possible, cela doit être administré au sein d'un établissement. Lorsqu'un transfert n'est pas possible, il convient d'envisager la possibilité de fournir un traitement antibiotique

au sein de la communauté, conformément aux principes directeurs de l'OMS(32). Veiller à ce que le personnel soit formé à la réanimation néonatale pour éviter l'asphyxie, et puisse mettre en place la MMK, faciliter l'allaitement et assurer la mise sous oxygène des bébés prématurés.



Fournir dans les établissements des soins appropriés aux nouveau-nés malades et de petite taille

Les soins en établissement pour les nouveau-nés malades et de petite taille sont très variables dans les situations de crise humanitaire. Ceci est aggravé par un manque de recommandations sur les interventions de base qui sont appropriées au contexte. Des efforts doivent être déployés pour ne pas manquer les occasions de proposer des interventions moins intensives mais à plus fort impact. Dans les contextes où les capacités du système de santé sont faibles, la priorité doit être accordée aux soins essentiels pour tous les nouveau-nés. Des interventions durables et économiques

doivent être mises en place pour les nouveau-nés malades ou de petite taille, notamment la MMK ou l'alimentation à la tasse, pouvant être accompagnées par des agents de santé formés, y compris les sage-femmes. Il est nécessaire d'élaborer des standards pour les soins dédiés au nouveau-né, précisant les interventions à privilégier en fonction du contexte, de la charge de morbidité et du nombre d'accouchements au sein des établissements. Les travaux actuels sur les fonctions fondamentales pour les nouveau-nés malades et de petite taille devraient être adaptés aux situations de crise humanitaire.



Éviter les infections nosocomiales

Les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles sont des environnements qui rendent difficiles la fourniture de soins de qualité optimum, et dans ces circonstances,

les interventions néonatales telles que la mise sous oxygène inappropriée des nouveau-nés prématurés peuvent aisément leur causer du tort(30), conduisant à la rétinopathie du prématuré

et à la cécité(33). De même, de mauvaises pratiques de prévention et de contrôle des infections peuvent être à l'origine d'infections évitables et du développement d'une résistance aux antimicrobiens. Les infections nosocomiales (IN) sont courantes dans les milieux à faibles ressources(34) et des épidémies d'infections multirésistantes ont été détectées dans des services néonataux pendant des crises humanitaires alors que des équipements de microbiologie étaient disponibles(35). Les organisations de soins de santé doivent mettre au point des mécanismes permettant de suivre les normes minimales de prévention et de

contrôle des infections (PCI), ainsi que des outils de surveillance des infections nosocomiales qui soient faciles d'utilisation et adaptés à la situation lorsqu'aucun équipement de microbiologie n'est disponible. Les directives PCI et portant sur l'eau, l'assainissement, l'hygiène (WASH) doivent explicitement mettre en avant les soins maternels et néonataux, en incluant l'intégration de pratiques essentielles de soins aux nouveau-nés. Les nouvelles technologies doivent être soigneusement étudiées et introduites à condition qu'elles soient accompagnées de directives adéquates en matière de PCI, et que la formation et la pratique puissent être maintenues et suivies.



Éviter l'usage inapproprié des antibiotiques

L'accès à des antibiotiques adaptés dans le cadre du traitement de la septicémie néonatale figure parmi les préoccupations majeures en situation de crise humanitaire. Cependant, le recours à une antibiothérapie inadaptée dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles est également une préoccupation croissante, en particulier lorsque les pratiques PCI et WASH sont inadaptées et favorisent la résistance aux antibiotiques(35-40). Les méthodes de gestion responsable des antibiotiques encouragent la prescription fondée sur des preuves, ceci afin de lutter contre la surconsommation d'antibiotiques et de prévenir la résistance aux antimicrobiens.

Il convient d'en tenir davantage compte dans les crises prolongées et les situations où les cadres réglementaires sont fragiles ou compromis ou lorsque les dons de médicaments sont inappropriés et non surveillés(41,42). Les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles devraient être inclus dans le Plan d'Action Mondial pour Combattre la Résistance aux Antimicrobiens de l'OMS(43), et les principes directeurs de l'OMS sur les dons de médicaments devraient être renforcés, en veillant à ce que les dons d'antibiotiques soient soigneusement adaptés à l'épidémiologie microbiologique connue et au risque qu'une résistance soit introduite.



Élaborer des protocoles pour la gestion des affections complexes lorsque l'accès aux soins définitifs est impossible

Les soins définitifs, c'est-à-dire le traitement recommandé pour la prise en charge d'une maladie ou d'un état, peuvent ne pas être disponibles pour de nombreuses pathologies du nouveau-né, y compris les anomalies congénitales. Il est important de développer des protocoles locaux avec des solutions alternatives pour répondre aux besoins des nouveau-nés présentant des pathologies complexes dans les situations de crise humanitaire,

qui soient conformes aux standards mondiaux, au contexte local et aux ressources. Quelle que soit la situation, il convient d'appliquer des méthodes respectueuses vis-à-vis des soins, des conseils aux parents, du soulagement des souffrances et des soins palliatifs, et de la prévention en vue de futures grossesses, lorsque cela est possible (par exemple, la prescription d'acide folique pour les anomalies du tube neural).



Se préparer aux épidémies de maladies infectieuses

Les femmes enceintes ou allaitantes et les nouveau-nés sont confrontés à des défis uniques lorsque surviennent des épidémies de maladies infectieuses. La planification préalable et la préparation des interventions humanitaires doivent inclure la sensibilisation des agents de santé à la

prévention de l'infection au sein de cette population et des directives de soins appropriées doivent être élaborées dès le début de l'épidémie. Les données et les recherches visant à informer la riposte aux épidémies ne doivent pas exclure les femmes enceintes et les nouveau-nés.

④ Enregistrer chaque naissance, comptabiliser chaque décès de nouveau-né et chaque mort-né

Les décès de nouveau-nés et les mort-nés sont souvent sous-comptabilisés lors des actions humanitaires(44). Leur importance est souvent minorée lorsque leur total est dans la limite du seuil de mortalité d'urgence pour les moins de cinq ans. De nombreuses enquêtes et publications sur la mortalité négligent les décès de nouveau-nés et les mort-nés. Les interventions ont également tendance à se concentrer sur la période post-néonatale des moins de cinq ans. Par ailleurs, la mauvaise classification des décès de nouveau-nés et des mort-nés peut avoir un impact sur la précision des prévisions.

ZOOM

Travailleur humanitaire au Soudan du Sud



Ce qui a attiré notre attention, ce sont nos données hebdomadaires de mortalité et de surveillance, qui nous ont fait réaliser que le nombre de décès avait augmenté ! Il est très peu probable que les nouveau-nés soient une priorité dans les situations de crise humanitaire, car les intervenants se concentrent sur la nourriture, l'eau et les soins de santé primaires.



Reconnaître et garantir les droits des nouveau-nés, notamment l'enregistrement des naissances et le statut juridique

Les nouveau-nés nés dans des situations de crise humanitaire et des contextes fragiles peuvent être confrontés à des obstacles quant à l'obtention d'un statut juridique et d'une citoyenneté, qui s'expliquent souvent par un phénomène de discrimination liée à la race, l'ethnie, la religion, la langue ou le statut de minorité. Cela peut entraîner

des obstacles à l'accès aux soins. Les nouveau-nés devraient être reconnus comme étant titulaires de droits, notamment le droit d'être enregistré et le droit à la santé, conformément à la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant et au Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels.



Améliorer les rapports portant sur les décès néonataux, les mort-nés et la proportion de décès d'enfants de moins de cinq ans parmi les nouveau-nés

Les statistiques de mortalité sont souvent limitées, parce que les décès néonataux et les mort-nés sont sous-comptabilisés et mal classés(44, 45). L'ensemble des naissances, des décès de nouveau-nés et des mort-nés doit être comptabilisé. Cela peut se faire en améliorant la formation et l'assurance qualité afin d'encourager des rapports

de meilleure qualité, notamment en distinguant les mort-nés des décès néonataux. Veiller à ce que les données relatives aux décès de nouveau-nés soient ventilées dans le cadre des enquêtes et de la surveillance. Des méthodes innovantes de surveillance et d'enquête doivent également être envisagées pour améliorer la qualité des données.



Mettre en œuvre la surveillance des décès maternels et périnataux et la riposte (SDMPR) dans la mesure du possible

L'étude des décès maternels et périnataux, ainsi que l'autopsie verbale, constituent un outil puissant pour améliorer la prévention en faveur de la santé publique et la riposte dans les établissements de référence lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée. La SDMPR nécessite des capacités et une formation, une adaptation aux différents environnements juridiques et culturels, des directives nationales et un engagement multipartite incluant les communautés.(46).

Dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité des soins, il convient d'adapter et de mettre en œuvre des outils pour réaliser des audits de la mortalité et des examens portant sur les mort-nés et les décès maternels et néonataux, lorsque cela est possible. Des recherches sur la mise en œuvre sont également nécessaires pour surveiller les obstacles et les facilitateurs spécifiques au contexte et les résultats de la SDMPR.

⑤ Renforcer les liens avec les principaux secteurs de l'aide humanitaire tout au long du continuum de soins

Les progrès réalisés dans le domaine de la santé du nouveau-né et de la mère dépendent fortement des investissements réalisés dans d'autres secteurs, comme le planning familial, la nutrition, la vaccination, la santé mentale et le secteur WASH. La communauté maternelle et néonatale doit adopter une approche multisectorielle et faire

appel à d'autres acteurs, ceci afin qu'ils participent en tant que partenaires essentiels et œuvrent en faveur d'une amélioration, et par ailleurs, les autres secteurs doivent étudier comment leurs services peuvent être améliorés pour être en adéquation avec les besoins des mères et des nouveau-nés.



Renforcer la formation de routine en matière en soins du nouveau-né à destination des gestionnaires et prestataires de services de santé

Les formations en santé maternelle et néonatale doivent inclure des sessions à destination des gestionnaires de programmes et du personnel de soutien afin de comprendre quelles seraient les principales interventions vitales pour les mères et les nouveau-nés à inclure dans les propositions de

programmes. Les gestionnaires de programmes doivent également diriger l'élaboration de plans d'action qui mettent en évidence les principales lacunes et activités en matière de santé maternelle et néonatale, y compris au sujet des fournitures et équipements médicaux.



Plaidoyer en faveur de la santé du nouveau-né dans la planification et la coordination des interventions

La conception et la fourniture d'installations temporaires, semi-permanentes et permanentes doivent tenir compte des besoins des mères et des nouveau-nés. Cela passe par un espace adapté pour allaiter, tirer le lait maternel, porter les nouveau-nés selon la méthode MMK et prendre en charge les nouveau-nés malades. Tout doit être mis en œuvre pour minimiser l'encombrement des maternités afin de réduire le risque d'infections nosocomiales chez les nouveau-nés. Les communautés doivent également être consultées en vue de la conception d'installations et du recrutement de personnel qui soient à leurs yeux acceptables, du point de vue culturel.

ZOOM

Travailleur humanitaire au cœur de la crise des Rohingyas

La violence ciblant le peuple rohingya au Myanmar a entraîné une méfiance à l'égard des services de santé publique. Le personnel de santé communautaire permet de renforcer la confiance au travers de l'engagement et du soutien de la communauté, et ainsi de faciliter l'adoption des services. Il est difficile pour les nouveau-nés de recevoir des soins postnatals car les femmes sont également encouragées à rester à l'intérieur pendant 40 jours après la naissance. Dans un tel contexte, pour réussir à transmettre à ces femmes des informations essentielles, cela exige une programmation communautaire efficace.



Intégrer les soins dans les programmes de santé communautaire, tout particulièrement dans les contextes où les accouchements en établissement sont peu répandus

Les situations de crise humanitaire perturbent souvent l'accès continu aux soins en établissement. Lorsque ce type de situation se produit, les services communautaires constituent un mécanisme essentiel pour maintenir ou accroître la couverture des interventions. Les programmes de santé communautaire peuvent

être résilients face aux perturbations résultant de l'insécurité(47) et peuvent stimuler la demande en faveur des soins en établissement(48). Durant les urgences humanitaires, les soins de la mère et du nouveau-né peuvent être intégrés aux systèmes communautaires existants, comme les programmes de prise en charge communautaire

intégrée. Cela nécessite de prendre en considération les programmes nationaux et d'investir de manière réfléchie dans la formation

du personnel de santé communautaire, les fournitures et la supervision formative.



Faire le lien entre les mères et les services de planning familial

L'intégration du planning familial pendant les soins prénatals et postnatals peut améliorer la situation des nouveau-nés en encourageant la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif et en améliorant les délais entre les grossesses. Les organisations dédiées à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile doivent établir

des partenariats et partager les données afin de maximiser les opportunités. Le partenariat avec des initiatives telles que Family Planning 2020 peut permettre d'étendre la collaboration avec des acteurs non humanitaires et des acteurs au niveau national pour promouvoir l'intégration des services.



Tirer parti des interventions à but nutritionnel existantes pour que les nouveau-nés puissent prendre un bon départ dans la vie

La sécurité alimentaire peut constituer un défi majeur dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles. Améliorer la santé des mères et des nouveau-nés commence par garantir l'accès à la nourriture, ainsi qu'à des conseils et à un accompagnement nutritionnels pour les mères, en plus de la supplémentation en fer et en acide folique. Les acteurs humanitaires doivent veiller à ce que les interventions en matière de nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant soient fournies dans le cadre d'un ensemble intégré d'interventions pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ces interventions comprennent un accompagnement à la mise au sein précoce ; la protection, la promotion et la poursuite de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie ; et l'identification, le diagnostic et le traitement de la malnutrition maternelle aiguë avant et après la naissance. Durant les premiers jours et les premières semaines suivant la naissance, les conseils en matière d'allaitement et l'accompagnement à l'allaitement exclusif sont d'une importance capitale pour la mère et le nouveau-né.

Les soins du nouveau-né font également partie intégrante des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, selon les Orientations Opérationnelles sur L'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans les Situations d'Urgence de 2017 (IYCF-E)(18). Un partenariat avec le secteur de la nutrition est nécessaire pour assurer un suivi efficace des dons inappropriés de SLM et de l'utilisation inappropriée du matériel destiné à l'alimentation, tels que les biberons et les tétines. Les interventions en matière de santé maternelle,

ZOOM

Travailleur humanitaire en Inde

Lors du séisme de 2006 à Yogyakarta en Indonésie, les dons de SLM étaient incontrôlés et généralisés. Selon une étude portant sur 831 enfants âgés de 0 à 23 mois, 75 % des ménages avaient reçu des dons de lait maternisé, associés à un risque de diarrhée plus que doublé. Ces chiffres démontrent à quel point les dons de SLM inappropriés dans les situations d'urgence peuvent nuire à la santé des enfants.

néonatale et infantile doivent être intégrées dans les propositions de financement en faveur de la nutrition et de la santé communautaire afin d'assurer le suivi de la croissance et du développement et le continuum de soins entre la période néonatale et infantile. Des rapprochements avec des espaces sûrs de type IYCF (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant), tels que les zones mères-bébés et des espaces IYCF-E (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en Situation d'Urgence), doivent être mis en place pour garantir que la mère et le nouveau-né bénéficient d'un accompagnement continu et de soins nutritionnels. De nouvelles études sont nécessaires pour combler le manque de données probantes concernant les stratégies de relactation et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de six mois(49) et pour mettre au point des politiques de préparation pertinentes.



Intégrer les activités PEV de routine dans le cadre des soins postnatals

Les programmes dispensant des soins aux mères et aux nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire se déroulent souvent en parallèle des activités PEV de routine, et cela fait perdre des occasions de vacciner les nouveau-nés et les jeunes enfants. Les partenaires de santé doivent coordonner les activités PEV et les soins postnatals entre les programmes de maternité et de vaccination, en particulier pour les vaccins administrés à la naissance dans les milieux à forte incidence ou pendant la période néonatale, notamment les vaccins contre l'hépatite B, le BCG (Vaccin Bacille de Calmette et Guérin) contre la tuberculose et ceux contre la polio. L'administration précoce des vaccins et autres injections doit être harmonisée avec la promotion de l'allaitement maternel précoce et exclusif. Le personnel impliqué dans les activités PEV de routine doit être formé pour promouvoir les soins essentiels aux nouveau-nés et être en mesure de reconnaître et de transférer les nouveau-nés malades.



Intégrer un cadre de soins attentifs afin d'améliorer le développement de la petite enfance

Les enfants nés durant les crises humanitaires courent un risque élevé de rencontrer des problèmes de développement, avec des conséquences potentiellement négatives entre générations(50). Les interventions doivent être envisagées à travers le prisme du document de l'OMS datant de 2018 *Les Soins Attentifs pour le Développement de la Petite Enfance : un Cadre pour Aider les Enfants à Survivre et à S'Épanouir afin de Transformer la Santé et le Potentiel Humain*(51). Ce cadre détaille les politiques, programmes et services nécessaires pour promouvoir le développement de l'enfant, et il est pertinent pour le secteur

humanitaire. Les soins attentifs permettent aux communautés et aux aidants de favoriser la santé et la nutrition de leurs enfants, et créent des possibilités d'apprentissage préscolaire au travers de stimulations et d'interactions attentives et encourageantes(51). Il conviendrait pour les programmes d'adopter une approche holistique en donnant aux aidants les ressources et les compétences nécessaires pour fournir des soins favorables au développement. Les services aux nouveau-nés peuvent être reliés à ces programmes de développement de la petite enfance(51).



Établir un lien avec les partenaires WASH dans le but de minimiser le risque d'infection

Les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables aux infections dues à la mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement, notamment lorsque l'allaitement maternel est compromis ou lorsque les pratiques traditionnelles impliquent l'utilisation de l'eau. Les mères ainsi que les aidants des nouveau-nés doivent être ciblés en priorité par les

activités WASH, et les interventions doivent être spécifiquement adaptées à leurs besoins, que ce soit dans la communauté ou les établissements de santé. Il est nécessaire de développer et de diffuser les normes PCI et WASH spécifiques aux maternités dans les situations de crise humanitaire.



Favoriser la santé mentale de la mère et le soutien psychosocial

Les crises humanitaires donnent souvent lieu à une détresse considérable. Dans le cadre des protocoles de transfert établis, les femmes enceintes et allaitantes doivent être prioritaires pour bénéficier de services psychosociaux, ceci pour leur propre santé mentale et pour l'impact qu'elle peut avoir sur la santé de leur nouveau-né en raison d'un allaitement perturbé. Les programmes de santé maternelle et néonatale

devraient être reliés à un accompagnement en matière de santé mentale pour un tout un éventail de situations, y compris, mais sans s'y limiter, les troubles psychiatriques, le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, les violences sexuelles et la perte d'un fœtus ou d'un nouveau-né. Les interventions peuvent être basées sur des approches non cliniques et innovantes, telles que les groupes de femmes et le soutien par les pairs.



Collaborer avec les services de protection de l'enfance et les circuits d'orientation

Les défis en matière de protection de l'enfance sont complexes et spécifiques au contexte, ce qui exige que les agences et les parties prenantes partagent leurs expériences, leur savoir, leurs conseils et leurs informations, le cas échéant. Assurer la protection de l'enfance nécessite de la communication et de

la coordination entre les agences afin de relier les services de santé aux circuits de protection de l'enfance. Les nouveau-nés doivent être inclus dans les stratégies qui visent à établir des standards minimums pour la protection de l'enfance dans l'intervention humanitaire(52).



Mettre en place des transferts de fonds soumis à conditions à des fins de protection sociale

Les défis et les priorités concurrentes auxquels sont confrontés les femmes enceintes, les mères de jeunes enfants et les aidants dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles peuvent compromettre leur capacité à assurer les soins dont leurs nouveau-nés ont besoin, en particulier les nouveau-nés de

petite taille ou malades nécessitant des soins prolongés. Des approches novatrices, par exemple des transferts en espèces ou en nature mieux organisés, tenant compte des besoins des mères et des nouveau-nés, devraient faire l'objet de recherches supplémentaires, notamment en termes de mise en œuvre.

⑥ Faciliter la coordination entre l'action humanitaire et l'aide au développement

Bien que la mortalité puisse diminuer après la phase aiguë d'une crise humanitaire⁽⁵³⁾, les besoins en services de santé maternelle et néonatale demeurent. Dans le cadre des crises prolongées, la distinction entre l'action humanitaire et le développement peut devenir floue. La collaboration entre les deux approches peut conduire à de meilleurs résultats, réduire les

risques et tirer parti des avantages comparatifs d'un large éventail d'acteurs. Il convient cependant de faire preuve de prudence, car le développement est parfois considéré comme intrinsèquement politique ; maintenir la distinction entre les activités « humanitaires » et « de développement » peut, dans certaines situations, aider les organisations humanitaires à rester neutres.



Passer du Dispositif Minimum d'Urgence à des services complets de santé reproductive lors de la reconstruction du dispositif national de santé

La transition entre le DMU et l'éventail complet de services de santé reproductive est souvent retardée dès lors que la phase aiguë de l'urgence est arrivée à son terme. La coordination et

la planification à travers le lien entre l'action humanitaire et l'aide au développement devraient permettre une meilleure transition vers un éventail complet de services de santé reproductive.



Renforcer la collaboration entre les gouvernements nationaux et les acteurs de l'aide humanitaire et du développement, dans la mesure du possible

Les acteurs de l'aide humanitaire et du développement ainsi que les gouvernements nationaux ont souvent recours à des mécanismes de coordination qui fonctionnent de manière parallèle, avec une communication ou une intégration limitées. Durant les crises prolongées, la collaboration au sein des mécanismes de

coordination, tout particulièrement durant les activités telles que les évaluations conjointes et les analyses des lacunes, ainsi que lors de l'élaboration des stratégies nationales de santé, est cruciale pour la santé de la mère et du nouveau-né.



Mettre en place un Plan d'Action Chaque Nouveau-né

Le Plan d'Action Chaque Nouveau-né (PACN) fournit un cadre, comprenant des indicateurs et des objectifs, pour la santé du nouveau-né qui fait l'objet d'une adoption de plus en plus fréquente par les pays touchés par une crise humanitaire. Les pays doivent s'assurer que les soins maternels et néonataux sont inclus dans les plans nationaux de préparation aux situations d'urgence, et ces plans doivent inclure

des mesures à destination des nouveau-nés qui devront être mises en œuvre, ainsi qu'un budget dédié, en cas de crise humanitaire. De la communication et de la coordination, comprenant le partage d'informations et d'outils, entre les secteurs du développement et de l'humanitaire peuvent permettre d'aligner les activités humanitaires sur les objectifs nationaux et mondiaux en matière de santé des nouveau-nés.



Assurer un financement durable pour les situations d'urgence prolongées

Explorer les possibilités de financement innovantes et l'engagement des donateurs qui proposent traditionnellement une aide au développement. La santé maternelle et néonatale est tout particulièrement sensible à la fragilité des systèmes de santé lorsqu'une

situation passe de la phase humanitaire à la phase de développement. Le financement de l'aide humanitaire et du développement devrait être intégré et maintenu à l'aide de cycles de financement plus longs.

7 Donner aux communautés et aux gouvernements les moyens d’agir grâce à des partenariats qui favorisent les services innovants et durables

Les communautés jouent un rôle important dans la fourniture de services de santé aux nouveau-nés, tout particulièrement lorsque l’accès aux établissements de santé est limité. Les acteurs de l’aide humanitaire peuvent renforcer les liens entre les différents niveaux de soins en partenariat avec la communauté. Un leadership fort de la part des gouvernements nationaux et locaux, notamment lors de la préparation aux situations d’urgence, peut contribuer à l’amélioration rapide de la survie des mères et des nouveau-nés pendant les crises. Ce leadership est essentiel pour maintenir des progrès durables. Les gouvernements peuvent élaborer des politiques et allouer des ressources pour que les mères, les femmes enceintes et les nouveau-nés reçoivent les soins dont ils ont besoin en situation d’urgence.

ZOOM

Travailleur humanitaire aux Philippines



En cas de catastrophe, positionner les soins essentiels aux nouveau-nés comme mesure de préparation est le principal enseignement que nous avons tiré. Il s’agit notamment de mettre en place une politique nationale de santé, de recenser les capacités de fourniture de services, de définir les capacités de formation du personnel de santé local et de disposer d’un système d’information d’urgence au cas où les dossiers seraient détruits.



Intégrer les soins aux nouveau-nés dans les politiques et stratégies nationales

Les actions clés de la *Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l’Enfant et de l’Adolescent* doivent être adoptées dans les stratégies et politiques nationales durant les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles. Les gouvernements doivent veiller à ce que les soins

aux nouveau-nés soient pris en compte dans les politiques nationales et intégrés dans les programmes nationaux des établissements de formation des sages-femmes et des infirmières, dans les systèmes d’information sanitaire et dans la liste des médicaments essentiels.



Investir dans le système de santé public afin de prévenir les décès de nouveau-nés et les mort-nés durant les situations d’urgence

Renforcer la résilience aux niveaux national et sous-national en intégrant les interventions prioritaires pour la santé maternelle et néonatale dans les plans de préparation et d’intervention. Les plans d’aide et

les principes directeurs pour la santé de la mère et du nouveau-né peuvent être promus par le biais de forums réunissant des acteurs nationaux, locaux, internationaux de l’humanitaire et du développement.

Des procédures opératoires standards doivent être mises en place pour :

1. Les plans nationaux sur la fourniture de services aux mères et aux nouveau-nés
2. La disponibilité de personnel de santé qualifié pour la réalisation des soins du nouveau-né, en ce compris la formation régulière et le partage des tâches
3. Les infrastructures accueillant les maternités
4. Les médicaments et produits de base essentiels
5. L’accès universel aux services à chaque niveau de soins
6. Les services communautaires à destination des nouveau-nés
7. Le système d’information sanitaire comportant un ensemble minimal d’indicateurs relatifs à la mère et au nouveau-né
8. Le système d’orientation et de transport en toute sécurité pour les mères, les femmes enceintes et les nouveau-nés
9. Garantir les droits de l’homme et sauvegarder la dignité
10. Des conseils sur la re-lactation et l’alimentation du nouveau-né, conformément au Code International de l’OMS portant sur les SLM



Investir dans la formation et la supervision formative du personnel de santé

La formation, le soutien et les ressources adéquates doivent être mis en place pour que les agents de santé de première ligne, allant des sages-femmes, des infirmières et des agents de santé communautaires aux médecins et aux infirmières spécialisées des hôpitaux de référence, en passant

par le personnel auxiliaire qui assure le bon fonctionnement des interventions d'urgence, puissent faire leur travail efficacement. À long terme, ces investissements sont essentiels pour renforcer les systèmes de santé, en prévision du retour à la stabilité et de la reprise du déroulé normal des soins de santé.



Investir en faveur des groupes pour la santé de la femme et le personnel de santé communautaire

L'engagement de la communauté peut être une méthode puissante pour renforcer la confiance et la coopération entre les populations hôtes et celles touchées par la crise. Cela peut favoriser un sentiment de confiance envers les intervenants d'urgence et faciliter la diffusion d'informations sur les soins maternels et néonataux. Disposer d'un nombre suffisant d'agents de santé communautaires formés, équipés et supervisés de manière adéquate peut contribuer à la promotion des activités et de la rétention. Là où ils existent déjà ou là où il est possible d'en constituer, les groupes pour la santé de la femme peuvent favoriser le recours aux soins prénatals, accouchements en établissement, soins postnatals, à l'accompagnement à l'allaitement et au planning familial. Se rapprocher d'autres réseaux au

sein de la communauté (par exemple les adolescents, les leaders religieux et les comités de santé) afin de promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né et renforcer les liens avec les établissements de santé tout au long du processus d'orientation. Bien que les preuves ne plaident pas en faveur des accouchements réalisés par des accoucheuses traditionnelles, il peut être bénéfique de les impliquer pour améliorer l'identification et l'orientation des patientes qui se trouvent potentiellement en situation danger. D'autres recherches doivent être menées dans les situations de crise humanitaire sur la formation et la supervision des agents de santé non professionnels, entre autres pour explorer les manières d'impliquer les groupes pour la santé de la femme dans la réalisation des soins maternels et néonataux.



Promouvoir une approche centrée sur la famille

Les soins centrés sur la famille consistent à réduire au minimum la séparation de la mère et du nouveau-né et à créer un environnement favorable aux familles pour qu'elles s'occupent de leurs nouveau-nés, dans les établissements de santé et au sein de leur communauté. Cette approche doit être employée pour créer des environnements

favorables aux familles pour qu'elles puissent s'occuper de leurs nouveau-nés en adaptant les soins dispensés dans les établissements de santé lorsque cela est possible, et en renforçant le soutien apporté à la communauté sous forme d'aliments, d'aide en nature, de services WASH, et de protection sociale.



Impliquer la communauté dans les questions d'éthique

Les soins maternels et néonataux dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles donnent souvent lieu à des prises de décisions éthiques difficiles telles que le traitement des bébés de poids extrêmement faible à la naissance, les anomalies congénitales, les soins palliatifs et les césariennes en cas d'indication fœtale dans des régions où l'accès à des soins obstétricaux d'urgence complets est potentiellement insoutenable. Promouvoir la discussion avec les femmes, leurs communautés et les familles sur les questions d'éthique afin d'encourager l'appropriation commune des cadres éthiques par les communautés et les acteurs de la santé. La mise en place de « comités d'éthique », comptant des femmes locales, doit être envisagée, tout comme leur intégration dans les processus de prise de décision au niveau du groupe sectoriel pour la santé.

Amplifier le rôle des communautés dans la mise en œuvre des services de santé maternelle et néonatale, en reconnaissant qu'elles incarnent des intervenants à la fois immédiats et à long terme dans les situations de crise.



Établir des partenariats avec le secteur privé pour encourager la responsabilité et l'équité

Le secteur privé constitue un partenaire important de l'action humanitaire lorsque les interventions sont correctement supervisées et réglementées selon des normes élevées d'approvisionnement. Les incitations aux effets pervers qui conduisent à des actions inappropriées, notamment des taux élevés de césariennes, doivent faire l'objet d'une

surveillance active et être limitées. Des mécanismes de responsabilisation doivent être mis en place pour les prestataires du secteur privé concernant les soins maternels et néonataux, tout en évitant les conflits d'intérêts comme recommandé par le groupe indépendant chargé d'établir les responsabilités *Chaque Femme Chaque Enfant*.



Investir dans la formation et la supervision formative du personnel de santé

La formation, le soutien et les ressources adéquates doivent être mis en place pour que les agents de santé de première ligne, allant des sages-femmes, des infirmières et des agents de santé communautaires aux médecins et aux infirmières spécialisées des hôpitaux de référence, en passant

par le personnel auxiliaire qui assure le bon fonctionnement des interventions d'urgence, puissent faire leur travail efficacement. À long terme, ces investissements sont essentiels pour renforcer les systèmes de santé, en prévision du retour à la stabilité et de la reprise du déroulé normal des soins de santé.

8 Étudier les approches innovantes et mener des recherches afin de soutenir la fourniture de services dans les situations de crise humanitaire

Des données provenant de diverses situations ont permis d'identifier des mesures efficaces auprès des nouveau-nés qui réduisent la mortalité dans le continuum de soins. Toutefois, il existe peu d'informations sur la mise en œuvre de ces mesures dans les situations de crise humanitaire. Grâce à la méthodologie développée par la Child Health and Nutrition Research Initiative (Initiative de recherche sur la santé et la nutrition de l'enfant), un programme de recherche est utilisé pour générer des questions prioritaires afin d'améliorer la survie des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire⁽⁵⁴⁾. D'autres recherches sur la mise en œuvre sont nécessaires pour comprendre les modèles de soins les mieux adaptés aux contextes où les capacités des systèmes de santé sont limitées, y compris les implications en termes de coûts. L'innovation, avec le soutien de partenaires mondiaux, peut offrir de nouvelles possibilités d'atteindre les populations



dont l'accès aux soins est limité et de renforcer les capacités des institutions locales.



Diffuser des preuves scientifiques pour encourager l'adoption d'interventions auprès des nouveau-nés

Au niveau mondial, les résultats des études qui mettent en évidence des mesures fondées sur des données probantes pour les nouveau-nés devraient être largement partagés en utilisant le réseau Healthy Newborn Network ou d'autres réseaux pertinents. Les partenaires de mise en œuvre et les agences des Nations Unies

doivent être chargés de diffuser en temps utile les résultats aux décideurs politiques dans les situations de crise humanitaire et contextes fragiles, afin d'assurer l'adoption et l'intensification rapides des mesures fondées sur des données probantes, de manière réactive et contextualisée.



Investir dans la recherche sur la mise en œuvre afin d'étayer la mise en place de mesures fondées sur des données probantes dans diverses situations

Les mesures fondées sur des données probantes et testées dans des contextes où les ressources sont limitées peuvent être tout à fait applicables aux situations de crise humanitaire. Cela concerne les soins de proximité aux nouveau-nés, l'administration de chlorhexidine pour le soin du cordon (si la mortalité néonatale est supérieure à 30 décès pour 1 000 naissances vivantes)(55-58), les régimes antibiotiques

simplifiés au sein de la communauté lorsqu'il n'est pas possible de transférer les patients(59,32), la MMK(60-62), entre autres. Des études sur la mise en œuvre sont nécessaires pour comprendre les facteurs qui influencent la réussite ou l'échec des mesures fondées sur des données probantes lorsqu'elles sont mises en pratique dans des situations de crise humanitaire.



Explorer les cadres de formation en vue du partage des tâches

Les situations de crise humanitaire sont souvent associées à de graves pénuries de ressources humaines, ce qui signifie que le transfert de tâches devient inévitable. Les cadres juridiques empêchent souvent le partage des tâches, qui n'est pas systématiquement approprié. Les plans de préparation aux situations d'urgence doivent envisager un renforcement des capacités pour

permettre d'élargir le rôle du personnel de santé et afin de garantir une couverture adéquate des interventions essentielles pendant la crise. Les partenariats avec les sages-femmes au sein de la communauté, par le biais de stratégies de formation et de transfert de tâches incluant un suivi approprié, peuvent améliorer l'accès aux soins lorsque les services en établissement sont perturbés.



Évaluer l'utilisation des nouvelles technologies dans les situations de crise humanitaire

Diverses nouvelles technologies adaptées aux contextes à faibles ressources sont pertinentes dans certaines situations de crise humanitaire (par exemple, le système Bubble CPAP (pression positive continue en ventilation spontanée), les oxygénomètres bas débit, les dispositifs de réanimation verticaux, les thermomètres à code couleur, les régulateurs de débit de perfusion, les tests au point de service, la photothérapie à LED (diode à émission de lumière), les incubateurs à faible coût et les mécanismes d'administration d'oxygène). Cependant, les mesures qui rendent les soins plus complexes peuvent avoir des conséquences inattendues sur des priorités concurrentes et sur la qualité des soins élémentaires tels que les soins essentiels aux nouveau-nés ou la prévention et le contrôle des

infections(63). Les données probantes relatives aux technologies existantes ne s'appliquent pas systématiquement aux déploiements à bas coût ; par conséquent, l'introduction d'une nouvelle technologie doit absolument se faire en tenant compte du contexte, notamment des ressources humaines existantes, des normes PCI et de la durabilité, et en se demandant si la version adaptée déployée garantit les bénéfices attendus de l'intervention originale. Des procédures doivent évaluer les équipements adaptés localement afin de s'assurer qu'ils produisent l'effet désiré et n'entraînent pas de risques imprévus. La recherche sur la mise en œuvre permet d'évaluer les résultats, le rapport coût-efficacité et l'impact des nouvelles technologies sur les priorités concurrentes dans les situations de crise humanitaire.



Tirer parti des progrès du numérique pour renforcer les capacités du personnel de santé

Des technologies numériques, comme les outils de télémédecine, de « m-health » (santé mobile) et de « e-health » (santé en ligne) et la télésurveillance sont désormais disponibles et peuvent potentiellement améliorer la communication, la formation, la qualité des soins, le transfert des tâches et la collecte des données dans les zones difficiles d'accès. Les solutions numériques

peuvent également permettre d'accéder à un accompagnement à la prise de décision et à des conseils spécialisés. Lorsque la mise en œuvre des soins maternels et néonataux est planifiée, il convient d'examiner les technologies numériques et les possibilités qui en découlent en termes d'amélioration de la qualité, des capacités, des compétences et de réduction des coûts.

9 Donner plus de visibilité aux nouveaux-nés dans les situations de crise humanitaire

Les expériences montrent que, souvent, la santé des nouveau-nés n'est pas considérée comme une priorité dans le cadre de situations humanitaires et qu'elle est souvent considérée comme une activité relevant du « secteur du développement » à traiter ultérieurement. Pour mobiliser l'attention, il est essentiel de faire connaître les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale et les estimations de la mortinatalité, ainsi que les lacunes et les priorités en matière de soins aux nouveau-nés (voir encadré 5). En fin de compte, l'on espère que cela permettra d'améliorer le financement des programmes et d'élargir la mise en œuvre et l'intégration des services aux nouveau-nés au sein des communautés touchées. Les organisations de la société civile, y compris les acteurs humanitaires, les membres de la communauté et les dirigeants des gouvernements locaux doivent être impliqués de manière précoce afin de contribuer à la définition des besoins et des ressources pour la santé des

ZOOM

Travailleur humanitaire en Irak

La première chose à faire est de disposer d'un plan de plaidoyer fondé sur des données probantes pour influencer nos homologues nationaux et de l'utiliser pour planifier et suivre les activités. Nous avons introduit des indicateurs sur la santé des nouveau-nés dans le système d'information sanitaire, et nous avons diffusé ces informations à haute voix et avec tact dans chaque réunion.

nouveau-nés. Ce processus participatif peut formaliser les contributions au système de santé et promouvoir des attitudes favorables à la prévention de la mortalité néonatale et de la mortinatalité.



Inscrire la santé des nouveau-nés à l'ordre du jour de la planification, de l'établissement des priorités et de la coordination de l'aide humanitaire

Les acteurs humanitaires de la santé doivent évaluer la mesure dans laquelle la planification de l'aide humanitaire tient compte des priorités de santé des nouveau-nés tout au long des phases d'une situation d'urgence. Cela doit passer par la coordination entre les agences, la représentation

de la santé du nouveau-né au niveau des groupes sectoriels pour la santé, et la garantie que les principes directeurs, les procédures opératoires standards et les cadres de suivi et d'évaluation traitent de la santé maternelle et néonatale.



Définir et communiquer les niveaux d'alerte pour la mortalité néonatale et la mortinatalité pour chaque crise

Il existe des seuils de mortalité d'urgence pour l'ensemble de la population et pour les moins de cinq ans, notamment le taux de mortalité brut et le taux de mortalité des moins de cinq ans. Cependant, aucune définition précise n'existe pour les seuils d'urgence ou les taux inacceptables pour

la mortalité néonatale, les mort-nés et les décès maternels. Chaque action humanitaire doit envisager la définition et la communication de niveaux d'alerte pour la mortalité néonatale, les mort-nés et les décès maternels, d'après des estimations faites avant la crise ou au niveau national.



Veiller à ce que les indicateurs relatifs aux mères et aux nouveau-nés soient au cœur des décisions prises dans le cadre du lien entre l'action humanitaire et l'aide au développement

Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont utiles pour juger de la solidité du système de santé, et ces taux peuvent servir d'indicateurs importants du niveau d'assistance nécessaire. Ces données doivent être prises en compte au même titre que

le taux de mortalité brut et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et prises en considération dans le processus de décision lié à l'aide humanitaire et à l'accompagnement continu des systèmes de santé.



Encourager les attitudes positives envers la survie des nouveau-nés dans les situations d'urgence

Comme l'indique le présent rapport, la plupart des décès de nouveau-nés peuvent être évités grâce à des interventions vitales peu coûteuses, même dans des circonstances difficiles. Les expériences sur le terrain suggèrent fortement que le caractère évitable des décès de nouveau-nés est souvent peu connu et que l'on recourt trop souvent à des soins hautement médicalisés, tandis que les soins essentiels aux nouveau-

nés sont négligés et sous-évalués. Au sein de la communauté, des campagnes de communication sur les soins vitaux aux nouveau-nés peuvent améliorer les perceptions et les normes sociales à propos de la survie des nouveau-nés et inciter à un changement de comportement.



Partenariats, Participation & Financement



Pour déployer efficacement la *Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030* et réaliser les ODD, la communauté mondiale doit continuer à plaider, innover, étendre, coordonner et faire avancer un programme progressif visant à garantir des soins de santé de haute qualité aux populations les plus vulnérables, notamment à chaque mère et chaque nouveau-né, dans ces environnements particulièrement difficiles. De nouvelles sources de financement et des mécanismes de financement innovants s'avèrent indispensables pour soutenir la phase aiguë d'une situation d'urgence, en plus de la planification pluriannuelle dans les crises de longue durée. Le rôle des gouvernements nationaux doit être renforcé pour assurer la durabilité en allouant des ressources financières à destination des soins maternels et néonataux dans le contexte du lien entre l'action humanitaire et l'aide au développement. Les décideurs doivent s'engager à mener une action

collective pour assurer la survie des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.

L'axe de travail actuel sur la santé du nouveau-né dans les situations de crise humanitaire au sein du Plan d'Action Chaque Nouveau-né doit être élargi afin d'y inclure des acteurs humanitaires tels que le HCR, Save the Children, le Groupe de Travail Interorganisations sur la Santé Reproductive en Situations de Crise Humanitaire (IAWG), le Groupe Sectoriel Mondial pour la Santé, et d'autres organismes pertinents qui sont habilités à superviser les progrès et à demander des comptes aux partenaires. Cet axe de travail devrait permettre de coordonner les efforts liés à la fourniture de conseils, à la mobilisation des ressources, à la mesure des progrès, au plaidoyer et à la sensibilisation, à la mise en relation avec les initiatives clés et à l'assistance technique.

Des partenariats pour favoriser la survie des nouveau-nés

Décideurs mondiaux

- Renforcer les orientations politiques sur l'intégration des services de santé aux mères et aux nouveau-nés dans les plans nationaux et régionaux de préparation aux situations d'urgence, de réponse et de reprise.
- Intégrer les indicateurs de santé des nouveau-nés dans les évaluations des besoins et les cadres de suivi coordonnés à l'échelle intersectorielle.
- Renforcer les orientations pour répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouveau-nés dans le cadre des activités de surveillance, de prévention et d'intervention lors des épidémies de maladies infectieuses
- Mobiliser le secteur privé et les organisations professionnelles afin qu'ils innovent et déploient des technologies de soins de santé et des ressources de formation dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.
- Renforcer les orientations pour répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouveau-nés dans le cadre des activités de surveillance, de prévention et d'intervention lors des épidémies de maladies infectieuses.
- Mobiliser le secteur privé et les organisations professionnelles afin qu'ils innovent et déploient des technologies de soins de santé et des ressources de formation dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.

Organismes de mise en œuvre

- Mettre en œuvre des interventions prioritaires pour la santé du nouveau-né, en adéquation avec les orientations mondiales, dès le début des situations d'urgence humanitaire.
- Renforcer les capacités des prestataires de soins de santé par la formation, le mentorat ou d'autres approches similaires en faveur de l'amélioration des performances afin de s'assurer qu'ils possèdent des compétences dans les sept fonctions fondamentales des soins obstétricaux d'urgence de base, soins essentiels aux nouveau-nés et soins aux nouveau-nés malades et de petite taille, qui sont soutenus par des soins maternels respectueux.
- Prépositionner les fournitures afin de garantir que les produits de première nécessité soient disponibles dès le début des urgences humanitaires.
- Remettre en question les normes organisationnelles afin de renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé maternelle et néonatale et les autres secteurs prioritaires, ainsi qu'entre les acteurs de l'humanitaire et du développement
- S'engager dans des partenariats respectueux avec les communautés dans le but de promouvoir les services de santé des nouveau-nés et les comportements à adopter.
- Établir des partenariats avec des institutions universitaires afin de consolider la base de données probantes sur les interventions efficaces, notamment les approches communautaires en faveur de la santé des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire.
- Collecter des données et établir des rapports sur la mise en œuvre sur le terrain des interventions pour les soins maternels et néonataux.
- Établir des partenariats avec des institutions universitaires afin de mettre en évidence des approches communautaires efficaces pour la santé des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire.

Donateurs

- Encourager et financer les partenariats qui visent à soutenir et à renforcer la dyade mère-nouveau-né et les efforts locaux en matière de fourniture de services dans les situations d'urgence.
- Exiger l'établissement de rapports sur les indicateurs fondamentaux de la santé des nouveau-nés lors du financement d'activités sanitaires dès le début d'une situation d'urgence.
- Soutenir les activités de recherche qui permettent de constituer une base de données probantes sur les interventions efficaces en matière de santé du nouveau-né dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles.
- Étendre les financements pluriannuels et flexibles en faveur de la santé du nouveau-né à travers le lien entre l'action humanitaire et l'aide au développement, et contribuer aux mécanismes de financement rapide pour les urgences humanitaires.



SUIVI DES PROGRÈS

Étapes Clés

Année Référence Mondiale

2020

- Un référent ou un secrétariat mondial est désigné pour superviser et contrôler la mise en œuvre de la stratégie
- Existence d'un mécanisme de mobilisation pour la santé des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles
- La Feuille de Route est approuvée par le Groupe Consultatif Stratégique du Groupe Sectoriel Mondial pour la Santé
- Le programme de travail pour la santé du nouveau-né en situation de crise humanitaire est rédigé
- Les actions clés de la stratégie sont intégrées aux plans d'action d'autres secteurs prioritaires
- Les objectifs mondiaux portant sur le suivi de la santé du nouveau-né sont affinés, en fonction des besoins, pour tenir compte du contexte humanitaire et les objectifs sont approuvés par les responsables mondiaux

2021

- La mortalité néonatale fait l'objet d'une ventilation lorsque la mortalité infantile est abordée dans l'ensemble des rapports humanitaires
- Les appels de fonds en faveur de la santé incluent les interventions et indicateurs de base pour les nouveau-nés dès le début d'une urgence
- Les évaluations conjointes des besoins s'attellent aux lacunes en matière de santé des nouveau-nés
- Les agences de santé humanitaire désignent un référent pour la santé du nouveau-né

2022

- Les listes de médicaments essentiels ou les trousse de fournitures sont composées des fournitures recommandées pour les nouveau-nés des *Trousses de Fournitures de Soins du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire*
- Les politiques relatives aux nouveau-nés sont intégrées dans les plans de préparation
- Les organisations humanitaires de santé élaborent des politiques et des lignes directrices pour les audits portant sur les décès périnataux
- Les protocoles de formation pour les organisations humanitaires de santé au niveau de la communauté et des établissements intègrent les soins aux nouveau-nés
- Le plan de travail pour la santé des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire est chiffré et fait l'objet d'un mécanisme de financement identifié pour les cinq prochaines années

2023

- Les organisations humanitaires de santé désignent des équipes au sein de la communauté et les forment aux soins du nouveau-né
- Des Plans d'Action Chaque Nouveau-né sont mis en œuvre pour les pays en situation de crise humanitaire ou au contexte fragile
- Au minimum 55 pays adoptent un ensemble minimal d'indicateurs pour la santé des nouveau-nés dans les situations de crise humanitaire

2024

- Les taux de mortalité néonatale et de mortinatalité sont réduits au sein de 10 situations de crise humanitaire
 - 15 études sont menées (ou sont en cours) sur des thématiques prioritaires pour les soins de la mère, des enfants mort-nés ou du nouveau-né dans des situations de crise humanitaire (2020 à 2024)
-

Ensemble Minimal d'Indicateurs pour la Santé de la Mère et du Nouveau-né dans les Situations de Crise Humanitaire

Type d'indicateur (définition)	Type d'indicateur (de base/approfondi)	Situation (sévère/longue durée)	Type de rapports (auprès des établissements/ de la population)
Impact			
Mortalité néonatale : Nombre de décès au cours des 28 premiers jours de vie / 1 000 naissances vivantes, ventilés selon qu'il s'agit de mortalité néonatale précoce (<7 jours après la naissance) et de mortalité néonatale tardive (8-28 jours après la naissance)	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements, Auprès de la population
Cause du décès par âge (jour) : Nombre de décès de nouveau-nés par âge et par cause de décès (prématuré, intra-partum, infection, congénital, autre)	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Mortinatalité : Nombre de fœtus et de nouveau-nés nés après 28 semaines de gestation ou pesant ≥ 1 000 g sans signe de vie / 1 000 naissances vivantes, ventilés selon qu'il s'agit de mort-nés frais ou macérés	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements, Auprès de la population
Mortalité maternelle : Nombre de décès maternels / 100 000 naissances vivantes	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements, Auprès de la population
Couverture/Résultat			
Examens de décès périnataux : Nombre d'examens de décès périnataux	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements
Morbidités du nouveau-né identifiées lors des soins postnatals : Nombre de nouveau-nés présentant un problème de santé attribué à la grossesse ou à l'accouchement ou aggravé par ceux-ci, identifié pendant les soins postnatals	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements, Auprès de la population
Faible poids à la naissance : Nombre de nouveau-nés vivants dont le poids est inférieur à 2 500 g à la naissance	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements, Auprès de la population
Nourrissons pesés à la naissance : Nombre de nouveau-nés pesés à la naissance	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements
MMK au sein des établissements : Nombre d'établissements de santé qui proposent la méthode MMK	De base	Longue durée	Auprès des établissements
Disponibilité des structures assurant des soins obstétricaux élémentaires d'urgence (SOEU) Nombre d'établissements disposant de services de maternité capables de fournir les 7 fonctions fondamentales des SOEU	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Disponibilité des structures assurant des soins obstétricaux complets d'urgence (SOCU) Nombre d'établissements disposant de services de maternité capables de fournir les 9 fonctions fondamentales des SOCU	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Couverture en termes de soins à destination des nouveau-nés malades et de petite taille : Nombre de nouveau-nés malades et de petite taille ayant reçu des soins (MMK, soins cliniques, unité de soins intensifs néonataux)	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Réanimation néonatale au sein des établissements : Nombre d'établissements de santé dotés de services de maternité capables d'assurer la réanimation néonatale	De base	Longue durée	Auprès des établissements
Admission de nouveau-nés en soins hospitaliers : Nombre de nouveau-nés admis pour une MMK ou en unité de soins intensifs néonataux	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Couverture du traitement des infections d'origine bactérienne potentiellement graves : Nombre de nouveau-nés atteints d'infections d'origine bactérienne potentiellement graves recevant un traitement	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements
Couverture vaccinale - dose contre l'hépatite B à la naissance : Nombre de nouveau-nés ayant reçu une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements
Couverture de la mise au sein précoce : Nombre de nouveau-nés allaités dans l'heure suivant la naissance ou avant la sortie du centre	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements
Couverture des soins postnatals : Nombre de nouveau-nés ayant bénéficié d'une consultation postnatale dans les 2 jours	De base	Sévère, Longue durée	Auprès des établissements
Enregistrement de naissance : Nombre d'enfants enregistrés ou disposant d'un acte de naissance	Approfondi	Longue durée	Auprès des établissements



PLAN D'ACTION POUR L'ANNÉE À VENIR

Lors de la réunion qui s'est tenue en février 2019 et qui a réuni des experts du monde entier, les parties prenantes se sont réunies et ont convenu de ces priorités clés pour l'année à venir. Le plan d'action continuera à être mis à jour chaque année.

TÂCHES

- Publier un document sur le processus de la stratégie dédiée aux nouveau-nés
- Diffuser un document de plaidoyer sur la santé des mères et des nouveau-nés et la fiche de plaidoyer sur les nouveau-nés
- Lancer la déclaration
- Réaliser une infographie et une stratégie pour les réseaux sociaux

Lancement de la stratégie lors des prochains événements de haut niveau

TÂCHES

- Dresser un récapitulatif des points d'entrée à utiliser lors de la transmission de messages lors des réunions inter-cluster
- Promouvoir l'inclusion de la mère et du nouveau-né dans les évaluations communes des besoins et les indicateurs

Identification des points d'entrée dans les différents secteurs

TÂCHES

- Améliorer les messages sur les priorités en matière d'investissement en direction des activités pour la santé des mères et des nouveau-nés avant et après la crise
- Intégrer les priorités pour la santé de la mère et du nouveau-né dans les plans d'urgence et les politiques nationales
- Envisager des mécanismes de financement alternatifs

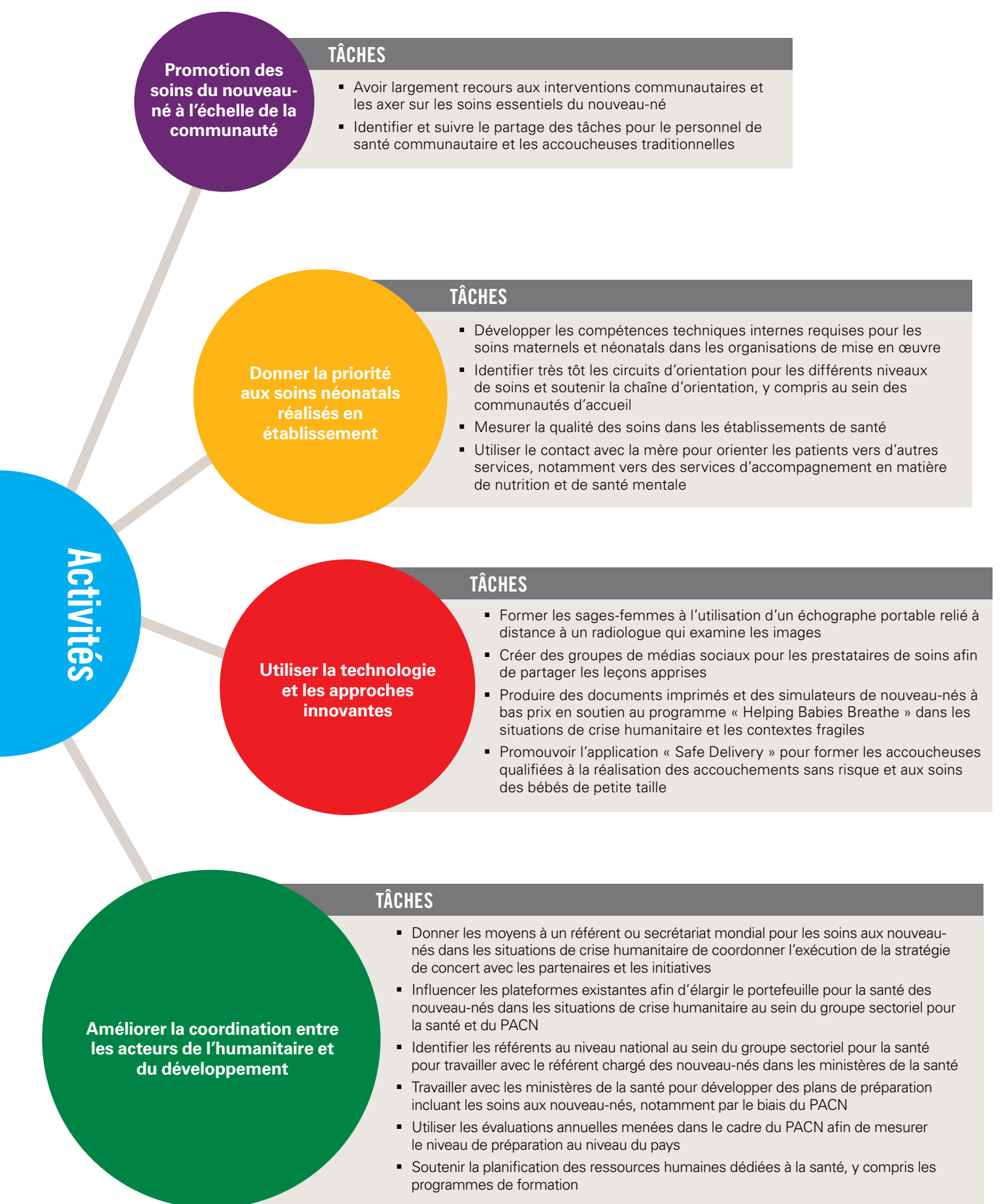
Identification des priorités en matière d'investissement pendant la phase de pré-crise et de reprise

TÂCHES

- Ventiler les données relatives à la mortalité néonatale au sein des rapports de mortalité infantile
- Comptabiliser les mort-nés au sein des systèmes d'informations sanitaires
- Harmoniser les indicateurs et les outils de collecte des données
- Mesurer la mise en œuvre plus large du programme

Amélioration de la mesure de la mortalité et de la collecte et de l'usage des données

Activités



Références

1. Womens UN Report Network. Reaching out to women when disaster strikes. Soroptimist : Philadelphie, 2011. (<https://wunrn.com/2011/03/soroptimist-reaching-out-to-women-when-disaster-strikes/>, consulté le 16 mars 2020).
2. Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Humanitarian Action 2019 Overview. FNUAP : New York, 2019. (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_HumanitAction_2019_PDF_Online_Version_16_Jan_2019.pdf, consulté le 16 mars 2020).
3. Santé maternelle et périnatale. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), OMS. (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/, consulté le 16 mars 2020).
4. Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME). Niveaux et tendances en matière de mortalité infantile : rapport de 2019, Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. New York, 2019. (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2019/en/, consulté le 16 mars 2020).
5. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). La Situation des enfants dans le monde. UNICEF : New York 2014. (https://www.unicef.org/publications/files/SOWC2014_In_Numbers_28_Jan.pdf, consulté le 16 mars 2020).
6. Groupe de Travail Interorganisations sur la Santé Reproductive en Situations de Crise Humanitaire (IAWG). Surviving day one: Caring for mothers and newborns in humanitarian emergencies on the day of childbirth. IAWG : New York, 2019. (<http://iawg.net/resource/surviving-day-one-caring-mothers-newborns-humanitarian-emergencies-day-childbirth/>, consulté le 16 mars 2020).
7. Wise PH et al. Confronting stillbirths and newborn deaths in areas of conflict and political instability: a neglected global imperative. *Paediatr Int Child Heal*, 2015, doi:10.1179/2046905515Y.0000000027
8. Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA). Aperçu de la situation humanitaire mondiale 2019. OCHA : Genève, 2018. (<https://www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space/document/global-humanitarian-overview-2019>, consulté le 16 mars 2020).
9. Foster AM et al. The 2018 inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards. *Reprod Health Matters*, 2017, doi:10.1080/09688080.2017.1403277
10. Victora CG et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016, doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
11. Rollins NC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 2016, doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2
12. Prudhon C et al. Informing infant and young child feeding programming in humanitarian emergencies: An evidence map of reviews including low and middle income countries. *Child Nutr*, 2018, doi:10.1111/mcn.12457
13. Shaker-Berbari L et al. Infant and young child feeding in emergencies: Organisational policies and activities during the refugee crisis in Lebanon. *Matern Child Nutr*, 2018, doi:10.1111/mcn.12576

14. Debes AK et al. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health*, 2013, doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S19
15. Yotebieng M et al. Ten steps to successful breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal*, 2015, doi:10.1016/S2214-109X(15)00012-1
16. Ayoya MA et al. Protecting and improving breastfeeding practices during a major emergency: lessons learnt from the baby tents in Haiti. *Bull World Health Organ*, 2013, doi:10.2471/BLT.12.113936
17. OMS, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. OMS : Genève, 2009. (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/, accessed 16 March 2020)
18. IFE Core Group. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : Orientations opérationnelles pour le personnel de secours d'urgence et les gestionnaires de programme (Version 3.0). UNICEF : New York, 2017. (https://www.enonline.net/attachments/2673/Ops-G_2017_WEB.pdf, consulté le 16 mars 2020)
19. OMS. Réseau de suivi mondial et de soutien à la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé (NetCode). (<https://www.who.int/nutrition/netcode/en/>, consulté le 16 mars 2020)
20. UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. OMS : Genève, 2017. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>, consulté le 16 mars 2020)
21. Bhutta ZA et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3
22. OMS. WHO recommendations on newborn health. OMS : Genève, 2017. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>, consulté le 16 mars 2020)
23. OMS. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. OMS : Genève, 2017. (https://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/en/, consulté le 16 mars 2020)
24. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021. OMS : Genève, 2016. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 16 mars 2020)
25. OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021. OMS : Genève, 2016. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 16 mars 2020)
26. OMS. Élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN). OMS : Genève, 2018. (https://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html, consulté le 16 mars 2020)

27. IAWG. La Santé du Nouveau-né en Situations de Crise Humanitaire : Guide de Terrain (révision). Save the Children : Washington, DC, 2018. (<https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/>, consulté le 16 mars 2020)
28. Sacks E et al. Respectful maternal and newborn care: building a common agenda. *Reprod Health*, 2015, doi:10.1186/s12978-015-0042-7
29. Shah S et al. Unregulated usage of labour-inducing medication in a region of Pakistan with poor drug regulatory control: characteristics and risk patterns. *Int Health*, 2016, doi:10.1093/inthealth/ihv051
30. Every Premie. Every preemie scale: Do no harm technical briefs. USAID : Washington, DCA, 2017. (<https://www.everypreemie.org/donoharmbriefs/>, consulté le 16 mars 2020)
31. OMS. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. OMS : Genève, 2016. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 16 mars 2020)
32. OMS. Prise en charge d'une infection bactérienne potentiellement grave chez le jeune nourrisson lorsqu'un transfert vers une structure hospitalière est impossible. OMS : Genève, 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181426/9789241509268_eng.pdf?sequence=1, consulté le 16 mars 2020)
33. OMS. Oxygénothérapie pour les enfants : manuel à l'usage des agents de santé. OMS : Genève, 2016. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204584/9789241549554_eng.pdf?sequence=1, consulté le 16 mars 2020)
34. Zaidi AK et al. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. *Lancet*, 2005, doi:10.1016/S0140-6736(05)71881-X
35. Lenglet A et al. Nosocomial outbreak of clinical sepsis in a neonatal care unit (NCU) in Port-Au-Prince Haiti, July 2014 - September 2015. *PLoS Curr*, 2018, doi:10.1371/currents.outbreaks.58723332ec0de952adefd9a9b6905932
36. Abbara A et al. Antimicrobial resistance in the context of the Syrian conflict: Drivers before and after the onset of conflict and key recommendations. *Int J Infect Dis*, 2018, doi:10.1016/j.ijid.2018.05.008
37. Ronat J-B et al. Highly drug-resistant pathogens implicated in burn-associated bacteremia in an Iraqi burn care unit. *PLoS One*, 2014, doi:10.1371/journal.pone.0101017
38. Murphy RA et al. Prevention of common healthcare-associated infections in humanitarian hospitals. *Curr Opin Infect Dis*, 2016, doi:10.1097/qco.0000000000000285
39. Talley LE et al. Challenges to the programmatic implementation of ready to use infant formula in the post-earthquake response, Haiti, 2010: a program review. *PLoS One*, 2013, doi:10.1371/journal.pone.0084043
40. Woerther P-L et al. Massive increase, spread, and exchange of extended Spectrum β -Lactamase-encoding genes among intestinal enterobacteriaceae in hospitalized children with severe acute malnutrition in Niger. *Clin Infect Dis*, 2011, doi:10.1093/cid/cir522
41. Berckmans P et al. Inappropriate drug-donation practices in Bosnia and Herzegovina, 1992 to 1996. *N Engl J Med*, 1997, doi:10.1056/nejm199712183372512

42. Cañigueral-Vila N et al. Improvements for international medicine donations: a review of the World Health Organization Guidelines for Medicine Donations, 3rd edition. *J Pharm policy Pract*, 2015, doi:10.1186/s40545-015-0045-3
43. OMS. Plan d'Action Mondial pour Combattre la Résistance aux Antimicrobiens. OMS : Genève, 2015.
(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193736/9789241509763_eng.pdf?sequence=1, consulté le 16 mars 2020)
44. Checchi F et al. Public health information in crisis-affected populations: a review of methods and their use for advocacy and action. *Lancet*, 2017, doi:10.1016/S0140-6736(17)30702-X
45. Checchi F et al. Documenting mortality in crises: what keeps us from doing better. *PLoS Med*, 2008, doi:10.1371/journal.pmed.0050146
46. Koblinsky M. Maternal death surveillance and response: A tall order for effectiveness in resource-poor settings. *Glob Heal Sci Pract*, 2017, doi:10.9745/GHSP-D-17-00308
47. Kozuki N et al. The resilience of integrated community case management in acute emergency: a case study from Unity State, South Sudan. *J Glob Health*, 2018, doi:10.7189/jogh.08.020602
48. Edmond KM et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. *BMC Med*, 2018, doi:10.1186/s12916-018-1092-9
49. Prudhon C et al. Research priorities for improving infant and young child feeding in humanitarian emergencies. *BMC Nutr*, 2016, doi:10.1186/s40795-016-0066-6
50. Devakumar D et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Med*, 2014, doi:10.1186/1741-7015-12-57
51. OMS. Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. OMS : Genève, 2018.
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>, consulté le 16 mars 2020)
52. Groupe mondial de la protection de l'enfance. Standards Minimums pour la Protection de l'Enfance dans l'Intervention Humanitaire. UNICEF : New York, 2012. (https://www.unicef.org/iran/Minimum_standards_for_child_protection_in_humanitarian_action.pdf, consulté le 16 mars 2020)
53. Checchi F et al. Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies: A primer for non-epidemiologists. *Humanitarian Practice Network: Londres*, 2005.
(<https://www.enonline.net/attachments/886/networkpaper052.pdf>, consulté le 16 mars 2020))
54. Morof DF et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda. *Confl Health*, 2014, doi:10.1186/1752-1505-8-8
55. Soofi S et al. Topical application of chlorhexidine to neonatal umbilical cords for prevention of omphalitis and neonatal mortality in a rural district of Pakistan: A community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*, 2012, doi:10.1016/S0140-6736(11)61877-1

56. Arifeen S El et al. The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: A community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*, 2012, doi:10.1016/S0140-6736(11)61848-5
57. Sinha A et al. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, doi:10.1002/14651858.CD007835.pub2
58. Sankar MJ et al. Umbilical cord cleansing with chlorhexidine in neonates: A systematic review. *J Perinatol*, 2016, doi:10.1038/jp.2016.28
59. Lokangaka A et al. Simplified antibiotic regimens for treating neonates and young infants with severe infections in the Democratic Republic of Congo: A comparative efficacy trial. *Matern Heal Neonatol Perinatol*, 2018, doi:http://dx.doi.org/10.1186/s40748-018-0076-2
60. Lawn JE et al. Born too soon: Accelerating actions for prevention and care of 15 million newborns born too soon. *Reprod Health*, 2013, doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S6
61. Lawn JE et al. Born Too Soon: Care for the Preterm Baby. *Reprod Health*, 2013, doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S5
62. Lawn JE et al. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*, 2010, doi: 10.1093/ije/dyq031
63. Lissauer T et al. Nasal CPAP for neonatal respiratory support in low and middle-income countries. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2017, doi:10.1136/archdischild-2016-311653

Crédits photos :

Couverture © Sylvia Nabanoba / Save the Children

Deuxième de couverture © Robert McKechnie / Save the Children

Page 4 © UNICEF/NYHQ2007-2723/Noorani

Page 6 © Jonas Gratzler / Save the Children

Page 8 © David Wardell / Save the Children

Page 13 © Jonas Gratzler / Save the Children

Page 14 © Robert McKechnie / Save the Children Australia

Page 20 © Jordi Matas / Save the Children

Page 27 © Peter Caton / Save the Children

Page 28 © Christena Dowsett / Save the Children

Page 32 © Allan Gichigi / Save the Children

Page 35 © Allan Gichigi / Save the Children

Page 36 © UNICEF/NYHQ2005-1876/DeCesare



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises



World Food
Programme



American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies



IPPF International
Planned Parenthood
Federation



LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



KALUSUGAN



ng MAG-INA



Laerdal
helping save lives



MATERNITY
foundation



WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION

Publication
Avril 2020

Les agences suivantes ont également apporté leur soutien à l'élaboration de cette Feuille de Route :

- Fondation Bill-et-Melinda-Gates
- Comité international de la Croix-Rouge
- Médecins Sans Frontières