

WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION

Research. Rethink. Resolve.



Perturbations et adaptations : Les effets de la COVID-19 sur les services de contraception dans le cadre du lien entre l'humanitaire et le développement

Décembre 2020



La commission des femmes pour les réfugiés « Women's Refugee Commission (WRC) » améliore la vie et protège les droits des femmes, des enfants et des jeunes déplacés par les conflits et les crises. Nous étudions leurs besoins, identifions des solutions et plaidons pour les programmes et les politiques permettant de renforcer leurs capacités d'adaptation et de produire un changement au sein des pratiques d'aide humanitaire.

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Lily Jacobi de la commission des femmes pour les réfugiés « Women's Refugee Commission (WRC) ». Les recherches ont été menées par Lily Jacobi, Sarah Rich et Cady Nyombe Gbomosa, consultante du WRC, avec le soutien de Hilary Wartinger et Erin Worden de la WRC. Le rapport a été revu par Sarah Rich, Sandra Krause, Joanna Kuebler et Diana Quick de la WRC. Le rapport a été conçu par Diana Quick.

Contact

Pour plus d'informations, veuillez contacter Lily Jacobi, conseillère en santé sexuelle et reproductive et en recherche, à l'adresse LilyJ@wrcommission.org.

Couverture : Un assortiment de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles dans un établissement de santé au Mozambique. © Arturo Sanabria

© 2020 Women's Refugee Commission, Inc.

Women's Refugee Commission
15 West 37th Street
9th Floor
New York, NY 10018
(212) 551 3115
info@wrcommission.org
womensrefugeecommission.org



Contents

Introduction.....	1
Méthodes et éthique	2
Limites	2
Perturbations, défis et solutions en matière de prestation de services de contraception dans le cadre de la pandémie de COVID-19.....	3
Disponibilité des méthodes	3
Disponibilité des fournisseurs	4
Fourniture de contraceptifs	6
Collecte et communication des données	7
Formation	8
Sensibilisation de la communauté	9
Demande de services	9
Obstacles pour les populations marginalisées	10
Adaptation de la prestation des services de contraception dans le contexte de la pandémie de COVID-19	11
Utilisation de la technologie et de la télémédecine	12
Approvisionnement plurimestriel	13
Transfert et partage des tâches	13
Information sur la contraception au niveau communautaire et prestation et distribution de services	13
Auto-administration du DMPA-SC	15
Prestation de services intégrés	16
Facteurs affectant l'accès et la disponibilité des contraceptifs dans le contexte de la pandémie de COVID-19	16
Différences de perturbations et d'adaptations entre les contextes humanitaires, fragiles et de développement	16
Préparation à la santé sexuelle et reproductive	17
Priorisation des services de contraception et de SSR lors de la réponse à la COVID-19 ...	18
Utiliser le DMU pour la SSR pour guider la priorisation de la prestation de services	20
Utilisation d'autres orientations sur l'adaptation des services pendant la COVID-19 ...	21
La coordination	22
Financement.....	24
Suivre ce qui fonctionne maintenant et dans les situations d'urgence futures	25
Discussion.....	27
Conclusion	31
Acronyms and abbreviations	32



Introduction

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la COVID-19 était une pandémie.¹ Deux semaines plus tard, le 25 mars, les Nations Unies (ONU) ont lancé le Plan mondial d'intervention humanitaire pour la COVID-19, en lançant un appel de 2,01 milliards de dollars pour combattre la COVID-19 dans les pays les plus vulnérables du monde.² Au moment où le plan d'intervention et l'appel ont été publiés, la COVID-19 faisait déjà des ravages dans les pays les plus riches du monde, et était sur le point de dévaster des pays confrontés à la fragilité et aux crises, et d'exacerber des besoins humanitaires déjà critiques à l'échelle mondiale.

La contraception sauve des vies et constitue un service de santé prioritaire dans les situations d'urgence - comme le précise le dispositif minimum d'urgence (DMU) de 2018 pour la santé sexuelle et reproductive (SSR). Il doit être mis à disposition dès le début de chaque intervention d'urgence, y compris en cas d'épidémie et de pandémie.³ Face aux perturbations aiguës des déplacements, de la prestation de services et des chaînes d'approvisionnement dues à la pandémie de COVID-19, les parties prenantes ont rapidement adapté leurs activités pour fournir des services de contraception continus, en développant et en mettant en œuvre des innovations en matière de préparation et de réponse en temps réel.

La commission des femmes pour les réfugiés « Women's Refugee Commission (WRC) » a mené une série d'entrevues avec des informateurs clés (EIC) auprès de diverses parties prenantes afin de documenter l'impact de la COVID-19 sur la prestation de services de contraception, les innovations et adaptations en matière de prestation de services afin de continuer à fournir des moyens de contraception pendant la pandémie, ainsi que les obstacles et les facilitateurs à la prestation de services de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la préparation et de la réponse à la COVID-19 dans des contextes où le lien entre l'humanitaire et le développement est étroit.

Cette série d'EIC est l'une des composantes d'une évaluation paysagère à méthode mixte, qui comprend une revue de la littérature, une enquête de couverture mondiale sur la prestation de services de contraception dans les contextes humanitaires (enquête de couverture), deux séries d'EIC avec les parties prenantes à travers le lien humanitaire-développement, et trois études de cas dans divers contextes humanitaires - Cox's Bazar, Bangladesh,⁴ État de Borno, Nigeria,⁵ et Mozambique affecté par le cyclone Idai.⁶

- 1 Organisation mondiale de la santé, « Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) », mis à jour le 31 juillet 2020, www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen.
- 2 Bureau des Nations unies pour la coordination des affaires humanitaires, *Plan global d'intervention humanitaire - COVID-19*, le 25 mars 2020, www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf.
- 3 Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive en situation de crise, *Manuel de terrain inter-agences sur la santé reproductive en situation humanitaire*, (2018), <https://iawgfieldmanual.com>.
- 4 Women's Refugee Commission, *A Clear Case for Need and Demand: Accessing Contraceptive Services for Rohingya Women and Girls in Cox's Bazar* (2019), www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-service-delivery-in-the-refugee-camps-of-cox-s-bazar-bangladesh.
- 5 Women's Refugee Commission, *Gap between Supply and Demand for Contraceptive Services in Northeast Nigeria* (2020), www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-services-gap-nigeria.
- 6 Women's Refugee Commission, *Opportunities and Challenges for Contraceptive Service Delivery in Cyclone Idai-Affected Areas of Mozambique* (2020), www.womensrefugeecommission.org/research-resources/opportunities-challenges-for-contraceptive-service-delivery-in-cyclone-idai-affected-areas-mozambique.

En novembre 2020, DFPC a réuni des intervenants techniques provenant de divers milieux et organisations afin d'élaborer ensemble des recommandations pratiques à l'intention des gouvernements, des donateurs, des chercheurs, des défenseurs et des partenaires de mise en œuvre pour faire progresser la disponibilité et l'accessibilité de services de contraception durables et de qualité dans le cadre du lien entre l'humanitaire et le développement. Ces recommandations, ainsi qu'une synthèse et une discussion des principales conclusions de toutes les composantes de l'évaluation de l'aménagement paysager, seront disponibles en janvier 2021.

Méthodes et éthique

Entre août et octobre 2020, la commission des femmes pour les réfugiés « Women's Refugee Commission (WRC) » a mené 29 entretiens avec des informateurs clés (EIC) parmi les représentants des agences des Nations Unies, des autorités sanitaires gouvernementales, des organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et des organisations non gouvernementales (ONG) nationales qui soutiennent ou fournissent des services de contraception dans des contextes où le lien entre l'humanitaire et le développement est étroit. Les répondants ont été identifiés à l'aide d'un échantillonnage ciblé et en boule de neige et comprenaient des représentants d'une agence des Nations unies, de onze ONGI, de cinq ONG nationales et de trois autorités sanitaires gouvernementales de trois pays. Parmi les répondants des agences des Nations Unies et des ONGI, 12 étaient basés au siège et 8 travaillaient au niveau régional ou national. Aux fins de l'anonymat, les données des répondants des agences des Nations Unies seront déclarées comme celles des ONGI. Vingt-trois entretiens ont été menés en anglais. Six entretiens ont été menés et transcrits en français, puis traduits en anglais pour codage et analyse. Les transcriptions ont été codées et soumises à une analyse thématique à l'aide de NVivo 12 Plus.

Après avoir obtenu le consentement verbal éclairé, les entretiens ont été enregistrés et les enregistrements ont été effacés après la transcription. Tous les matériaux ont été stockés sur des dispositifs sécurisés et protégés par un mot de passe. Aucune information permettant d'identifier le répondant ou son organisation n'est incluse dans ce rapport ni dans aucun produit de l'évaluation de l'aménagement paysager.

Limites

Les chercheurs n'ont pas tenté d'atteindre la saturation, et les résultats ne sont peut-être pas représentatifs des expériences de toutes les organisations fournissant ou soutenant la prestation de services de contraception dans des contextes de lien entre l'humanitaire et le développement après le début de la pandémie de COVID-19.



Perturbations, défis et solutions en matière de prestation de services de contraception dans le cadre de la pandémie de COVID-19

Dans tous les milieux et organisations, les répondants ont été presque unanimes à citer les perturbations de la prestation de services de contraception et de santé sexuelle et reproductive par des restrictions obligatoires, notamment des restrictions de mouvement, des fermetures et des couvre-feux. De nombreux répondants ont indiqué que les établissements de santé offrant des services de contraception étaient fermés, au moins pendant un certain temps, dans le cadre de ces restrictions. Plusieurs répondants représentant différents types d'organisations travaillant dans des contextes humanitaires et de développement ont déclaré avoir subi des perturbations dans la prestation de services de contraception et de SSR en raison de la réorientation des prestataires en réponse à la COVID-19 et/ou de la conversion des installations en centres de traitement de la COVID-19.

Les personnes interrogées dans les organisations et les milieux n'ont généralement pas fait état de perturbations spécifiques aux services de contraception, notant plutôt que de nombreux services de santé sexuelle et reproductive ont été initialement perturbés en raison de la perception des gouvernements selon laquelle ils n'étaient pas essentiels ou vitaux, et étaient donc soumis aux restrictions susmentionnées. Cependant, de nombreuses personnes interrogées au sein des organisations et des milieux ont déclaré avoir mené des actions de plaidoyer auprès des gouvernements pour leur faire comprendre l'importance de la disponibilité des services de SSR, y compris les contraceptifs, et plusieurs personnes interrogées représentant différents types d'organisations et de milieux ont déclaré que ces efforts avaient contribué avec succès à la réouverture des établissements et/ou à la reprise de la prestation des services de SSR. Pour plus d'informations sur la priorité accordée par les gouvernements et les parties prenantes aux services de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la préparation et de la réponse à la COVID-19, voir la section « Préparation à la santé sexuelle et reproductive » à la page 17.

Disponibilité des méthodes

Il a été demandé aux personnes interrogées si elles avaient observé des différences dans l'impact de la COVID-19 sur la priorité ou la disponibilité des différents services de contraception, y compris les méthodes à courte durée d'action (pilules contraceptives orales [PCO], injectables, préservatifs et contraception d'urgence), les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, ou les contraceptifs réversibles à longue durée d'action, CRLDA (dispositifs intra-utérins [DIU] et implants), et le retrait des CRLDA. Un nombre limité de répondants ont déclaré avoir observé une diminution de l'incidence ou de la disponibilité des méthodes permanentes, mais les chercheurs n'ont pas étudié en profondeur l'impact de la COVID-19 sur la disponibilité des méthodes permanentes.

Plusieurs personnes interrogées, représentant différents types d'organisations et travaillant dans des contextes variés, ont fait état de réductions plus importantes ou de difficultés dans la fourniture de LARC par rapport aux méthodes à courte durée d'action, en particulier au début de la pandémie. Cela serait dû à la disponibilité limitée des équipements de protection individuelle (EPI), à la présence obligatoire du prestataire et à la réduction du flux de clients dans les installations fixes. En outre, un nombre limité de répondants ont indiqué que leur organisation avait publié ou suivait les directives gouvernementales sur la prestation de services pendant la COVID-19 qui mettaient l'accent sur la

fourniture de méthodes à action rapide plutôt que sur les CRLDA.

Cependant, nous avons reçu des réponses variées, de nombreux répondants, dans les organisations et les milieux, indiquant qu'ils étaient en mesure de continuer à fournir un mélange de méthodes diversifiées. Cela suggère que l'impact sur la disponibilité des différentes méthodes dans un cadre donné a été fortement influencé par les paramètres des restrictions et des lignes directrices gouvernementales instituées en réponse au début de la pandémie, en particulier au cours des premières semaines ou des premiers mois.

Plusieurs répondants, représentant différents types d'organisations et travaillant dans des contextes humanitaires et de développement, ont noté que de nombreuses directives gouvernementales et/ou organisationnelles enjoignaient aux prestataires de conseiller aux clients qu'il est sûr et efficace d'utiliser les CRLDA après la date d'expiration fixée par le fabricant, et qu'ils pouvaient retarder les retraits de routine tout en étant protégés contre une grossesse non désirée. Cependant, les personnes interrogées ont souligné que les conseils n'empêchaient pas les femmes qui souhaitaient que leur CRLDA soit retiré de pouvoir le faire.

Certaines personnes interrogées ont indiqué que si les prestataires continuaient à respecter le choix des clients, ils conseillaient les femmes sur les avantages potentiels de choisir un CRLDA pendant la pandémie afin de minimiser les déplacements vers l'établissement de santé ou en prévision de futures perturbations de l'accès.

Une ONG internationale basée au niveau du siège, dont l'organisation soutient la prestation de services de contraception dans un grand nombre de pays, y compris dans des contextes humanitaires et de développement, a fait remarquer que, de son point de vue, l'accent initial mis sur la télémédecine dans les premières semaines de la pandémie a eu un impact négatif sur la fourniture de CRLDA et a accéléré l'épuisement des stocks de méthodes à action rapide. En conséquence, il a indiqué que, dans tous les contextes, son organisation a veillé à ce que différentes méthodes soient mises à disposition par le biais de divers « canaux » au niveau des districts - principalement en transférant la fourniture de PCU, de pilules contraceptives d'urgence (PCU) et de préservatifs des établissements vers des mécanismes de distribution communautaires, tout en veillant à ce que les CRLDA continuent d'être disponibles dans les établissements. Il a déclaré que « cette approche hybride, qui consiste à avoir le bon mélange entre les approches numériques pour le conseil, le consentement, [et] le suivi, en utilisant des coursiers à domicile pour accéder à des produits spécifiques qui pourraient être utilisés par les patients eux-mêmes, [et] en complétant avec du personnel formé dans des environnements sécurisés pour fournir des services cliniques, est l'approche que nous avons trouvée la plus efficace pour minimiser la perturbation des services ». Pour plus d'informations sur l'utilisation par les organisations de la technologie et des approches numériques pour le conseil et le suivi, voir la section « Utilisation de la technologie et de la télémédecine » à la page 12.

Disponibilité des fournisseurs

Diverses personnes interrogées au sein des organisations et dans différents contextes ont indiqué que la disponibilité des prestataires de services de santé sexuelle et reproductive a été perturbée au cours de la pandémie, ce qui a eu un impact négatif sur la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception. Certaines personnes interrogées ont indiqué que les restrictions de mouvement empêchaient les prestataires de se rendre dans les établissements de santé et, comme indiqué précédemment, un certain nombre de personnes interrogées dans divers contextes ont indiqué que



les prestataires étaient détournés de la prestation de services de SSR pour répondre à la COVID-19. Une personne interrogée a déploré « Une partie du personnel a été déplacée vers l'intervention d'urgence pour la COVID-19. Cela crée donc déjà un grand fossé, et il est certain que certains clients se rendent à l'établissement et qu'ils ne reçoivent pas les services dont ils ont besoin. Et une fois qu'un client [a visité l'établissement] pour le planning familial, cela signifie qu'il en a vraiment besoin et qu'il en avait probablement besoin hier ». Cependant, d'autres répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas rencontré de difficultés dues au fait que les prestataires étaient détournés de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive.

De nombreux répondants, à tous les niveaux et dans tous les contextes, ont indiqué qu'au début de la pandémie, les prestataires ne se sentaient pas en sécurité pour travailler, d'autant plus que de nombreux répondants ont déclaré ne pas avoir suffisamment d'EPI dans les premières semaines de la pandémie. Plusieurs répondants ont déclaré avoir subi des perturbations dans la prestation de services en raison d'un manque d'EPI au début de la pandémie. Plusieurs répondants ont déclaré avoir eu des difficultés à se procurer de l'EPI, et que celui-ci était très cher. Toutefois, les personnes interrogées n'ont pas mentionné que la disponibilité de l'EPI constituait un obstacle à la prestation de services de contraception plus tard dans la pandémie.

De manière critique, de nombreux répondants ont également indiqué que les prestataires et les travailleurs de la santé tombaient malades, et dans certains cas mouraient, à cause de la COVID-19. Plusieurs personnes interrogées, représentant un certain nombre de milieux humanitaires et de développement, ont indiqué que les prestataires de services se sont mis en grève en raison du manque d'EPI adéquat. Une ONGI interrogée, travaillant au niveau national dans un cadre humanitaire, a déclaré.

Certains établissements de santé ont fermé parce qu'ils ont perdu leurs prestataires et ils sont morts. D'autres ont fermé parce qu'un membre de leur équipe est mort, alors ils ont frappé. La première [qui est décédée] était une sage-femme qui assurait le planning familial. La plupart des établissements de santé que nous soutenons n'ont qu'une seule sage-femme. Donc, si elle mourait, tout le service s'arrêterait. Il serait très difficile à remplacer. L'autre grand hôpital qui a fermé [avait] une grande grève parce qu'une des... prestataires de soins de santé d'une maternité était morte. Tous les autres services, y compris le planning familial, ont décidé de ... faire grève, en disant qu'ils n'étaient pas protégés et que personne ne se souciait d'eux.

Une personne interrogée a également fait remarquer que les installations étaient affectées lorsqu'un prestataire était testé positif pour la COVID-19, ce qui obligeait plusieurs membres du personnel à s'isoler et à ne pas pouvoir travailler. Un autre répondant a indiqué que la disponibilité des prestataires a diminué en raison de changements dans la façon dont les installations sont dotées en personnel afin de réduire le risque de la COVID-19, ce qui a entraîné une diminution du nombre de prestataires disponibles à un moment donné.

Notamment, une ONG internationale interrogée travaillant dans des contextes humanitaires a indiqué que si ses programmes n'ont pas connu de difficultés importantes en raison du détournement des prestataires vers le traitement de la COVID-19, elle a observé que la capacité des prestataires à effectuer un suivi et à fournir une supervision de soutien à leurs collègues a été négativement affectée par les exigences liées aux opérations pendant la pandémie. La personne interrogée n'a pas précisé si cela a eu un impact sur la disponibilité des services de contraception.

Plusieurs personnes interrogées représentant les milieux de l'humanitaire et du développement ont discuté du développement de solutions innovantes pour assurer la supervision et le soutien des prestataires, y compris la fourniture d'un « mentorat électronique » et d'un coaching par téléphone ou l'utilisation des réseaux WhatsApp pour diffuser des informations sur les services de santé sexuelle et reproductive, et la supervision par le biais des médias sociaux et des groupes WhatsApp. Un répondant a également fait remarquer que ces réseaux offraient aux prestataires une occasion importante de parler de leurs stress et préoccupations, et de se soutenir mutuellement.

Les personnes interrogées dans tous les milieux ont indiqué que la formation des prestataires à la prévention et au contrôle des infections, en plus de la fourniture d'EPI, contribuait à apaiser les inquiétudes et constituait une première étape essentielle pour adapter ou reprendre la prestation de services. De nombreux répondants ont souligné l'importance vitale d'orienter les prestataires vers des lignes directrices et des adaptations, de communiquer ouvertement sur les risques, d'offrir un soutien psychosocial et de donner aux prestataires la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations. Une personne interrogée, basée au siège d'une ONG internationale travaillant dans le domaine humanitaire, a indiqué que son organisation était en mesure d'aider les prestataires à haut risque pour la COVID-19 à rester chez eux dans un certain nombre de programmes nationaux : « Si [les prestataires] se sentent à l'aise et confiants, même s'ils mettent leur vie en danger, alors nos clients se sentiront à l'aise et seront prêts à se rendre dans un centre de santé ». Elle a déclaré que le soutien au personnel de santé était un défi majeur dans le contexte de la pandémie, et qu'il serait important de donner la priorité à des « systèmes solides de soins au personnel », y compris le soutien psychosocial, pour aller de l'avant. Les répondants ont indiqué que la COVID-19 a attiré l'attention sur l'importance cruciale de répondre aux besoins psychosociaux des prestataires et des personnes interrogées en première ligne dans le cadre des efforts visant à assurer la continuité des services en cas d'urgence.

Fourniture de contraceptifs

De nombreux répondants, mais pas tous, dans l'ensemble des organisations et des contextes, ont fait état de difficultés liées à la disponibilité des fournitures et des produits de contraception et de santé sexuelle et reproductive à la suite de la COVID-19. Les restrictions et limitations de mouvements, dont beaucoup ont été mises en œuvre aux niveaux infranational, national et international, ont perturbé les chaînes d'approvisionnement, notamment pour les fournitures et les produits contraceptifs et les EPI. Les personnes interrogées ont décrit les blocages et les restrictions de mouvement affectant la production et la disponibilité des fournitures et des produits au niveau international, la capacité d'importer des fournitures et la capacité du personnel à atteindre les entrepôts pour obtenir et ensuite livrer les fournitures et les produits aux points de prestation de services. Une personne interrogée a indiqué que les agents de santé communautaires avaient des difficultés à accéder aux fournitures contraceptives dont ils avaient besoin pour leur travail en raison des restrictions de mouvement.

Les personnes interrogées ont également fait état d'une forte augmentation des coûts d'expédition et de transport, et ont indiqué que l'EPI était extrêmement coûteux compte tenu des niveaux élevés de la demande mondiale. De nombreux répondants de tous les milieux ont déclaré avoir subi des perturbations dans la prestation de services en raison d'un manque d'EPI, même lorsque tous les autres éléments de la prestation de services étaient en place. Une autre personne interrogée a indiqué qu'elle avait dû déplacer le financement destiné à l'achat de fournitures contraceptives vers l'achat d'EPI.



Une ONG internationale interrogée, basée au niveau du siège et travaillant dans des contextes humanitaires, a signalé une demande accrue de kits de santé reproductive d'urgence inter-agences (IARH) suite au début de la pandémie. Deux personnes interrogées travaillant dans des contextes humanitaires, respectivement d'une ONG internationale et d'une ONG nationale, ont déclaré avoir tenté de se procurer des kits de l'IARH, mais ils n'étaient pas disponibles.

Diverses personnes interrogées dans des contextes humanitaires et de développement ont discuté d'une série de solutions pour relever les défis posés par les ruptures de la chaîne d'approvisionnement, notamment l'évaluation des données de consommation et la redistribution des fournitures entre les districts et les installations en fonction de la demande et de la disponibilité, et la coordination avec les partenaires pour faire face aux ruptures de stock et assurer la continuité des services.

Une personne interrogée basée au siège d'une ONG internationale travaillant dans le domaine humanitaire et du développement a indiqué que dans de nombreux pays où son organisation travaille, les organisations du secteur privé et de marketing social peuvent avoir des entrepôts ou des stocks plus importants au niveau national, et que son organisation a pris des dispositions au niveau mondial avec certaines de ces organisations pour que le personnel au niveau national puisse obtenir des fournitures contraceptives s'il n'était pas en mesure de les obtenir ailleurs.

Une autre personne interrogée de la même ONGI, travaillant au niveau régional dans des contextes humanitaires, a indiqué qu'en réponse aux perturbations dans la disponibilité des DIU, son organisation a contacté d'autres organisations participant au système de groupes pour identifier une autre organisation qui disposait de DIU, mais n'était pas en mesure de les fournir à l'époque, pour emprunter les fournitures afin de continuer à fournir la méthode.

Plusieurs personnes interrogées travaillant avec des ONGI dans le domaine humanitaire et, dans certains cas, dans le domaine du développement, ont déclaré avoir exploré ou utilisé des options d'achat locales, étant donné les difficultés qu'elles rencontraient pour s'approvisionner auprès de fournisseurs internationaux et/ou pour obtenir des produits dans le pays. Une ONG internationale interrogée travaillant au niveau national dans un cadre humanitaire a indiqué que, bien qu'avant la pandémie, son programme ne s'approvisionnait généralement pas sur le marché local, il était en mesure de s'approvisionner auprès d'un fournisseur local pour assurer la continuité du service en attendant l'arrivée des commandes des fournisseurs internationaux.

L'expérience des répondants en matière de perturbation de la chaîne d'approvisionnement a renforcé l'importance cruciale de la préparation aux situations d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive. Diverses personnes interrogées ont indiqué qu'elles ont pu assurer la disponibilité des produits pendant la COVID-19 grâce à des mesures de préparation préalables, notamment le prépositionnement et le stockage. Inversement, certains répondants ont attribué les difficultés à l'absence de ces mesures de préparation.

Collecte et communication des données

Les expériences en matière de collecte et de communication de données dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ont été diverses. Les répondants ont largement déclaré qu'ils n'avaient pas rencontré de difficultés importantes dans la collecte des données en raison de la COVID-19, mais certains répondants, représentant des milieux humanitaires et de développement, ont indiqué que les restrictions de mouvement, la mauvaise connectivité à Internet et le manque de technologie ont entravé la collecte ou empêché la collecte de données à partir d'installations

spécifiques, en particulier dans les zones où les collecteurs de données ne pouvaient pas atteindre les points de prestation de services ou le personnel ne pouvait pas se rendre à leurs bureaux pour saisir les données. Un répondant a indiqué que la collecte de données a été perturbée parce que les personnes chargées de la collecte des données n'étaient pas initialement incluses dans l'« orientation » de l'organisation sur la prévention à la COVID-19, et n'étaient donc pas disposées à continuer à travailler. À l'inverse, un autre répondant a spécifiquement indiqué que la collecte de données pouvait se poursuivre parce que les collecteurs étaient équipés d'EPI. Une personne interrogée a indiqué que, bien que la collecte de données de routine se poursuive, son organisation devait relever des défis pour adapter ses processus d'évaluation de la qualité, notamment les audits annuels des prestataires et les entretiens de départ avec les clients.

De nombreux répondants, tous milieux confondus, ont noté que les restrictions de mouvement retardaient ou entravaient la déclaration. Toutefois, de nombreux répondants, tous milieux confondus, ont également fait état de solutions innovantes pour la déclaration des données à l'aide de la technologie, notamment le passage à la déclaration électronique des données, l'introduction de tablettes pour la collecte et la déclaration des données, le balayage des données, ainsi que la prise et l'envoi de photos de registres à l'aide de WhatsApp. Un répondant a indiqué que son organisation fournissait au personnel des crédits de communication et des fonds pour acheter des téléphones et des données pour transmettre des données.

Une personne interrogée a exprimé sa conviction que l'investissement de son organisation dans la formation du personnel sur la collecte, la communication et l'utilisation des données dans la prise de décision programmatique était essentiel pour l'adaptabilité de l'organisation au milieu de la pandémie de COVID-19. Inversement, plusieurs personnes interrogées dans des contextes humanitaires ont indiqué que les difficultés existantes en matière de collecte et de communication des données, telles que l'insécurité et la faiblesse des systèmes, ont persisté ou ont été exacerbées au cours de la COVID-19, soulignant l'importance des structures et des systèmes existants pour absorber les chocs.

Formation

Diverses personnes interrogées dans différents contextes ont indiqué que la formation clinique et le renforcement des capacités des prestataires ont été fortement influencés au début de la pandémie. Les personnes interrogées ont indiqué que les restrictions de mouvement ont entraîné l'annulation des formations, et que les exigences de distanciation sociale ont rendu très difficile pour les apprenants de se réunir et de recevoir un enseignement approprié.

Les répondants ont décrit différentes adaptations pour poursuivre les formations, notamment la distanciation sociale, la condensation ou la consolidation des formations, la tenue d'un plus grand nombre de formations avec des groupes plus restreints de prestataires (bien que cela ait eu des implications négatives, tant pour le nombre de prestataires pouvant être formés que pour le coût), et la tenue de formations via Zoom ou d'autres plateformes lorsque cela est possible et approprié.

Dans un exemple, une ONGI interrogée au niveau du siège d'une organisation travaillant dans différents contextes a décrit une formation dont tous les éléments étaient menés via Zoom, à l'exception du volet pratique qui était réalisé en faisant en sorte que les apprenants rencontrent le formateur pour atteindre la compétence une à la fois, toutes les parties utilisant l'EPI. La personne interrogée a fait remarquer que si cette approche était efficace en termes de renforcement des capacités, elle nécessitait beaucoup de temps et de ressources.



En outre, une personne interrogée a fait remarquer que l'utilisation de la technologie pour continuer à dispenser des formations pourrait se traduire par un accès particulièrement limité aux formations pour les agents de santé communautaires, par rapport aux prestataires basés dans les établissements.

Sensibilisation de la communauté

De nombreuses personnes interrogées, tous contextes confondus, ont déclaré que les activités de sensibilisation et de mobilisation des communautés ont été gravement perturbées par le début de la COVID-19, en particulier par l'instauration de restrictions de mouvement et de verrouillages. Elles n'ont pas été en mesure de déployer du personnel pour la sensibilisation ou de réunir les membres de la communauté en groupes. Un répondant a également fait remarquer que de nombreux programmes s'appuient sur les salles d'attente pour relier les services et partager les informations sur les services disponibles avec les clients. Les parcours ont été perturbés par la reconfiguration des installations pour maintenir la distance sociale.

Toutefois, les personnes interrogées ont indiqué que les activités de création de la demande ont progressivement repris à mesure que les mesures de verrouillage et de restriction des mouvements se sont assouplies, bien qu'en groupes plus restreints, et que la distance sociale a été réduite, même en utilisant des « crieurs publics » avec des haut-parleurs et des mégaphones. Une ONG internationale interrogée travaillant au niveau national dans des contextes humanitaires a décrit cette adaptation en disant : « Donc, ces « crieurs publics » avaient chacun un mégaphone individuel ... [et ils] rappellent [aux communautés] que tous les services sont ouverts, et que toute personne qui a besoin de services de planning familial peut s'y rendre, et que si [quelqu'un] a pris [un contraceptif] et a un effet secondaire, il [ne doit pas] hésiter à appeler le numéro vert, et nous le soutiendrons ». Les répondants ont également indiqué que les agents de santé communautaires étaient inclus dans les formations sur la prévention et le contrôle des infections et qu'ils recevaient des EPI.

Demande de services

En plus des obstacles posés par les restrictions de mouvement, les personnes interrogées dans tous les milieux ont presque unanimement déclaré que les communautés avaient peur de recourir aux services en raison du risque de COVID-19, ou étaient dissuadées par les messages sur l'importance de l'isolement à la maison.

Plusieurs personnes interrogées travaillant dans des contextes humanitaires et de développement ont également fait état d'une baisse de la demande due à la peur et à la méfiance des communautés à l'égard des autorités et des systèmes de santé, y compris dans des contextes ayant des antécédents d'Ebola ; aux mythes et à la désinformation concernant la COVID-19 ; et à un manque de confiance dans les autorités sanitaires pour gérer la pandémie. Une personne interrogée a notamment indiqué que le taux d'utilisation s'est amélioré après que les parties prenantes ont pu mettre en place un centre de traitement de la COVID-19 dédié, ce qui a permis aux communautés de se sentir plus à l'aise pour visiter d'autres installations.

Les personnes interrogées représentant un certain nombre de milieux ont également décrit des communautés qui ne peuvent pas quitter leur domicile ou qui sont refoulées par les autorités lorsqu'elles tentent d'atteindre des établissements. Un répondant a indiqué que des organisations ont mené des actions de sensibilisation auprès des services de police pour s'assurer qu'ils étaient au courant de la disponibilité des services et que les gens devraient être autorisés à y accéder. Il a

notamment estimé que cela constituait un obstacle particulier pour les services de santé sexuelle et reproductive, en particulier la contraception, par rapport aux autres services de santé.

Les fermetures d'installations ont exacerbé les obstacles posés par la distance, et de nombreux répondants de tous les milieux ont décrit l'augmentation des coûts de transport due à la pandémie. En conséquence, les répondants, tant dans le domaine humanitaire que dans celui du développement, se sont montrés particulièrement soucieux d'atteindre les communautés marginalisées et isolées ou rurales. Une personne interrogée d'une ONG nationale a évoqué l'impact économique de la COVID-19 pour les réfugiés dans son pays, déclarant que de nombreuses personnes avaient perdu leur emploi et ne pouvaient pas se permettre de recourir aux services. Plusieurs répondants ont indiqué que des clients n'ont pas pu bénéficier de services ou ont été refusés parce qu'ils n'avaient pas ou ne pouvaient pas se permettre de porter leur propre masque.

Une ONG internationale interrogée a déclaré que dans un contexte humanitaire, les communautés ont été dissuadées de rechercher des services parce que les établissements ne communiquaient pas systématiquement sur la disponibilité des services, notamment sur les jours et les heures d'ouverture des établissements pendant la pandémie.

Obstacles pour les populations marginalisées

Il a été demandé aux répondants si les populations marginalisées, notamment les adolescents, les personnes handicapées, les personnes ayant des identités de genre et des orientations sexuelles différentes, les personnes vivant avec le VIH/sida et les personnes ayant des relations sexuelles transactionnelles, étaient confrontées à des obstacles ou des défis particuliers pour accéder aux services de contraception et de santé sexuelle et reproductive. À l'exception des adolescents et des personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes interrogées dans les organisations et les milieux ont largement déclaré qu'elles ne disposaient pas de données ou d'informations concrètes sur l'accès à la contraception parmi ces populations spécifiques, mais supposaient que les obstacles seraient particulièrement onéreux pour les communautés marginalisées.

Un répondant d'une organisation nationale opérant dans un pays à forte population de réfugiés a déclaré que les réfugiés étaient confrontés à des obstacles plus importants, citant la distance accrue des services et les coûts de transport plus élevés comme étant particulièrement difficiles. Elle a également établi un lien entre ces défis et les obstacles accrus auxquels sont confrontées les personnes handicapées, et a émis l'hypothèse que la réduction de la taille et de l'échelle des activités de sensibilisation de la communauté pourrait poser des problèmes particuliers aux personnes handicapées, qui pourraient être plus isolées.

Impact sur les adolescents

Les personnes interrogées dans l'ensemble des organisations et des milieux ont beaucoup parlé de l'impact de la COVID-19 sur la santé et la sécurité des adolescents. Les personnes interrogées se sont montrées très préoccupées par le fait que les adolescents ne sont pas scolarisés, par l'augmentation de la violence fondée sur le sexe (VFG), y compris l'exploitation sexuelle et les mariages d'enfants, les mariages précoces et forcés, et par l'augmentation possible des grossesses d'adolescentes.

Les répondants de tous les milieux ont fait part de leurs préoccupations quant au fait que la COVID-19 était sur le point d'éroder les progrès des pays en matière de réduction des grossesses chez les adolescentes. À l'inverse, une ONGI interrogée travaillant dans des contextes humanitaires au niveau régional a indiqué que dans un pays, son organisation a signalé une augmentation du nombre d'adolescents se présentant pour des services de contraception.



Deux personnes interrogées dans des contextes humanitaires, dont l'une au sein d'un ministère de la santé, ont déclaré que les obstacles rencontrés par les adolescents lors de la COVID-19 ont été exacerbés par le fait que des services adaptés aux adolescents n'étaient pas largement disponibles dans le pays avant le début de la pandémie.

Une personne interrogée a indiqué que, même au milieu de la pandémie, le soutien à l'accès des adolescents aux services et aux informations de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, était politisé. Une autre ONG nationale interrogée a cité l'insuffisance de l'éducation sexuelle dans le pays avant la pandémie, se lamentant :

Nous avons laissé tant de détails en suspens à cause de l'environnement politique. Vous savez, vous avez toutes ces histoires sur l'éducation sexuelle dans le pays, et puis ... les institutions religieuses disent que ce n'est pas une utilisation appropriée de l'éducation. Mais nous avons appris au cours des six derniers mois avec la COVID, et en examinant les grossesses d'adolescentes, les mariages d'enfants, il est clair que les programmes pour les jeunes sont très, très importants. Et cela signifie qu'en termes de plaidoyer, nous devons intensifier nos efforts.

Elle a poursuivi en plaidant pour le renforcement des liens entre l'information et les services :
« L'information à elle seule ne permet pas de relever le défi. Nous devons avoir des interventions qui relient l'information et les services. Nous avons fait la conversation, et les filles tombent enceintes ».

Elle a conclu en soulignant l'importance de renforcer le soutien des parents et des enseignants pour l'accès des adolescents aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive, et de fournir aux adolescents des services holistiques qui ne concernent pas seulement leur santé, mais aussi leur bien-être socio-économique et social et en particulier à la suite de la COVID et de la dévastation économique et sociale qu'elle entraîne.

Adaptation de la prestation des services de contraception dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Les répondants ont été essentiellement unanimes à citer les mesures de prévention des infections comme étant déterminantes pour leur capacité à reprendre ou à poursuivre la prestation de services en toute sécurité. Les mesures les plus souvent citées sont le lavage des mains et l'utilisation de désinfectant pour les mains, l'utilisation d'EPI pour les prestataires, y compris (selon le répondant) les masques, les gants, les blouses et les écrans faciaux, et l'utilisation d'EPI pour les clients, en particulier les masques. Les répondants ont également indiqué que les établissements mettent en place des stations de dépistage pour les clients avant leur entrée, qui comprennent des mesures telles que la prise de leur température, des questions sur l'exposition possible à la COVID-19 et le partage d'informations sur les tests et les précautions à prendre en matière de COVID-19, le cas échéant. Les personnes interrogées ont également déclaré avoir adopté des mesures de distanciation sociale, comme la reconfiguration des installations pour éviter les rassemblements dans les zones d'accueil et l'espacement des prestataires et des clients.

Utilisation de la technologie et de la télémédecine

Les répondants ont également été essentiellement unanimes à faire état de l'utilisation de la technologie pour soutenir le maintien des opérations et, selon l'organisation, au moins certains éléments de la prestation de services. Les répondants, tant dans le domaine humanitaire que dans celui du développement, ont décrit l'élaboration de protocoles permettant de communiquer avec les clients par téléphone et par WhatsApp pour fixer des rendez-vous, fournir des conseils, orienter les clients pour obtenir leurs méthodes et effectuer un suivi.

Certaines personnes interrogées, y compris dans des contextes humanitaires, ont indiqué que leurs organisations avaient mis en place des lignes d'assistance ou des centres d'appel pour répondre aux demandes de renseignements sur la santé sexuelle et reproductive et les services de contraception. Un répondant a décrit la réponse de son organisation dans un contexte humanitaire :

Ainsi, en l'espace de deux semaines et demie, [l'organisation] a travaillé avec le ministère de la santé et d'autres partenaires... et a rapidement dressé la carte de tous les lieux de prestation de services continus et gratuits, [et] a créé un centre d'appel... qu'elle a géré. Et en deux semaines et demie, nous sommes passés sans problème d'une foule dans nos cliniques à un véritable message : « Appelez le centre et passez en revue vos symptômes, dites-nous où vous vous trouvez, et nous vous dirons quel est le moyen le plus simple d'obtenir [votre méthode], que ce soit une personne à domicile qui l'administre par le biais d'un [mécanisme de prestation communautaire] ou un renvoi vers un [établissement] du secteur privé ».

Les personnes interrogées ont décrit des prestataires de formation pour fournir des conseils et un suivi en utilisant la technologie, et en fournissant aux prestataires des crédits de communication et des téléphones pour soutenir ces adaptations.

Cependant, la télémédecine nécessite du temps, des ressources et une infrastructure de base. Certaines personnes interrogées, tant dans le domaine du développement que dans celui de l'aide humanitaire, ont indiqué que leurs organisations ne pouvaient pas mettre en œuvre la télémédecine parce qu'elles ne disposaient pas des ressources, du temps ou des infrastructures nécessaires, en termes d'électricité et/ou de connectivité. Une ONG nationale interrogée dans un cadre humanitaire a fait remarquer que bien qu'elle ait élaboré des propositions pour mettre en œuvre la télémédecine, elle n'a pas obtenu de financement et n'a donc pas pu le faire. Une ONG internationale interrogée travaillant dans différents contextes a déclaré avoir observé que la télémédecine était plus disponible dans le domaine du développement que dans celui de l'aide humanitaire.

Les répondants ont indiqué que ces adaptations pourraient être mises en œuvre immédiatement et maintenues au lendemain de la pandémie afin d'améliorer l'accès aux services, notamment pour les adolescents et les populations marginalisées ou isolées. Une personne interrogée, travaillant sur la programmation humanitaire au niveau du siège d'une ONG internationale travaillant dans différents contextes, a déclaré : « Il y a là une telle opportunité. Nous allons simplement faciliter la vie de certaines personnes et réduire les déplacements des femmes et des prestataires de soins, ainsi que de toutes les personnes concernées. Ce n'est pas quelque chose de nouveau. Nous avons discuté [de cela] pendant longtemps et nous avons voulu faire avancer [la télémédecine]. C'est juste le coup d'envoi. Il y a une opportunité maintenant ». De nombreux répondants, tous milieux confondus, ont indiqué que leur organisation prévoyait de poursuivre et/ou d'explorer la faisabilité et les avantages des interventions numériques à l'avenir.



Cependant, une ONG internationale interrogée travaillant dans des contextes humanitaires a souligné que le succès de la télémédecine et de la diffusion technologique pour la prestation de services de contraception dépend de l'accès des femmes et des filles aux téléphones portables et/ou à Internet - et dans de nombreux contextes, ce n'est pas le cas.

Approvisionnement plurimestriel

De nombreuses personnes interrogées dans différents contextes ont indiqué avoir augmenté la quantité de contraceptifs à courte durée d'action, y compris (selon la personne interrogée) les pilules contraceptives orales (PCU), les injectables sous-cutanés (DMPA-SC, marque Sayana Press) pour l'auto-injection, et les préservatifs fournis aux clients pour réduire la fréquence des visites dans les établissements. Les personnes interrogées représentant un éventail de milieux ont noté que les directives reliées à la COVID-19 publiées par les autorités sanitaires mondiales et de nombreux gouvernements encourageaient la distribution de ces méthodes aux clients sous forme de fournitures pour plusieurs mois.

Transfert et partage des tâches

Certaines personnes interrogées travaillant dans des contextes humanitaires et de développement ont fait état d'un transfert et/ou d'un partage des tâches pour favoriser la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception, notamment l'autorisation des agents de santé communautaires à fournir des méthodes contraceptives, et le transfert de la fourniture de certains contraceptifs aux pharmacies ou dispensaires.

Un répondant d'une ONG internationale basé au siège et travaillant dans différents contextes a exprimé sa conviction que la pandémie a « préparé » les parties prenantes à un partage des tâches et à des « conversations élargies ». Il a déclaré : « Il a été plus ouvert de dire : « Nous ne pouvons pas faire cela dans nos hôpitaux de district parce que tous les lits sont pris par des patients avec la COVID. Il est donc normal que cela se passe au niveau [des soins de santé primaires] ». Et donc, c'est malheureux, les motivations du transfert des tâches, mais je pense qu'il est devenu beaucoup plus visible ». Il a poursuivi : « Cela a également montré que le changement est possible. Je pense que c'est impressionnant. Je pense que nous devons vraiment reconnaître que, comme nous le disons, la nécessité est la mère de l'invention : ne pas avoir suffisamment de possibilités d'accéder aux services... d'une manière qui, nous l'avons constaté, pourrait être potentiellement efficace ».

Information sur la contraception au niveau communautaire et prestation et distribution de services

Les personnes interrogées ont décrit une série d'expériences de prestation de services communautaires et de distribution de produits contraceptifs pendant la COVID-19. Certaines personnes interrogées ont indiqué que leurs activités de distribution à base communautaire ont été suspendues ou considérablement réduites en raison de la crainte que les agents de santé communautaires ne répandent la COVID-19 entre les ménages et les communautés. D'autres répondants ont indiqué que la distribution communautaire a repris ou continué, avec la fourniture d'EPI et des adaptations de distanciation sociale.

Toutefois, la distribution au niveau communautaire a été citée par un certain nombre de répondants, dans l'ensemble des organisations et des milieux, comme un outil efficace pour atteindre les

communautés avec des informations sur les services disponibles et l'importance de continuer à rechercher des services de santé sexuelle et reproductive, et pour fournir des services et des produits contraceptifs, allant des préservatifs à une sélection complète de méthodes à action rapide.

Une personne interrogée d'une ONG nationale dans un cadre humanitaire a décrit les efforts de son organisation pour obtenir des fonds afin de maintenir et d'étendre la distribution de contraceptifs au sein de la communauté par le biais de sages-femmes de proximité. Il a indiqué qu'avec le financement qu'ils ont reçu, ils ont pu recruter 50 sages-femmes de proximité et se procurer des produits contraceptifs et de l'EPI, et a déclaré « Si les gens ne viennent pas dans les cliniques, nous devons les atteindre chez eux. Croyez-moi, quand nous les avons rejoints chez eux, ils nous ont dit qu'ils n'avaient plus de contraceptifs. Nous pensions que nous devions leur fournir ces services ».

En plus de la prestation de services, les personnes interrogées dans l'ensemble des organisations et des milieux ont décrit une multitude d'innovations pour atteindre les communautés avec des informations sur la contraception. Notamment, les personnes interrogées ont systématiquement indiqué que ces messages étaient adaptés à la COVID-19, et qu'ils étaient destinés à informer les communautés que des services étaient disponibles et qu'il était sûr et important de continuer à rechercher des services de SSR, y compris la contraception et les accouchements. Un répondant d'une ONG nationale a expliqué :

Ainsi, par exemple, si nous élaborons un message publicitaire pour la radio, il dirait : Même si vous restez à la maison à cause de la COVID-19, veuillez vous rendre au centre de santé pour votre rendez-vous de planification familiale. Veuillez contacter [notre organisation] pour obtenir des informations et des services ». Donc, en regardant le message au sujet de la COVID, et en y introduisant l'aspect de la santé sexuelle et reproductive. Nous voulions également que notre public comprenne que même dans le cadre de la COVID, il apprécie les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale, les besoins des adolescents... pour apporter ce genre d'espoir à la communauté. Même lorsque vous êtes enrhumé, les installations sont ouvertes pour vous permettre d'accéder aux services.

De nombreux répondants de tous les milieux ont discuté de la diffusion de l'information à la radio, à la télévision, sur les médias sociaux et par l'intermédiaire des chefs de communauté. Une ONGI interrogée travaillant dans un cadre humanitaire a fourni un exemple notable de programme national avec des comités de santé des adolescents affiliés à différents établissements. Des groupes d'adolescents qui se consacrent à accroître la sensibilisation et la demande de services de contraception parmi leurs pairs. Elle a déclaré que ces comités étaient extrêmement adaptables, et qu'ils ont immédiatement pivoté vers les plateformes de médias sociaux pour poursuivre leur travail.

Toutefois, un autre répondant a indiqué que les adolescents étaient confrontés à des difficultés particulières pour accéder à l'information parce qu'ils ne pouvaient pas participer à leurs activités de groupe habituelles, notamment à l'église et à l'école, et a fait état d'une perception selon laquelle les adolescents dans leur contexte avaient été particulièrement touchés par le chômage. Une personne interrogée du ministère de la santé a également indiqué que les adolescents de son pays avaient été particulièrement exposés à la désinformation sur la COVID-19.

Si certains répondants ont cessé ou se sont vu interdire de déployer des agents de santé communautaires, plusieurs répondants de différents milieux ont également déclaré avoir engagé des agents de santé communautaires pour diffuser des informations sur les services de contraception pendant la COVID-19, ce qui montre à quel point les perturbations et les adaptations dépendent du



contexte. Une ONG internationale interrogée, basée au niveau du siège et travaillant sur un projet dans un certain nombre de contextes de développement, a indiqué que bien que les activités de sensibilisation de « porte-à-porte » soient plus longues, ce changement s'est avéré avantageux pour atteindre les adolescents et les communautés marginalisées. Elle a dit :

L'un des effets intéressants de la [sensibilisation de porte-à-porte] est qu'il y a eu, au moins, un maintien, voire une augmentation du nombre de jeunes qui ont accès aux services. Et nous commençons tout juste à avoir ce genre d'hypothèse selon laquelle peut-être... [les activités de sensibilisation] touchent des populations qu'elles n'ont pas réellement touchées par leurs méthodes de sensibilisation précédentes. C'est donc l'un des points positifs... comme les adolescents mariés qui ne peuvent normalement pas sortir et qui ont peut-être eu accès à l'information.

Pour plus d'informations sur l'accès des adolescents aux informations et aux services de contraception pendant la COVID-19, voir la section « Impact sur les Adolescents » à la page 10.

Auto-administration du DMPA-SC

Comme pour la distribution à base communautaire, les personnes interrogées ont décrit une série d'expériences de soutien aux femmes et aux jeunes filles pour qu'elles s'administrent elles-mêmes le DMPA-SC comme une adaptation pour soutenir la disponibilité et l'accessibilité de la contraception pendant la COVID-19.

Un certain nombre de répondants représentant les milieux humanitaires et de développement ont noté que bien que l'auto-administration du DMPA-SC ait été autorisée dans leur pays ou soutenue par leur organisation avant le début de la pandémie, une plus grande importance a été accordée à l'auto-administration dans le cadre de la réponse à la COVID-19, notamment dans les activités de sensibilisation de la communauté et les prestataires de formation pour aider les femmes et les filles à s'auto-injecter. Deux répondants ont cité la République démocratique du Congo comme exemple spécifique de pays en crise humanitaire qui a accéléré l'approbation de l'auto-injection en réponse à la COVID-19, et les répondants de tous les milieux ont indiqué que la COVID-19 avait considérablement accru l'intérêt des parties prenantes pour l'auto-injection. Toutefois, lorsqu'on les a interrogés, certains répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas observé d'augmentation de la priorité ou de la promotion de l'auto-administration du DMPA-SC.

Une personne interrogée d'une ONG internationale a déclaré fournir un soutien technique aux ministères de la santé pour garantir que l'auto-administration soit largement disponible, y compris dans les contextes humanitaires où les femmes et les filles peuvent être confrontées à des obstacles particuliers pour accéder aux services. Une autre personne interrogée de la même organisation a noté que l'inclusion de l'auto-injection dans les directives de l'OMS sur la garantie de la continuité des services pendant la COVID-19 était un outil de plaidoyer efficace auprès des gouvernements.

Un répondant basé au siège d'une ONGI travaillant dans différents contextes a indiqué que ses collègues nationaux avaient signalé que, dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les partenaires de mise en œuvre étaient officiellement autorisés à tester des approches innovantes ou non approuvées auparavant pour la prestation de services, notamment la télémédecine et l'auto-injection. Il a souligné l'importance pour les parties prenantes de saisir ce moment pour s'assurer que ces avancées soient formalisées et institutionnalisées. Plusieurs personnes interrogées ont exprimé l'impression que la pandémie avait amené les gouvernements et les parties prenantes à être plus ouverts à divers mécanismes de prestation de services.

Prestation de services intégrés

De nombreux répondants représentant les milieux humanitaires et de développement ont discuté de l'importance d'intégrer la fourniture d'informations et de services de contraception et de santé sexuelle et reproductive avec les messages au sujet de la COVID-19 et d'autres services de santé prioritaires afin de maximiser les ressources et de minimiser les contacts des communautés avec le système de santé. Les personnes interrogées ont donné des exemples spécifiques de coordination des activités de soins de santé primaires, y compris les vaccinations, avec la prestation de services de contraception.

Facteurs affectant l'accès et la disponibilité des contraceptifs dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Différences de perturbations et d'adaptations entre les contextes humanitaires, fragiles et de développement

En menant ces entretiens, nous avons cherché à en savoir plus sur les similitudes et les différences dans l'impact de la COVID-19 sur les services de contraception et de SSR dans les contextes humanitaires et de développement, y compris les perturbations et les adaptations.

Les personnes interrogées ont systématiquement décrit des perturbations et des adaptations similaires, ou ont exprimé que la nature des perturbations et des adaptations était très similaire dans les contextes de développement et d'aide humanitaire. Les perturbations comprenant des restrictions de mouvement, des blocages et une diminution de la demande due à la peur de demander des services, et des adaptations telles que la télémédecine et la distribution à base communautaire. Les perturbations et les adaptations qui se sont produites semblent être très spécifiques au pays ou au milieu dans lequel un programme était mis en œuvre, y compris les restrictions et les lignes directrices.

Plusieurs personnes interrogées dans des contextes humanitaires ont déclaré que l'insécurité existante aggravait les effets de la COVID-19 sur la prestation de services de contraception et de SSR, et compliquait les efforts d'intervention. Cela s'est traduit par des difficultés accrues pour atteindre les populations touchées et déplacées dans le cadre de la pandémie de COVID-19, et par une plus grande dissuasion des personnes à rechercher des services.

De nombreux répondants travaillant dans des contextes humanitaires et de développement ont exprimé que, de leur point de vue, les contextes de développement étaient mieux dotés en ressources et capables d'absorber le choc de la COVID-19, et qu'il était plus difficile d'adapter et de maintenir les services et de prévenir la propagation de COVID-19 dans les contextes humanitaires, citant les systèmes de santé plus faibles, le manque d'accès à l'eau et aux installations sanitaires, la diminution des ressources et l'accès limité à la technologie. Dans un exemple notable, un répondant basé au niveau du siège d'une ONGI travaillant dans différents contextes a discuté des défis particuliers rencontrés par un programme dans un cadre humanitaire en raison du grand nombre de personnel expatrié sur le terrain avec le début de la COVID-19, de nombreuses personnes ont été évacuées, ce qui a épuisé les réseaux de soutien pour les équipes et le personnel fournissant des services.



Cependant, un nombre important de personnes interrogées travaillant aussi bien dans le domaine humanitaire que dans celui du développement ont estimé que les acteurs humanitaires, et/ou les programmes dans le domaine humanitaire, étaient plus réactifs et plus agiles pour répondre à la COVID-19 et adapter la prestation de services de contraception et de SSR. Certains répondants ont estimé que ces acteurs et ces milieux étaient mieux préparés, avec des politiques et des procédures pertinentes en cas d'urgence, qu'ils disposaient de mécanismes de coordination plus solides et qu'ils étaient capables de tirer parti des relations existantes avec les partenaires, y compris les gouvernements, et qu'ils étaient plus réactifs aux chocs et mieux à même d'agir rapidement et de donner la priorité à la prestation de services.

Préparation à la santé sexuelle et reproductive

Les personnes interrogées ont été invitées à répondre à une série de questions sur la préparation à la SSR, y compris la préparation organisationnelle ; l'état général de préparation dans les milieux où elles opèrent, y compris l'existence et la force des plans de préparation gouvernementaux ; et les mesures de préparation prises spécifiquement pour répondre à la COVID-19.

Les personnes interrogées ont d'abord été interrogées sur les actions menées par les autorités pour préparer l'arrivée de la COVID-19 dans leur pays ou leur milieu, et si ces actions concernaient la continuité des services de SSR et de contraception. Certaines personnes interrogées dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement ont indiqué qu'au début de la pandémie au niveau mondial, les gouvernements ont entrepris des préparatifs et mis en place des mesures pour ralentir et contrôler la propagation de la COVID-19 dès son arrivée dans le pays - notant que ces mesures ne concernaient pas spécifiquement la continuité des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive - alors qu'un nombre limité de personnes interrogées ont indiqué que les autorités étaient lentes à réagir et n'avaient pas pris de mesures adéquates, malgré les preuves évidentes provenant de pays durement touchés qu'il était essentiel d'agir. Cependant, les personnes interrogées ont également noté que dans certains cas, des restrictions extrêmement strictes ont été instituées avant l'arrivée des cas de COVID-19 dans les pays. Des restrictions qui ont gravement perturbé la prestation de services de santé essentiels, y compris les services de santé sexuelle et reproductive et de contraception.

Une ONG internationale interrogée a estimé qu'il fallait attendre plusieurs jours ou semaines après l'instauration de mesures de lutte contre la pandémie pour que les gouvernements s'intéressent sérieusement à la continuité des services de santé essentiels. Elle estime que dans les contextes où elle travaille, c'est la publication de directives de l'OMS sur la continuité des services de santé sexuelle et reproductive qui a incité les gouvernements à agir. Pour plus d'informations sur la priorité accordée par les gouvernements et les parties prenantes aux services de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la préparation et de la réponse à la COVID-19, voir la section « Priorisation des services de contraception et de SSR lors de la réponse à la COVID-19 » à la page 19.

En ce qui concerne la préparation avant le début de la pandémie, les personnes interrogées travaillant dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement ont largement indiqué que les gouvernements n'avaient pas de plans de préparation aux situations d'urgence sanitaire ou n'étaient pas suffisamment préparés pour réagir au début de la pandémie. Certaines personnes interrogées ont indiqué qu'elles n'étaient pas sûres que les gouvernements des pays où elles travaillaient disposaient de plans de préparation. Certaines personnes interrogées ont indiqué que les plans de préparation gouvernementaux existants n'incluaient pas ou ne donnaient pas suffisamment

la priorité à la santé sexuelle et reproductive, et certaines personnes interrogées ont reconnu que les plans de préparation à la santé sexuelle et reproductive n'étaient pas nécessairement mis en œuvre. Un répondant d'une ONG nationale dans un cadre humanitaire a déclaré que son organisation avait travaillé avec le département de préparation et de réponse aux urgences du ministère national de la santé en 2018 pour inclure le DMU pour la SSR dans les plans de préparation et de réponse, mais « Le plan était là, mais, pendant la COVID-19, il n'était pas efficace. Cela n'a servi à rien, je dirais. Le gouvernement a donné la priorité à autre chose. Ils avaient des ressources limitées».

Lorsqu'on leur a demandé si leurs organisations avaient ou non des plans de préparation en place avant le début de la pandémie qui ont été utilisés dans le cadre de la réponse à la COVID-19, divers répondants, tant dans le domaine du développement que dans celui de l'aide humanitaire, ont largement signalé qu'il s'agissait d'une lacune importante. Cependant, plusieurs personnes interrogées, principalement dans des contextes humanitaires, ont indiqué que leur organisation avait mis en place des plans de préparation ou ont cité des activités menées avant le début de la COVID-19 pour appuyer leur intervention, notamment la formation des fournisseurs, du personnel et d'autres intervenants sur le DMU pour la SSR et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement afin de s'assurer qu'il y avait des stocks disponibles lorsque l'urgence a éclaté.

Cependant, même les personnes interrogées qui ont cité des plans de préparation d'organisations ou de gouvernements ont reconnu qu'ils ne prévoyaient pas de pandémie mondiale. Leurs plans étaient en grande partie conçus pour faire face à des conflits ou à des catastrophes naturelles, et ne tenaient pas compte des particularités de la réponse à la COVID-19, notamment les restrictions de mouvement et la nécessité de se procurer des EPI. De nombreux répondants ont réfléchi à la nature sans précédent de la COVID-19, bien que plusieurs répondants, dont un représentant d'un ministère de la santé, dans des contextes touchés par des épidémies d'Ebola, aient indiqué que cette expérience avait incité les parties prenantes à réagir à la COVID-19 et à mettre en œuvre des mesures strictes de prévention et de contrôle des infections.

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, selon eux, leur organisation ne disposait pas de plans de préparation, plusieurs ONGI de développement interrogées ont exprimé l'impression que les acteurs du développement ne considèrent toujours pas la préparation comme faisant partie de leurs attributions, et qu'ils ne sont peut-être pas au courant des activités ou des mécanismes de préparation dans les milieux où ils travaillent, ou qu'ils n'y participent pas.

De manière critique, bien que la majorité des personnes interrogées aient signalé une inefficacité ou un manque de préparation préalable, les répondants ont été essentiellement unanimes à percevoir cette lacune. De nombreux répondants ont réfléchi à la manière dont la préparation aurait pu permettre de mieux protéger et préserver les services de santé essentiels, y compris les services de contraception, si elle avait été en place avant la pandémie de COVID-19. Les répondants ont identifié les lacunes et la valeur de la préparation comme une leçon clé apprise, ont exprimé que l'expérience de leur organisation opérant au milieu de la pandémie avait renforcé l'importance de renforcer leur investissement dans la préparation pour aller de l'avant.

Priorisation des services de contraception et de SSR lors de la réponse à la COVID-19

Les perceptions du niveau de priorité des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive parmi les gouvernements et les parties prenantes varient selon les répondants. De nombreuses personnes interrogées dans différents contextes ont indiqué que, bien que les autorités



n'aient pas pris en compte les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive lors de l'instauration des restrictions initiales, de nombreux gouvernements ont inclus les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive comme services essentiels dans l'élaboration des directives et des plans d'intervention à plus long terme de la COVID-19, ou que les gouvernements étaient réceptifs à l'idée de plaider pour que les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive soient prioritaires. D'autres, également dans d'autres contextes, ont été catégoriques sur le fait que les gouvernements n'ont pas donné la priorité à la santé sexuelle et reproductive et à la contraception.

Les personnes interrogées ont souligné les risques à long terme que les femmes et les filles ne puissent pas avoir accès aux services de contraception, notamment l'augmentation des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, ainsi que de la mortalité et de la morbidité maternelles. Certains répondants ont indiqué que les leçons tirées de l'impact des épidémies d'Ebola sur la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles ont été mises à profit pour garantir que les services de santé sexuelle et reproductive restent disponibles en dépit de la pandémie de COVID-19. Un certain nombre de répondants ont notamment précisé que même lorsque les gouvernements reconnaissent l'importance de la santé sexuelle et reproductive, la contraception en particulier n'était pas suffisamment prioritaire, et ont appelé à la poursuite du plaidoyer pour que toutes les parties prenantes reconnaissent que la contraception est une intervention qui sauve des vies.

Plusieurs répondants ont également indiqué que l'attention mondiale et nationale portée à l'augmentation de la violence liée au sexe, en particulier la violence entre partenaires intimes, lors de la COVID-19 a permis de plaider pour une plus grande priorité accordée aux autres services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception. Selon une personne interrogée, « [Y] on ne peut pas parler de la violence liée au sexe sans parler de la santé sexuelle et reproductive. ... Je pense que c'est l'occasion de dire : « Ok, c'est un paquet, et vous ne pouvez pas faire l'un sans faire l'autre ».

Plusieurs personnes interrogées représentant les milieux humanitaires et de développement ont souligné l'importance de tirer parti des relations existantes avec les autorités pour s'assurer que les services de santé sexuelle et reproductive sont inclus dans les plans de préparation et d'intervention, et que les parties prenantes de la santé sexuelle et reproductive sont présentes à la table pour éclairer ces processus décisionnels. Un répondant basé au niveau du siège d'une ONG internationale humanitaire a fourni un exemple frappant d'un programme par pays :

Juste avant la COVID-19, notre équipe [de pays] ... [avait] une série de réunions avec leurs homologues gouvernementaux sur le transfert de la gestion des installations à leurs homologues gouvernementaux, sur le soutien et le renforcement des systèmes de contraception dans les communautés du projet. Et je pense que c'est parce que juste avant COVID-19, il y avait de telles relations solides qui ont été établies, vous savez, quand COVID-19 a frappé, le gouvernement est alors venu à [notre organisation] et a dit qu'il voulait notre aide pour mettre en œuvre le DMU, et assurer la continuité des services de contraception. ... Je pense que cela démontre clairement l'importance de ce type de plaidoyer et d'établissement de relations au stade de la préparation [et comment il] peut être récompensé par une réponse. ... C'est parce que nous avons ces conversations [que] le gouvernement est venu nous voir et nous a dit : « Nous voulons donner la priorité à cette question. Pouvez-vous nous aider à faire cela?

Cependant, les personnes interrogées ont également reconnu les écarts entre la théorie et la pratique et que l'inclusion des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans les directives et les plans ne garantissait pas nécessairement des services disponibles et accessibles aux filles et aux femmes. Les personnes interrogées ont signalé des cas où les gouvernements dans des contextes humanitaires et de développement n'ont pas alloué de fonds aux activités de contraception et de santé sexuelle et reproductive, ou ont détourné des fonds des activités de contraception et de santé sexuelle et reproductive à la suite de la COVID-19. Pour plus d'informations sur l'impact de COVID-19 sur le financement des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive, voir la section « Financement » à la page 24.

Utiliser le DMU pour la SSR pour guider la priorisation de la prestation de services

Il a été demandé aux répondants si leur organisation utilisait le DMU pour la santé sexuelle et reproductive, ou s'ils avaient observé l'utilisation du DMU pour la santé sexuelle et reproductive, afin de donner la priorité à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive lors de la réponse à la COVID-19. De nombreux répondants, principalement ceux qui travaillent dans des contextes humanitaires, ont indiqué que leur organisation et/ou d'autres intervenants avaient utilisé le DMU pour informer la prestation de services de SSR pendant la COVID-19. Deux répondants d'une ONG internationale qui travaille à la fois dans le domaine humanitaire et dans celui du développement ont indiqué que leur organisation utilisait largement le DMU pour la santé sexuelle et reproductive afin d'informer le développement de ressources pour le personnel sur la priorisation et la prestation de services de santé sexuelle et reproductive. Cependant, une ONG internationale interrogée, basée au niveau du siège et travaillant dans des contextes humanitaires, a fait état d'efforts pour utiliser le DMU pour la santé sexuelle et reproductive afin d'informer le développement des plans de préparation et d'intervention à la COVID-19, mais a dû faire face à une opposition due à la politisation des services de santé sexuelle et reproductive.

Un répondant basé au siège d'une ONG internationale travaillant dans différents contextes a également déclaré que la prise de décision de son organisation sur la manière de hiérarchiser les services de santé sexuelle et reproductive était compliquée par les difficultés à déterminer si la COVID-19 constituait ou non une urgence humanitaire - quoi qu'il en soit, il a déclaré : « Une fois que nous avons reconnu que, oui, il s'agit d'une urgence et ce n'est pas une affaire comme les autres, ce n'est pas la vie quotidienne, donc nous devons vraiment travailler sur une échelle de temps très différente, le DMU a été le premier document que nous avons consulté. Et nous avons structuré nos priorités sur la base du DMU ».

Il a notamment estimé que le DMU pour la santé sexuelle et reproductive a joué un rôle essentiel dans ce qu'il a perçu comme une meilleure hiérarchisation de la santé sexuelle et reproductive dans les contextes humanitaires, par rapport aux contextes de développement, dès le début de la pandémie de COVID-19 : « Donc, la raison pour laquelle la hiérarchisation était meilleure dans les contextes humanitaires, à mon avis, est que la santé sexuelle et reproductive fait partie de la conversation. Donc, vous avez une structure ... [le] groupe de la santé, [et] au sein du [groupe] de la santé, vous avez [le] DMU. Donc, vous avez les outils ... vous êtes en quelque sorte alignés, les acteurs, sur les choses que vous devez regarder ».

Toutefois, il a fait remarquer que si le DMU est extrêmement utile dans ces activités initiales d'établissement des priorités, il n'est pas destiné à être utilisé pendant de longues périodes. En fait, il comprend l'objectif de passer à des services de santé sexuelle et reproductive complets dès que possible. En conséquence, il a souligné l'importance de tenir compte de la durée de la pandémie dans les activités de planification, et a indiqué que, dans cette optique, son organisation cherchait à



garantir la poursuite des services au-delà de ceux inclus dans le DMU pour le VIH et les IST, ainsi que des services de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Utilisation d'autres orientations sur l'adaptation des services pendant la COVID-19

De nombreux répondants ont déclaré avoir rencontré des difficultés en raison du grand nombre de documents d'orientation sur l'adaptation des prestations de services qui ont été produits en réponse à la COVID-19, en particulier dans les premières semaines de la pandémie, non seulement par les gouvernements et les autorités sanitaires mondiales, mais aussi par les organisations et les donateurs. Les personnes interrogées ont déclaré être « inondées » et avoir du mal à lire et à traiter le « déluge » de documents d'orientation qu'elles recevaient, et se sont inquiétées du fait que nombre de ces documents faisaient double emploi.

Cependant, deux ONGI interrogées ont cité les directives opérationnelles de l'OMS pour le maintien des services essentiels comme étant très utiles pour informer la prestation de services. Une personne interrogée a indiqué que l'inclusion des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive comme services essentiels dans ces directives aidait son organisation à plaider en faveur de la poursuite de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive et de contraception dans certains contextes.

Les personnes interrogées à tous les niveaux se sont dites préoccupées par le fait que le volume important de conseils provenant de sources multiples était particulièrement éprouvant pour le personnel sur le terrain qui était en fait chargé de mettre en œuvre les adaptations, et déjà confronté à l'énorme pression du travail en première ligne pour fournir des services au milieu d'une pandémie. Dans cet ordre d'idées, les répondants ont également noté que de nombreuses lignes directrices ne fournissaient pas d'informations exploitables pour rendre les recommandations opérationnelles.

Par exemple, une ONGI interrogée au niveau du siège a déclaré avoir reçu des questions du personnel au niveau national en réponse à une recommandation de mise à disposition de certains produits contraceptifs en vente libre qui figurait dans de multiples documents. Toutefois, elle a fait remarquer que dans de nombreux pays, il faudrait pour cela entreprendre un vaste processus impliquant de multiples autorités nationales chargées de la santé et des médicaments. Ceci rendrait la recommandation essentiellement inutile à court terme lorsque le personnel travaille aussi vite que possible pour s'assurer que les services restent disponibles et accessibles.

Les personnes interrogées ont déclaré que des orientations efficaces devraient refléter la nature hautement contextuelle de la pandémie et de ses impacts. Un répondant basé au siège d'une ONGI travaillant dans différents contextes a déclaré qu'ils visaient un « alignement global » tout en permettant « une prise de décision et un leadership locaux » :

[L'organisation] n'a jamais été prescriptive dans son groupe de travail pour dire « Voici ce que vous devez faire. Nous avons été très clairs dans la définition des cadres, et nous leur avons donné suffisamment de possibilités de choisir la manière dont vous voulez vous y prendre pour votre contexte local. Et cela revient à une chose à laquelle je crois fermement, à savoir que les normes sont opposées à la normalisation.

Notamment, de nombreuses ONGI interrogées au niveau du siège, tant des organisations humanitaires que de développement, ont souligné l'importance de reconnaître et de donner la priorité à l'expertise du personnel de première ligne et des prestataires, étant donné la nature hautement contextuelle de la pandémie et ses impacts sur les environnements de prestation de services de contraception et de SSR.

La coordination

L'expérience des répondants en matière de mécanismes de coordination et d'efficacité varie. Les personnes interrogées dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement ont largement fait état des mécanismes de coordination existants, notamment les groupes sectoriels dans les contextes humanitaires et les groupes de travail techniques, qui continuent de se réunir. Bien que certaines personnes interrogées dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement aient décrit les difficultés et les retards dans le passage des réunions à des plateformes virtuelles, citant le manque de capacités et l'accès inégal à la technologie et à la connectivité entre les partenaires. Les mécanismes de coordination ont également été confrontés à des défis en raison des demandes créées par la réponse à la pandémie : dans un cas, une ONG nationale interrogée dans un cadre humanitaire a signalé que les mécanismes de coordination de la SSR existants ont été perturbés pendant des semaines parce qu'ils n'étaient pas en mesure de se connecter avec leurs collègues du gouvernement.

Certains répondants ont indiqué que de nouveaux mécanismes de préparation et de réaction à la COVID-19 avaient été mis en place. Une ONGI interrogée travaillant au niveau régional a indiqué que de nombreux pays dans son domaine de travail ont mis en place des groupes de travail nationaux sur la COVID-19. Elle a également indiqué que les mécanismes de coordination existants en matière de SSR, y compris les groupes de travail, ont été fusionnés avec des groupes de travail ou transformés en groupes de travail. Dans une autre région, une ONG internationale interrogée a indiqué qu'un mécanisme régional de coordination de la COVID-19 avait été mis en place, mais qu'il n'incluait pas tous les acteurs de la santé, y compris les parties prenantes de la santé sexuelle et reproductive.

Les personnes interrogées dans le cadre de l'aide humanitaire et du développement ont indiqué que la coordination jouait un certain nombre de fonctions, notamment le plaidoyer pour donner la priorité à la contraception et à la santé sexuelle et reproductive et, dans certains cas, l'élaboration de directives, la garantie de la disponibilité des fournitures et des produits, y compris l'EPI, la prestation et la couverture des services, y compris pour la violence liée au sexe, et la sensibilisation des communautés. Un répondant d'une ONG nationale a fourni un exemple de coordination menant à des solutions innovantes, dans lequel des organisations travaillant dans différentes régions ont pu maximiser leur portée auprès des communautés après que la coordination les ait aidées à identifier les lacunes en matière de sensibilisation. Les organisations ont travaillé ensemble pour créer des stations de radio et développer des messages cohérents sur les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive, et chaque organisation a pris la responsabilité de faire traduire les messages dans les langues locales appropriées, de les enregistrer et de les distribuer dans sa région.

Cependant, les personnes interrogées ont également décrit les défis liés à la coordination de la SSR, y compris les services de contraception. Une ONG internationale interrogée travaillant dans différents contextes au niveau régional a déclaré ne pas avoir observé les parties prenantes coordonner la prestation de services, et une autre ONG internationale interrogée, basée au niveau du siège et travaillant dans des contextes humanitaires, a exprimé sa frustration quant à la « coordination des paroles » dans un contexte humanitaire où les parties prenantes travailleraient ensemble, mais ne rendraient pas la coordination pleinement opérationnelle. Une ONG nationale interrogée a indiqué que son organisation était incluse dans la coordination de la COVID-19, ce qui est positif, mais qu'elle manquait de ressources pour assurer le suivi de la mise en œuvre des activités prévues. Une autre ONGI interrogée travaillant au niveau national a décrit les difficultés liées au flux d'informations du niveau national au niveau du district pour éclairer la réponse, et



un répondant du ministère de la santé a indiqué que dans certains cas, les partenaires de mise en œuvre travaillaient en parallèle avec les gouvernements pour la réponse à la COVID-19.

Les répondants ont déclaré que l'existence de mécanismes de coordination solides avant le début de la COVID-19 a facilité une réponse efficace. Une ONG nationale interrogée dans un pays en situation d'urgence humanitaire a déclaré que le mécanisme de coordination de la SSR dans son contexte était efficace parce que « nous nous connaissons tous. Nous connaissons tous le travail des autres. C'est pourquoi il s'agit d'un groupe fort à mes yeux et nous travaillons ensemble et nous coordonnons ensemble depuis longtemps. Ce n'est pas juste que cela ait été créé soudainement pour la COVID. Nous travaillons ensemble avant parce que nous sommes tous confrontés à la situation des réfugiés ». Les parties prenantes pourraient tirer parti des relations existantes pour réagir rapidement.

Les ONGI interrogées dans le cadre de l'aide humanitaire et du développement ont également discuté de l'importance de la coordination internationale, notamment en raison des perturbations dans le transport des fournitures et des marchandises. Une personne interrogée a indiqué qu'elle était en mesure de livrer des marchandises de SSR en Syrie et au Yémen en utilisant les vols du Programme alimentaire mondial. Les personnes interrogées ont noté que les parties prenantes coordonnaient leur action au niveau international pour aider les partenaires sur le terrain à obtenir des produits et des fournitures, et ont indiqué qu'une partie de cette coordination était informelle. Ceci souligne une fois encore l'importance des relations existantes.

Comme mentionné précédemment, une ONG internationale interrogée travaillant dans des contextes humanitaires et de développement estime que les acteurs et les contextes humanitaires possèdent un avantage comparatif à cet égard, étant donné que la coordination est mise en avant et codifiée comme une pratique standard dans la réponse humanitaire.

Une personne interrogée dans un contexte de développement a estimé que la COVID-19 avait amélioré la coordination dans son milieu, en « unifiant » les partenaires et en facilitant des réunions plus régulières, la circulation de l'information et la coordination de la prestation de services. Une autre ONG internationale de développement interrogée a indiqué que les expériences vécues au cours de la COVID-19 avaient souligné la valeur de la coordination avec les acteurs humanitaires dans les milieux où son organisation travaille. Elle a fait remarquer que, parallèlement à la planification d'une formation pour de multiples partenaires au niveau national, elle avait communiqué avec un collègue d'une ONG internationale humanitaire sur un sujet distinct, mais qu'à la suite de cette conversation sans rapport, elle a pu inclure l'équipe de pays de cette organisation dans la formation. Elle a réfléchi : « Il semble tellement évident que oui, bien sûr, nous devrions tendre la main aux acteurs humanitaires pour leur proposer de telles opportunités. Mais je pense que ces relations n'existent pas forcément au niveau national ».

Enfin, un certain nombre de répondants ont discuté des avantages de la coordination multisectorielle qui s'est mise en place au cours de la pandémie. Une personne interrogée a déclaré : « J'ai été très étonnée de voir, vous savez, lorsque vous parlez de planification familiale ou de santé reproductive, que vous commencez à voir d'autres secteurs arriver, la santé infantile... la nutrition... Et au-delà de cela, lorsque vous êtes allé au niveau national, les autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, [commençaient] également à avoir une conversation avec le secteur de la santé... de sorte que vous pouvez voir comment vous créez des synergies entre les secteurs.

Financement

Les répondants ont été interrogés sur l'impact de la COVID-19 sur l'environnement de financement de la contraception et de la santé sexuelle et reproductive dans les contextes humanitaires et de développement. Les répondants de tous les milieux ont largement parlé de manière positive de la réaction de leurs donateurs à la COVID-19, notamment en permettant une certaine flexibilité pour faire pivoter et adapter la programmation. Les répondants ont indiqué qu'ils ont pu réaffecter les fonds en interne, par exemple pour couvrir les coûts liés à la COVID-19.

La majorité des répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas eu à réaffecter les fonds organisationnels existants de la SSR aux activités de la COVID-19. Cependant, les personnes interrogées ont indiqué que la COVID-19 a considérablement augmenté les coûts d'exploitation. De nombreuses personnes interrogées dans des organisations et des contextes différents ont déclaré avoir cherché et, dans certains cas, reçu des fonds nouveaux ou supplémentaires pour soutenir l'achat d'EPI et l'adaptation des programmes. Bien que les personnes interrogées aient reconnu que de nombreux donateurs se concentraient sur la réponse à la COVID-19, plusieurs d'entre elles ont déclaré avoir mené avec succès des actions de sensibilisation auprès des donateurs pour obtenir des fonds supplémentaires afin d'assurer la continuité des services de santé sexuelle et reproductive, ou même avoir été approchées par des donateurs actuels cherchant à accroître leur soutien aux services de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Un nombre limité de personnes interrogées dans le domaine du développement ont déclaré avoir commencé à exploiter de nouvelles sources de financement humanitaire, par exemple, le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF). Ce n'est cependant pas le cas de toutes les personnes interrogées.

Cependant, un petit nombre de répondants - représentant à la fois des ONG nationales et des ONGI ont également signalé que les donateurs n'ont pas été en mesure de donner suite au financement des projets prévus à la suite de la COVID-19, soit parce que le financement a été transféré vers les activités COVID-19, soit en raison des difficultés financières auxquelles le donateur est confronté. Notamment, un répondant basé au niveau du siège d'une ONGI travaillant dans différents contextes a déclaré qu'à son avis, les donateurs auraient pu améliorer leur réponse en améliorant la coordination entre eux.

En outre, comme mentionné précédemment, certains répondants ont indiqué que les gouvernements avaient réaffecté des fonds au détriment de la santé sexuelle et reproductive, bien que d'autres répondants aient indiqué que leurs efforts pour s'assurer que les gouvernements maintiennent le financement de la santé sexuelle et reproductive avaient été couronnés de succès.

Les personnes interrogées dans les organisations et les milieux ont décrit la conduite d'un plaidoyer auprès des donateurs, et beaucoup ont signalé que les donateurs avaient indiqué leur intention de maintenir leur engagement envers la SSR, tout en reconnaissant qu'ils ne savaient pas encore exactement à quoi cela ressemblerait. Interrogés sur les effets à long terme qu'ils ont constatés ou anticipés dans les environnements de financement, les répondants ont décrit une incertitude accrue. Beaucoup ont fait remarquer que les impacts économiques de la COVID-19 affecteront également les donateurs, et ont exprimé des inquiétudes quant à la disponibilité du financement pendant une période prolongée.



Suivre ce qui fonctionne maintenant et dans les situations d'urgence futures

En conclusion des EIC, les personnes interrogées ont été invitées à réfléchir aux enseignements et aux points clés de leur expérience en matière de soutien ou de prestation de services de contraception dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Les répondants des secteurs de l'humanitaire et du développement ont indiqué que le début et l'impact de la COVID-19 ont mis en évidence les lacunes et donc l'importance de la préparation à la santé sexuelle et reproductive, et le rôle que la préparation, si elle est en place, peut jouer pour garantir que les systèmes de santé sont adaptables. Les répondants ont également souligné qu'il est important que les acteurs du développement reconnaissent qu'ils ont un rôle à jouer dans la préparation, et ont discuté de l'évolution de la nature des crises, de la fragilité et de la vulnérabilité croissantes aux risques dans tous les contextes, y compris ceux qui sont encore considérés comme du « développement ». Une personne interrogée sur le développement a réfléchi :

Ce n'est pas la première pandémie, et ce ne sera pas la dernière. Dans cinq ou dix ans, il y aura une nouvelle pandémie. Si nous n'avons pas des choses très globales comme celle-ci, il y aura des crises même dans les endroits où nous pensons « Oh, c'est un cadre de développement ». Parce que si vous regardez de nombreux régimes politiques... les crises arrivent. Des crises nous attendent dans les cinq prochaines années. Juste à cause des troubles politiques. Et c'est une chose que les organisations qui se définissent comme des acteurs du développement doivent intérioriser.

Plus généralement, les personnes interrogées ont estimé que la COVID-19 en tant qu'urgence mondiale, a mis en lumière les défis posés par le cloisonnement entre les acteurs de l'humanitaire et du développement. Une personne interrogée a appelé à « s'éloigner d'un discours qui parle d'humanitaire contre développement », et à se concentrer plutôt sur la construction de systèmes de santé résilients et adaptatifs, capables d'absorber et de gérer les chocs, y compris les épidémies et les pandémies. Les répondants ont discuté de l'importance d'intégrer les activités de renforcement des systèmes de santé dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, et d'investir dans les acteurs locaux afin de garantir que les programmes de contraception et de santé sexuelle et reproductive soient résistants et durables à long terme. Une ONG internationale humanitaire interrogée a déclaré que, de son point de vue, « Là où la continuité des services est florissante, ce sont les endroits où, avant la COVID-19, il y avait de bons investissements initiaux en matière de planning familial, un personnel vraiment très spécialisé et formé, des champions du planning familial - ayant ces éléments fondamentaux en place ».

Les répondants ont également noté que les exigences particulières de la réponse à la COVID-19 ont démontré qu'il est possible d'accomplir virtuellement beaucoup plus que ce que l'on pensait auparavant, et que le maintien de cette façon de travailler a le potentiel de déplacer les ressources plus près du terrain, et d'augmenter les ressources disponibles pour les activités prioritaires, y compris le renforcement des systèmes et l'investissement dans les acteurs locaux. Cependant, un répondant basé au siège d'une ONG internationale travaillant dans des contextes humanitaires et de développement a noté qu'en dépit de la discussion sur la localisation dans le contexte de la pandémie de COVID-19, il n'a pas observé de changements significatifs correspondants dans le flux de financement et a déclaré que pour que la localisation ait lieu de manière significative, il faudra que les donateurs investissent et établissent des priorités.

Plusieurs répondants ont également discuté de la conduite de recherches et de la collecte de données pour étudier et documenter l'impact de la COVID-19, et la réponse de leur organisation. Les répondants ont souligné l'importance de documenter l'impact de la COVID-19 et ce qui a fonctionné ou non pour garantir que les services essentiels continuent d'être accessibles et disponibles pour informer la préparation et la réponse à l'avenir. Une ONGI interrogée a décrit l'approche de son organisation en matière de collecte de données sur les adaptations comme une « cartographie de l'histoire », notant que ce type de visualisation des données aidait les utilisateurs à explorer tous les secteurs et tous les types d'adaptations. Elle a indiqué que l'élaboration de la carte au fil des mois a fourni à l'organisation des informations « formidables », mais a également constitué un « gros travail » reflétant l'investissement nécessaire pour garantir que les données sur l'impact, les adaptations et les leçons apprises ne soient pas perdues. Notamment, une autre personne interrogée d'une ONGI a perçu que son organisation avait du mal à rationaliser la collecte de données sur les impacts et les adaptations de la COVID-19 dans les pays, les secteurs et les programmes, et a exprimé des inquiétudes quant aux redondances du système et à son inefficacité pour le personnel.

Un autre répondant a déclaré : « Je pense que la communauté mondiale est beaucoup plus systématique dans la documentation [l'impact de la COVID-19] et la diffusion des données. Dans le passé, lorsque la crise d'Ebola a été révélée, on ne parlait que de la mortalité maternelle. Nous n'avions pas vu le même type de données ou la rigueur appliquée à la création d'un ensemble de preuves pour dire comment nous pouvons accéder aux choses, comment nous pouvons [mieux] garantir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Et je pense que c'est un point positif ».

Plusieurs répondants ont notamment réfléchi à l'importance de saisir les expériences et les perspectives des clients et des communautés. Une personne interrogée a décrit la conduite de discussions de groupe avec des prestataires, des agents de santé communautaires et des membres de la communauté, tandis qu'une autre a indiqué qu'en documentant les adaptations, elle avait le sentiment que son organisation ne pouvait pas entendre « la voix des personnes qui accèdent réellement aux services de ces différentes manières ». Elle a dit : « Ce sera un élément essentiel, d'une importance capitale, de notre propre évaluation, pour déterminer lesquelles de ces [adaptations] devraient être intégrées dans les programmes à venir, parce qu'elles fonctionnent ou ont fonctionné, et qu'elles ont aidé nos clients à répondre à leurs besoins d'une manière qui leur semblait centrée sur le client, et leur ont donné une expérience positive ».

Bien que la pandémie de COVID-19 ait posé des défis importants et souvent sans précédent dans tous les secteurs de l'intervention humanitaire, y compris la santé sexuelle et reproductive, elle a également fourni une occasion unique de démontrer la valeur et la faisabilité de la mise en œuvre de politiques et de mécanismes fondés sur des données probantes pour la prestation de services de contraception, y compris le transfert et le partage des tâches et la prestation de services de santé communautaire, l'intégration de la fourniture de services de contraception avec d'autres services de santé essentiels, notamment les vaccinations, et l'utilisation des médias et de la technologie numérique, qui sont tous conformes aux pratiques à fort impact pour la planification familiale (PFI)⁷

7 Family Planning High Impact Practices, « High Impact Practices in Family Planning », mis à jour en octobre 2020, www.fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list/; Family Planning High Impact Practices, « Drug Shops and Pharmacies : Sources for family planning commodities and information, www.fphighimpactpractices.org/briefs/drug-shops-and-pharmacies/; Family Planning High Impact Practices, « Community Health Workers : Bringing family planning services to where people live and work, www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/; Family Planning High Impact Practices, « Family Planning and Immunization Integration : Reaching postpartum women with family planning services, www.fphighimpactpractices.org/briefs/family-planning-and-immunization-integration/; Family Planning High Impact Practices, « Digital Health for Social and Behavior Change : New technologies, new ways to reach people,



et aux directives de l'OMS pour l'autogestion de la santé sexuelle et reproductive⁸ et le transfert et le partage des tâches pour la santé maternelle et néonatale, y compris les services de contraception⁹ dans les situations humanitaires. Les parties prenantes, y compris les donateurs et les partenaires de mise en œuvre, doivent continuer à investir dans la documentation et le soutien des innovations susceptibles d'accroître l'accessibilité et la disponibilité des contraceptifs pour les filles, les femmes, les garçons et les hommes touchés par les crises, dans toute leur diversité.

Discussion

La pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception dans les milieux humanitaires, fragiles et de développement. Les personnes interrogées ont été essentiellement unanimes à déclarer que la fourniture de services de contraception a été perturbée par les restrictions instituées au début de la pandémie, notamment les fermetures, les fermetures d'installations et les restrictions de mouvement.

Dans tous les milieux, ces restrictions ont eu un impact sur les services de contraception de plusieurs façons. En plus de la fermeture forcée des installations dans certains milieux, les personnes interrogées dans les organisations et les milieux ont indiqué que les restrictions entravaient la capacité des fournisseurs à atteindre les installations, perturbaient les chaînes d'approvisionnement en produits contraceptifs et forçaient l'arrêt de certaines activités de sensibilisation et de prestation de services à base communautaire. Les répondants ont également indiqué que les restrictions perturbaient d'autres activités essentielles à la prestation de services de contraception durables et adaptés, notamment la collecte et la communication de données, la supervision des prestataires et la formation.

En outre, ces restrictions empêchent les communautés de se rendre aux points de prestation de services, et de nombreux répondants ont estimé ou se sont inquiétés du fait que les obstacles étaient particulièrement onéreux pour les adolescents, les communautés rurales ou isolées, et pour les membres des populations marginalisées, notamment les personnes handicapées et les réfugiés. Les personnes interrogées dans divers milieux ont noté que le manque d'accès à la contraception était aggravé par d'autres problèmes auxquels sont confrontés les adolescents dans le contexte de la pandémie, notamment le fait de ne pas être scolarisés et d'être isolés de leurs pairs, et l'augmentation de la violence liée au sexe, y compris le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé. Les répondants ont estimé que les adolescents étaient et seront vulnérables aux retombées économiques de la pandémie, et ont souligné que les programmes efficaces de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents devraient être adaptés à leurs besoins et préférences spécifiques, et être holistiques, liés à des informations, des services et des programmes complets qui traitent de la protection, de l'éducation et des moyens de subsistance.

www.fphighimpactpractices.org/briefs/digital-health-sbc; Family Planning High Impact Practices, «Digital Health for Systems : Strengthening Family Planning Systems Through Time and Resource Efficiencies, www.fphighimpactpractices.org/briefs/digital-health-systems.

- 8 Organisation mondiale de la santé, *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health : sexual and reproductive health and rights*, (2019), www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en.
- 9 Organisation mondiale de la santé, *Recommandations de l'OMS : Optimiser le rôle du personnel de santé pour la santé maternelle et néonatale par le biais du transfert des tâches*,(2012), <https://optimizemnh.org/>; Organisation mondiale de la santé, *Partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale et à la contraception*,(2017), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf?sequence=1>.

De nombreuses personnes interrogées représentant diverses organisations et milieux ont indiqué que les services de contraception et, plus généralement, les services de santé sexuelle et reproductive étaient initialement soumis à ces restrictions, en partie parce que les autorités gouvernementales ne considéraient pas les services de contraception et de santé sexuelle et reproductive comme essentiels ou vitaux, et ont déclaré avoir mené des actions de plaidoyer auprès des gouvernements pour que la prestation de services de contraception reprenne et soit correctement hiérarchisée. Les personnes interrogées ont largement déclaré que les gouvernements étaient réceptifs à ce plaidoyer, mais de nombreuses personnes interrogées ont indiqué que les gouvernements avaient détourné le financement de la contraception. En outre, de nombreuses personnes interrogées ont indiqué que les services de contraception continuaient d'être défavorisés par rapport à d'autres éléments de la santé sexuelle et reproductive, soulignant l'importance cruciale d'un plaidoyer permanent pour sensibiliser les autorités et les parties prenantes au fait que la contraception sauve des vies et constitue un élément standard de la réponse sanitaire humanitaire.

Les répondants ont cité un certain nombre de stratégies et d'outils de sensibilisation comme étant efficaces, notamment en s'inspirant des lignes directrices de l'OMS sur la continuité des services essentiels ; en citant l'impact potentiel à long terme sur la morbidité et la mortalité maternelles, y compris les leçons tirées au lendemain du virus Ebola ; et en liant la fourniture de services de contraception à la protection et à la réponse aux VBG. En outre, plusieurs répondants, représentant principalement des milieux humanitaires, ont déclaré utiliser le DMU pour la santé sexuelle et reproductive afin d'éclairer la prise de décision concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de contraception, dans le contexte de la pandémie.

Les organisations interrogées ont mis en œuvre de nombreuses innovations et adaptations pour assurer la continuité des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive, notamment en distribuant des méthodes à courte durée d'action sous forme de fournitures pour plusieurs mois ; en fournissant des services de télémédecine et en utilisant la technologie pour fournir des conseils, orienter les clients vers les méthodes et effectuer un suivi ; en transférant et en partageant les tâches, notamment la prestation de services à base communautaire et la sensibilisation ; en encourageant l'auto-administration du DMPA-SC lorsque cela est possible ; et en intégrant la prestation de services de contraception à celle d'autres services de santé essentiels. De nombreux répondants ont également déclaré utiliser la technologie pour adapter ou maintenir la collecte et la communication des données, et fournir une formation, une supervision et un soutien psychosocial aux prestataires.

Il est important de noter que de nombreux répondants, issus d'organisations et de milieux différents, ont déclaré que des prestataires étaient tombés malades et, dans certains cas, étaient décédés, en raison de la COVID-19, ce qui souligne les risques auxquels les intervenants de première ligne sont confrontés en cas d'urgence et la charge disproportionnée qu'ils assument. Il est essentiel que les acteurs humanitaires reconnaissent l'importance de fournir un soutien solide, non seulement une compensation et une infrastructure organisationnelle, mais aussi un soutien psychosocial.

Même dans des contextes pauvres en ressources et très restrictifs, les organisations des répondants ont su innover et s'adapter rapidement pour atteindre les femmes et les filles avec des innovations et des services de contraception, faisant preuve d'une ingéniosité et d'une débrouillardise extraordinaires. Cependant, les personnes interrogées représentant des organisations tant dans le domaine humanitaire que dans celui du développement ont fait état de difficultés à mettre en œuvre certaines adaptations technologiques parce qu'elles ne disposaient pas des ressources, du temps ou des infrastructures électriques et de connectivité nécessaires. Bien que la télémédecine et les programmes basés sur la technologie puissent efficacement atteindre de nombreuses femmes, filles, garçons et



hommes avec des informations et des services de santé sexuelle et reproductive, les parties prenantes incluant des donateurs aux gouvernements en passant par les partenaires de mise en œuvre, doivent s'assurer qu'ils maintiennent des mécanismes de prestation de services qui peuvent atteindre toutes les populations, même celles qui n'ont pas accès à la technologie et à la connectivité.

En outre, une ONG internationale interrogée travaillant dans des contextes humanitaires et de développement a estimé qu'au début de la pandémie, l'accent mis initialement sur la télémédecine a eu un impact négatif sur la fourniture des CRLDA, et a souligné l'importance de veiller à ce que l'ensemble des méthodes soit disponible par le biais de multiples mécanismes de prestation de services. De manière plus générale, plusieurs répondants ont indiqué que la fourniture de CRLDA a été plus négativement affectée par la COVID-19 que par les méthodes à courte durée d'action. La prestation de services de contraception de bonne qualité exige la disponibilité d'un éventail de méthodes afin que les femmes et les filles puissent choisir la méthode qui leur convient le mieux, y compris les CRLDA. Au cours de la pandémie de COVID-19 et dans les futures interventions humanitaires de SSR, il est essentiel que les gouvernements et les partenaires de mise en œuvre disposent des fournitures, des prestataires formés et des plans d'urgence nécessaires pour fournir les CRLDA.

La nature des perturbations et des adaptations de la prestation des services de contraception dans le cadre de la COVID-19 dont ont parlé les personnes interrogées était largement cohérente dans l'ensemble des contextes humanitaires et de développement et des différents types d'organisations, tandis que l'ampleur des perturbations et des adaptations spécifiques semblait être fortement influencée par le contexte spécifique dans lequel le programme fonctionnait, en particulier les paramètres des restrictions et des orientations mises en œuvre en réponse à la COVID-19. Une fois de plus, cela souligne l'importance de mener des actions de sensibilisation pour s'assurer que les gouvernements et les principales parties prenantes comprennent que les services de contraception sont essentiels et doivent être maintenus dans la conception et l'exécution de chaque réponse à une crise.

Au-delà des perturbations et des adaptations de la prestation de services, les répondants ont discuté d'une série de facteurs influençant la disponibilité de la contraception dans le contexte de la pandémie de COVID-19, notamment la coordination avec les gouvernements et les partenaires, la hiérarchisation des services de contraception dans les orientations et les plans d'intervention liés à la COVID-19, le financement et la préparation aux situations d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive ou, dans de nombreux cas, un manque de préparation aux situations d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive.

Certaines personnes interrogées dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement ont déclaré que les activités de préparation entreprises avant la pandémie, même celles qui n'étaient pas spécifiques aux épidémies et aux pandémies, avaient facilité la réponse de leur organisation à la COVID-19. Ces activités comprenaient une formation sur le DMU pour la SSR et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Comme indiqué précédemment, plusieurs répondants ont déclaré avoir utilisé le DMU pour la santé sexuelle et reproductive afin d'éclairer la prise de décision concernant la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de contraception, dans le contexte de la pandémie. Une personne interrogée a indiqué que le DMU pour la santé sexuelle et reproductive contribuait à donner une plus grande priorité à la contraception dans les contextes humanitaires, par rapport aux contextes de développement, parce que les intervenants étaient conscients que les services de santé sexuelle et reproductive devaient être inclus comme un pilier essentiel d'une intervention sanitaire d'urgence, et étaient prêts à utiliser le DMU pour la santé sexuelle et reproductive dans leur prise de décision. Il est essentiel que tous

les intervenants qui mettent en œuvre ou soutiennent la prestation de services de contraception, y compris les gouvernements et les acteurs du développement, connaissent et soient prêts à mettre en œuvre le DMU pour la santé sexuelle et reproductive en cas d'urgence.

Toutefois, la majorité des personnes interrogées dans les différents milieux ont indiqué que les gouvernements n'avaient pas ou n'avaient pas exécuté de plans de préparation à la santé sexuelle et reproductive avant le début de la pandémie, ou n'avaient pas accordé une priorité suffisante à la contraception et à la santé sexuelle et reproductive dans les plans de préparation à la santé. Les répondants ont également reconnu que les plans de préparation existants en matière de santé n'abordaient pas la possibilité d'une pandémie mondiale. De même, les répondants, quels que soient le type d'organisation et le contexte, ont largement indiqué que leur organisation n'avait pas de plan de préparation ou ne menait pas d'activités de préparation à la SSR avant la pandémie, et ont indiqué qu'il s'agissait d'une lacune à laquelle il faudrait remédier à l'avenir. Plusieurs ONGI de développement interrogées ont déclaré que les acteurs travaillant dans le domaine du développement ne considèrent pas encore la préparation comme faisant partie de leur champ d'action ou comme étant pertinente dans des contextes stables.

Toutefois, les personnes interrogées ont systématiquement indiqué que le manque de préparation était une lacune importante, et ont souligné que la pandémie de COVID-19 a démontré que la préparation, y compris pour la SSR, devrait être une priorité pour tous les milieux.

La coordination a également joué un rôle important en facilitant la réponse des organisations à la COVID-19 dans des contextes où le lien entre l'aide humanitaire et le développement est très fort. Les personnes interrogées dans les organisations et les milieux ont indiqué que la coordination aidait les parties prenantes à plaider en faveur de la priorité des services de contraception et de santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la réponse à la COVID-19, à atténuer les perturbations de la chaîne d'approvisionnement pour remédier aux ruptures de stock et maintenir la continuité des services, et à assurer la couverture des prestations de services. Les personnes interrogées ont indiqué que la coordination était particulièrement efficace dans les contextes où les parties prenantes avaient des relations existantes et où des mécanismes de coordination solides fonctionnaient avant le début de la pandémie, ce qui illustre l'importance de la création de partenariats entre les acteurs de l'aide humanitaire et du développement, du niveau local au niveau international.

Les répondants des organisations travaillant à la fois dans le domaine humanitaire et dans celui du développement ont cité la nécessité de renforcer la coordination entre ces deux domaines comme une leçon importante tirée de leur expérience de prestation de services de contraception pendant la pandémie. Les répondants ont indiqué que le nombre de pays en situation de fragilité ne cesse d'augmenter et que les distinctions entre le cadre humanitaire et le cadre du développement s'estompent, rendant les silos humanitaires et de développement archaïques et inefficaces. Dans cette optique, la pandémie de COVID-19 a renforcé l'impératif de restructurer les systèmes humanitaires et les architectures de financement pour investir dans les acteurs locaux et la réponse humanitaire dirigée localement.



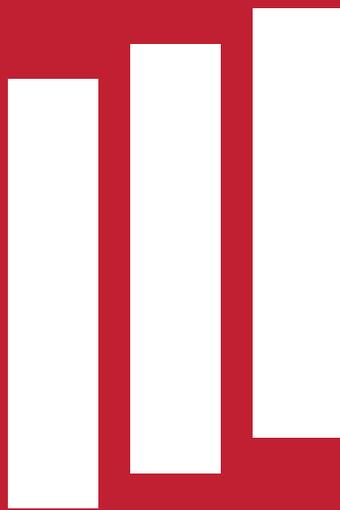
Conclusion

La COVID-19 a amplifié le besoin d'aide humanitaire à l'échelle mondiale, et les retombées économiques et sociales de la pandémie dans les milieux où le lien entre l'aide humanitaire et le développement est étroit ne sont pas encore claires. Aujourd'hui peut-être plus que jamais, les parties prenantes de ce réseau doivent travailler ensemble pour maximiser l'impact de l'aide humanitaire et combattre la fragilité, notamment en investissant dans la préparation aux situations d'urgence en matière de santé sexuelle et reproductive et en la mettant en œuvre, ainsi qu'en protégeant les services de contraception et en garantissant leur accès. La contraception est un investissement dans les droits, la santé et le bien-être des filles et des femmes. En exploitant les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19, les parties prenantes peuvent améliorer le droit des femmes et des filles à accéder à la contraception dans tous les contextes humanitaires et de développement en mettant en place des systèmes de santé résistants, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive, qui peuvent résister et s'adapter aux chocs.



Liste d'abréviations et de sigles

CERF	Le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires
DMPA-SC	Depot medroxyprogesterone acetate, sub-cutaneous, sous-cutané (marque Sayana Press)
DMU	Le dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive
DUI	Dispositif intrautérin
EIC	Entrevues avec des informateurs clés
EPI	Équipements de protection individuelle
IST	Infections sexuellement transmissibles
Kits de IARH	Kits de santé reproductive d'urgence inter-agences
LARC	Contraception à longue durée d'action et réversible
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONGI	Organisations non gouvernementales internationales
ONU	Organisation des Nations Unies
PCO	Pilules contraceptives orales
PCU	Les pilules contraceptives d'urgence
PHIs	Pratiques à Haut Impact dans la Planification Familiale
VBG	Violence basée sur le genre
WRC	Women's Refugee Commission



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.

Women's Refugee Commission | 15 West 37th Street | New York, NY 10018
212.551.3115 | info@wrcommission.org | womensrefugeecommission.org