

Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé

Santé sexuelle et reproductive et droits connexes

RÉSUMÉ D'ORIENTATION



Organisation
mondiale de la Santé

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les interventions d'auto-prise en charge font partie des nouvelles approches les plus prometteuses et les plus intéressantes pour améliorer la santé et le bien-être, aussi bien du point de vue des systèmes de santé que pour les personnes qui les utilisent. Dans ses travaux, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'auto-prise en charge comme la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins. Ainsi définie, l'auto-prise en charge comprend la promotion de la santé, la lutte contre les maladies, l'automédication, les soins aux personnes dépendantes, la consultation d'un prestataire de soins primaires/d'un spécialiste/d'un praticien hospitalier si nécessaire, ainsi que la réadaptation, y compris les soins palliatifs. Elle consiste en un ensemble de modes et d'approches d'auto-prise en charge. Certes, cette définition est vaste et comprend de nombreuses activités, mais il

est important que les politiques de santé reconnaissent l'importance de l'auto-prise en charge, en particulier à l'interface avec les systèmes de santé et les professionnels (Figure 1).

À l'échelle mondiale, on estime qu'il manquera 18 millions d'agents de santé d'ici à 2030. En outre, 130 millions de personnes – un record – ont actuellement besoin d'aide humanitaire et les flambées épidémiques représentent une menace constante partout dans le monde. À l'échelle mondiale, au moins 400 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé les plus essentiels et, chaque année, 100 millions de personnes basculent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer elles-mêmes leurs soins. Il est urgent de définir des stratégies innovantes dépassant l'intervention classique s'appuyant sur le secteur de la santé.

Si « auto-prise en charge » n'est ni un terme ni un concept nouveau, les interventions d'auto-prise en charge peuvent potentiellement diversifier les options, lorsque celles-ci sont disponibles et abordables, et elles peuvent également ouvrir

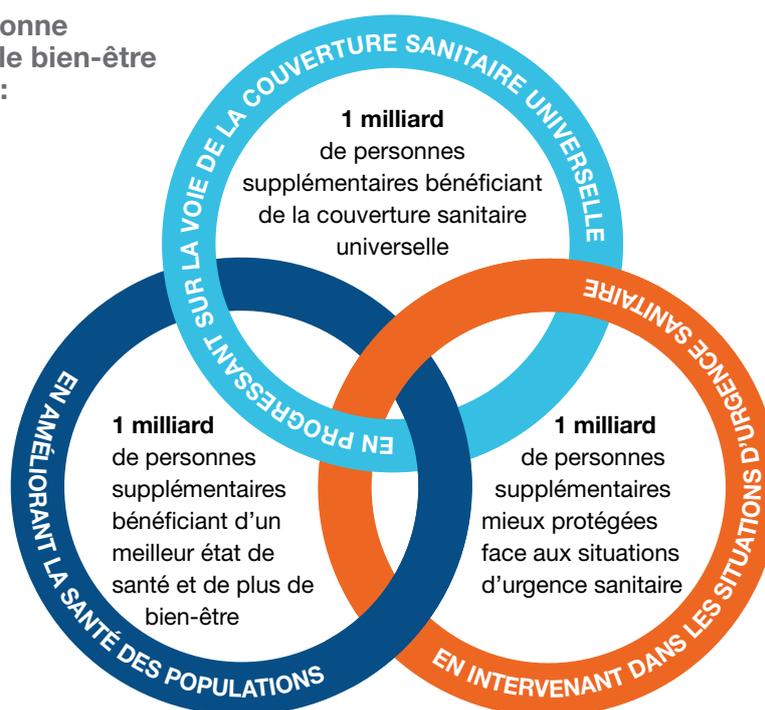
FIGURE 1 : L'AUTO-PRISE EN CHARGE DANS LE CONTEXTE DES INTERVENTIONS EN LIEN AVEC LES SYSTÈMES DE SANTÉ



Source : Adapté de Narasimhan M. Allotey P. Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: a conceptual framework to inform normative guidance. BMJ. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.

FIGURE 2 : PRIORITÉS STRATÉGIQUES DE L'OMS DÉFINIES PAR LE TREIZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (PGT)

Garantir une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge :



Source: Director-General of the World Health Organization. Thirteenth general programme of work 2019–2023 (Draft 5 April). Seventy-first World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2018 (A71/4).

davantage de perspectives aux personnes pour qu'elles prennent des décisions éclairées en ce qui a trait à leur santé et aux soins. Dans les situations de crise humanitaire, par exemple, les infrastructures de santé et les services médicaux étant absents ou insuffisants dans les zones touchées, l'auto-prise en charge pourrait jouer un rôle important afin d'améliorer l'état de santé des populations. L'auto-prise en charge s'appuie également sur des mouvements existants, comme le partage et la délégation des tâches, qui sont des stratégies puissantes d'appui aux systèmes de santé.

Les interventions d'auto-prise en charge représentent un coup de pouce décisif vers un renouveau et un accroissement de l'efficacité, de l'autonomie et de l'engagement de chacun en matière de santé pour ce qui est des personnes se prenant en charge et des aidants. Dans le même temps, à l'heure d'élaborer une politique et des orientations sanitaires, il est important de prendre en considération le fait que la possibilité de recourir à des interventions d'auto-prise en charge ne devrait pas déconnecter les soins des services de santé. Par conséquent, si le rapport bénéfice/risque peut varier selon les circonstances et les populations, les interventions d'auto-prise en charge mettent à disposition des stratégies favorisant la participation active de chacun à sa santé et représentent une possibilité intéressante d'atteindre un ensemble de résultats améliorés, à condition de disposer d'orientations

normatives adaptées et d'un environnement favorable et sans danger. Voici certains des résultats possibles :

- amélioration de la couverture et de l'accès ;
- réduction des disparités en santé et amélioration de l'équité ;
- amélioration de la qualité de service ;
- amélioration des résultats sanitaires, sociaux et en matière de droits humains ; et
- réduction des coûts et utilisation plus efficace des ressources et des services de soins de santé.

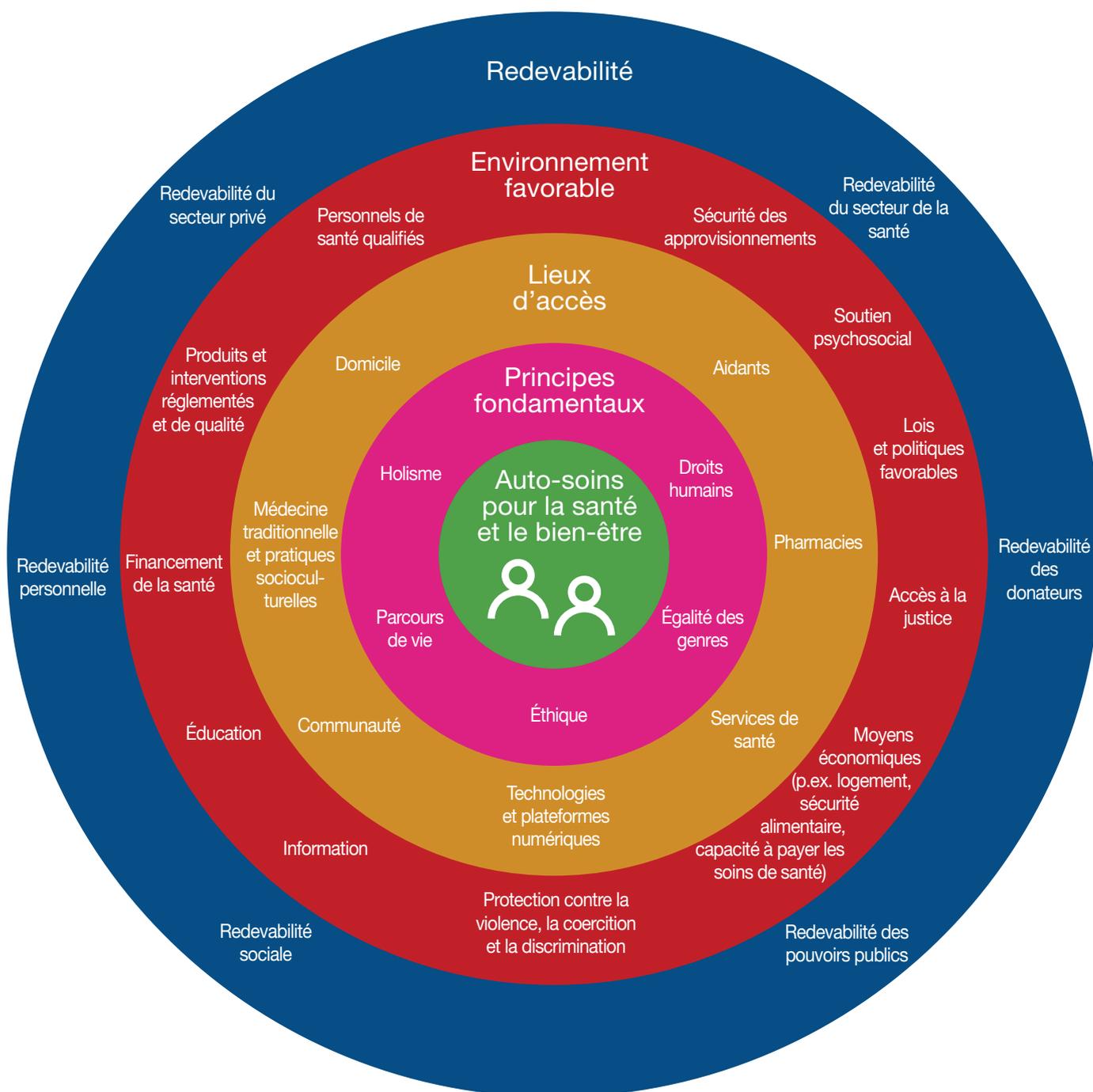
L'auto-prise en charge peut potentiellement contribuer à tous les aspects des priorités stratégiques et des objectifs du triple milliard de l'OMS (Figure 2). En outre, il est de plus en plus largement admis dans les initiatives mondiales qu'elle est susceptible, entre autres, de faire progresser les soins de santé primaires (Déclaration d'Astana adoptée récemment) ou d'améliorer l'état de santé et le bien-être des personnes de la façon la plus efficace, équitable, efficiente et durable possible à travers les soins de santé primaires. La Déclaration d'Astana invite toutes les parties prenantes – professionnels de la santé, milieu universitaire, patients, société civile, partenaires locaux et internationaux, organismes et fonds, secteur privé, organisations confessionnelles – à se mobiliser pour mettre l'accent

sur les efforts visant à doter les individus, les familles et les communautés de moyens pour tendre vers une santé optimale, afin qu'ils se placent en défenseurs des politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, qu'ils participent à la mise en place des services de santé et des services sociaux, et qu'ils puissent s'auto-prendre en charge et prodiguer des soins aux autres.

BUT ET OBJECTIFS DES LIGNES DIRECTRICES

Les présentes orientations visent à mettre sur pied des lignes directrices normatives, centrées sur la personne et fondées sur des bases factuelles apportant un soutien aux individus, aux communautés et aux pays au moyen de services de santé de qualité et d'interventions d'auto-prise en charge, sur la base de stratégies axées sur les soins de santé

FIGURE 3 : CADRE CONCEPTUEL DES INTERVENTIONS D'AUTO-PRISE EN CHARGE



Source : Adapté de Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self-care interventions to advance health and well-being: a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ*. 2019;365:l688. doi:10.1136/bmj.l688.

primaires, sur un ensemble complet de services essentiels et sur des systèmes centrés sur la personne.

Les objectifs précis de ces lignes directrices sont de fournir :

- des **recommandations** fondées sur des bases factuelles mettant en lumière les interventions d'auto-prise en charge principales sur le plan de la santé publique, notamment dans le but d'améliorer la santé sexuelle et reproductive et de faire progresser les droits connexes, en mettant l'accent sur les populations et les environnements vulnérables couverts par un système de santé aux capacités et aux ressources limitées ; et
- des **déclarations de bonnes pratiques** sur les principales questions programmatiques, opérationnelles et de prestation de services méritant d'être abordées afin de promouvoir et d'améliorer l'accès aux interventions d'auto-prise en charge, l'acceptation de ces méthodes et leur utilisation dans de bonnes conditions de sécurité et de façon équitable, notamment pour améliorer la santé sexuelle et reproductive et faire progresser les droits connexes.

CADRE CONCEPTUEL POUR LES INTERVENTIONS D'AUTO-PRISE EN CHARGE

Le cadre conceptuel fournit un point de départ qui permet d'aborder le domaine de l'auto-prise en charge, qui est en constante évolution, et de déterminer les interventions d'auto-prise en charge dans le but de procéder à des mises à jour ultérieures. Le cadre conceptuel illustre les éléments essentiels des approches « centrées sur la personne » et « fondées sur les systèmes de santé », qui peuvent appuyer l'introduction, l'acceptation et le déploiement des interventions d'auto-prise en charge. L'approche de la santé et du bien-être centrée sur la personne est au cœur de ce cadre et se fonde sur les « principes clés » illustrés dans la Figure 3.

APPROCHE ET PRINCIPES ESSENTIELS

Les présentes lignes directrices s'appuient sur une approche renforcée, exhaustive et centrée sur la personne de la santé et du bien-être, y compris pour ce qui est de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes. Elles font en outre la promotion de cette approche, qui est étayée par des principes essentiels que sont les droits humains, l'éthique et l'égalité. Les systèmes centrés sur la personne envisagent

les soins à chaque personne de façon holistique, en tenant compte de sa situation, de ses besoins et de ses souhaits tout au long de sa vie, de même que de l'environnement dans lequel elle vit.

PORTÉE DES INTERVENTIONS D'AUTO-PRISE EN CHARGE

Si l'auto-prise en charge a son importance dans tous les aspects de la santé, elle est essentielle – et particulièrement difficile à gérer – pour les populations souffrant des conséquences négatives des dynamiques politiques, culturelles, de genre et de pouvoir ainsi que pour les personnes vulnérables (c'est-à-dire les personnes porteuses d'un handicap ou d'une déficience mentale). Cela est vrai pour les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, dans la mesure où de nombreuses personnes ne sont pas capables de faire valoir leur autonomie sur leur corps, ni de prendre des décisions en matière de sexualité et de reproduction.

L'acceptation et l'utilisation des interventions d'auto-prise en charge sont des questions centrales et le transfert de responsabilité – entre, d'une part, la pleine responsabilité de l'utilisateur et, d'autre part, la pleine responsabilité du prestataire de soins (ou quelque part entre les deux) – peut également évoluer dans le temps pour chaque intervention et pour les différents groupes de population. En outre, tout le monde n'a pas besoin du même degré d'accompagnement, et les populations vulnérables en particulier peuvent avoir besoin d'informations et/ou d'un appui supplémentaires afin de prendre des décisions éclairées au sujet de leur acceptation et de leur utilisation des interventions d'auto-prise en charge. Il est fondamental que les liens entre l'auto-prise en charge indépendante et l'accès à des soins de santé de qualité pour les personnes vulnérables soient sans danger afin d'éviter de nuire aux patients. Lorsque l'auto-prise en charge est un choix par défaut qui s'explique par la peur ou l'absence de solutions alternatives, elle est susceptible d'aggraver les vulnérabilités.

PUBLIC CIBLE

Les présentes lignes directrices s'adressent principalement aux décideurs, aux chercheurs, aux gestionnaires de programmes, aux agents de santé (y compris aux pharmaciens), aux bailleurs de fonds et aux organisations de la société civile, à l'échelle nationale et internationale, qui sont chargés de prendre des décisions ou de donner

des conseils en matière de mise en place ou de promotion d'interventions d'auto-prise en charge. En arrière-plan, les développeurs de produits font également partie du public cible. Ces nouvelles lignes directrices ont également pour but d'apporter un soutien aux personnes concernées par les recommandations : celles qui se soignent elles-mêmes et les aidants.

Ce sont les services et les programmes de santé des milieux dans lesquels les ressources sont limitées qui tireront le plus grand bénéfice de ces lignes directrices, dans la mesure où ils sont confrontés aux difficultés les plus grandes à l'heure d'assurer la prestation de services adaptés aux besoins et aux droits des populations vulnérables. Il n'en reste pas moins que ces lignes directrices restent pertinentes quel que soit le milieu et devraient, par conséquent, être considérées comme des lignes directrices mondiales. À l'heure de mettre en application ces recommandations qui concernent le monde entier, les Régions de l'OMS et les pays peuvent les adapter au contexte local, en tenant compte de la situation économique ainsi que des services de santé et des établissements de soins existants.

UN ENVIRONNEMENT PROPICE À L'AUTO-PRISE EN CHARGE

Dans les environnements sûrs et propices, les interventions d'auto-prise en charge représentent une occasion d'accroître l'engagement actif des individus dans les questions relatives à leur propre santé, et notamment la participation des patients.

Un environnement sûr et propice est essentiel pour faciliter l'accès aux produits et aux interventions susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations vulnérables et marginalisées, de même que l'acceptation de ces produits et de ces interventions. Garantir et évaluer un environnement propice dans lequel les interventions d'auto-prise en charge peuvent être mises à disposition de façon sûre et appropriée doit être le point de départ incontournable de toute stratégie visant à introduire ou à déployer ces interventions. Cette stratégie doit être élaborée en fonction du profil des utilisateurs potentiels, des services qui leur sont proposés et, plus largement, de l'environnement juridique et stratégique ainsi que des appuis et des obstacles structurels rencontrés.

MÉTHODES D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

Le Département Santé reproductive et recherche de l'OMS a dirigé l'élaboration des présentes lignes directrices

consolidées conformément aux procédures décrites dans le *WHO handbook for guideline development (Manuel OMS pour l'élaboration des lignes directrices)*. Le Département a créé trois groupes de travail chargés d'exécuter certaines fonctions spécifiques concernant l'élaboration des lignes directrices : le groupe directeur, le groupe d'élaboration et le groupe d'examen externe. Les membres de ces groupes ont été sélectionnés de manière à apporter un large éventail de compétences et de données d'expérience et à assurer une représentation appropriée du point de vue de l'origine géographique et du sexe.

Le groupe directeur a piloté le processus d'élaboration des lignes directrices. Ses membres ont défini le champ d'application initial des lignes directrices, déterminé et rédigé les questions prioritaires au format PICO (population, intervention, comparaison et résultats) et recruté les méthodologistes spécialistes des lignes directrices ainsi que les membres des équipes chargées de l'examen systématique, du groupe d'élaboration et du groupe d'examen externe. Le groupe directeur a supervisé l'examen approfondi des documents d'orientation de l'OMS et dégagé les recommandations existantes en lien avec l'auto prise en charge, de même que les déclarations de bonnes pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Le groupe directeur a également mis en forme et publié ces lignes directrices ; il en supervisera la diffusion et participera à l'élaboration d'outils de mise en œuvre. Les membres du groupe d'élaboration ont participé à l'examen et à la mise au point définitive des principales questions PICO et à l'examen des synthèses de données issues des examens systématiques commandés. Ils ont également été chargés de formuler de nouvelles recommandations de l'OMS ainsi que des déclarations de bonnes pratiques lors de la réunion de leur groupe qui a eu lieu en janvier 2019, et ils ont dû parvenir à un consensus sur le contenu final de ces lignes directrices. Les membres du groupe d'examen externe ont été priés d'examiner le projet de lignes directrices afin de fournir un retour d'information sur les questions techniques, de repérer les erreurs factuelles, de formuler des observations sur la clarté de la langue et d'apporter leur éclairage sur les considérations liées aux questions de mise en œuvre, d'adaptation et de contexte. Le groupe a veillé à ce que les processus de prise de décisions figurant dans les lignes directrices aient été conçus pour tenir en compte et intégrer les valeurs et les préférences liées à la situation des personnes concernées par les recommandations. Il ne relève pas des fonctions du groupe d'examen externe de modifier les recommandations formulées par le groupe d'élaboration.

Le groupe directeur a déterminé les points pour lesquels de nouvelles recommandations devaient être élaborées dans

le cadre des présentes lignes directrices. Il s'agit des points suivants : auto administration de contraceptifs injectables, délivrance sans ordonnance de pilules contraceptives orales, utilisation de kits de prédiction de l'ovulation à la maison à des fins de contrôle de la fécondité, utilisation de kits d'auto prélèvement en vue de la détection du PVH pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, et utilisation de kits d'autoéchantillonnage pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). En outre, les membres du groupe ont recensé les domaines dans lesquels de nouvelles déclarations de bonnes pratiques étaient nécessaires. Il s'agit de la gestion sûre et durable des déchets liés aux soins de santé, de l'achat de produits écologiques, des considérations économiques liées à l'accès, à l'utilisation et à l'équité, de l'approche de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes prenant en compte toutes les étapes de la vie, du recours à des interventions de santé numérique pour faciliter l'acceptation des interventions d'auto prise en charge, et de l'assistance fournie dans l'auto prise en charge en situation de crise humanitaire.

Conformément au processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, au moment de formuler les recommandations, les délibérations des membres du groupe d'élaboration se sont fondées sur la qualité et la fiabilité des données disponibles. L'OMS a adopté la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour élaborer ses recommandations.

Aux fins des présentes lignes directrices, une attention toute particulière a également été accordée à la nécessité de créer un environnement favorable à la mise en place des interventions (voir chapitre 2), et le groupe d'élaboration a été prié d'envisager les conséquences (positives comme négatives) de chacune des recommandations sur le plan des droits humains. Une enquête mondiale sur les valeurs et les préférences a également été menée dans le cadre d'interventions d'auto prise en charge dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes (les conclusions pertinentes de cette enquête sont présentées au chapitre 4). Les valeurs et les préférences des utilisateurs finaux et des prestataires de soins ainsi que la prise en compte des questions pertinentes relatives à la faisabilité, à l'utilisation des ressources et à l'équité contribuent, dans leur ensemble, à définir la force de la recommandation.

Ces lignes directrices présentent les nouvelles recommandations de l'OMS, qui ont été publiées pour la première fois en 2019 dans le présent document (comme l'indique la mention « NOUVELLE » ; voir Tableau 1), les recommandations existantes, qui ont déjà été publiées dans

d'autres lignes directrices de l'OMS appliquant la méthode GRADE, ainsi que des déclarations de bonnes pratiques nouvelles, adaptées ou existantes (la mention « NOUVELLE » apparaît également pour les nouvelles déclarations de bonnes pratiques ; voir Tableau 2).

ÉLABORATION DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Les futurs travaux de recherche dans le domaine de l'auto prise en charge peuvent être définis selon deux grands axes : i) *l'élaboration* d'interventions d'auto prise en charge ; et ii) *la fourniture* de ces interventions.

Ce sont les besoins des individus, des collectivités, des communautés et des prestataires de soins, ou encore les perspectives systématiques, qui orienteront les travaux de recherche sur l'efficacité, l'efficience, la sécurité, la mise en œuvre et la fourniture des interventions. À ce titre, une attention particulière devra être accordée au choix des résultats à mesurer, car la mesure devra être faite sous l'angle pertinent. Ce principe est également valable pour les études des coûts et le calcul du rapport coût/efficacité.

Le recours de plus en plus fréquent à la santé numérique et à des solutions thérapeutiques numériques dans l'auto prise en charge offre de nouvelles possibilités d'obtenir des données concrètes en temps réel. Toutefois, il faut pour cela que le respect de la vie privée, la sécurité et la gestion de l'identité soient pleinement assurés dans les travaux de recherche éthique dans le domaine de l'auto prise en charge. De la transparence, une culture de la confiance et des avantages mutuels entre les participants aux travaux de recherche et les personnes chargées de diriger ces travaux sont absolument essentiels pour créer un environnement propice à la recherche.

Pendant l'élaboration des lignes directrices et lors de la réunion en présentiel de ses membres, le groupe d'élaboration a recensé d'importantes lacunes au niveau des connaissances, qu'il faudra combler au moyen de nouveaux travaux de recherche primaire. Le chapitre 6 des lignes directrices aborde les limites du corpus de données existant, présente des exemples de questions de recherche pertinentes pour la création d'un environnement favorable à l'auto prise en charge dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes et dresse la liste des points permettant de combler les lacunes identifiées en matière de recherche, en rapport avec les nouvelles recommandations contenues dans les présentes lignes directrices, ainsi que des exemples de questions de

recherche portant sur les interventions d'auto prise en charge dans plusieurs domaines dans lesquels des résultats en matière de droits humains et d'équité peuvent être mesurés.

MISE EN ŒUVRE, APPLICABILITÉ, SUIVI ET ÉVALUATION DES LIGNES DIRECTRICES

Une mise en œuvre efficace des recommandations et des déclarations de bonnes pratiques figurant dans les présentes lignes directrices nécessitera probablement une réorganisation des soins et une redistribution des ressources de santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les obstacles potentiels sont examinés au chapitre 7. Plusieurs stratégies seront appliquées pour veiller à ce que l'approche centrée sur la personne et les principes essentiels qui sous-tendent les présentes lignes directrices soient mis en œuvre, ainsi que pour lever les obstacles et faciliter l'application de ces lignes directrices.

La mise en œuvre et l'impact de ces recommandations feront l'objet d'un suivi aux différents niveaux des services de santé, aux niveaux régional et national, sur la base d'indicateurs existants. Toutefois, étant donné que l'auto prise en charge relève de la sphère privée, des moyens alternatifs d'évaluer l'impact des interventions pratiquées devront être mis au point. Mettre l'accent sur l'acceptation et l'utilisation par les populations vulnérables de l'auto prise en charge signifie qu'il faudra qu'il y ait une véritable participation de la part des communautés concernées.

ACTUALISATION DES LIGNES DIRECTRICES

Les présentes lignes directrices sont conçues pour être « évolutives ». Étant donné qu'il s'agit d'un domaine en mutation rapide, une telle approche permettra l'examen continu des nouvelles données qui serviront à enrichir les versions ultérieures de ce texte « évolutif ». Les recommandations présentées dans la présente publication représentent un sous ensemble d'interventions d'auto prise en charge hiérarchisées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, et les présentes lignes directrices visent à inclure, progressivement, un ensemble plus large d'interventions d'auto prise en charge au fil des versions ultérieures, et à actualiser les recommandations à la lumière des nouvelles données disponibles.

Les présentes lignes directrices seront donc actualisées au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles. Il sera sans doute nécessaire de procéder à

une première actualisation dans les 18 à 24 mois à compter de la diffusion de la présente version, soit pour adapter les recommandations existantes en fonction des données nouvellement disponibles, soit pour élaborer de nouvelles recommandations sur la base de ces données inédites, notamment en ce qui concerne les nouvelles interventions d'auto prise en charge dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes qui n'étaient peut-être pas disponibles ou n'avaient pas été recensées au cours des discussions autour de la version précédente des lignes directrices.

L'OMS a pour objectif d'élaborer des orientations complémentaires sur la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, ainsi que dans d'autres domaines liés à la santé. Ces orientations devraient promouvoir l'équité, pouvoir être mises en œuvre aisément et apporter des améliorations dans le domaine de l'auto-prise en charge, de sorte que des recommandations appropriées soient intégrées aux futures versions de ces lignes directrices et puissent ensuite être adoptées et appliquées par les pays et dans le cadre des programmes.

Le Tableau 1 présente les recommandations nouvelles et existantes concernant l'auto prise en charge dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes sur les sujets suivants : 1) Améliorer les soins prénatals, les soins périnatals, les soins du post-partum et les soins au nouveau-né ; 2) Assurer des services de planification familiale de grande qualité, y compris contre la stérilité ; 3) Éliminer le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ; et 4) Combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col utérin et d'autres affections gynécologiques. Ces sujets correspondent à quatre des cinq domaines prioritaires en matière de santé sexuelle et reproductive ciblés dans la Stratégie mondiale de santé génésique de l'OMS (2004). Le cinquième domaine – Promouvoir la santé sexuelle – ne fait l'objet d'aucune recommandation, nouvelle ou existante, concernant les interventions d'auto prise en charge, mais il existe à cet égard des orientations pertinentes qui figurent dans les présentes lignes directrices.

Le Tableau 2 présente les déclarations de bonnes pratiques nouvelles et existantes concernant les interventions d'auto prise en charge sur les sujets suivants : 1) Considérations environnementales ; 2) Considérations financières et économiques ; 3) Besoins des prestataires de soins en matière de formation ; et 4) Considérations relatives à la mise en œuvre par les populations vulnérables.

TABLEAU 1 : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS (REC) NOUVELLES ET EXISTANTES RELATIVES AUX INTERVENTIONS D'AUTO-PRISE EN CHARGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DES DROITS CONNEXES^{1,2}

| RECOMMANDATION (REC) ^a | NIVEAU DE LA RECOMMANDATION, DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES FACTUELLES |
|---|--|
| 1. Améliorer les soins prénatals, les soins périnatals, les soins post-partum et les soins au nouveau-né | |
| Recommandations existantes concernant les interventions non cliniques ciblant les femmes afin de réduire les césariennes inutiles | |
| REC 1 : L'éducation sanitaire des femmes est un élément essentiel des soins prénatals. Les interventions éducatives et les programmes d'appui suivants sont recommandés afin de réduire le nombre de césariennes en utilisant uniquement des mesures ciblées de suivi et d'évaluation. | Recommandation à adapter à chaque contexte, données factuelles peu certaines |
| REC 1a : Ateliers de préparation à l'accouchement (comprenant des séances portant, par exemple, sur la peur de l'accouchement et la douleur, sur les techniques pharmacologiques de traitement de la douleur et leurs effets, sur les méthodes non pharmacologiques permettant de soulager la douleur, sur les avantages et les inconvénients de la césarienne et de l'accouchement par voie basse, ainsi que sur les indications et les contre-indications de la césarienne). | Données factuelles peu certaines à moyennement certaines |
| REC 1b : Programme de formation à la relaxation appliquée mené par du personnel infirmier (comprenant des discussions de groupe sur les problèmes liés à l'angoisse et au stress pendant la grossesse ainsi que sur l'objectif de la relaxation appliquée et sur les techniques de respiration profonde, entre autres techniques de relaxation). | |
| REC 1c : Programme de prévention psychosociale fondée sur le couple (traitant notamment de l'autogestion émotionnelle, de la gestion des conflits, de la résolution de problèmes, de la communication et des stratégies de soutien mutuel qui renforcent la coparentalité positive auprès d'un nourrisson). Dans cette recommandation, on entend par « couple » les couples, les personnes entretenant des relations étroites ou d'autres personnes proches. | |
| REC 1d : Psychoéducation (à destination des femmes ayant peur de la douleur ; programme comprenant entre autres des informations sur la peur et l'angoisse, la peur de l'accouchement, la normalisation des réactions individuelles, les phases du travail, les procédures hospitalières, le processus de l'accouchement et les moyens de soulager la douleur [sous la direction d'un thérapeute et d'une sage-femme]). | |
| Recommandations existantes concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive – interventions d'auto-prise en charge pour les symptômes physiologiques communs | |
| REC 2 : En ce qui concerne les interventions éducatives et les programmes d'appui, aucun format précis (par exemple brochure, vidéos, jeux de rôle) n'est recommandé parce qu'il serait plus efficace. | Non précisé |

¹ Voir une liste des recommandations existantes pour les maladies non transmissibles (MNT) à l'Annexe 2.

² Further details on assessment of the quality of the evidence and determination of the strength of recommendation can be found in chapter 3 sections 3.5.2 and 3.5.3

TABLEAU 1 (suite)

| RECOMMANDATION (REC) ^a | NIVEAU DE LA RECOMMANDATION, DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES FACTUELLES |
|---|--|
| Interventions en cas de nausées et de vomissements | |
| REC 3 : Le gingembre, la camomille, la vitamine B6 et/ou l'acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de chaque femme et des options dont elle dispose. | Non précisé |
| Interventions en cas de brûlures d'estomac | |
| REC 4 : Il est recommandé de prodiguer des conseils sur l'alimentation et le mode de vie pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations anti-acide peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes difficiles à supporter qui ne sont pas soulagés par l'adaptation du mode de vie. | Non précisé |
| Interventions en cas de crampes aux jambes | |
| REC 5 : Des options thérapeutiques à base de magnésium, de calcium ou de produits non pharmacologiques peuvent être utilisées pour soulager les crampes aux jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de chaque femme et des options dont elle dispose. | Non précisé |
| Interventions en cas de lombalgie et de douleurs pelviennes | |
| REC 6 : Il est recommandé de faire régulièrement de l'exercice pendant la grossesse afin de prévenir la lombalgie et les douleurs pelviennes. Différentes options thérapeutiques peuvent être utilisées, par exemple la physiothérapie, le port de ceintures de maintien et l'acupuncture, en fonction des préférences de chaque femme et des options dont elle dispose. | Non précisé |
| Interventions en cas de constipation | |
| REC 7 : Le son de blé ou d'autres suppléments riches en fibre peuvent être utilisés pour soulager la constipation pendant la grossesse si la situation ne s'améliore pas en adaptant l'alimentation, en fonction des préférences de chaque femme et des options dont elle dispose. | Non précisé |
| Interventions en cas de varices et d'œdèmes | |
| REC 8 : Des options non pharmacologiques, comme le port de bas de contention, l'élévation des jambes et l'immersion dans l'eau, peuvent être utilisées pour prendre en charge l'apparition de varices et d'œdèmes pendant la grossesse, en fonction des préférences de chaque femme et des options dont elle dispose. | Non précisé |
| Recommandations existantes concernant l'automédication à base d'analgésiques pour prévenir l'allongement de la première phase du travail | |
| REC 9 : Il n'est pas recommandé de soulager la douleur pour prévenir l'allongement du travail et pour réduire le recours à l'accélération du travail. | Peu recommandé, données factuelles de très mauvaise qualité |

TABLEAU 1 (suite)

| RECOMMANDATION (REC) ^a | NIVEAU DE LA RECOMMANDATION, DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES FACTUELLES |
|---|--|
| 2. Assurer des services de planification familiale de grande qualité, y compris contre la stérilité | |
| Nouvelles recommandations concernant l'auto-administration de contraceptifs injectables | |
| REC 10 (NOUVELLE) : Des contraceptifs injectables auto-administrés devraient être mis à disposition dans le cadre d'une approche additionnelle d'administration de contraceptifs injectables pour les personnes en âge de procréer. | Fortement recommandé, données factuelles moyennement certaines |
| Nouvelles recommandations concernant l'auto-prise en charge de l'utilisation de contraceptifs au moyen des pilules contraceptives orales délivrées sans ordonnance | |
| REC 11 (NOUVELLE) : Des pilules contraceptives orales devraient être délivrées sans ordonnance aux personnes recourant à ce type de pilule. | Fortement recommandé, données factuelles très peu certaines |
| Nouvelles recommandations concernant l'utilisation autonome de kits de prédiction de l'ovulation aux fins de régulation de la fécondité | |
| REC 12 (NOUVELLE) : Les kits de prédiction de l'ovulation à utiliser à la maison devraient être mis à disposition en tant qu'approche supplémentaire de gestion de la fécondité pour les personnes essayant de concevoir. | Fortement recommandé, données factuelles très peu certaines |
| Recommandation actuelle concernant le préservatif | |
| REC 13 : L'utilisation régulière et correcte des préservatifs masculin et féminin est très efficace pour prévenir la transmission sexuelle du VIH, réduire le risque de transmission du VIH de l'homme à la femme et réciproquement chez les couples sérodiscordants, réduire le risque de contracter d'autres IST et des affections associées (y compris les condylomes acuminés et le cancer du col de l'utérus), et prévenir les grossesses non désirées. | Non précisé |
| REC 14 : L'utilisation régulière et correcte des préservatifs avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée pour toutes les populations clés pour prévenir la transmission sexuelle du VIH et des IST. | Fortement recommandé, données factuelles de qualité moyenne |
| Recommandations existantes sur le nombre de plaquettes de pilules à progestatif seul et de plaquettes de contraceptifs oraux combinés devant être remis à la première visite et aux visites suivantes | |
| REC 15a : Fournir au maximum une quantité correspondant à une année de consommation de pilules, selon les préférences de la femme et l'usage prévu | Non précisé |
| REC 15b : Les programmes doivent trouver un équilibre entre, d'une part, la volonté de donner aux femmes le meilleur accès possible aux pilules et, d'autre part, les préoccupations liées aux stocks de contraceptifs et à la logistique. | Non précisé |
| REC 15c : Le système de réapprovisionnement doit être suffisamment souple pour que la femme puisse obtenir facilement le volume de pilules requis, le moment voulu. | Non précisé |

TABLEAU 1 (suite)

| RECOMMANDATION (REC) ^a | NIVEAU DE LA RECOMMANDATION, DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES FACTUELLES |
|--|--|
| 3. Éliminer le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité | |
| Recommandations existantes sur l'autogestion de l'avortement médicamenteux lors du premier trimestre | |
| REC 16 : L'auto-évaluation de l'éligibilité [à un avortement médicamenteux] est recommandée dans le cadre d'une recherche rigoureuse. | Non précisé |
| REC 17 : La prise de la mifépristone et du misoprostol sans encadrement direct par un prestataire de soins est préconisée dans certaines circonstances. Nous recommandons cette option quand la femme dispose d'une source d'informations exactes et peut avoir accès à tout moment à un prestataire de soins si elle en a besoin ou le souhaite. | Non précisé |
| REC 18 : Dans certaines circonstances, il est préconisé à la femme d'évaluer elle-même si l'avortement a été mené à bien, au moyen de tests de grossesse et de listes de contrôles. Nous recommandons cette option quand la mifépristone et le misoprostol sont utilisés, et quand la femme dispose d'une source d'informations exactes et peut avoir accès à tout moment à un prestataire de soins si elle en a besoin ou le souhaite. | Non précisé |
| Recommandations existantes sur le recours à la contraception hormonale postavortement | |
| REC 19 : L'auto-administration de contraceptifs injectables est préconisée dans certaines circonstances. Nous recommandons cette option quand des mécanismes sont en place pour fournir à la femme des informations et une formation appropriées, que les dispositifs d'orientation vers les prestataires de soins sont solides, et qu'un suivi peut être assuré. | Non précisé |
| REC 20 : Concernant les femmes qui font un avortement médicamenteux avec la combinaison mifépristone-misoprostol ou avec le misoprostol seul et qui souhaitent une contraception hormonale (pilules orales, timbre, anneau, implant ou injection), nous suggérons de leur laisser la possibilité d'entamer une contraception hormonale immédiatement après la première pilule du schéma médicamenteux utilisé pour l'avortement. | Non précisé |
| 4. Combattre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection à VIH, les infections de l'appareil reproducteur, le cancer du col utérin et d'autres affections gynécologiques | |
| Nouvelle recommandation sur l'auto-prélèvement pour la recherche du PVH | |
| REC 21 (NOUVELLE) : Pour les sujets âgés de 30 à 60 ans, l'auto-prélèvement pour la recherche du PVH devrait être proposé en plus du prélèvement dans des services de dépistage du cancer du col de l'utérus. | Fortement recommandé, données factuelles moyennement certaines |
| Nouvelle recommandation concernant l'auto-prélèvement pour le dépistage des IST | |
| REC 22a (NOUVELLE) : L'auto-prélèvement pour la recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et de <i>Chlamydia trachomatis</i> devrait être proposé en plus du prélèvement dans les services de dépistage des IST. | Fortement recommandé, données factuelles moyennement certaines |
| REC 22b (NOUVELLE) : L'auto-prélèvement pour la recherche de <i>Treponema pallidum</i> (syphilis) et de <i>Trichomonas vaginalis</i> devrait être proposé en plus du prélèvement dans les services de dépistage des IST. | Recommandation sous conditions, données factuelles peu certaines |

TABLEAU 1 (suite)

| RECOMMANDATION (REC) ^a | NIVEAU DE LA RECOMMANDATION, DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES FACTUELLES |
|--|--|
| Recommandation existante sur l'auto-dépistage du VIH | |
| REC 23 : L'auto-dépistage du VIH doit être proposé comme approche supplémentaire s'ajoutant aux services de dépistage du VIH. | Fortement recommandé, données factuelles de qualité moyenne |
| Recommandation existante concernant le sentiment d'efficacité personnelle et l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH | |
| REC 24 : Pour les femmes vivant avec le VIH, les interventions relatives au sentiment d'efficacité personnelle et à l'autonomisation pour la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes doivent être assurées de manière à améliorer au maximum leur santé et à leur permettre de faire valoir leurs droits. | Fortement recommandé, données factuelles de mauvaise qualité |
| 5. Promouvoir la santé sexuelle | |
| Il n'y a pas de nouvelle recommandation, ni de recommandation existante, sur les interventions d'auto-prise en charge dans ce domaine, mais les orientations applicables actuelles de l'OMS figurent dans ces lignes directrices. | |

^a Les recommandations sont regroupées dans les cinq aspects essentiels de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, ciblés dans la : *Stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique* publiée en 2004 par l'OMS (disponible à l'adresse : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/fr/).

TABLEAU 2 : RÉSUMÉ DES DÉCLARATIONS DE BONNES PRATIQUES NOUVELLES ET EXISTANTES CONCERNANT LES INTERVENTIONS D'AUTO PRISE EN CHARGE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET DES DROITS CONNEXES

| DÉCLARATION DE BONNES PRATIQUES (DBP) |
|--|
| 1. Considérations environnementales |
| Déclaration de bonnes pratiques adaptée sur la gestion sûre et durable des déchets liés aux soins de santé |
| DBP 1 (ADAPTÉE) : L'élimination sûre et sécurisée des déchets issus des produits liés à l'auto prise en charge devrait être encouragée à tous les niveaux. |
| Déclaration de bonnes pratiques adaptée sur l'achat de produits écologiques |
| DBP 2 (ADAPTÉE) : Les pays, les donateurs et les parties prenantes concernées devraient œuvrer en faveur de l'achat de produits écologiques (EPP) pour ce qui a trait à l'auto prise en charge, en privilégiant des produits qui entraînent moins de gaspillage, qui peuvent être recyclés ou qui occasionnent moins de déchets dangereux, ou encore en utilisant de plus petites quantités de produits. |
| 2. Considérations financières et économiques |
| Déclarations de bonnes pratiques adaptées sur les considérations économiques liées à l'accès, à l'utilisation et à l'équité |
| DBP 3 (ADAPTÉE) : Les populations vulnérables devraient pouvoir disposer d'un accès abordable et acceptable à des services de santé et à des interventions d'auto prise en charge de qualité, au nom des principes d'éthique médicale, de la protection contre la stigmatisation, la coercition et la violence, de la non-discrimination et du droit à la santé. |
| DBP 4 (ADAPTÉE) : L'ensemble des individus et des communautés devraient pouvoir bénéficier des services de santé et des interventions d'auto prise en charge dont ils ont besoin sans s'exposer à des difficultés financières. |
| 3. Besoins des prestataires de soins en matière de formation |
| Déclaration de bonnes pratiques existantes sur les valeurs et compétences nécessaires aux personnels de santé pour promouvoir les interventions d'auto prise en charge |
| DBP 5 : Les agents de santé devraient se voir proposer des formations périodiques et des activités de sensibilisation appropriées afin de disposer des compétences, des connaissances et de la compréhension nécessaires à la fourniture de services à des adultes et à des adolescents issus de populations clés, sur la base du droit de tout un chacun à la santé, à la confidentialité et à la non-discrimination. |
| 4. Considérations relatives à la mise en œuvre pour les populations vulnérables |
| Nouvelle déclaration de bonnes pratiques sur l'approche de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes prenant en compte toutes les étapes de la vie |
| DBP 6 (NOUVELLE) : Les activités de sensibilisation sur les interventions d'auto prise en charge, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, devraient être adaptées aux besoins spécifiques des populations à toutes les étapes de la vie et aux situations et contextes particuliers, et le droit de ces populations à la santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie devrait être reconnu. |
| Nouvelle déclaration de bonnes pratiques sur le recours à des interventions de santé numérique pour faciliter l'acceptation des interventions d'auto prise en charge |
| DBP 7 (NOUVELLE) : Les interventions de santé numérique permettent de promouvoir les interventions d'auto prise en charge, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, et fournissent aux populations des informations et des espaces de discussion à cet égard. |
| Nouvelle déclaration de bonnes pratiques sur l'assistance fournie dans l'auto prise en charge en situation de crise humanitaire |
| DBP 8 (NOUVELLE) : La fourniture d'une assistance adaptée, en temps voulu, dans le cadre des interventions d'auto prise en charge, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes, en situation de crise humanitaire devrait avoir lieu dans le respect des orientations internationales, être intégrée aux plans de préparation aux situations d'urgence et s'inscrire dans le cadre des actions menées. |

TABLEAU 2 (suite)

| Déclaration de bonnes pratiques existantes et adaptées sur la mise en œuvre de l'auto prise en charge pour les populations vulnérables |
|--|
| DBP 9 (ADAPTÉE) : Les populations vulnérables devraient être à même de mener une vie sexuelle qui soit épanouissante et source de plaisir, et elles devraient avoir accès à toute une gamme d'options en matière de santé sexuelle. |
| DBP 10 (ADAPTÉE) : Les pays devraient s'efforcer d'élaborer et d'appliquer des lois contre la discrimination qui soient protectrices, qui se fondent sur les normes concernant les droits humains, afin de faire disparaître la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations vulnérables. |
| DBP 11 : Les pays devraient s'efforcer de décriminaliser certains comportements tels que la consommation/l'injection de drogues, le commerce du sexe, les relations homosexuelles et le refus de se conformer à son genre biologique ; ils devraient en outre lutter contre l'application injuste du droit civil et des réglementations sanctionnant les personnes qui consomment/s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres. |
| DBP 12 : Les pays sont invités à réexaminer leurs politiques actuelles en matière de consentement et à envisager la révision de celles-ci afin de réduire les obstacles liés à l'âge qui entravent l'accès aux services de prise en charge de l'infection à VIH, d'une part, et, d'autre part, à donner aux agents de santé les moyens d'agir dans l'intérêt des adolescents. |
| DBP 13 : Il est recommandé de fournir aux adolescents des services de santé sexuelle et reproductive, notamment des informations et des services relatifs à la contraception, sans les obliger à demander l'autorisation à leurs parents ou tuteurs ou à avertir ces derniers. |

WHO/RHR/19.14 ©

Organisation mondiale de la Santé 2019 Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence IGO (CC BY-NC-SA 3.0). Pour de plus amples informations, veuillez contacter : Département Santé reproductive et recherche, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia 20, CH 1211 Genève 27, Suisse
Courriel : reproductivehealth@who.int
Site Internet : www.who.int/reproductivehealth

