



Services de contraception dans les contextes humanitaires et dans les liens entre l'humanitaire et le développement : Résumé des lacunes et recommandations tirées d'une évaluation de l'état du terrain

Mars 2021



La **Women's Refugee Commission (WRC) [Commission des femmes pour les réfugiés]** 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 des programmes et des politiques qui permettent de renforcer leurs capacités d'adaptation et de produire un changement au sein des pratiques de l'aide humanitaire.

Le **Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise [Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG)]** est une coalition d'organisations non gouvernementales internationales, d'agences nationales et d'agences des Nations unies qui travaillent ensemble pour faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les situations de crise humanitaire.

Family Planning 2030 (FP2030) (anciennement FP2020) est un partenariat mondial qui a pour but d'autonomiser les femmes et les filles en investissant dans une planification familiale fondée sur les droits. Créée lors du Sommet de Londres sur la planification familiale, en 2012, la plateforme construite par FP2030 est résiliente, inclusive et efficace.

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Sarah Rich et Lily Jacobi de la Women's Refugee Commission (WRC). Les recherches ont été menées par Lily Jacobi, Katherine Gambir, Cassondra Puls et Sarah Rich (toutes membres du personnel de la WRC), Sara Casey (Initiative RAISE, Université de Columbia) et les consultants de WRC Claire Eldred, Cady Nyombe Gbomosa et Arturo Sanabria. Une quinzaine de parties prenantes, représentant 10 organisations de l'IAWG et de FP2030, ont examiné et apporté leur contribution au rapport. Le rapport a été conçu par Diana Quick et Joshua Julian.

Contact

Pour plus d'informations, veuillez contacter Sarah Rich, directrice associée, Programme de santé sexuelle et reproductive, à l'adresse suivante : SarahR@wrcommission.org ou Lily Jacobi, conseillère, Santé sexuelle et reproductive et recherche, à l'adresse suivante : LilyJ@wrcommission.org.

Photo de couverture : Des contraceptifs vus dans un dispensaire privé sur un marché du camp de Kutupalong, Cox's Bazar, Bangladesh. © Rumana Akter/WRC

© 2021 Women's Refugee Commission.

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



Sommaire

Résumé exécutif	1
Introduction	3
Méthodes	4
Thèmes clés de l'évaluation.....	5
Choix de méthodes contraceptives et qualité des soins.....	6
Adolescent-e-s et autres populations marginalisées.....	8
Fournitures	10
Collecte et utilisation des données, y compris la constitution d'une base de données probantes.....	13
Préparation aux situations d'urgence	15
Localisation	17
COVID-19	19
Conclusion	21
Abréviations.....	22



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La Women's Refugee Commission (WRC) a réalisé une évaluation de l'état du terrain de 2018 à 2020 pour jauger et construire la base de données probantes sur les obstacles, les opportunités et les stratégies efficaces pour fournir des services de contraception aux femmes et aux filles touchées par des crises. L'évaluation comprenait une analyse documentaire, une enquête globale sur les programmes de contraception, des études de cas dans trois contextes humanitaires et deux séries d'entrevues avec des informateurs clés (KII). La deuxième série de KII a été menée après le début de la pandémie de COVID-19 et visait spécifiquement à comprendre les effets de la COVID-19 sur les services de contraception. Toutes les autres composantes de l'évaluation ont été réalisées avant le début de la pandémie.

Les résultats ont révélé plusieurs lacunes importantes qui entravent l'accès aux programmes de contraception dans les situations de crise humanitaire. Sur la base des résultats, les principales recommandations générales pour les gouvernements, les donateurs et les agences de mise en œuvre dans le continuum humanitaire-développement sont les suivantes :

- **Continuer à faire prendre conscience que la contraception fait partie de l'ensemble des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires :** Mener un plaidoyer et une mobilisation continus auprès des gouvernements, des donateurs et d'autres partenaires pour donner la priorité à la santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris la contraception, dans le cadre de la préparation, de la réponse et du rétablissement humanitaires, et pour mieux faire comprendre que la contraception est un service de santé qui sauve des vies et la norme de soins qui doit être disponible dans toutes les crises.
- **Améliorer la fourniture de toute la gamme des méthodes contraceptives, en particulier les contraceptifs à longue durée d'action et réversibles (LARC) et la contraception d'urgence (CU) :** Mettre en œuvre des politiques de partage des tâches, supprimer les restrictions politiques sur la CU et les LARC, et mettre à disposition la CU dans un large éventail de points de vente ; améliorer les connaissances des prestataires sur la CU et les LARC, y compris l'insertion et le retrait des LARC, et dispenser une formation sur les conseils en matière de contraception basés sur les droits qui met l'accent sur le choix du client et la prise de décision éclairée ; et sensibiliser les populations touchées par les crises à la CU et aux LARC.
- **Améliorer l'accès aux services de contraception pour les adolescent-e-s et les membres d'autres populations marginalisées :** Faire participer les adolescent-e-s, les personnes vivant avec un handicap et les membres d'autres populations marginalisées, y compris les organisations locales dirigées par ces groupes, à la programmation des services de contraception, de la préparation à l'intervention et au rétablissement ; utiliser des modalités de prestation de services alternatives pour atteindre les adolescent-e-s et les membres d'autres populations marginalisées ; et s'attaquer à la stigmatisation par le biais d'activités de sensibilisation de la communauté et de clarification des valeurs.
- **Améliorer la disponibilité des produits contraceptifs :** Engager du personnel ayant des compétences en gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique lors de la préparation, de la réponse et du rétablissement des urgences ; intégrer la préparation aux urgences dans les investissements visant à renforcer les chaînes d'approvisionnement en SSR pendant les périodes stables, y compris la formation à la gestion des produits contraceptifs dans les situations d'urgence ; et investir dans le renforcement des chaînes d'approvisionnement en SSR après une situation d'extrême urgence pour assurer la transition vers une chaîne d'approvisionnement plus stable.
- **Renforcer la collecte et l'utilisation des données pour la prestation de services de contraception :** Former le personnel des établissements de santé à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation des données relatives à la contraception, et prévoir un budget suffisant pour les activités de collecte de données ; normaliser et rationaliser les indicateurs relatifs à la contraception et les outils de collecte de données utilisés dans les contextes humanitaires ; et constituer une base de données probantes sur les stratégies efficaces pour fournir des services de contraception tout au long du cycle de programmation d'urgence.
- **Investir dans la préparation à la prestation de services de contraception :** Intégrer la contraception

dans les politiques et les budgets de préparation aux situations d'urgence et de gestion des risques de catastrophe ; renforcer la capacité des gouvernements et des partenaires du continuum humanitaire et de développement à s'engager dans la préparation et la réponse ; et plaider pour que la préparation devienne une composante habituelle de la programmation et de la coordination de la SSR des gouvernements et des agences de développement en période de stabilité.

- **Localiser la fourniture de services de contraception dans les contextes de crise** : Soutenir et renforcer les partenaires locaux, des gouvernements aux organisations communautaires, pour conduire la mise à disposition de services de contraception, de la préparation à la reprise en passant par la réponse ; fournir un financement direct flexible et à long terme aux organisations locales de SSR et aux agences gouvernementales ; et lutter contre les obstacles inhérents au mécanisme de l'aide internationale qui empêchent la participation des acteurs locaux de la SSR.
- **Étendre et institutionnaliser les mécanismes qui ont été mis en place au cours de la COVID-19 pour améliorer la disponibilité et l'accès aux contraceptifs**, notamment la fourniture plurimensuelle de méthodes à courte durée d'action, la télémédecine et les protocoles numériques, le transfert et le partage des tâches, la fourniture de méthodes au niveau communautaire, l'intégration de la contraception dans les activités de santé primaire et les [méthodes de soins auto-administrés](#) y compris l'auto-injection de produits injectables sous-cutanés.

Une liste complète des recommandations figure à la fin de chaque section.



Un membre du personnel de l'ONG AMODEFA et un prestataire de soins de santé présentent du matériel IEC sur la santé reproductive dans la tente de planification familiale et de consultation d'un centre de santé rural à Dondo, dans la province de Sofala, au Mozambique. © Arturo Sanabria/WRC



INTRODUCTION

La contraception permet de sauver des vies et constitue un service de santé prioritaire dans les situations d'urgence. Le DMU 2018 [Dispositif minimum d'urgence \(DMU\)](#) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR),¹ la norme mondiale pour la réponse SSR dans les situations d'extrême urgence, inclut la prévention des grossesses non désirées comme l'un des six objectifs. La contraception doit être mise à disposition avec les autres services essentiels de santé sexuelle et reproductive dès le début de toute intervention d'urgence, y compris les épidémies et les pandémies, et elle doit être [renforcée](#)² après la phase aiguë d'une urgence.³

Malgré les progrès réalisés pour rendre les contraceptifs disponibles dans les contextes humanitaires, la fourniture de services de contraception reste une lacune dans le financement et la programmation de la santé humanitaire, alors même que les besoins humanitaires augmentent à un rythme sans précédent.⁴ Cette inattention nuit à l'efficacité de l'aide humanitaire et cause du tort aux personnes touchées par la crise. La pandémie mondiale de COVID-19 n'a fait qu'amplifier le besoin d'aide humanitaire. En effet, selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) des Nations Unies, 235 millions de personnes auront besoin d'une aide humanitaire en 2021, soit une augmentation de près de 40 % par rapport à 2020.⁵ En outre, plusieurs objectifs de développement durable dépendent d'un accès solide et équitable à des services de contraception volontaire - d'autant plus que la COVID-19 érode à l'échelle mondiale des avancées durement acquises en matière de développement.⁶ L'investissement dans les services de contraception permet de prévenir la mortalité et la morbidité maternelles, de favoriser la résilience, de promouvoir la participation aux moyens de subsistance et aux initiatives en matière d'éducation, et d'autonomiser les femmes et les filles.

Il est donc essentiel que les parties prenantes - y compris les donateurs, les gouvernements et les agences de mise en œuvre dans l'ensemble du continuum humanitaire-développement - aient accès à des données solides sur l'état de la prestation de services de contraception dans les contextes humanitaires. En conséquence, avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates et de Danida, la Women's Refugee Commission (WRC) a lancé une évaluation de l'état du terrain afin d'évaluer et de constituer une base de données probantes sur les obstacles, les opportunités et les stratégies efficaces pour fournir la gamme complète de contraceptifs aux femmes et aux filles touchées par les crises.

Cette note résume les conclusions de l'évaluation de l'état du terrain et formule des recommandations élaborées en collaboration avec les parties prenantes du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise « Inter- Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG) » et de la Planification familiale 2030 (FP2030) (anciennement FP2020), lors de deux consultations (une en anglais et une en français) afin d'améliorer l'accès à la contraception dans les contextes humanitaires et à travers le lien entre l'humanitaire et le développement.

- 1 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise, *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (IAFM), Chapitre 3 : Dispositif minimum d'urgence*, <https://iawgfieldmanual.com/manual/misp>.
- 2 IAWG, IAFM, Chapitre 7 : La contraception, <https://iawgfieldmanual.com/manual/contraception>.
- 3 IAWG, IAFM, <https://iawgfieldmanual.com>.
- 4 S.K. Chynoweth, « Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review » [Faire progresser la santé reproductive dans l'agenda humanitaire : l'examen mondial 2012-2014], *Conflict and Health*, 2015;9: 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11.
- 5 O5 OCHA, Aperçu humanitaire mondial 2021 (2020), <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GHO-2021-Abridged-FR.pdf>; OCHA, Aperçu de la situation humanitaire mondiale 2020 (2019), <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GHO-2020-FR-Web.pdf>.
- 6 Rapport sur les objectifs de développement durable 2020, <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020>.

MÉTHODES

L'évaluation comprenait une analyse documentaire, une enquête mondiale sur les programmes de contraception, des études de cas dans trois contextes humanitaires et deux séries d'entretiens avec des informateurs clés (KII). Toutes les composantes de l'évaluation ont été réalisées avant le début de la pandémie de COVID-19, à l'exception de la deuxième série de KII, qui a été menée après le début de la pandémie et visait spécifiquement à comprendre les effets de la COVID-19 sur les services de contraception.⁷

Analyse documentaire : L'analyse documentaire a évalué les données probantes sur la prestation de services de contraception en milieu humanitaire, publiées entre 2010 et 2019. Les chercheurs ont parcouru PubMed pour trouver la documentation évaluée par les pairs, et ont utilisé Google, ReliefWeb et les sites Web des organisations pour identifier la littérature grise. WRC a identifié 75 articles validés par des pairs et 22 publications grises à inclure.

Enquête mondiale sur les programmes de contraception : L'enquête a permis d'obtenir un aperçu de l'état de la prestation de services de contraception parmi les organisations fournissant des contraceptifs dans des contextes humanitaires. Sept ONG internationales, 12 ONG nationales ou régionales et une agence des Nations Unies ont participé, elles représentaient 84 programmes fournissant des services de contraception dans 42 pays et territoires. La collecte des données s'est terminée au printemps 2019.

Études de cas : WRC a mené des études de cas en 2019 à Cox's Bazar, au Bangladesh⁸ ; dans l'État de Borno, au Nigéria⁹ ; et dans les zones du Mozambique touchées par le cyclone Idai¹⁰ afin de documenter la prestation de services de contraception pour les populations touchées. Dans chaque contexte, WRC a réalisé des KII avec le gouvernement, les Nations Unies et les organisations partenaires ; des évaluations des installations, en s'appuyant notamment sur l'administration de questionnaires sur les connaissances et les attitudes des prestataires ; et des groupes de discussion [focus group discussions] (FGD) avec les communautés affectées.

Première série d'entretiens avec des informateurs clés (avant le début de la pandémie de COVID-19) : La première série d'entretiens avec des informateurs clés a permis d'examiner ce qui fonctionne pour soutenir la programmation de la contraception dans les périodes de transition du continuum préparation-secours-relèvement, y compris les défis et les stratégies pour améliorer la collaboration entre l'humanitaire et le développement. WRC a mené 14 entretiens en 2019 avec 17 informateurs clés travaillant dans des contextes humanitaires et de développement, dont une agence de l'ONU, six organisations non gouvernementales internationales (ONGI) et une organisation non gouvernementale (ONG) nationale, représentant neuf employés du siège et huit employés sur le terrain.

Deuxième série d'entretiens avec des informateurs clés (après le début de la COVID-19) : La deuxième série d'entretiens avec des informateurs clés visait à documenter les effets de la COVID-19 sur la prestation de services de contraception ; les innovations et adaptations visant à garantir que les services de contraception restent disponibles et accessibles ; et les facilitateurs et obstacles à la prestation de services de contraception pendant la COVID-19 à travers le lien entre l'humanitaire et le développement. À l'automne 2020, la WRC a mené 29 entretiens avec des représentants d'une agence de l'ONU, trois représentants des autorités sanitaires

- 7 Pour plus de détails sur la méthodologie et les résultats de chaque composante de la recherche, reportez-vous aux cinq rapports regroupés sur www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-services-humanitarian-settings-and-the-humanitarian-development-nexus.
- 8 Women's Refugee Commission (WRC), *A Clear Case for Need and Demand : Accessing Contraceptive Services for Rohingya Women and Girls in Cox's Bazar [Des arguments qui justifient le besoin et la demande : Accès aux services de contraception pour les femmes et les filles rohingyas à Cox's Bazar] (2019)*, www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptif-service-delivery-in-the-camps-de-refugies-de-cox-s-bazar-bangladesh.
- 9 WRC, *Gap between Supply and Demand for Contraceptive Services in Northeast Nigeria [Écart entre l'offre et la demande de services de contraception dans le nord-est du Nigéria] (2020)*, www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-services-gap-nigeria.
- 10 WRC, *Opportunities and Challenges for Contraceptive Service Delivery in Cyclone Idai-Affected Areas of Mozambique [Opportunités et défis pour la prestation de services de contraception dans les zones touchées par le cyclone Idai au Mozambique] (2020)*, www.womensrefugeecommission.org/research-resources/opportunities-challenges-for-contraceptive-service-delivery-in-cyclone-idai-zones-affectees-mozambique.



gouvernementales de trois pays, 11 ONGI (une combinaison de personnels du siège et du terrain) et cinq ONG nationales dans des contextes humanitaires et de développement à travers les régions. Vingt-trois entretiens ont été menés en anglais et six entretiens ont été menés en français.

THÈMES CLÉS DE L'ÉVALUATION

Les résultats de l'évaluation renforcent l'importance d'un plaidoyer et d'une mobilisation constants des gouvernements, des donateurs et des agences de mise en œuvre dans le continuum humanitaire-développement, afin de **donner la priorité à la contraception dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive dans les contextes humanitaires, de la préparation à la réponse et au rétablissement**. Parmi les 20 organisations qui ont répondu à l'enquête sur les programmes de contraception mondiaux, un quart de leurs programmes de santé ne comprenaient pas de services de contraception. L'enquête ayant ciblé les organisations qui intègrent régulièrement la contraception dans leurs programmes, cette proportion serait probablement plus élevée pour de nombreuses organisations humanitaires qui n'ont pas participé à l'enquête.

Il est donc essentiel de continuer à **établir un consensus sur le fait que la contraception permet de sauver des vies et fait partie de l'ensemble des services de santé essentiels qui doivent être mis à la disposition de toutes les femmes et les filles touchées par une crise**. La crise de la COVID-19 a souligné la nécessité de continuer à sensibiliser le public au fait que les services de contraception, ainsi que d'autres services essentiels de santé sexuelle et reproductive, font partie de la norme de soins dans toutes les situations d'urgence. De nombreux informateurs clés ont indiqué que la contraception et d'autres services de SSR ont subi les effets de la pandémie parce que les principaux décideurs ne les considéraient pas comme essentiels ou vitaux. La contraception doit être intégrée, au même titre que les autres services de SSR, dans les plans et le financement des interventions humanitaires, les politiques et les budgets de préparation aux situations d'urgence, ainsi que dans les programmes de santé mis en place lors des interventions de courte durée, des interventions prolongées et du relèvement.

Les résultats de l'évaluation ont révélé plusieurs lacunes **spécifiques qui entravent l'accès et la disponibilité de programmes de contraception de haute qualité** - y compris les services et les informations - dans les contextes de crise humanitaire, notamment :

- la mise à disposition de toute la gamme des méthodes contraceptives, en particulier les contraceptifs à longue durée d'action et réversibles (LARC) et la contraception d'urgence (CU) ;
- l'accès des adolescent-e-s et des membres d'autres populations marginalisées aux services de contraception ;
- la disponibilité des produits contraceptifs ;
- la collecte et l'utilisation de données pour les programmes de prestation de services de contraception ;
- la préparation à la prestation de services de contraception avant une situation d'urgence, notamment par la collaboration entre les partenaires humanitaires et de développement ;
- la localisation de la réponse humanitaire, y compris l'engagement du gouvernement et des ONG locales, pour la prestation de services de contraception.

Les conclusions et les recommandations présentées ci-dessous sont organisées en fonction de ces principales lacunes et comprennent également une section consacrée aux perturbations et aux adaptations de la prestation de services de contraception dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Choix de méthodes contraceptives et qualité des soins

Toutes méthodes de recherche confondues, les principaux résultats reflètent des lacunes persistantes dans la fourniture de la gamme complète de méthodes contraceptives dans les contextes humanitaires. Il est important de noter que si la plupart des données et des recherches disponibles sur la programmation en matière de contraception dans les contextes humanitaires portent sur un ensemble spécifique de méthodes, d'autres méthodes sont également essentielles à un choix complet de méthodes.

L'enquête sur les programmes de contraception a montré que les pilules contraceptives orales (PCO) et les injectables étaient disponibles dans plus de 90 % des programmes de contraception, tandis que la CU et les contraceptifs à longue durée d'action et réversibles (LARC), y compris les implants et les dispositifs intra-utérins (DIU), étaient un peu moins disponibles.¹¹ Les études de cas ont également révélé une disponibilité moindre des LARC et de la CU par rapport aux PCO et aux contraceptifs injectables. L'enquête a montré que les méthodes permanentes étaient proposées encore moins fréquemment, dans moins de la moitié des programmes de contraception. Les méthodes permanentes n'ont pas fait l'objet d'une discussion approfondie dans l'analyse documentaire ou dans les autres méthodes d'évaluation.

La revue de la littérature et les études de cas suggèrent que le manque de prestataires formés est un obstacle majeur à la fourniture de LARC, et que le manque de sensibilisation des prestataires à la CU, ainsi que les idées fausses, sont des obstacles à la communication d'informations sur la CU. Dans toutes les études de cas, les évaluations des établissements de santé et les questionnaires sur les connaissances et les attitudes ont indiqué que certains prestataires n'avaient pas été formés à ces méthodes ou disposaient d'informations inexacts à leur sujet.

La connaissance des LARC et de la CU parmi les populations concernées est également faible. L'analyse documentaire a montré que la connaissance de la CU parmi les communautés affectées était extrêmement faible dans tous les contextes, même lorsque la connaissance d'autres méthodes était relativement élevée. Dans les trois études de cas, les personnes touchées par la crise ne connaissaient pas ou très peu la CU, et connaissaient moins les LARC que les méthodes à courte durée d'action.

De plus, les produits de CU dédiés ne sont toujours disponibles que par intermittence dans les contextes humanitaires. Lorsque la CU est disponible, elle est souvent limitée aux soins dispensés après un viol. L'analyse documentaire suggère que la disponibilité des produits est affectée lorsque les produits ne sont pas enregistrés dans le pays, comme c'est parfois le cas avec les pilules de CU. Les études de cas ont également montré que les ruptures de stock de fournitures et d'équipements contribuaient à une moindre disponibilité des LARC.

Les KII menés après le début de la COVID-19 suggèrent que la disponibilité des LARC a été particulièrement affectée, surtout au début de la pandémie. Les répondant-e-s ont avancé que cela était dû au fait que les prestataires devaient utiliser des équipements de protection individuelle (EPI), souvent en nombre insuffisant, pour l'insertion et le retrait, et que la fourniture de LARC ne pouvait pas être assurée par la télémédecine.

Pour améliorer le choix de méthodes contraceptives et la qualité des soins dans les situations de crise, il faut :

- **Développer l'offre de l'ensemble des choix de méthodes contraceptives**, y compris la CU, les LARC, les méthodes permanentes et d'autres méthodes. Il est prouvé que plus il y a de méthodes disponibles, plus les femmes et les filles sont nombreuses à les utiliser.¹² Au fur et à mesure que de nouvelles méthodes

11 De nombreux programmes de contraception étudiés comprenaient plusieurs points de prestation de services. Si des méthodes étaient fournies dans au moins un point de prestation de services au sein d'un programme de contraception, elles étaient comptabilisées comme étant disponibles dans le programme.

12 J. Rosset al., « Contraceptive method choice in developing countries, » [Choix de la méthode contraceptive dans les pays en développement], *Int Fam Plan Perspect*, 2002 ;28 : 32- 40 ; J. Ross et J. Stover, « Use of modern contraception increases when more methods become available » [L'utilisation de la contraception moderne augmente lorsque davantage de méthodes deviennent disponibles : analyse des preuves de 1982 à 2009], *Glob Health Sci Pract*, 2013 ; 1 : 203–12 ; S.E. Casey et al., « Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys » [Disponibilité de méthodes de planification familiale à longue durée d'action et permanentes entraînant une augmentation de leur utilisation dans le nord de l'Ouganda frappé par des conflits : données probantes provenant d'enquêtes transversales de base et en grappes finales], *Glob Public Health*, 2013 ; 8 : 284 –97 ; 1. S.E. Casey et M. Tshipamba, « Contraceptive availability leads to increase in use in conflict-affected Democratic Republic of the Congo: evidence from cross-sectional cluster surveys, facility assessments and service statistics » [La disponibilité des contraceptifs entraîne une augmentation de leur utilisation en République démocratique du Congo touchée par les conflits : données probantes provenant d'enquêtes en grappes transversales, d'évaluations des installations et de statistiques de services], *Conflict and Health*, 2017;11:2.



deviennent disponibles, le choix de méthodes dans les contextes humanitaires doit s'ajuster pour refléter le choix complet de méthodes grâce à des efforts pour intégrer les nouvelles méthodes pendant la préparation et dans les contextes post-urgence extrême. Par exemple, il est important de continuer à autoriser et à soutenir l'auto-injection d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt par voie sous-cutanée (DMPA-SC).

- **Améliorer la connaissance de la CU parmi les personnes affectées par les crises grâce à des partenariats avec des organisations locales travaillant auprès des communautés touchées et par le biais de campagnes menées dans les médias de masse** pour diffuser largement les informations sur la CU. Les campagnes et les messages doivent être adaptés pour atteindre les membres des populations marginalisées.
- **Rendre la CU largement disponible dans une série de points et de modalités de prestation de services dans les contextes humanitaires**, y compris les pharmacies, les marchés, les établissements de santé, la distribution communautaire et les espaces sûrs. Veiller à ce que le personnel de ces points de vente ait accès à des informations précises sur la CU. Lorsqu'il n'y a pas de pilules de CU dédiées, la méthode Yuzpe (utilisation de PCO pour faire la CU) doit être proposée. La CU peut être mise à la disposition des populations en transit en pilotant l'inclusion de la CU dans les fournitures offertes aux femmes en déplacement.
- **Enregistrer les produits de la CU à l'échelle nationale et supprimer les restrictions politiques sur la CU et les LARC**, telles que les exigences en matière de consentement parental et de consentement du conjoint, les exigences en matière de prescription et les exigences en matière de résidence. L'intégration complète des méthodes dans les politiques et les programmes de contraception pendant les périodes stables permettra de mieux se préparer à une combinaison complète de méthodes pendant les situations d'urgence.
- **Autoriser la distribution communautaire de méthodes à courte durée d'action, y compris la CU, et autoriser les prestataires de niveau intermédiaire à insérer et retirer les LARC.**¹³ Veiller à ce que tous les prestataires autorisés, y compris les distributeurs communautaires, soient formés, approvisionnés et soutenus pour fournir ces méthodes.
- **Procéder à une clarification des valeurs avec les prestataires de santé afin d'aborder les idées fausses et les attitudes négatives envers la CU et les LARC.** S'assurer que les prestataires sont conscients que la CU peut être utilisée non seulement pour les soins dispensés suite à un viol, mais aussi à chaque fois qu'un rapport sexuel non protégé a lieu.
- **Organiser des formations cliniques, en cours d'emploi et de remise à niveau avec des stages sur l'insertion et le retrait des LARC, associées à des mécanismes de supervision de soutien permanents.** Pendant la réponse aiguë, utiliser des formations sur mesure telles que le [Formations de remise à niveau en sensibilisation clinique de SSR pour les contextes humanitaires](#) (S-CORTS).¹⁴ Permettre aux prestataires de niveau intermédiaire d'organiser des formations lorsque le personnel de haut niveau n'est pas disponible. Pendant la formation, diffuser les aide-mémoires pertinents, y compris les conseils et les listes de contrôle.
- **Former les prestataires de soins de santé aux conseils sur la contraception fondés sur les droits**, en mettant l'accent sur le choix et l'autonomie du/de la client-e, la prise de décision en toute connaissance de cause, la confidentialité et le respect des besoins et de la dignité de chacun. Veiller à ce que la formation aborde le conseil sur toutes les méthodes disponibles, y compris la CU et les LARC, et souligne que le préservatif est la seule méthode qui prévient à la fois la grossesse et la transmission du VIH/des IST.

13 OMS, Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception (2017) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259633/WHO-RHR-17.20-eng.pdf?sequence=1>.

14 Initiative de partenariat de formation de l'IAWG, *Formations de recyclage en sensibilisation clinique en SSR pour les situations humanitaires (S-CORT)* (2020), <https://iawg.net/resources/srh-clinical-outreach-refresher-trainings-for-humanitarian-settings>.

Adolescent-e-s et autres populations marginalisées

Les données de l'évaluation montrent clairement que les adolescent-e-s veulent, ont besoin d'accéder et utiliseront les informations et les services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, mais qu'ils/elles continuent de faire face à des obstacles importants dans les situations humanitaires. L'évaluation indique également un manque de programmes et de recherches ciblés sur les besoins uniques en matière de programmes de contraception pour divers groupes, notamment les personnes en situation de handicap et les membres d'autres populations marginalisées.

Adolescent-e-s : les études de cas ont mis en évidence que la stigmatisation et les attitudes négatives des membres de la communauté et des prestataires de soins de santé, ainsi que l'opposition des parents et/ou des conjoints, constituent des obstacles importants à l'accès aux services de contraception pour les adolescent-e-s, en particulier les filles non mariées.

Dans l'enquête sur les programmes de contraception, dans toutes les régions, 41 % des programmes ont déclaré que les services de contraception étaient disponibles et accessibles aux adolescent-e-s non mariées la plupart du temps ou toujours, mais 41 % ont également déclaré qu'ils n'étaient jamais ou seulement disponibles parfois. Des variations régionales sont apparues, avec seulement 13 % des répondant-e-s au Moyen-Orient et en Afrique du Nord qui ont déclaré que les services de contraception étaient disponibles et accessibles aux adolescent-e-s non mariées la plupart du temps ou toujours, contre 68 % des répondant-e-s en Afrique subsaharienne.

Personnes en situation de handicap : Dans les études de cas, les personnes touchées par la crise ont indiqué lors des groupes de discussion que les personnes en situation de handicap étaient confrontées à des obstacles plus importants pour accéder aux services de contraception, notamment la distance par rapport aux points de prestation de services, le manque de transport et l'inaccessibilité des établissements. Toutefois, l'examen de la documentation a révélé des données très limitées sur les programmes de contraception, les obstacles et l'accès des personnes en situation de handicap. En outre, dans le cadre de l'enquête sur les programmes de contraception, un pourcentage élevé de répondant-e-s dans toutes les régions ont déclaré ne pas être au courant de l'accessibilité et de la disponibilité des services de contraception pour les personnes en situation de handicap, ce qui témoigne de la nécessité d'accroître la collecte de données, la recherche et les programmes conçus pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.

Autres populations marginalisées : Un pourcentage élevé de répondant-e-s à l'enquête sur les programmes de contraception ont également déclaré ne pas savoir si les services de contraception étaient accessibles et disponibles pour les personnes LGBTQI et non-conformes au genre, ainsi que pour les personnes qui pratiquent le commerce du sexe. Ce qui témoigne une fois de plus de la nécessité de renforcer la collecte de données et les programmes destinés à diverses populations.

Pour améliorer l'accès aux services de contraception pour les adolescent-e-s et les membres d'autres populations marginalisées dans les situations de crise, il faut :

- **Faire participer les adolescent-e-s¹⁵ les autres populations marginalisées à tous les stades de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de contraception, ainsi qu'aux processus décisionnels**, de la préparation à l'intervention et au rétablissement. Plus précisément, il s'agit d'intégrer les adolescent-e-s et les autres populations marginalisées dans des évaluations plus larges des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, d'utiliser des méthodes participatives comme le récit pour collecter et partager les données, de co-analyser les données et de co-animer la présentation ; et d'utiliser des outils de responsabilité sociale éprouvés.
- **S'associer à des organisations locales dirigées par des jeunes, des personnes en situation de handicap, des personnes LGBTQI et d'autres populations marginalisées** pour améliorer l'accès des groupes marginalisés tout en renforçant les partenaires locaux.

15 IAWG, *Boîte à outils sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) pour les situations humanitaires : édition 2020 (2020)*, <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%3%A7aise-de-la-la-bo%3AEte-%3AO-ouils-pour-la-sant%3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>

- **Identifier et utiliser des modalités et des lieux de prestation de services alternatifs pour atteindre les adolescent-e-s et les autres populations marginalisées.** Par exemple, il faut identifier les points de prestation de services en dehors des établissements traditionnels qui sont fréquentés par ces populations ; veiller à ce que des services à domicile soient disponibles pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer facilement ; s'attaquer aux obstacles financiers pour les adolescent-e-s et autres populations marginalisées par le biais de bons et/ou de services gratuits ; et intégrer les services de contraception à d'autres services de santé, y compris la SSR, et à des services non sanitaires.
- **Adapter et utiliser des approches numériques et de soins auto-administrés** pour atteindre les populations qui rencontrent des obstacles pour accéder aux services de contraception. S'appuyer sur les protocoles de télémédecine mis en place pendant la COVID-19 et élargir l'accès aux méthodes de soins auto-administrés, y compris l'auto-injection de d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt par voie sous-cutanée (DMPA-SC).¹⁶
- **Procéder à une clarification des valeurs avec les prestataires de soins de santé afin de renforcer les services adaptés aux adolescent-e-s**, notamment en sensibilisant les prestataires aux normes internationales en matière de droits humains et aux besoins spécifiques des différents groupes d'adolescent-e-s.
- **Sensibiliser les communautés pour lutter contre la stigmatisation, faire prendre conscience des droits et des besoins des adolescent-e-s, impliquer les hommes et les garçons, et développer des champions communautaires** pour l'accès des adolescent-e-s à la contraception. Les parents, les éducateurs, les responsables communautaires et religieux, ainsi que les adolescent-e-s, doivent tous être associés à ces efforts pour s'attaquer aux normes sociales liées à l'utilisation des contraceptifs par les adolescent-e-s.
- **Mettre en place une éducation sexuelle complète pour atteindre systématiquement divers groupes d'adolescent-e-s**, y compris des messages et des informations adaptés à l'âge des très jeunes adolescent-e-s (10-14 ans).
- **Intégrer une approche inclusive et transformatrice de genre dans tous les programmes de contraception**, de la préparation à la réponse et au rétablissement, y compris les méthodes participatives de responsabilité. Ces principes doivent être appliqués de la conception du programme à sa mise en œuvre et à son suivi.
- **Construire la base de données des stratégies efficaces pour atteindre les adolescent-e-s et les autres populations marginalisées** dans les contextes humanitaires et adapter la programmation au fur et à mesure que de nouvelles données apparaissent.



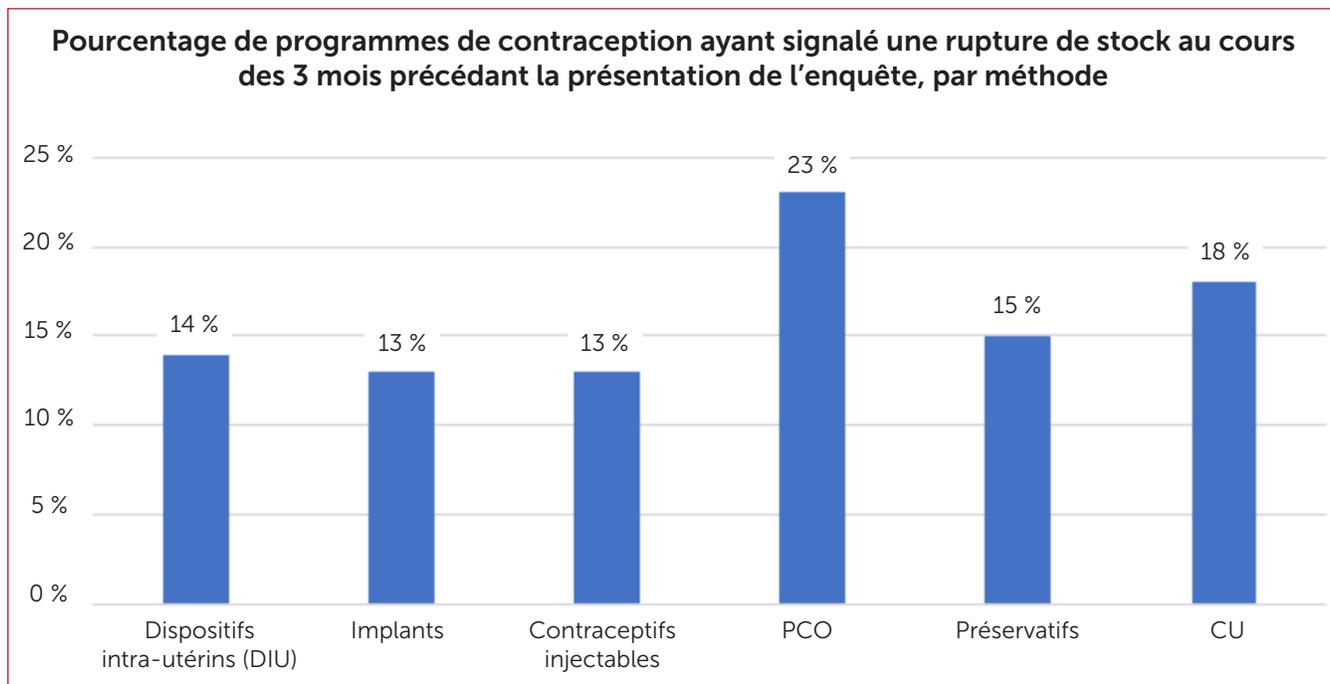
Vue du camp de Kutupalong, Cox's Bazar, Bangladesh © Cassandra Puls/WRC

16 Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé. Santé sexuelle et reproductive et droits connexes (2019)*, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en>.

Fournitures

La prestation de services de contraception dépend de la disponibilité des fournitures, mais les données de l'évaluation de l'état du terrain suggèrent que les problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de disponibilité des fournitures persistent dans tous les contextes humanitaires.

L'enquête mondiale sur la programmation en matière de contraception a indiqué que les ruptures de stock posent problème dans tous les programmes et méthodes. Des ruptures de stock de méthodes spécifiques ont été signalées dans 13 à 23 % des programmes (bien que de nombreuses présentations aient indiqué qu'ils n'étaient pas au courant de l'occurrence des ruptures de stock, il est donc possible que l'occurrence des ruptures de stock soit encore plus élevée que ce que reflètent les données).



L'analyse documentaire et les études de cas ont confirmé les difficultés liées à la disponibilité des produits contraceptifs dans les contextes humanitaires. Dans les trois études de cas, la WRC a documenté des ruptures de stock de produits contraceptifs lors des évaluations des établissements de santé. Dans l'analyse documentaire, des ruptures de stock de diverses méthodes contraceptives et de kits de [santé reproductive du groupe interorganisations \(Inter-Agency Reproductive Health \(IARH\)\)](#)¹⁷ ont été documentées ou signalées dans de multiples contextes.

Dans les trois contextes de l'étude de cas, les kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH) - qui sont conçus spécifiquement pour la phase d'une urgence extrême- étaient utilisés. Ils constituaient une source primaire de produits contraceptifs à Cox's Bazar et dans l'État de Borno au moment de la collecte des données. L'enquête sur les programmes de contraception a également mesuré les pourcentages de programmes qui se procurent des méthodes auprès de diverses sources dans les établissements de soins dans les situations de crise grave et post-crise grave. Dans les contextes d'urgence extrême et post-urgence, environ la moitié des programmes ont déclaré se procurer des produits contraceptifs auprès du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ou des agences des Nations Unies. Une plus grande proportion de répondant-e-s, dans les situations d'urgence extrême ont déclaré acheter des méthodes auprès du gouvernement que dans les situations d'urgence extrême dans le cadre desquelles l'achat auprès du gouvernement a été le moins signalé.

¹⁷ Les kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH) sont un ensemble de kits préemballés gérés par l'UNFPA, au nom de l'IAWG, qui contiennent tous les médicaments, dispositifs et produits nécessaires à la mise en œuvre du DMU. Ils complètent les kits sanitaires d'urgence interagences (IEHK). <https://www.unfpaprourement.org/humanitarian-supplies>.



L'enquête sur la programmation en matière de contraception a également documenté les sources fréquentes de retard dans l'approvisionnement et elle a révélé que dans toutes les régions, les retards dus au transport dans le pays et au financement étaient souvent signalés. Dans les études de cas, les répondant-e-s de l'État de Borno et du Mozambique ont fait état de difficultés liées à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de ruptures de stock qui ont eu un impact négatif sur la disponibilité des services. Les défis à relever dans ces contextes relèvent aussi de la livraison sur le dernier kilomètre, des conditions de stockage, du gaspillage et de la quantification. L'analyse documentaire a montré que la mauvaise collecte de données sur les chaînes d'approvisionnement et les stocks empêche les programmes de faire des prévisions appropriées et de s'approvisionner de manière régulière et durable.

Au cours de la pandémie de COVID-19, les répondant-e-s de l'enquête KII ont indiqué que les restrictions de déplacements avaient des répercussions importantes sur les chaînes d'approvisionnement en SSR à tous les niveaux, de la fabrication à la livraison du dernier kilomètre, en passant par les importations et les exportations. Ils/elles ont également signalé que les options limitées en matière de transport international et national ont fait grimper les coûts de transport et d'expédition. En outre, plusieurs répondant-e-s ont signalé une baisse de la disponibilité des kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH).

Pour améliorer l'approvisionnement en contraceptifs dans les régions touchées par une crise, il faut :

- **Engager du personnel qualifié en gestion de la chaîne d'approvisionnement pharmaceutique, y compris les produits contraceptifs**, dans toutes les situations de crise. Cette expertise doit être intégrée dans le cycle des programmes humanitaires, de la préparation au rétablissement, en passant par la réponse aiguë et prolongée.
- **Renforcer la formation avant et pendant les crises sur la façon de commander, gérer, utiliser et suivre les kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH) et les produits contraceptifs en vrac.** Mettez en œuvre des séances de formation pratiques et concrètes, assorties de formations de remise à niveau, de mécanismes de supervision et de mentorat. Proposer une formation en ligne lorsque la formation en présentiel n'est pas possible.
- **Améliorer la résilience de la chaîne d'approvisionnement en intégrant la planification et la budgétisation de la préparation aux urgences dans les investissements de renforcement de la chaîne d'approvisionnement en SSR pendant les périodes stables. Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) et la coalition pour la fourniture de produits de santé reproductive [Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC)] recommandent¹⁸ des actions de collaboration solides entre les gouvernements nationaux et infranationaux et les partenaires tout au long du continuum humanitaire-développement, notamment les activités suivantes¹⁹.**
 - » Recenser les besoins, les défis et les imprévus probables tout au long de la chaîne d'approvisionnement.
 - » Créer des environnements politiques favorables pour faciliter l'entrée rapide des produits de SSR en cas de crise.
 - » Intégrer les fournitures de SSR d'urgence dans les systèmes d'information sur la gestion logistique (SIGL).
 - » Décentraliser les stocks au niveau régional ou prépositionner les fournitures clés au niveau national, lorsque cela est stratégique.
- **Id. Investir dans le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en SSR après une réponse à une situation d'extrême urgence afin de passer à une chaîne d'approvisionnement plus informée et plus stable** qui répond à la demande de méthodes contraceptives tout en minimisant les ruptures de stock et le gaspillage. Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) et la coalition pour la fourniture de produits de santé reproductive (RHSC) recommandent²⁰ de réduire la dépendance à l'égard des kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH) (qui sont conçus

18 Coalition pour les fournitures de santé reproductive et IAWG, *Ensuring universal access to sexual and reproductive health supplies [Assurer l'accès universel aux fournitures de santé sexuelle et reproductive]* (pas de date), <https://cdn.iawg.rgn.io/documents/Ensuring-universal-access-to-SRH-supplies.pdf?mtime=20201013164935&focal=none>.

19 IAWG et al., *Strengthening Supply Chains for Sexual and Reproductive Health Across the Humanitarian-Development Continuum to Fulfill the 2030 Agenda [Renforcement des chaînes d'approvisionnement pour la santé sexuelle et reproductive dans le continuum humanitaire-développement pour réaliser l'Agenda 2030]* (2019), https://cdn.iawg.rgn.io/documents/Strengthening-supply-chains-for-SRH-across-humanitarian-development-continuum_information-brief_March-2019.pdf?mtime=20200206235434&focal=none.

20 Coalition pour les fournitures de santé reproductive et IAWG, *Assurer l'accès universel aux fournitures de santé sexuelle et reproductive*.

pour être utilisés spécifiquement pendant les crises aiguës) grâce à des **activités**²¹ telles que le renforcement de la collecte de données pour éclairer la planification et la quantification de l'approvisionnement en SSR pour l'approvisionnement en produits en vrac.

- **Améliorer la collecte, la visibilité et l'utilisation des données de la chaîne d'approvisionnement avant et pendant les crises** en diffusant des outils de collecte de données de la chaîne d'approvisionnement adaptés aux contextes humanitaires, en assurant le suivi des kits IARH et des autres fournitures contraceptives jusqu'au dernier kilomètre, et en reliant les données sur les fournitures aux systèmes d'information sur la gestion de la santé (SIGS) [health management information systems (HMIS)] pour améliorer la communication entre les programmes et la logistique.
- **Établir des partenariats avec les prestataires de services du secteur privé, notamment les pharmacies locales et les vendeurs de médicaments**, afin d'élargir l'éventail des points de vente où les consommateurs peuvent se procurer des contraceptifs de qualité.



Produits de contraception dans un centre de santé, Mozambique © Katherine Gambir/WRC

21 IAWG et al., *Strengthening Supply Chains [Renforcement des chaînes d'approvisionnement]*.



Collecte et utilisation des données, y compris la constitution d'une base de données probantes.

Les résultats de l'évaluation de l'état du terrain ont montré des lacunes dans la collecte et l'utilisation des données - ce qui est essentiel pour assurer la réussite de la prestation de services de contraception.

Alors que des mécanismes de coordination étaient en place dans les trois études de cas pour présenter et examiner régulièrement les données parmi les partenaires participant à la réponse SSR, les données étaient souvent incomplètes, tardives ou de mauvaise qualité. En outre, les évaluations des établissements de santé ont révélé un affichage limité des données sur l'ensemble des sites et une capacité variable des prestataires à décrire les tendances des données relatives à la prestation des services de contraception et les mesures prises à la suite de l'examen des données.

Les études de cas font également état de définitions incohérentes et changeantes des indicateurs, ce qui a entraîné des difficultés d'interprétation et d'utilisation des données. Les répondants à Cox's Bazar ont noté que les définitions incohérentes des indicateurs parmi les partenaires de mise en œuvre compliquaient les efforts d'examen et de comparaison des données. Au Mozambique, plusieurs répondant-e-s ont signalé qu'un changement dans la définition nationale de « nouvel-le utilisateur-riche de la planification familiale » avant le cyclone a entraîné des problèmes d'exactitude des données, y compris pendant la réponse au cyclone.

Au cours de la pandémie de COVID-19, certain-e-s répondant-e-s dans le cadre des KII ont signalé que les restrictions de déplacement ont eu un impact sur la collecte des données, bien que tous les répondant-e-s n'aient pas eu cette expérience. Les répondant-e-s ont également déclaré que la collecte de données se faisait de plus en plus par voie électronique, notamment via WhatsApp.

Enfin, l'analyse documentaire a révélé un manque de données solides évaluant ce qui fonctionne pour fournir des services de contraception efficaces dans les contextes humanitaires. Il existe des preuves programmatiques à l'appui de programmes de services de contraception à plusieurs volets, conçus pour améliorer le choix de méthodes, la capacité des prestataires, la disponibilité et la sécurité des produits, ainsi que le suivi et l'évaluation. Il existe également des preuves de la prestation de services communautaires par le biais d'unités sanitaires mobiles et d'agents de santé communautaires, de la fourniture de contraceptifs dans le cadre des soins post-avortement, de subventions et de programmes de coupons. Cependant, il faut plus de données pour mieux comprendre ce qui fonctionne pour fournir des services de contraception efficaces dans divers contextes humanitaires.

Pour améliorer la collecte et l'utilisation des données sur la contraception dans les situations de crise, il faut :

- **Prévoir un budget suffisant pour les activités de collecte de données sur les contraceptifs dans les établissements de santé afin d'améliorer la qualité des données et la cohérence des rapports.** Les plans de dotation en personnel des établissements de santé doivent tenir compte du niveau d'effort nécessaire pour collecter des données précises et en temps voulu.
- **Former le personnel des établissements de santé à la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sur la contraception.** La formation doit porter sur les raisons pour lesquelles il est important de disposer de données exactes et à jour, sur la manière d'interpréter, de visualiser et d'afficher les données et sur la manière d'utiliser les données pour éclairer la prise de décision. Dans la mesure du possible, la formation à la collecte de données contraceptives pendant les crises doit être intégrée à la préparation aux situations d'urgence.
- **Normaliser et rationaliser les indicateurs de contraception et les outils de collecte de données utilisés dans les contextes humanitaires** afin que les données puissent être saisies de manière cohérente et comparées entre les programmes, les lieux et les responsables de la mise en œuvre. Veiller à ce que les registres de planification familiale suivent toutes les méthodes, y compris la CU. La désagrégation des données en fonction du sexe, de l'âge et du handicap, avec des regroupements standards, doit être banalisée. La transition vers des systèmes de collecte de données numériques avant les urgences peut aider à prévenir les perturbations qui surviennent pendant les urgences, comme la destruction des registres des établissements de santé.

- **Renforcer les mécanismes visant à faciliter l'utilisation régulière des données dans la prise de décision**, notamment par des réunions régulières d'examen des données avec tous les partenaires concernés, au niveau national, infranational et des établissements.
- **Établir une base de données probantes sur les stratégies efficaces pour fournir des services de contraception tout au long du cycle de programmation d'urgence** en publiant les données de routine des programmes et en menant des recherches rigoureuses à méthodes mixtes. Diffuser les résultats, y compris ce qui ne fonctionne pas.



La responsable de la planification familiale de la clinique de Mogcolis dans l'État de Borno, au Nigéria (à gauche) examine le registre de la planification familiale avec la consultant du projet de la WRC. © Katherine Gambir/WRC



Préparation aux situations d'urgence

Les principaux résultats de l'évaluation de l'état du terrain, en particulier dans les études de cas et les KII, ont constamment mis en évidence l'importance de la préparation pour une réponse humanitaire efficace et efficiente en matière de SSR – essentiellement en démontrant qu'il s'agit d'une lacune persistante.

Dans les KII axés sur la programmation en matière de contraception dans les périodes de transition du continuum préparation- secours-relèvement, menées avant la pandémie de COVID-19, les répondant-e-s ont souligné que la force du système de santé d'un pays, ses ressources et sa capacité nationale existante - y compris la planification de la préparation - ont un impact significatif sur le succès d'une réponse humanitaire et du relèvement. Les répondant-e-s ont discuté de la mise en œuvre d'activités de préparation, y compris le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, le renforcement des compétences cliniques des prestataires et le développement de la capacité du personnel à plaider pour l'inclusion de la SSR, y compris la contraception, dans la préparation et la réponse aux situations d'urgences. Ces activités contribuent également à renforcer l'appropriation locale, garantissant ainsi la durabilité et la résilience des programmes. Les répondant-e-s des secteurs de l'humanitaire et du développement estiment que la phase de préparation du continuum offre aux partenaires du lien entre l'humanitaire et le développement une occasion unique pour se coordonner et travailler ensemble.

Les résultats de l'étude de cas de Cox's Bazar ont confirmé que des stratégies de préparation efficaces ont permis de soutenir la prestation et la coordination des services de contraception pendant la crise. Le FNUAP a déclaré disposer de fournitures dès le début de l'urgence, en partie parce que les kits de santé reproductive du groupe interorganisations ont été prépositionnés au Bangladesh dans le cadre de la préparation à la saison des cyclones. Le soutien précoce du FNUAP aux organisations qui étaient déjà présentes et enregistrées au Bangladesh, ainsi que la solidité du secteur des ONG au Bangladesh, ont également contribué à garantir la disponibilité des services de contraception au début de la réponse.

Au Mozambique, les répondant-e-s ont indiqué que la présence de points focaux gouvernementaux de planification familiale au niveau du district avant le cyclone Idai a favorisé l'inclusion de la prestation de services de contraception dans la réponse. Cependant, de nombreux-ses répondant-e-s ont noté qu'un manque général de préparation aux situations d'urgence avant le cyclone a posé des problèmes lors de la réponse. Les répondant-e-s ont indiqué que la connaissance du DMU pour la SSR était généralement faible parmi le personnel et les prestataires du gouvernement au début de la réponse. Les répondant-e-s ont également signalé une méconnaissance des kits de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH) et leur gestion. Plus généralement, ils/elles ont déclaré que le manque de capacité de gestion de la chaîne d'approvisionnement avant le cyclone avait exacerbé les problèmes de disponibilité des contraceptifs pendant la réponse.

Les KII menés après le début de la pandémie de COVID-19 ont renforcé l'importance de la préparation. Plusieurs répondant-e-s ont indiqué que les activités de préparation menées avant la pandémie, en particulier, la formation du personnel et des prestataires sur le DMU pour la SSR et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, ont soutenu la réponse. Cependant, les répondant-e-s des secteurs de l'humanitaire et du développement ont largement indiqué que ni les gouvernements ni les organisations n'avaient mis en place de plans de préparation à la santé ou à la SSR avant la pandémie, une lacune qui a entravé la capacité des acteurs à réagir rapidement. Plusieurs répondant-e-s ont estimé que les structures ayant une expérience de la réponse à Ebola étaient mieux préparées à la réponse à la COVID-19. Notamment, plusieurs répondant-e-s du secteur du développement ont fait part de l'impression que les parties prenantes du développement considèrent toujours que la préparation relève du domaine humanitaire et non du domaine du développement.

Pour améliorer la préparation à la fourniture de services de contraception en cas d'urgence, il faut :

- **Intégrer la SSR y compris de la contraception, dans les plans de préparation aux situations d'urgence et dans la gestion des risques de catastrophes.**²² Ces plans doivent intégrer le DMU pour la santé sexuelle et reproductive et anticiper les obstacles spécifiques à l'accès aux services de contraception en situation

22 FP 2020 (aujourd'hui FP2030), *Prêt à sauver des vies : soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence* (2020), <http://familyplanning2020.org/srh-toolkit>.

d'urgence, notamment en proposant une gamme complète de méthodes pour répondre à la demande, en atteignant les adolescent-e-s et les membres d'autres populations marginalisées, en assurant un approvisionnement fiable en produits, et en collectant et en utilisant des données précises et opportunes.

- **Plaider pour que la préparation aux situations d'urgence devienne une composante habituelle de la programmation et de la coordination de la SSR des gouvernements et des agences de développement en période de stabilité.** Les activités et les fonds de préparation doivent être largement intégrés, y compris dans les activités permanentes des groupes de travail techniques nationaux et sous-nationaux. Afin de convaincre les gouvernements et les agences de développement d'inclure la préparation dans leur travail de routine en matière de SSR, il convient de diffuser auprès des gouvernements, des donateurs et des parties prenantes du développement des données factuelles sur les avantages et le rapport coût-efficacité de la préparation, les perturbations que les crises entraînent pour les programmes de SSR en cours, la vulnérabilité de certains lieux aux crises, les interventions en matière de préparation qui ont fait leurs preuves et le fait que la contraception est un service standard, essentiel et vital dans les situations d'urgence.
- **Budgétiser et financer la préparation aux situations d'urgence en matière de SSR, y compris l'accès aux contraceptifs,** au sein des gouvernements et des organisations de mise en œuvre dans le continuum humanitaire-développement. La conception et la mise en œuvre de stratégies de préparation nécessitent un financement spécifique. Les donateurs doivent financer, les gouvernements doivent budgétiser et les partenaires de mise en œuvre doivent rechercher des fonds dédiés aux activités de préparation à la SSR.
- **Identifier, établir des relations et renforcer les organisations locales de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR) desservant les groupes marginalisés avant les situations d'urgence,** pour développer des réseaux et établir une confiance qui peut être mise à profit pendant les situations d'urgence, et faciliter les flux de financement vers ces organisations.
- **Renforcer la capacité des gouvernements et des partenaires à travers le continuum humanitaire-développement à mener une planification de la préparation et à participer à la réponse** en cas d'urgence, y compris la participation aux systèmes de coordination humanitaire et **formation** sur la mise en œuvre du DMU pour la gestion des kits de SSR et de santé reproductive du groupe interorganisations (IARH).²³ Plaider pour que les gouvernements déclarent publiquement leur engagement à fournir des services de contraception en cas de crise.



La responsable de la planification familiale dans la salle d'examen de la clinique de Mogcolis, dans l'État de Borno, au Nigéria © Katherine Gambir/WRC

23 WRC et IAWG, *Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise : un module d'apprentissage à distance* (2019), <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>.



Localisation

Les principaux résultats démontrent la valeur et l'importance de miser sur les acteurs locaux pour diriger les réponses humanitaires en matière de SSR.

Lors de la première série de KII, qui portait sur les programmes de contraception dans les périodes de transition tout au long du continuum de la préparation aux secours et au relèvement, les répondant-e-s ont indiqué que le partenariat avec les parties prenantes locales et l'investissement dans les capacités locales favorisaient des programmes durables et résilients, mieux placés pour absorber les chocs et répondre aux crises. Les répondant-e-s ont souligné l'importance de la localisation pour la prestation immédiate de services de SSR dès le début d'une situation d'urgence, car les communautés et organisations locales sont les premiers intervenants. En outre, les partenaires locaux resteront sur le terrain après le départ des organisations internationales.

Au Mozambique, AMODEFA, l'association membre de la Fédération internationale pour la planification familiale [International Planned Parenthood Federation (IPPF)] dans le pays, a joué un rôle important dans la réponse au cyclone Idai en matière de SSR, notamment en fournissant des services de contraception. L'expérience de l'organisation reflète à la fois les avantages et les défis auxquels les organisations locales et nationales sont confrontées. AMODEFA a tiré parti de sa longue expérience en matière de services de SSR au Mozambique, de ses services existants, de ses réseaux d'agents de santé communautaires et de ses relations avec les communautés pour lancer des activités immédiatement après le cyclone. Elle a coordonné la mise en œuvre du DMU et mené des actions de proximité et de sensibilisation aux services de santé sexuelle et reproductive disponibles auprès des communautés touchées, jouant ainsi un rôle essentiel dans la mise en relation des communautés avec les acteurs humanitaires.

Toutefois, AMODEFA a indiqué que l'obtention de fonds pour soutenir et maintenir sa participation à la réponse était un défi et un obstacle majeur à la participation d'autres ONG nationales à la réponse. De même, les répondant-e-s dans le cadre des KII ont reconnu que les efforts de localisation sont entravés par le système actuel de financement de l'aide humanitaire, dans lequel les fonds humanitaires sont en grande partie acheminés vers et par les grandes organisations internationales. Les répondant-e-s ont souligné l'importance d'investir dans les organisations nationales et locales, et de s'assurer qu'elles sont équipées pour gérer des programmes à plus grande échelle.

Dans le cadre des KII, les répondant-e-s ont indiqué que pendant la pandémie de COVID-19, les restrictions de mouvement ont mis en lumière le rôle essentiel que jouent les acteurs locaux dans la réponse aux crises. Les ONGI interrogées ont déclaré avoir réussi à fournir une assistance technique à distance, ce qui renforce la possibilité de déplacer les ressources plus près du terrain. Cependant, les répondant-e-s ont noté que même si de nombreuses parties prenantes ont discuté de la localisation pendant la COVID-19, ils n'ont pas observé de changements correspondants dans le financement. Ils ont souligné que l'opérationnalisation de la localisation dépendra des priorités et des investissements des donateurs.

Pour améliorer la préparation, la réponse et le rétablissement en cas d'urgence par la localisation de la prestation de services de contraception :

- **Fournir un financement direct flexible et à long terme aux organisations locales de SDRS, aux agences gouvernementales et aux groupes de travail pour mener des activités de la préparation à la réponse au rétablissement**, et à travers la mise en œuvre de programmes, le suivi et l'évaluation, le plaidoyer et la recherche. Les donateurs doivent s'engager concrètement à financer directement les organisations locales et à investir dans les capacités des acteurs nationaux et locaux, y compris les gouvernements, et à les développer tout au long du cycle de réponse aux urgences. Il s'agit notamment de veiller à ce que les acteurs locaux disposent de l'infrastructure opérationnelle nécessaire pour accéder aux subventions et aux programmes plus importants et les gérer, et d'ajuster les critères d'éligibilité et les exigences en matière de rapports qui constituent des obstacles pour les acteurs locaux.
- **Soutenir et renforcer les partenaires locaux, qu'il s'agisse de gouvernements ou d'organisations communautaires dirigées par des femmes, des jeunes et des membres d'autres populations**

marginalisées, afin de diriger la prestation de services de contraception, de la préparation à l'intervention et au rétablissement. Les partenaires locaux doivent être engagés et dotés des connaissances et des ressources nécessaires pour naviguer dans l'architecture de l'aide internationale, notamment pour obtenir des financements, s'engager dans le système en grappe et mener des activités de préparation, de réponse et de relèvement.

- **Évaluer et éliminer les obstacles de l'architecture de l'aide internationale qui entravent la participation et le leadership des parties prenantes nationales et locales en matière de SSR,** tout en instituant des mesures visant à intégrer les organisations locales dans les systèmes de coordination humanitaire, du niveau mondial au niveau national et local. Par exemple, veiller à ce que des dispositions de base telles que les traductions soient disponibles pour permettre l'engagement des partenaires locaux et envisager des mesures telles que l'instauration de « quotas » de la société civile lors des réunions. Il est essentiel de rationaliser les mécanismes de coordination et de financement des urgences pour les rendre plus accessibles aux acteurs locaux et adaptés aux contextes locaux et nationaux.
- **Veiller à ce que les programmes mis en œuvre par les acteurs internationaux impliquent les parties prenantes locales,** notamment les autorités gouvernementales, les organisations de la société civile et les organisations communautaires, afin de renforcer les systèmes de santé et d'assurer la durabilité au cours du cycle de réponse humanitaire et des différentes phases d'une urgence et au-delà. Les donateurs doivent s'assurer que les subventions et les périodes de subvention fournissent les ressources et le temps nécessaires pour établir et développer des partenariats locaux.



Un agent de santé de Save the Children dans un poste de santé du camp de Kutupalong, Cox's Bazar, Bangladesh
© Cassandra Puls/WRC



COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu un **impact** considérable sur la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception dans les milieux humanitaires et de développement.²⁴ Les répondant-e-s ont été quasi-unanimes pour déclarer que la prestation de services de contraception a été perturbée par les restrictions instituées au début de la pandémie, notamment les interruptions d'activités, les fermetures d'installations et les restrictions de mouvement.

Ces restrictions ont eu un impact sur les services de contraception de plusieurs manières. Les répondant-e-s ont signalé que les établissements dans certains contextes ont été contraints de fermer et que les restrictions ont entravé la capacité des prestataires et des client-e-s à atteindre les établissements, ont perturbé les chaînes d'approvisionnement des produits contraceptifs et ont forcé l'arrêt de certaines activités de prestation de services et de sensibilisation à base communautaire. Les répondant-e-s ont également indiqué que les restrictions perturbaient la collecte et la communication des données, la supervision des prestataires et la formation. En outre, les restrictions ont empêché les communautés d'atteindre les points de prestation de services. De nombreux répondant-e-s ont estimé que les obstacles étaient particulièrement lourds pour les adolescent-e-s, les communautés rurales ou isolées et les membres des populations marginalisées, y compris les personnes en situation de handicap et les réfugiés.

Les types de perturbations et d'adaptations à la prestation de services de contraception au milieu de la COVID-19 étaient largement cohérents dans les contextes humanitaires et de développement et dans différentes organisations ; cependant, l'étendue des perturbations et les adaptations spécifiques semblaient être influencées par le contexte dans lequel chaque programme fonctionnait, en particulier les paramètres des restrictions et les directives de prestation de services mises en œuvre en réponse à la COVID-19.

De nombreux-ses répondant-e-s ont déclaré que les services de SSR, y compris la contraception, étaient particulièrement touchés, en partie parce que les autorités gouvernementales ne les considéraient pas comme essentiels ou vitaux. Les répondant-e-s ont déclaré avoir plaidé auprès des gouvernements pour qu'ils reprennent la prestation de services de contraception, avec un certain succès, mais que certains gouvernements ont détourné les financements de la contraception. Les répondant-e-s ont indiqué que les stratégies de plaidoyer efficaces comprenaient l'utilisation des [lignes directrices de l'OMS sur la continuité des services essentiels](#)²⁵ et la mention des impacts potentiels à long terme d'un manque de services de SSR sur la morbidité et la mortalité maternelles, y compris les leçons apprises au lendemain d'Ebola.

Les organisations ont mis en œuvre de nombreuses innovations et adaptations pour assurer la continuité des services de contraception, y compris la distribution de méthodes à courte durée d'action dans des fournitures de plusieurs mois ; utiliser la télémédecine ou d'autres technologies pour fournir des conseils, diriger les client-e-s vers l'obtention de méthodes et effectuer un suivi ; le transfert et le partage des tâches, y compris la prestation de services à base communautaire ; promouvoir l'auto-administration d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt par voie sous-cutanée (DMPA-SC) et d'autres méthodes de soins auto-administrés lorsque cela est possible ; et l'intégration de la prestation de services de contraception avec la prestation d'autres services de santé essentiels. De nombreux-ses répondant-e-s 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. Cependant, certain-e-s répondant-e-s ont déclaré ne pas disposer de ressources, du temps ou de l'infrastructure électrique et de connectivité nécessaires pour mettre en œuvre certaines adaptations technologiques ou pour atteindre toutes les populations.

24 WRC, *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* (2020), www.womensrefugeecommission.org/research-resources/disruptions-adaptations-effects-covid-19-contraceptive-services-across-humanitarian-development-nexus

25 OMS, *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems [Orientations techniques sur la maladie à coronavirus (COVID-19)] : Maintenir les services et systèmes de santé essentiels* www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems.

Les répondant-e-s ont évoqué une série d'autres facteurs influençant la disponibilité de la contraception en pleine pandémie de COVID-19, notamment la coordination et le financement. Les répondant-e-s ont indiqué que la coordination était plus 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. Les répondant-e-s 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 répondant-e-s ont indiqué qu'avec l'augmentation constante du nombre de pays menacés ou en crise, les distinctions entre les contextes humanitaires et de développement s'estompent - rendant les silos humanitaires et de développement obsolètes et inefficaces.

Pour améliorer l'accès et la disponibilité des contraceptifs pendant et après la pandémie de COVID-19, il faut :

- **Étendre et institutionnaliser les mécanismes qui améliorent la disponibilité et l'accès aux contraceptifs**, notamment la fourniture plurimensuelle de méthodes à courte durée d'action, la télémédecine et les protocoles numériques, le transfert et le partage des tâches, la fourniture de méthodes au niveau communautaire, l'intégration de la prestation de services de contraception dans les activités de soins de santé primaires et les méthodes de soins auto-administrés, notamment l'auto-injection d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt par voie sous-cutanée (DMPA-SC). Ces changements permettront d'améliorer l'accès pendant la crise de la COVID-19, de garantir la préparation aux crises futures et d'accroître l'accès aux contraceptifs en période de stabilité comme de crise.
- **Comblent les lacunes dans la fourniture ou l'accès à la télémédecine et aux informations et services basés sur la technologie.** Investir dans le renforcement de l'accès des organisations et des communautés locales aux technologies et à la connectivité. Mettre en œuvre des modalités de prestation de services à faible ou sans technologie afin d'éviter de marginaliser davantage ceux qui ont moins accès à la technologie.
- **Continuer à plaider pour que la contraception soit vitale et essentielle pendant la pandémie** en utilisant le [lignes directrices de l'OMS sur la continuité des services essentiels](#)²⁶ et en tirant les leçons de la crise Ebola, qui montrent les impacts potentiels à long terme d'un manque de services de SSR sur la morbidité et la mortalité maternelles.
- **Veiller à ce que les mécanismes de financement et les recommandations mondiales donnent aux partenaires d'exécution les moyens d'adapter les programmes de contraception et la prestation de services pour répondre aux besoins émergents pendant et après la pandémie.** Veiller à ce que les prestataires de services de SSR soient soutenus dans la mise en œuvre des mesures de prévention des infections, notamment par la formation et la mise à disposition de matériel.
- **Tirer parti de la sensibilisation accrue au risque de crise pour inciter les gouvernements et les acteurs du développement et de l'aide humanitaire à se préparer aux situations d'urgence.** Introduire de nouveaux acteurs dans les mécanismes de coordination existants, tant dans les situations de crise humanitaire que stables, afin d'intégrer les parties prenantes dans le continuum entre l'humanitaire et le développement aux niveaux local, national et mondial. Par exemple, inviter les partenaires humanitaires à participer aux groupes de travail permanents nationaux et sous-nationaux et convier les parties prenantes du développement aux réunions des clusters. Veiller à ce que la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prestation de services de contraception dans les contextes humanitaires et de développement incluent des activités de renforcement des systèmes de santé afin de développer la résilience et la capacité à absorber et à gérer les chocs.
- **Intégrer [préparation aux épidémies et pandémies](#) dans les efforts de réduction des risques de catastrophe**²⁷ pour surmonter les obstacles à la fourniture de services de contraception, tels que les restrictions de déplacement, qui sont apparus pendant la pandémie de COVID-19.

26 26 Ibid.

27 OMS, *Providing Family Planning Services During an Epidemic [Fournir des services de planification familiale pendant une épidémie]* (2021), www.fphandbook.org/sites/default/files/JHU%20HBk2021%20-%20NEW%20Chapter%2027%20proof%208%20%28002%29.pdf.

CONCLUSION

L'évaluation de la prestation de services de contraception dans les contextes humanitaires confirme que les personnes touchées par une crise souhaitent et doivent avoir accès à la contraception, mais que cet accès reste inégal dans ces contextes. L'étude identifie un ensemble clair d'obstacles à surmonter pour améliorer l'accès aux contraceptifs pour les personnes touchées par les crises.

Les gouvernements, les donateurs et les agences de mise en œuvre du continuum humanitaire et de développement doivent **donner la priorité à la contraception dans le cadre des programmes humanitaires, de la préparation à la réponse au rétablissement**, en reconnaissant que la contraception permet de sauver des vies et fait partie de la norme de soins dans les situations d'urgence. Plus précisément, ils doivent se mobiliser pour **améliorer l'accès à l'ensemble des méthodes**, y compris les LARC et la CU ; **s'attaquer aux obstacles auxquels se heurtent les adolescent-e-s et les populations marginalisées** pour répondre à leur demande manifeste de contraception ; **améliorer la collecte et l'utilisation des données** ; et **renforcer les chaînes d'approvisionnement** pour améliorer la sécurité des produits contraceptifs. Pour combler ces lacunes, les parties prenantes doivent collectivement **renforcer la préparation à la SSR** afin d'atténuer l'impact des crises et **investir dans les partenaires locaux** pour favoriser une réponse efficace et efficiente en matière de SSR et soutenir un rétablissement durable. Enfin, il est essentiel de poursuivre la **constitution d'une base de données probantes** sur les programmes de contraception efficaces.

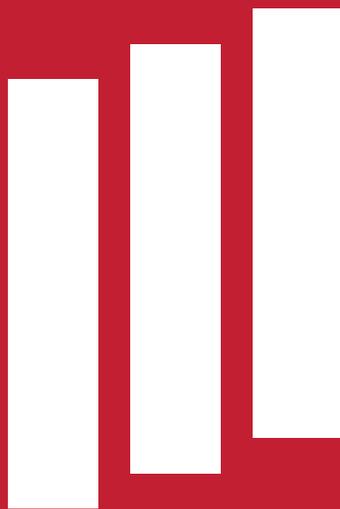
En comblant ces lacunes majeures, on améliorera considérablement l'accès à la contraception dans les contextes humanitaires et dans l'ensemble du lien entre l'humanitaire et le développement, et par la même occasion, la santé et l'autonomie des femmes, des filles et des autres personnes touchées par les crises.



Illustration vue dans une salle de sage-femme de l'IRC dans un espace adapté aux femmes, camp d'Ukhiya, Cox's Bazar, Bangladesh. © Sara Casey/WRC

Abréviations

CU	Contraception d'urgence
DIU	Dispositif intra-utérin
DMU	Dispositif minimum d'urgence pour la SSR
EPI	Équipement de protection individuelle
FGD	Groupe de discussions [Focus group discussions]
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FP2030	Family Planning 2030 (anciennement FP2020)
IARH	Kits de santé reproductive du groupe interorganisations [Inter-Agency Reproductive Health]
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise [Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises]
IEHK	Kits sanitaires d'urgence interagences
IPPF	Fédération internationale de la planification familiale [International Planned Parenthood Federation]
KII	Entretiens avec des informateurs clés
LARC	Contraceptifs à longue durée d'action et réversibles [Long-lasting reversible contraceptives]
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies [United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs]
ONG	Organisation non gouvernementale
ONGI	Organisation non gouvernementale internationale
PCO	Pilules contraceptives orales
RHSC	Coalition pour la fourniture de produits de santé reproductive [Reproductive Health Supplies Coalition]
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SIGL	Systèmes d'information sur la gestion logistique
SSR	Santé sexuelle et reproductive
WRC	Commission des femmes pour les réfugiés [Women's Refugee Commission]



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

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