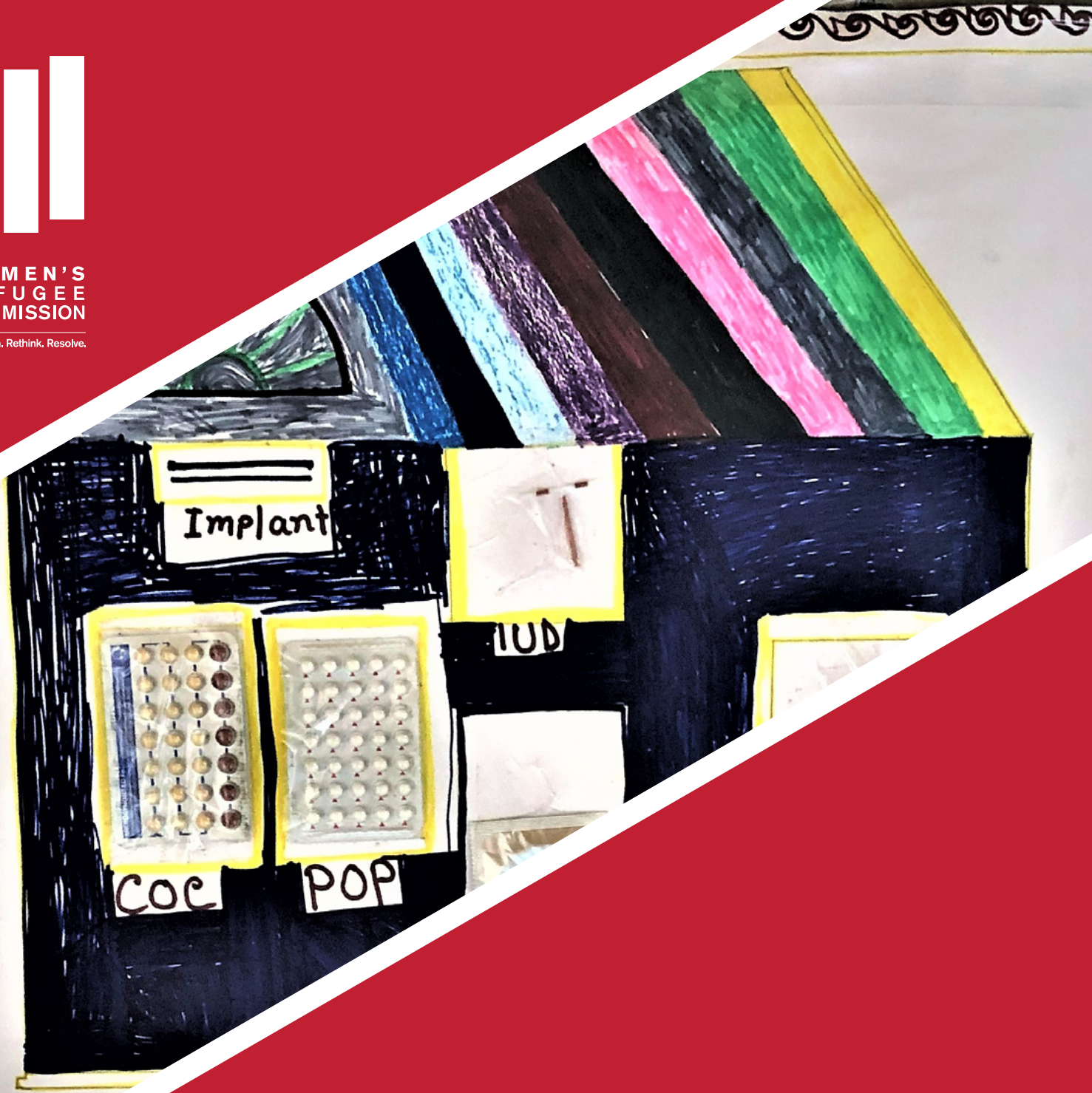


WOMEN'S  
REFUGEE  
COMMISSION


Research. Rethink. Resolve.



# Panorama global des services de contraception dans différentes situations de crise

*Rapport*

Janvier 2021



La Women's Refugee Commission améliore les vies et protège les droits des femmes, des enfants et des jeunes déplacés à la suite de conflits et de crises. Nous menons des recherches sur leurs besoins, nous définissons des solutions et plaidons en faveur de programmes et des politiques qui visent à renforcer leur résilience et stimuler le changement dans la pratique de l'aide humanitaire.

## Remerciements

Lily Jacobi et Sarah Rich de la Women's Refugee Commission (WRC) sont les autrices de ce rapport. Les recherches ont été menées par Lily Jacobi, Sara Casey (RAISE Initiative, Columbia University) et Sarah Rich. Sara Casey et Sandra Krause ainsi que Joanna Kuebler et Diana Quick de la WRC ont examiné ce rapport dont la conception a été assurée par Erin Worden et Diana Quick de la WRC.

Ce rapport est dédié à la mémoire de Jennifer Schlecht qui a consacré sa carrière, son formidable leadership, son engagement et sa compassion à la protection des droits, de la santé et du bien-être des filles et des femmes touchées par des crises à travers le monde.

## Contact

Pour plus d'informations, veuillez contacter Lily Jacobi, Conseillère en santé sexuelle et reproductive et recherches, à l'adresse suivante : [lilyj@wrcommission.org](mailto:lilyj@wrcommission.org).

Photo de couverture : Illustration vue dans une salle de sage-femmes de l'IRC dans un espace convivial pour femmes, au camp de réfugiés Ukhiya, Cox's Bazar, Bangladesh, janvier 2019. © Sara Casey/WRC

© 2021 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](mailto:info@wrcommission.org)  
[womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)

---



# Sommaire

Introduction .....	1
Analyse documentaire .....	3
Méthodes.....	3
Littérature descriptive .....	4
Littérature programmatique .....	9
Étude mondiale sur la programmation en matière de contraception .....	12
Méthodes .....	12
Profil des répondant-e-s .....	13
Répartition des programmes .....	15
Prestation de services de contraception .....	16
Fournitures et produits .....	20
Accessibilité et disponibilité .....	26
Entretiens auprès d'informateur-ric-e-s clés .....	31
Méthodes .....	32
Facteurs qui ont un impact sur les programmes de contraception dans les phases de transition entre la stabilité et la situation d'urgence .....	33
Financement .....	34
Facteurs internes ou spécifiques à une organisation ayant un impact sur les transitions programmatiques .....	37
Stratégies organisationnelles pour la promotion et la gestion des transitions programmatiques .....	37
Recommandations en matière d'appui des transitions programmatiques et d'amélioration de la collaboration dans le cadre de la filière .....	41
Conclusion .....	43
Abréviations.....	46
Références : Analyse documentaire .....	46
Annexe A .....	50
Étude de la programmation en matière de contraception .....	50

---

« En raison de ces situations de crise humanitaire, nous sommes souvent enlisé-e-s dans un débat sur la question de savoir si la planification familiale sauve suffisamment de vies lorsque d'autres problèmes de santé sont si urgents. Mais je pense que c'est le cas. Si vous interrogez les femmes dans ces contextes, les mêmes femmes qui ont vu leurs sœurs, leurs tantes ou leurs amies mourir en accouchant, ou des suites d'un avortement à risques, ou qui ont des problèmes tout au long de la grossesse pendant ces moments si difficiles, elles savent que les services de santé sexuelle et reproductive sont vitaux et que la capacité à prévenir les grossesses non désirées est primordiale »

***Jennifer Schlecht (1977 - 2019)***

*From "Women Need and Deserve It"*  
available on [Medium](#)



## Introduction

L'accès aux services de contraception est à la fois un droit humain fondamental et une intervention vitale.<sup>1</sup> Cependant, l'évaluation mondiale du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) de 2012-2014 a montré que l'offre de services de contraception, surtout les méthodes à longue durée d'action et permanentes et la contraception d'urgence, demeure une lacune du financement et de la programmation de santé humanitaire.<sup>2</sup> Par exemple, les services de contraception représentaient seulement de 14,9% de la programmation en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans les appels relatifs à la santé humanitaire présentés entre 2009 et 2013. En ce qui concerne les fonds reçus pour toutes les composantes de SSR pendant cette période, les services de contraception ont obtenu le montant le plus faible.<sup>3</sup>

Cette inattention nuit non seulement aux personnes touchées par des crises, mais elle limite aussi l'efficacité de l'aide humanitaire à tous les niveaux. À l'échelle internationale, les besoins humanitaires augmentent à un rythme sans précédent. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a indiqué que 79,5 millions de personnes ont été déplacées de force à la fin de l'année 2019.<sup>4</sup> En décembre 2019, avant la pandémie de COVID-19, 168 millions de personnes auraient besoin d'aide humanitaire pendant l'année 2020, d'après les estimations du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA).<sup>5</sup> L'insécurité alimentaire augmente, et les effets conjugués des changements climatiques accroissent à la fois les causes sous-jacentes du déplacement, notamment les catastrophes naturelles, la rareté des ressources et les conflits armés et la vulnérabilité face aux chocs.<sup>6</sup> La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'amplifier le besoin d'aide humanitaire. Il est essentiel que la communauté internationale agisse pour maximiser l'impact de l'aide humanitaire. L'investissement dans les services de contraception favorise la résilience, la participation aux initiatives ayant trait aux moyens de subsistance et d'éducation, et il autonomise les femmes et les filles pour stimuler les efforts de rétablissement à la suite de situations d'urgence.

De plus, la mise à disposition de services de contraception auprès des communautés touchées par des crises donne l'occasion de faire avancer les objectifs mondiaux. De nombreux objectifs de développement durable dépendent d'un accès solide, équitable et complet aux services de contraception. En outre, les objectifs cités par le partenariat Family Planning 2020 (FP2020) sont tributaires de la capacité à atteindre des populations touchées pour leur fournir des services de contraception. En novembre 2020, 31 des pays cibles de FP2020 disposaient de plans d'intervention humanitaire d'OCHA, d'appels éclairs et de plans d'intervention pour réfugiés ou ils faisaient partie des plans d'intervention régionaux pour réfugiés.<sup>7</sup>

- 1 S. Ahmed, Q. Li, L. Liu, and A.O. Tsui, "Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries," *Lancet*, 2012;380: 111–125. doi:10.1016/S0140-6736(12)60478-4.
- 2 S.K. Chynoweth, "Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review," *Conflict and Health*, 2015;9: 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11.
- 3 M. Tanabe, et al., "Tracking humanitarian financing for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002-2013," *Conflict and Health*, 2015;9: S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- 4 UNHCR, *Global Trends 2019: Forced Displacement in 2019* (2019). <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/>.
- 5 OCHA, *Global Humanitarian Overview 2020* (2019). <https://reliefweb.int/report/world/global-humanitarian-overview-2020-enarfrzh>.
- 6 Lutheran World Relief and IMA World Health, *2019 Early Warning Forecast - Conflict & Climate: Drivers of Disaster* (2019). <https://reliefweb.int/report/world/2019-early-warning-forecast-conflict-climate-drivers-disaster>.
- 7 FP2020 focus countries (<https://www.familyplanning2020.org/countries>) were cross-referenced against plans and appeals at <https://reliefweb.int/>.



Le Sommet Family Planning de 2017 a permis à la communauté humanitaire de démontrer de manière convaincante la faisabilité et la nécessité d'offrir des services de contraception lors de situations de crise. À la suite du sommet, un certain nombre d'acteurs ont pris des engagements significatifs pour accélérer les efforts visant à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception dans les situations de crise, notamment l'élaboration d'une feuille de route globale pour améliorer les données, le suivi et la responsabilité pour la planification familiale et SSR dans les situations de crise et un mécanisme de financement temporaire pour faciliter l'accès immédiat aux fournitures au début d'une situation d'urgence.<sup>8</sup>

En 2018, l'IAWG a publié une version actualisée du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise, qui donne des orientations techniques et programmatiques au personnel de terrain, notamment un Dispositif minimum d'urgence (DMU), un ensemble minimum de services prioritaires de SSR à mettre en œuvre lors d'une situation d'urgence.<sup>9</sup> Pour la première fois, le DMU pour la SSR comprend l'objectif prioritaire de prévention des grossesses non désirées et des appels en faveur de la mise à disposition d'un certain nombre de méthodes contraceptives et de conseils de qualité pour toutes les personnes touchées.

Si les acteurs humanitaires parviennent à répondre aux besoins des femmes et des filles touchées par des crises - en particulier dans le contexte des difficultés causées par la COVID-19, il est essentiel que les parties prenantes aient accès à des données solides concernant l'état de la prestation de services de contraception dans les situations de crise, et à des stratégies efficaces en termes de programmation et de prestation de services.

En conséquence, la Women's Refugee Commission (WRC) a lancé une évaluation pour mesurer et renforcer la base de données probantes sur les obstacles, les possibilités et les stratégies efficaces visant à fournir l'éventail complet de méthodes contraceptives, notamment les nouvelles techniques de contraception aux femmes, aux filles et aux couples touchés par les crises.

Cette évaluation comprend une analyse documentaire, l'enquête mondiale sur la programmation relative à la prestation de services de contraception dans les situations de crise (enquête sur la couverture), les entretiens auprès des informateur-riche-s clés avec des parties prenantes dans le cadre de la filière humanitaire-développement, et trois études de cas dans diverses situations de crise. Ce document comprend des résultats de l'analyse documentaire, l'étude sur la couverture, et une série d'entretiens auprès d'informateur-riche-s clés pour obtenir leurs points de vue sur la manière de maintenir et de mettre à échelle la programmation relative à la prestation de services de contraception pendant les périodes de transition selon le continuum de préparation-secours-rétablissement.

Les trois études de cas ont été conduites à Cox's Bazar au Bangladesh,<sup>10</sup> dans l'État de Borno au Nigeria,<sup>11</sup> et dans les régions touchées par le cyclone Idai au Mozambique.<sup>12</sup> Les résultats de chaque étude de cas sont présentés dans différents rapports.

8 Family Planning 2020, *Family Planning Summit 2017 Commitments Summary* (2017). [https://www.who.int/pmnch/media/news/2017/fpsummit2017\\_commitment.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2017/fpsummit2017_commitment.pdf).

9 A.M. Foster et al., "The 2018 Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards," *Reproductive Health Matters*, 2017;25: 18–24. doi:10.1080/09688080.2017.1403277.

10 Women's Refugee Commission, *A Clear Case for Need and Demand: Accessing Contraceptive Services for Rohingya Women and Girls in Cox's Bazar* (2019). <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-service-delivery-in-the-refugee-camps-of-cox-s-bazar-bangladesh/>.

11 Women's Refugee Commission, *Gap between Supply and Demand for Contraceptive Services in Northeast Nigeria* (2020). <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-services-gap-nigeria/>.

12 Women's Refugee Commission, *Opportunities and Difficulties for Contraceptive Service Delivery in Cyclone Idai-Affected Areas of Mozambique* (2020). <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/opportunities-Difficulties-for-contraceptive-service-delivery-in-cyclone-idai-affected-areas-mozambique/>.



Après le début de la pandémie de COVID-19, la WRC a mené une série d'entretiens auprès d'informateur-riche-s clés avec diverses parties prenantes, notamment les représentant-e-s des ministères de la Santé et les parties prenantes d'Afrique francophone, pour explorer l'impact de la COVID-19 sur la prestation de services de contraception et la priorisation des services de contraception plus largement dans la préparation et les interventions face à la COVID-19 dans le cadre de la filière humanitaire-développement. Les résultats tirés de ces entretiens auprès d'informateur-riche-s clés sont accessibles dans *Perturbation et adaptations : Les effets de la COVID-19 sur les services de contraception dans le cadre du lien entre l'humanitaire et le développement*.<sup>13</sup>

En novembre 2020, la WRC a convoqué des parties prenantes techniques issues de divers cadres et organisations pour tirer parti de nos résultats pour développer des recommandations susceptibles d'être appliquées par les gouvernements, les bailleurs de fonds, les chercheur-se-s, les défenseur-se-s et les partenaires chargés de la mise en œuvre afin de faire progresser la disponibilité et l'accessibilité des services de contraception durables et de bonne qualité dans le cadre de la filière humanitaire-développement.

Ces recommandations, de même qu'une synthèse et une discussion des résultats clés de l'ensemble des composantes de l'évaluation pourront être consultées en janvier 2021.

## Analyse documentaire

La première composante de l'évaluation, l'analyse documentaire, étudie les données probantes publiées sur l'accès, la demande et le besoin de méthodes contraceptives et la prestation de services de contraception dans les situations de crise.

### Méthodes

Les chercheur-se-s se sont examiné les revues à comité de lecture et la littérature grise pour trouver des données qualitatives et quantitatives sur les services de contraception dans les situations de crise. Pour les besoins de l'analyse documentaire, les « situations de crise » ont été définies comme des contextes touchés par des conflits ou une catastrophe naturelle y compris les situations de crise prolongée.

La littérature grise a été identifiée à l'aide de recherches sur Google et ReliefWeb et sur les sites Web des organisations concernées. Les publications à comité de lecture ont été identifiées via le moteur de recherche PubMed, à l'aide des termes de recherche suivants :

- Contraceptif (y compris, méthodes contraceptives, utilisation de méthode contraceptive, services de contraception)
- Contraception
- Planification familiale
- Espacement des naissances
- Limitation des naissances
- LARC (Méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles)
- Retrait
- DMPA-SC
- Sayana Press

<sup>13</sup> Women's Refugee Commission, *Disruptions and Adaptations: The Effects of COVID-19 on Contraceptive Services across the Humanitarian-Development Nexus* (2020). <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/disruptions-adaptations-effects-covid-19-contraceptive-services-across-humanitarian-development-nexus/>.

Associés aux éléments suivants :

- Humanitaire (y compris, situations de crise, urgences humanitaires, etc.)
- Déplacement
- Crise
- Conflit
- Catastrophe

Pour être prises en compte, les publications devaient fournir des données sur certains aspects des services de contraception dans les situations de crise, notamment (mais pas seulement) : la prestation et la disponibilité des services de contraception ; les obstacles à la prestation de services de contraception ; la disponibilité des services de retrait des contraceptifs longue durée d'action et réversibles (LARC) ; la prévalence contraceptive ou l'utilisation de méthodes contraceptives chez les populations touchées ; et des informations spécifiques sur les programmes et/ou interventions en matière de prestations de services de contraception. Les publications qui de manière générale, ont reconnu l'importance des services de contraception ou de SSR dans les situations de crise, mais manquaient de données spécifiques sur la prestation de service et/ou d'utilisation de méthodes contraceptives (par ex., les éditoriaux) ont été exclues. Les articles publiés entre 2010 et 2019 ont été pris en compte.

Aux fins de cette analyse documentaire, les chercheur-se-s ont définies les publications comme étant descriptives ou programmatiques. La littérature programmatique comprenait des données générées par des interventions spécifiques—données de routine sur les programmes ou des données générées par les évaluations de programme.

Les chercheur-se-s ont identifié 75 articles publiés dans des revues à comité de lecture à prendre en compte.

### *Limites*

Les chercheur-se-s n'ont pas systématiquement évalué la qualité des recherches et/ou des données ; aucun élément n'a été exclu du point de vue de la qualité.

## Littérature descriptive

Cinquante-six articles publiés dans des revues à comité de lecture et 18 publications grises ont fourni des données descriptives ou qualitatives sur les services de contraception dans les situations de crise.

### *Connaissances et demande*

La forte de demande de services de contraception a été documentée dans diverses situations de crise [1-6]. Par exemple, des études menées dans six zones touchées par des conflits au Soudan, en Ouganda et en République démocratique du Congo (RDC) ont indiqué que 43 à 71% des femmes souhaitaient retarder leur prochaine grossesse ou ne souhaitaient pas avoir d'autres enfants [1]. En outre, une enquête menée auprès de 420 réfugiées syriennes enceintes au Liban a montré que 52,1% d'entre elles ne souhaitaient pas leur grossesse actuelle et près de trois quart d'entre elles souhaitaient éviter de futures grossesses [7]. Les enquêtes menées en 2014-2015 sur quatre sites accueillant des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays au Liban et en Iraq ont indiqué que 57% des femmes enceintes et 66,7% des femmes qui avaient accouché au cours de l'année précédente avaient déclaré que leur grossesse n'avait pas été planifiée [8].





Les connaissances relatives aux méthodes contraceptives variaient selon les contextes ; les chercheur-se-s travaillant dans divers contextes ont documenté un niveau de connaissances plus faible des LARC en comparaison avec d'autres méthodes [4,9,10]. Les connaissances limitées en matière de méthodes contraceptives peuvent empêcher les femmes et surtout les adolescentes de solliciter des services en premier lieu [1,9–16]. Les données ont notamment indiqué que les connaissances relatives à la contraception d'urgence (CU) sont extrêmement faibles dans l'ensemble de contextes, même quand les populations ont fait état de connaissances raisonnablement bonnes par rapport aux méthodes contraceptives [2,17–19].

Dans certains contextes, les chercheur-se-s ont documenté des connaissances généralement bonnes par rapport aux méthodes contraceptives [9], en particulier quand les populations avaient accès aux services de SSR avant le déplacement, comme en Syrie [2,5-7,20,21] ou dans les contextes de crise prolongée où les populations ont eu un accès au moins semi-stable aux établissements de santé et à la programmation, notamment les activités de sensibilisation [14]. Par exemple, McGinn et al. ont signalé des connaissances limitées des méthodes contraceptives au Soudan et en RDC, mais des niveaux de connaissance et d'utilisation plus élevés au nord de l'Ouganda, où un établissement fournissait des services de contraception et le pays avait globalement un taux de prévalence plus élevé.

Outre les préoccupations relatives aux effets secondaires, la désinformation et les mythes au sujet de la contraception étaient courants et répandus [2,5,12,16,22–31]. Plus précisément, les femmes et les filles ont fait part de croyances selon lesquelles l'utilisation de méthodes contraceptives modernes pouvait nuire à leur fécondité ou leur état de santé général, ou compromettre la santé des bébés nés après l'utilisation de méthodes modernes.

Dans certaines régions, les femmes et les filles manquaient de connaissances sur la contraception et les méthodes disponibles ou ne savaient pas où aller pour bénéficier de ces services et obtenir des informations précises [2,6,11,20,21,32–35].

Une enquête de 2016 menée auprès de 242 adolescentes dans le camp de réfugiés de Buduburam au Ghana a indiqué que 64,5% d'entre elles avaient entendu parler d'un type de méthode contraceptive, seulement 38,5% savaient où obtenir une méthode [32]. Lorsqu'elles ont été interrogées concernant les sources d'information sur la contraception, 41,7% ont cité la télévision, en comparaison avec les 11,5% qui ont cité les agents de santé.

### *Adolescentes*

Plusieurs études ont montré que les adolescentes confrontées aux difficultés du déplacement souhaitaient avoir des informations sur la santé sexuelle et le bien-être et éviter une grossesse, et l'accès aux services de SSR, notamment la contraception [16,22-24,36,37]. En 2012, un recensement exhaustif des programmes de SSR s'occupant d'adolescentes dans les situations de crise ont constaté que malgré la documentation de la disponibilité limitée de services axés sur les adolescentes ou de services conviviaux pour les adolescentes, les adolescentes étaient des utilisatrices enthousiastes de méthodes contraceptives, surtout quand elles étaient en mesure d'accéder à la contraception dans les programmes holistiques qui ont répondu à leurs différents besoins [36]

### *Disponibilité*

Malgré la documentation de la demande, les recherches menées dans les contextes divers ont révélé des lacunes dans la disponibilité des services de contraception, y compris dans le choix de méthodes. Sur les 63 établissements de santé évalués au Burkina Faso (n=28), en RDC (n=25), et au Soudan du Sud (n=9), seuls 11 établissements remplissaient les critères de qualité pour être considérés comme des points de prestation de services de contraception opérationnel, en mesure de fournir des dispositifs intrautérins (DIU), des implants, les pilules de contraception orale (PCO) et

des contraceptifs injectables : trois hôpitaux et deux centres de santé au Burkina Faso ; un hôpital et cinq centres de santé en RDC ; et aucun au Soudan du Sud [11]. Les prestataires des différents contextes ont signalé les ruptures de stocks de produits et le manque de formation comme la principale raison justifiant le fait de ne pas fournir ce service ; les questionnaires ont montré que certains prestataires, dans tous les pays, avaient des attitudes négatives par rapport à l'offre de services de contraception à des femmes sans le consentement du conjoint.

Sur 38 établissements de santé ayant pour mandat de fournir des services de contraception dans six zones de conflit en Ouganda, au Soudan et en RDC, zéro à un peu plus d'un tiers d'entre eux disposaient de personnels formés, d'équipements et de fournitures pour proposer toutes les méthodes prévues au moment de l'évaluation [1].

En 2011 et 2012, une évaluation de l'état des services de contraception sur les sites de réfugiés au Bangladesh, à Djibouti, en Jordanie, au Kenya, en Malaisie et en Ouganda a montré que les établissements de quatre sites proposaient au moins trois méthodes à courte durée d'action (y compris les préservatifs souvent), alors que les établissements de Jordanie et de l'Ouganda ne le faisaient pas [9]. De plus, les établissements situés en Jordanie, à Djibouti et en Ouganda ne fournissaient pas de méthodes à longue durée d'action ou permanentes. L'incapacité à garantir la disponibilité et l'accessibilité de différentes méthodes, notamment des LARC peut dissuader les utilisatrices potentielles de contraception. Par exemple, une étude conduite auprès de femmes syriennes en Jordanie a révélé que les femmes n'utilisaient pas de contraception car leur méthode de préférence, surtout le DIU, n'était pas disponible [7]. Dans les contextes où les établissements ne sont pas en mesure de fournir un choix suffisant de méthodes, des systèmes d'orientation doivent être en place pour mettre les clientes en relation avec des prestataires et des établissements de niveau supérieur, en capacité de répondre à leurs besoins. Cependant, les données indiquent qu'il est possible que les systèmes d'orientation ne soient pas toujours en place ou ne fonctionnent pas efficacement [9].

### *Contraception d'urgence (CU)*

La CU est une composante essentielle des services complets de contraception, mais les produits de CU dédiés continuent d'être disponibles de manière intermittente dans les situations de crise. Lorsqu'ils sont disponibles, ils sont souvent limités aux soins dispensés après un viol. Une évaluation de 2017 du camp de réfugiés de Nakivale, Ouganda, a documenté une disponibilité sporadique de la CU et une autre menée en 2010-11 à Mae Sot, Thaïlande, a montré que les pilules de CU n'étaient pas disponibles dans les pharmacies commerciales ou les cliniques mobiles, et que les cliniques signalaient une disponibilité sporadique des produits [18,30]. Bien que la CU soit une composante essentielle des soins administrés aux survivantes de violence sexuelle, elle est aussi importante pour toutes les femmes et les filles qui cherchent à éviter des grossesses non désirées.

Les connaissances étaient limitées concernant la CU, même lorsque le niveau de connaissances relatives à d'autres méthodes était relativement bon. La connaissance préalable de la contraception d'urgence est essentielle pour son utilisation efficace : les femmes et les filles doivent être au courant de l'existence de la CU, comprendre quand elle peut être utilisée après des rapports sexuels non protégés et savoir quand en bénéficier.

Dans les camps de réfugiés de six pays, les connaissances relatives à la CU étaient uniformément limitées, allant de 0,2% des répondantes à Djibouti à 4,7% en Ouganda. En termes de disponibilité, seuls Djibouti et le Kenya avaient des contraceptifs d'urgence en stock dans tous les établissements évalués [9].

La CU étant rare, il est possible que les prestataires manquent d'informations précises sur son utilisation. Par exemple, Hobstetter et al. ont signalé qu'une organisation opérant à Mae Sot, Thaïlande, avait arrêté de proposer des pilules de contraception d'urgence car elle craignait que les migrantes ne les utilisent trop souvent [18].



Les organisations redoutaient qu'elles seraient culturellement inadaptées et certains prestataires ont fait part de leur préoccupation qu'elles soient mal utilisées, si elles étaient « largement disponibles », surtout par les adolescentes.

Un rapport de recherche sur la mise à disposition de la CU dans des programmes de contraception en RDC, au Pakistan, au Rwanda, en Somalie, en Syrie et au Yémen en 2019 a rendu compte d'un certain nombre d'idées reçues des prestataires, notamment sur la fenêtre d'efficacité et la fréquence avec laquelle elle peut être utilisée [38]. Selon ce rapport, « [la] majorité des prestataires interrogés au Pakistan et en Somalie croyaient que la CU peut entraîner la promiscuité au sein de la société, alors que la majorité des prestataires en RDC, au Rwanda et en Syrie n'étaient pas d'accord, et sachant que les prestataires du Yémen étaient partagés à égalité. » Il est essentiel que l'augmentation de la disponibilité des produits de CU soit accompagnée par la formation fondée sur des données probantes et si nécessaire, des exercices de clarification des valeurs.

### *Sayana Press (DMPA-SC)*

Certains pays touchés par des crises sont en phase d'enregistrement du DMPA-SC, un contraceptif injectable sous-cutané, aucun élément n'a été publié quant à l'offre de DMPA-SC dans les situations de crise. Plusieurs organisations concernées ont indiqué dans leur conversation avec les membres du personnel de la WRC qu'ils/elles prévoient de commencer à fournir du DMPA-SC dans certains lieux touchés par des crises dans un futur proche.

### *Les obstacles à l'utilisation de méthodes contraceptives*

Les populations touchées peuvent affronter des obstacles de taille, profondément ancrés, lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de contraception ; cela est particulièrement vrai pour les populations vulnérables, notamment les adolescentes et les personnes en situation de handicap. Plusieurs obstacles sont notamment similaires à ceux que les femmes et les filles affrontent dans des contextes stables mais ils peuvent être exacerbés lors des situations d'urgence. Bien que les obstacles spécifiques dépendent du contexte humanitaire en question, plusieurs thèmes clés sont apparus dans la littérature.

### *Stigmatisation et attitudes négatives*

Dans de nombreux contextes, les femmes et les filles ont fait part d'une opposition à la contraception. La non utilisation des services de contraception, en particulier les méthodes contraceptives modernes [14,22–25,27,39,40], s'explique par des raisons religieuses. Dans de nombreux cas, les femmes ont évoqué le refus de leur partenaire comme un obstacle à l'utilisation [2,12,14,16,24,27,28,40]. Dans certains contextes, des attitudes négatives et la stigmatisation à l'égard de l'utilisation des services de contraception ont été signalées dans les communautés [2,13,16,18,22,27–29,31,36,39]. Lors de discussions de groupes avec les communautés somaliennes à Nairobi, un homme aurait déclaré « Si vous décidez d'utiliser des [services de contraception]... la société vous maltraitera, vous serez stigmatisée et on vous dira que vous adoptez une culture autre que la vôtre » [25]. Les programmes conçus pour mobiliser les partenaires masculins et les leaders religieux ou communautaires se sont avérés particulièrement efficaces pour développer un appui communautaire à l'égard de la programmation des services de contraception et de l'augmentation de l'utilisation des services [9,26,40].

### *Distance, transport, et coût*

Outre l'insécurité, [18,31] les femmes et les filles qui ont fait part de leur souhait d'utiliser la contraception ont cité les coûts prohibitifs, [2,5–7,13,20,29–31,41] les longues distances, [7,13,20,24,31,36] et l'absence de moyens de transport accessibles et abordables [7,20,24,41] pour expliquer pourquoi elles n'ont pas pu le faire.

## *Qualité des soins*

Les participant-e-s de différentes études ont aussi souligné d'autres problèmes potentiellement prohibitifs avec les établissements de santé, notamment les horaires non pratiques, [22,24], les longues heures d'attente, [22,41], le mauvais assainissement, [37,41] le manque d'intimité, [22,24,37] et la qualité des services fournis ; les préoccupations courantes sur la qualité des soins comprenaient les conseils inadaptés, les prestataires qui compromettent la confidentialité des client-e-s et le manque de personnel ou un personnel insuffisant pour répondre aux besoins de la communauté, ce qui conduit à de longues attentes et des encombrements, ce qui compromet le respect de la vie privée et de la confidentialité [22,27,31,37,41]. Les obstacles linguistiques [27,42] de même que le manque de prestataires féminins [20], peuvent aussi dissuader les femmes et les filles d'avoir recours aux services.

Les personnes touchées par des crises dans plusieurs contextes ont signalé avoir subi de mauvais traitements ou des traitements discriminatoires de la part des agents de santé en raison de leur nationalité, de leur origine ethnique, de leur religion ou de leur statut en tant que personne réfugiée ou déplacée [5,7,12,27]. Les agents de santé peuvent aussi avoir des attitudes négatives à l'égard de la prestation des services de contraception, en particulier pour les adolescentes, les femmes non mariées et les filles ainsi que les femmes demandant une contraception sans la présence ou la permission de leur partenaire [6,11,13,18,31,36].

## *Connaissances, attitudes et compétences des prestataires*

Les prestataires peuvent avoir des informations incorrectes ou imprécises sur les méthodes modernes, en particulier les LARC ou la CU [18,26,29]. Par exemple, Huber et al. ont constaté des désinformations répandues et des croyances inexactes concernant les méthodes contraceptives modernes chez les prestataires en Afghanistan notamment les croyances selon lesquelles : « les méthodes contraceptives modernes causent la stérilité ; les contraceptifs injectables réduisent le lait maternel et ne doivent pas être utilisés après l'accouchement jusqu'à la menstruation ; les femmes qui travaillent dur ou ont six enfants ou plus expulseront un dispositif intrautérin ; et les pilules à progestatif seul peuvent être utilisées de manière interchangeable avec des pilules combinées » [26].

Dans de nombreux cas, les prestataires peuvent avoir des attitudes de soutien et positives envers l'offre de contraception mais ils/elles manquent de compétences et de confiance pour dispenser des services. Dans plusieurs contextes, les prestataires ont signalé avoir bénéficié de formations peu fréquentes et ils/elles ont exprimé la nécessité et le souhait d'avoir d'autres occasions pour renforcer les compétences et la confiance [6,22,24,29,37,43]. Le manque de prestataires compétent-e-s est particulièrement préjudiciable pour la disponibilité des LARC dont l'offre, comme indiqué précédemment, est impérative pour avoir un choix suffisant de méthodes. Des recherches spécifiques sur la littérature académique et grise n'ont pas permis de trouver des données spécifiques sur la disponibilité ou l'accessibilité des services de retrait de LARC dans les situations de crise.

## *Populations marginalisées*

En soulignant les obstacles qui entravent la capacité des populations touchées par la crise d'accéder aux services de contraception, il est important de souligner que ces difficultés sont magnifiées et multipliées par les membres de groupes marginalisés notamment les adolescentes et les personnes en situation de handicap. Bien qu'il existe un corpus de recherches de plus en plus important sur les besoins des adolescents en matière de SSR dans les situations de crise, les données relatives aux besoins des personnes en situation de handicap sont rares, et il en est de



même pour la programmation qui pourrait répondre à ces besoins. Un article de 2015 a documenté des connaissances limitées sur les méthodes contraceptives chez les personnes en situation de handicap et de la SSR plus généralement. En outre, les auteurs ont signalé avoir entendu des déclarations anecdotiques d'après lesquelles les personnes en situation de handicap se faisaient administrer de force des méthodes contraceptives au Kenya [15].

### **Fournitures et produits**

Enfin, les difficultés en termes de gestion de la chaîne d'approvisionnement et la sécurité des approvisionnements continuent de miner les programmes de services de contraception dans les situations de crise. Des chercheurs ont documenté une disponibilité insuffisante ou sporadique des fournitures et des équipements nécessaires pour fournir des services de contraception dans de nombreux établissements de santé dans les différents contextes [1,11,18,22,30,31,36,43]. Les ruptures de stocks des différentes méthodes de contraception, et des kits sanitaires d'urgence interorganisations ont été documentés ou signalés dans divers contextes [6,11,24,25,29,36,37]. La collecte de données insuffisantes sur les chaînes d'approvisionnement et les stocks empêchent les programmes de prévoir correctement et de s'approvisionner en fournitures de façon régulière et durable [36]. Les difficultés liées aux fournitures sont aggravées lorsque les produits ne sont pas enregistrés dans le pays, comme cela est parfois le cas avec les PCU [17]. De plus, Nara et al. ont documenté le vol de produits de CU par le personnel au sein des établissements [30].

## **Littérature programmatique**

Il existe des preuves claires et convaincantes attestant du fait que les femmes et les filles en situations de crise, demandent l'accès à des services de contraception. En outre, il existe une documentation substantielle des nombreux facteurs qui compliquent ou entravent cet accès. Cependant, les données solides font défaut en matière d'interventions efficaces visant à mettre en œuvre et améliorer les services de contraception dans ces contextes. Bien que ce ne soit pas propre aux services de contraception, ou même aux services de SSR - un examen systématique mené en 2017 a identifié un besoin essentiel d'élargir et de renforcer la base de données probantes pour des interventions en santé humanitaire efficaces-cela entrave la capacité des organisations à garantir des financements pour la programmation des services de contraception et la mise à échelle de la prestation de service [44].

Nous avons identifié 22 publications, à savoir 19 articles publiés dans des revues à comité de lecture et 4 publications grises, qui présentent la prestation de services et/ou les données d'évaluation issues des programmes de prestations de services de contraception dans les situations de crise.

Un certain nombre d'articles font état de données de programmes et/ou de données de haute qualité issues d'évaluations exhaustives de programmes de services de contraception solides, à multiples volets mis en œuvre par des organisations spécialisées dans la prestation de services, notamment CARE, l'International Rescue Committee (IRC) et Save the Children, en collaboration avec l'Initiative RAISE de Columbia University et souvent en partenariat avec des acteurs étatiques.

Divers articles ont fait état de programmes de prestations de services de contraception fournissant un choix large de méthodes dans plusieurs pays qui se sont concentrés sur la qualité des soins [40,45–58]<sup>14</sup> Ces programmes ont essentiellement soutenu les ministères de la Santé pour améliorer les compétences cliniques et de conseils, la disponibilité et la sécurité des produits, la mobilisation communautaire et le suivi et l'évaluation [59]. Plusieurs articles ont aussi abordé les soins après avortement (SAA), y compris l'adoption de la contraception après avortement [54,56,57].

14 J. Bruce, "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework," *Stud Fam Plann.* 1990;21: 61–91.



La prestation de services de qualité était essentielle pour assurer l'adhésion de la communauté et pour améliorer l'adoption de la contraception. Ces programmes ont démontré que la prestation de services de contraception de bonne qualité y compris un éventail de méthodes, dans les contextes touchés par les crises est possible.

Par exemple, un programme au Tchad, en RDC, à Djibouti, au Mali et au Pakistan ont réussi à atteindre 52 616 nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes entre juillet 2011 et décembre 2013, 61% d'entre elles ont choisi des LARC [47,48]. Un autre programme a souligné le fait que « l'utilisation et la couverture de méthodes contraceptives se sont accrues dans 13 pays, » l'essentiel de la protection étant attribuée aux implants (37%) et aux DIU (27%) [51]. Cinquante-trois pour cent des clientes des programmes de l'IRC au Tchad, au Pakistan, en RDC et au Myanmar ont choisi des LARC. Même dans un contexte de grave insécurité, de conflits actifs et d'attaques ciblant des établissements de santé au Yémen, les services de contraception ont été maintenus : 44 572 clientes ont commencé à utiliser une méthode entre mars 2015 à juillet 2018 [58]. Parmi elles, 57,8% des clientes ont choisi les PCO, 18,9% ont choisi des injectables, 20,4% ont choisi les DIU et 2,9% ont choisi des implants, en comparaison avec 73,5% des clientes qui ont choisi des PCO avant le lancement du programme.

La collecte, le suivi et l'évaluation de données solides a permis à ces programmes d'identifier les difficultés, mettre en œuvre des solutions et de documenter les améliorations [49,50]. Par exemple, dans les établissements où l'adoption des DIU est limitée et où la contraception est très peu utilisée en général, les chercheurs ont conduit des recherches qualitatives auprès de clientes et de non-utilisatrices de la contraception afin d'enquêter sur la prise de décision relative au choix de la méthode, et ils/elles ont identifié des éléments de désinformation sur les DIU. Après la mise en œuvre des changements de programme, un programme a constaté que le nombre mensuel moyen de clientes qui ont commencé une méthode contraceptive, par établissement avait augmenté de 64% [49].

Un article a rendu compte de l'utilisation des équipes mobiles de sensibilisation et du renforcement des centres de santé pour améliorer l'adoption des méthodes contraceptives. Les services de santé mobiles peuvent faciliter l'accès aux populations très isolées ou aux populations en transit, et améliorer la disponibilité des services dans des milieux dotés d'infrastructures extrêmement limitées. L'analyse des enquêtes de référence et finales a révélé des améliorations substantielles en matière d'utilisations de méthodes contraceptives avec une évolution de 7,1% au départ à 22,6% à la fin ; les besoins non satisfaits en matière de méthodes contraceptives ont baissé de 16,4% [53].

Plusieurs articles ont documenté l'efficacité des mécanismes communautaires et à domicile de prestations de méthodes contraceptives, et de la mobilisation des communautés dans le cadre de la mise en œuvre de programmes plus généralement [26,60–62]. Un article a rendu compte de l'utilisation d'agents de santé communautaires pour distribuer des méthodes contraceptives gratuites dans les zones rurales de l'Afghanistan ; l'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté, elle est passée de 16% à 26% ; les injectables ont connu l'augmentation la plus importante [26]. Le projet a abordé la désinformation répandue sur les méthodes contraceptives modernes en distribuant des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) actualisées et en mobilisant des leaders religieux et les comités de santé des femmes directement pour renforcer le soutien communautaire.

Enfin, deux publications ont évalué l'efficacité des incitations financières, comme les subventions et les bons d'échange, respectivement. L'article de Raheel et al. a évalué l'efficacité des subventions destinées à la santé par rapport à l'adoption des méthodes contraceptives parmi les réfugiées afghanes résidant au Pakistan. Les subventions ont permis aux femmes de bénéficier d'un certain nombre de services de santé gratuitement ou à un coût très faible, y compris les services de contraception. Les subventions ont eu un impact clair et positif sur les connaissances, les attitudes





et les pratiques par rapport à l'utilisation des méthodes contraceptives : 90% des femmes qui ont bénéficié de subventions ont déclaré connaître la contraception par rapport à 45% des membres du groupe qui n'a pas bénéficié de subventions, et l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives au sein du groupe de femmes qui ont bénéficié de subventions était de 54,5% en comparaison avec les 24,9% des femmes pour lesquelles ce n'est pas le cas [63].

L'article de Boddam-Whetham et al., publié en 2016, examine la capacité des programmes de bons d'échange de faciliter l'accès aux services et d'augmenter l'adoption de la contraception. Entre avril 2013 et avril 2015, environ 56 000 bons d'échange ont été distribués au Yémen. En septembre 2015, 12 000 bons d'échange ont été échangés ; 1 135 ont été échangés contre des méthodes à longue durée d'action et permanentes, un chiffre plus élevé de 38% par rapport aux prévisions. Au Pakistan, les travailleurs de terrain ont distribué 84 000 bons d'échange dans 13 districts de trois provinces ; 87% des bons distribués ont été échangés et 92% des clientes qui ont échangé leurs bons ont choisi un DIU. Le programme de bons d'échange a appuyé les établissements de santé pour qu'ils restent opérationnels, il a offert des possibilités de formation clinique et garanti leur maintien lors de la phase de rétablissement tout en facilitant l'accès aux services de contraception [64].

### *Lacunes dans la littérature*

Sur les 21 publications qui fournissaient des données sur la prestation des services de contraception et/ou l'évaluation des données des programmes dans des situations de crise, dix citent ou évoquent la formation des prestataires en matière de retrait des LARC [40,46–50,52,53,58,64]. Une publication n'a pas précisé les méthodes fournies [63], et un programme ne comprenait pas les LARC [34]. Une publication complémentaire a cité les retraits dans le contexte des préoccupations des clientes concernant les LARC [56]. En 2018, Ho et Wheeler ont notamment abordé l'importance de renforcer les informations sur le retrait des méthodes dans les conseils prodigués afin de dissiper la désinformation sur la bonne utilisation des LARC [49]. Cependant, il existe peu de données disponibles sur les clientes qui reviennent pour le retrait de leur méthode contraceptive et la capacité des établissements à répondre de manière efficace à ce besoin [47].

# Étude mondiale sur la programmation en matière de contraception

Cette étude sur la programmation mondiale en matière de contraception a été conçue pour donner un aperçu de la prestation de services de contraception dans les situations de crise.

## Méthodes

L'étude sur la programmation mondiale en matière de contraception a été administrée aux organismes de prestation de services opérant dans les situations de crise à travers le monde, à l'aide de la plateforme en ligne Kobo. Les répondant-e-s ont été interrogé-e-s sur l'offre de méthodes contraceptives, notamment les DIU, les implants, les méthodes permanentes, les PCO, les injectables, les préservatifs et la CU. Il leur a aussi été demandé de fournir des informations sur les ruptures de stocks au cours des trois derniers mois et sur la disponibilité des services de retrait pour les LARC. Les répondant-e-s ont aussi été interrogé-e-s à propos de l'accessibilité des services pour des populations spécifiques, notamment les femmes et les filles non mariées ainsi que les personnes en situation de handicap et sur les informations concernant les produits et la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Les répondant-e-s ont été recruté-e-s à l'aide d'un échantillonnage dirigé, afin d'avoir un échantillon le plus large possible. Les chercheur-se-s ont contacté les organisations en charge de la mise en œuvre directement, et les informations sur l'étude et les modalités de participation ont été diffusées à l'aide d'une liste d'envoi afin que les professionnels de santé humanitaire recrutent les participant-e-s représentant d'autres organisations.

La collecte de données s'est échelonnée sur la période allant de novembre 2018 à janvier 2019. Les données des enquêtes ont été analysées à l'aide de SPSS. Les données ont été conservées sur des dispositifs sécurisés et protégés par un mot de passe. L'instrument utilisé pour les besoins de l'étude peut être examiné dans son intégralité en annexe A [page 43].

## Limites

Ces données ne doivent pas être traitées comme une vision complète de l'état actuel de la couverture contraceptive dans les situations de crise. Il est probable que certaines organisations qui offrent des services de contraception aux populations touchées par des crises ou lors de situations d'urgence, surtout les organisations locales et communautaires, ne soient pas représentées dans cette enquête. En outre, dans de nombreux cas, les répondant-e-s n'ont pas été en mesure de fournir des données complètes sur la programmation relative aux méthodes contraceptives.

Pour les besoins de cette analyse, les tailles relativement limitées des échantillons, prenez par exemple, les trois programmes d'Amérique latine et des Caraïbes, limitent la capacité de déterminer l'importance statistique et/ou d'identifier les tendances significatives mise en évidence par les données de façon fiable. Il est essentiel que les parties prenantes, notamment les bailleurs de fonds et les partenaires chargés de la mise en œuvre, continuent d'investir dans la collecte de données solides et les recherches sur les services de contraception dans les situations de crise.

La collecte et l'analyse de données a notamment eu lieu avant le début de la COVID-19. Compte tenu de la documentation disponible jusqu'ici, sur l'impact de la COVID-19 sur la programmation de la santé humanitaire, y compris les programmes de SSR, il est probable que l'état de la programmation des services de contraception dans les situations de crise ait été impacté de la même manière, et qu'il ne puisse plus refléter les données présentées.



## Profil des répondant-e-s

L'étude a obtenu 56 réponses de la part de 20 organismes de prestation de services mettant en œuvre une programmation en matière de contraception dans les situations de crise, soit 7 organisations non-gouvernementales internationales (ONGI), 12 organisations non-gouvernementales régionales (ONG), et une agence des Nations Unies, le FNUAP, qui représentaient 84 programmes à travers 42 pays et territoires. Les réponses des ONGI ont principalement été présentées par les personnels des sièges respectifs.





## Répartition des programmes

Les programmes étaient répartis de manière relativement égale dans les différents types de contextes, avec davantage de programmes dans les camps et les zones rurales : 54% des programmes opérés dans les camps contre 39% dans les contextes autres que les camps, et 67% des programmes opérés dans les zones rurales contre 54% dans les zones urbaines. Il est important de souligner que les programmes peuvent opérer dans plus d'un type de contexte dans un pays donné, par conséquent les pourcentages n'aboutissent pas à un total de 100.

<b>Tableau 2: Programmes par type de contexte, d'urgence et de population prise en charge (N=84)*</b>	
	<b>Total (N=84) n (%)*</b>
<b>Type de contexte</b>	
Camp	45 (54%)
Contexte autre que les camps	33 (39%)
Urbain	45 (54%)
Rural	56 (67%)
<b>Type d'urgence humanitaire</b>	
Urgence grave	42 (50%)
Après une situation d'urgence grave	64 (76%)
<b>Types de population prises en charge</b>	
Réfugiées	43 (51%)
Personnes déplacées dans leur propre pays (PDIP)	55 (66%)
Communautés d'accueil	72 (86%)
<b>Nombre d'établissements de santé soutenus/ programme (n=79)</b>	
Moins de 10	30 (38%)
10-19	19 (24%)
20 ou plus	30 (38%)
*Les répondant-e-s pouvaient indiquer plus d'un type per pays donc les pourcentages ne totalisent pas 100. Données manquantes pour cinq programmes.	

Cinquante pour cent des programmes opéraient dans les situations d'urgence grave, et 76% après une situation d'urgence grave. Cinquante-et-un pour cent des programmes prenaient en charge des réfugiés, tandis que 66% et 86% des programmes s'occupaient respectivement des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des communautés d'accueil.

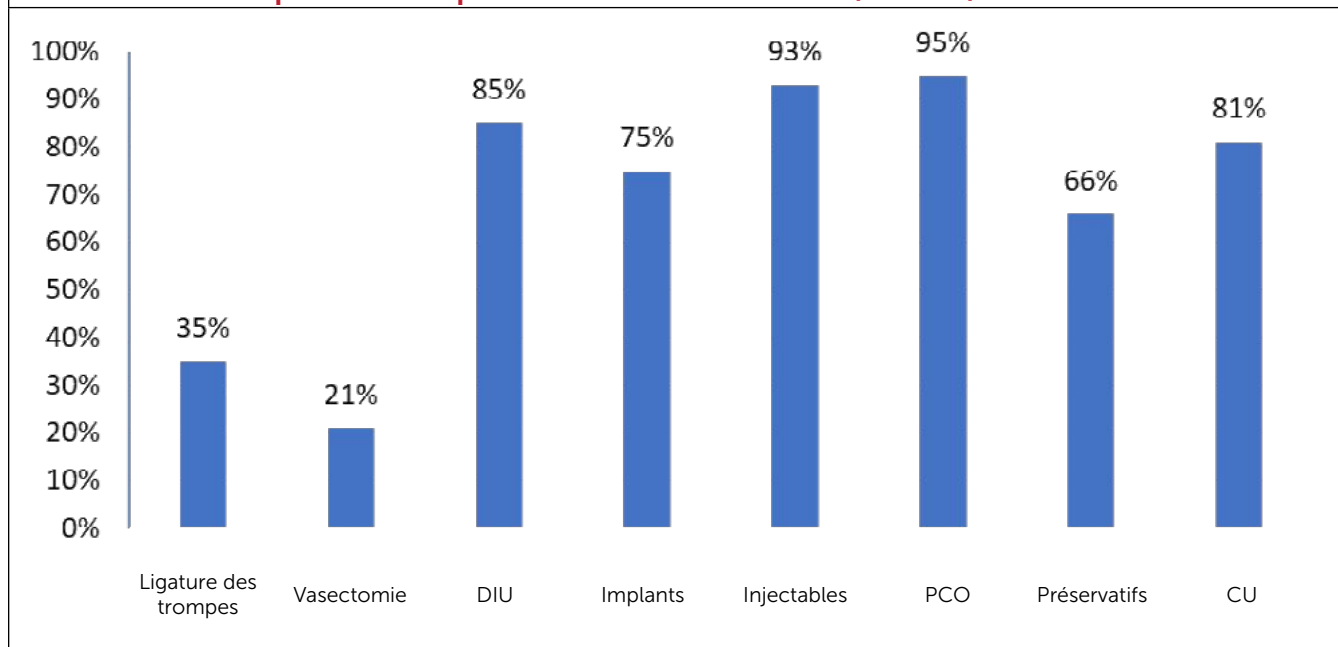
La taille des programmes - en termes de nombre d'établissements de santé appuyés dans le pays - a varié. Des 79 programmes qui ont répondu à cette question, 38% ont appuyé moins de 10 établissements dans le pays, 24% ont appuyé 10-19 établissements et 38% appuyaient 20 établissements ou plus.

## Prestation de services de contraception

Les pilules contraceptives orales et les injectables étaient disponibles dans plus de 90% des programmes (Figure 2).

Les DIU et les implants étaient relativement moins disponibles que ces méthodes à courte durée d'action, mais largement disponibles, dans 85% et 75% des programmes respectivement. Les contraceptifs d'urgence sont disponibles dans 81% des programmes bien que seuls 66% des programmes de pays aient signalé fournir des préservatifs dans certains ou plusieurs points de prestation de services. Les points de prestation de service comprenaient les établissements de santé, les unités de santé mobile, etc..

**Figure 2: Pourcentage de programmes qui fournissent la méthode dans tous/certains points de prestation de service (N=84)**

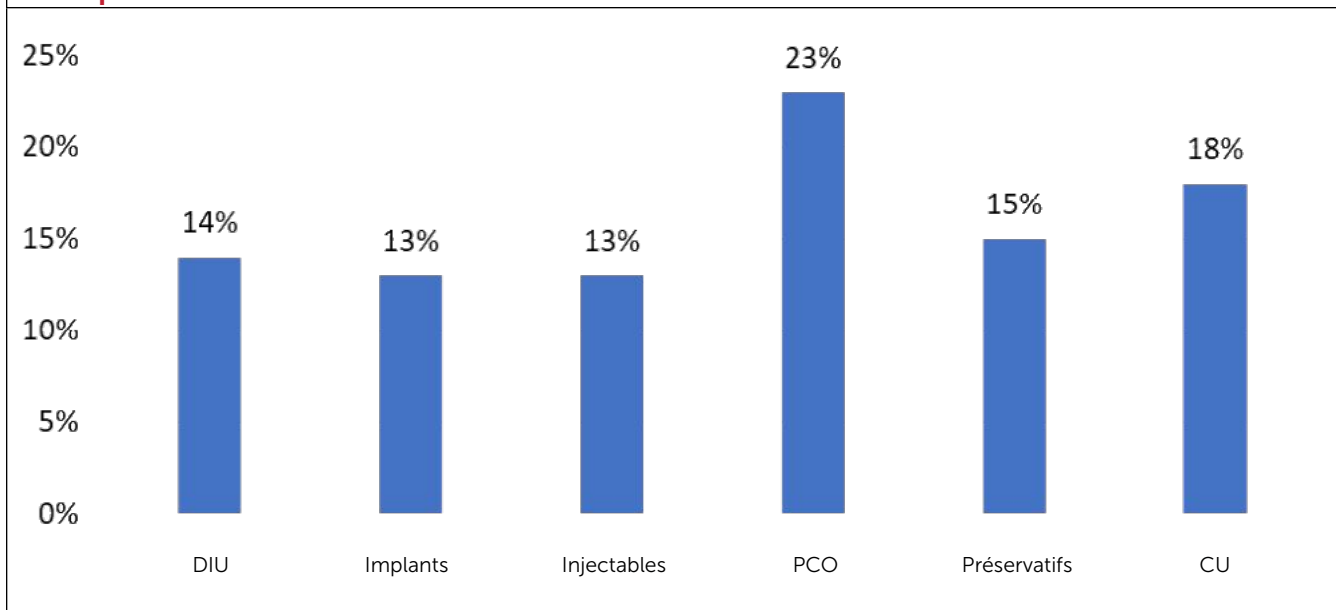


Les ruptures de stock semblaient poser problème dans tous les programmes et pour toutes les méthodes, le taux allait de 23% des programmes de pays signalant des ruptures de stocks de PCO à 13% pour les implants et les injectables (Figure 3).





**Figure 3: Pourcentage de programmes de pays qui signalent une rupture des stocks de méthodes au cours des 3 mois précédant l'enquête**

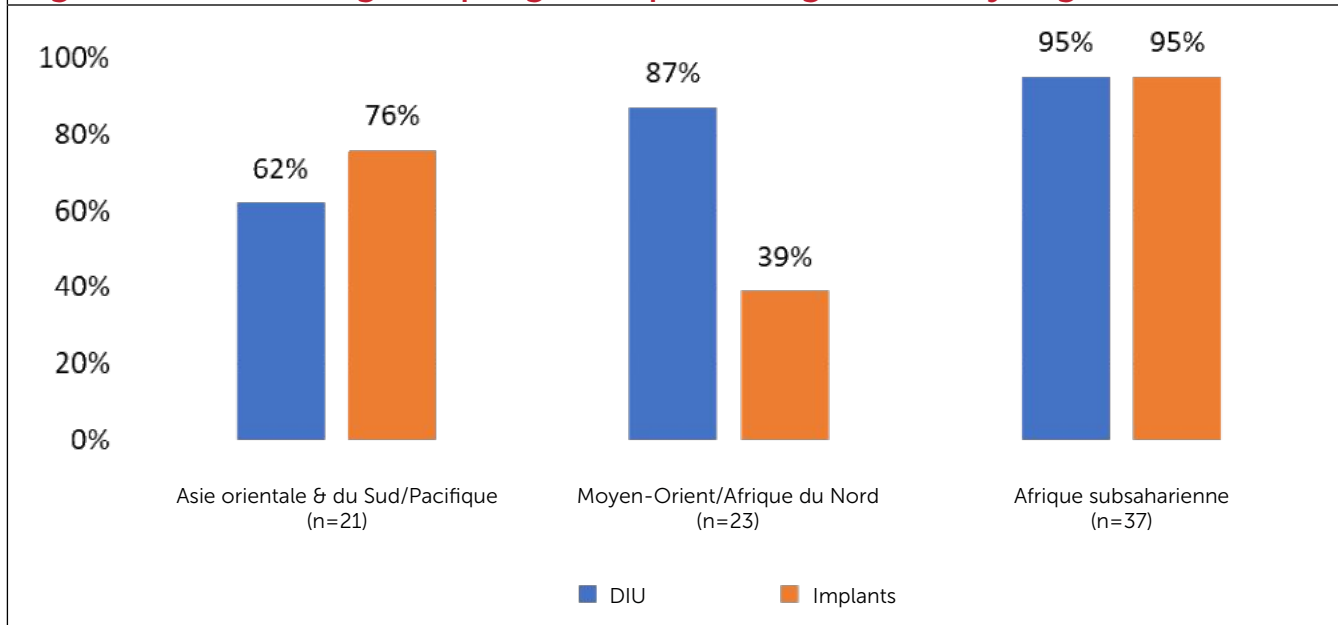


Il convient néanmoins de noter que plusieurs personnes ont indiqué qu'elles n'étaient pas au courant des ruptures de stock – c'était le cas pour 7% concernant les préservatifs et 21% pour les DIU et 25% pour la CU. Il est par conséquent possible que les ruptures de stock surviennent plus fréquemment que ce que les données indiquent.

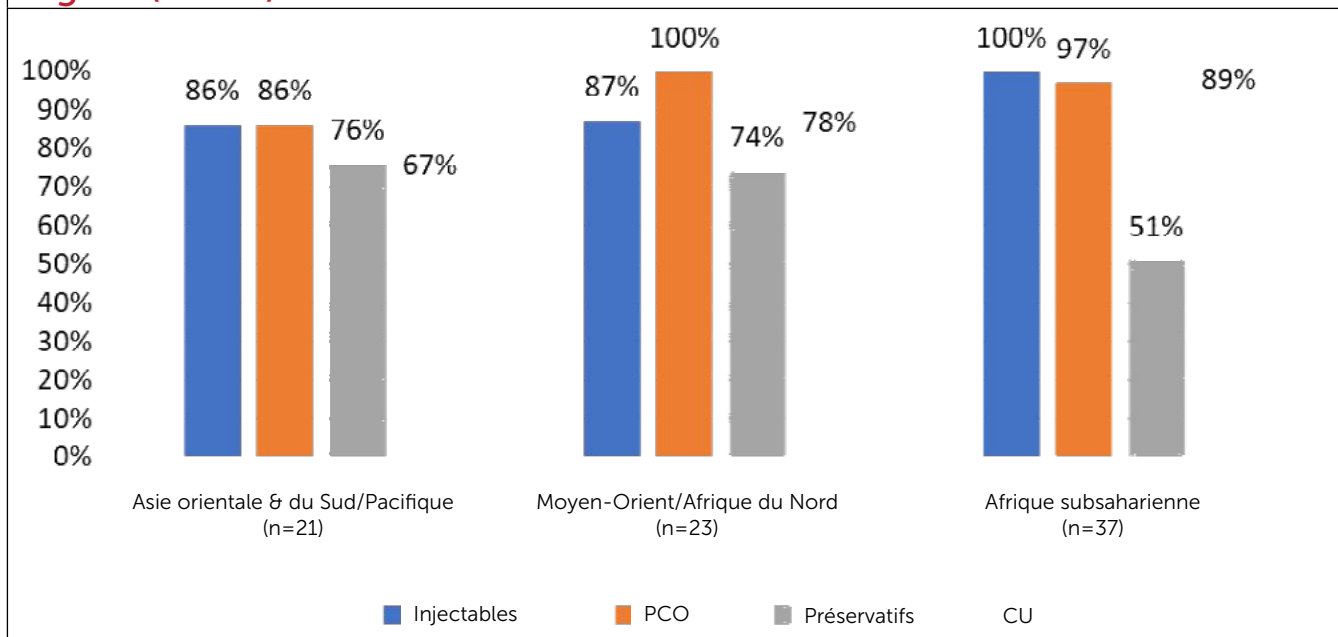
### **Méthodes contraceptives par région**

Lors de l'analyse, nous avons examiné les données sur la disponibilité des méthodes par région, par contexte humanitaire, et par type de population prise en charge, mais nous n'avons pas observé suffisamment de différences dans les données pour inclure les méthodes par type de population prise en charge.

Dans l'ensemble des régions, la mise à disposition des DIU allait de 62% des programmes en Asie orientale & du Sud et Pacifique, à 95% en Afrique subsaharienne (Figure 4). L'offre d'implants allait de 39% des programmes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, à 95% en Afrique subsaharienne. L'ensemble des trois programmes d'Amérique latine et des Caraïbes fournissaient des DIU et des implants. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, nous n'avons pas inclus cette région dans ce graphique. Les retraits étaient largement disponibles dans les programmes qui fournissaient des LARC.

**Figure 4: Percentage of programs providing LARCs by region (N=84)**

Les pilules et les injectables étaient largement disponibles dans l'ensemble des 3 régions (Figure 5). La mise à disposition de préservatifs allait de 51% des programmes en Afrique subsaharienne à 76% en Asie orientale & du Sud/Pacifique. L'offre de CU allait de 67% des programmes en Asie orientale & du Sud/Pacifique, à 89% en Afrique subsaharienne. L'ensemble des trois programmes d'Amérique latine et des Caraïbes fournissaient toutes ces méthodes à courte durée d'action.

**Figure 5: Percentage of programs providing short-acting Méthodes by region (N=84)**

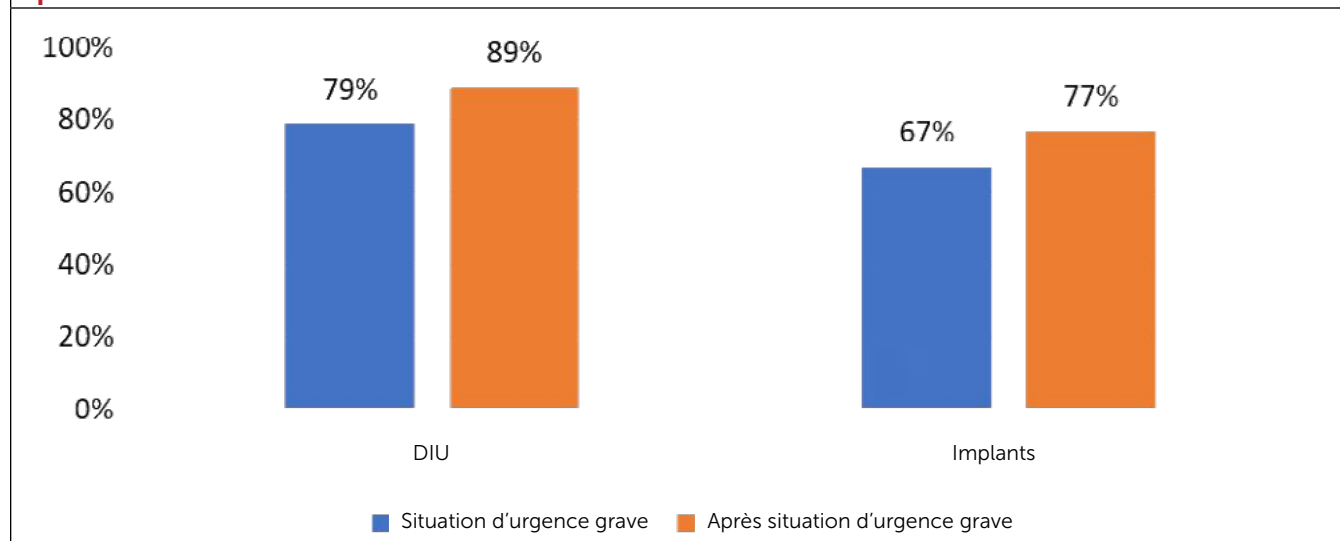


### Méthodes contraceptives par phase d'urgence

Cette section détaille la disponibilité des méthodes par phase d'urgence, plus précisément les contextes d'urgence grave et après situation d'urgence grave. Quarante-deux programmes opéraient dans les situations d'urgence grave, et 64 programmes opéraient après des situations d'urgence grave. Certains programmes ont notamment signalé qu'ils opéraient dans des zones frappées par des situations graves et après des situations graves, dans le même pays.

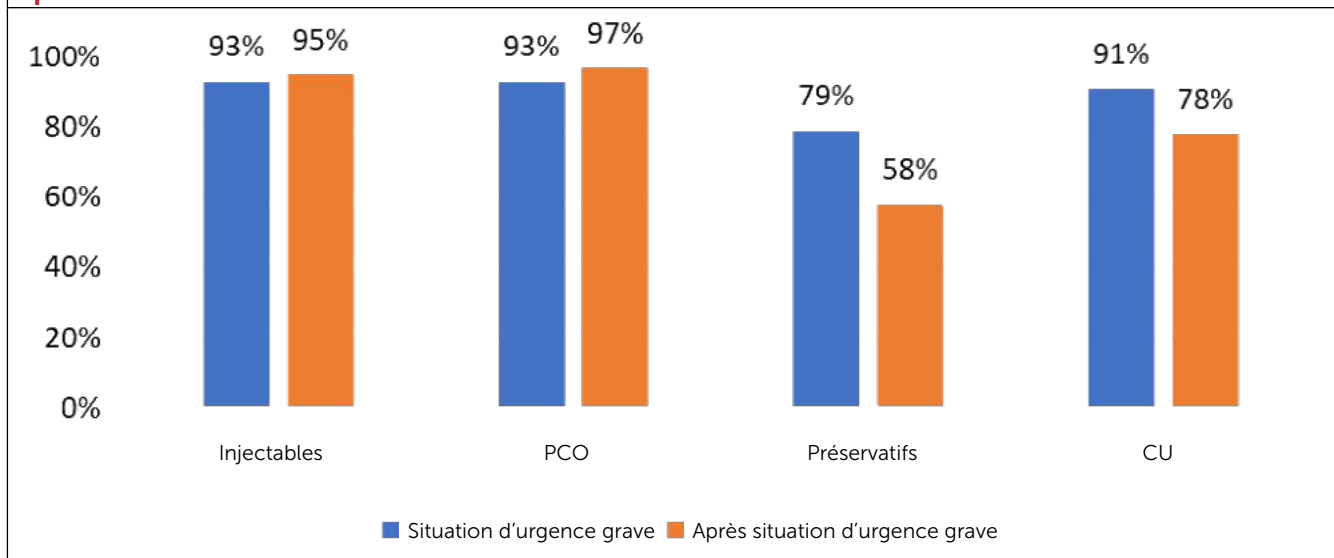
La plupart des programmes (79%) opérant dans des situations d'urgence grave fournissaient des DIU, en comparaison avec 89% des programmes opérant après des situations d'urgence grave (Figure 6). Soixante-sept pour cent des programmes opérant dans des situations d'urgence grave ont fourni des implants, en comparaison avec 77% des programmes intervenant après des situations d'urgence grave. Moins de programmes fournissaient des méthodes permanentes dans les situations d'urgence grave (24%) et des contextes post-urgence grave (42%).

**Figure 6: Pourcentage de programmes intervenant dans les contextes d'urgence grave (n=42) et après des situations d'urgence grave (n=64) qui fournissent des LARC**



Des pourcentages élevés de programmes opérant dans les situations d'urgence grave et après des situations d'urgence grave fournissaient des injectables et des PCO (Figure 7). Soixante-dix-neuf pour cent des programmes opérant dans les situations d'urgence grave fournissaient des préservatifs alors que 58% fournissaient des préservatifs après des situations d'urgence grave. Quatre-vingt-onze pour cent fournissaient la CU dans les contextes d'urgence grave et 78% fournissaient la CU après des situations d'urgence grave.

**Figure 7: Pourcentage de programmes intervenant dans les contextes d'urgence grave (n=42) et après des situations d'urgence grave (n=64) qui fournissent des méthodes à courte durée d'action**



## Fournitures et produits

Cette section précise la façon dont les organisations chargées de la mise en œuvre se sont approvisionnées en fournitures et produits par région et par type de contexte humanitaire et les causes courantes de retards par région.

Lors de l'analyse, les chercheur-se-s ont examiné ces données par région, par type de contexte humanitaire et par type de population prise en charge, mais ils/elles n'ont pas observé des différences significatives entre les données par type de population, ou les causes courantes par type de contexte humanitaire ou par type de population prise en charge.

Les programmes pourraient identifier plusieurs sources pour les fournitures et les produits.

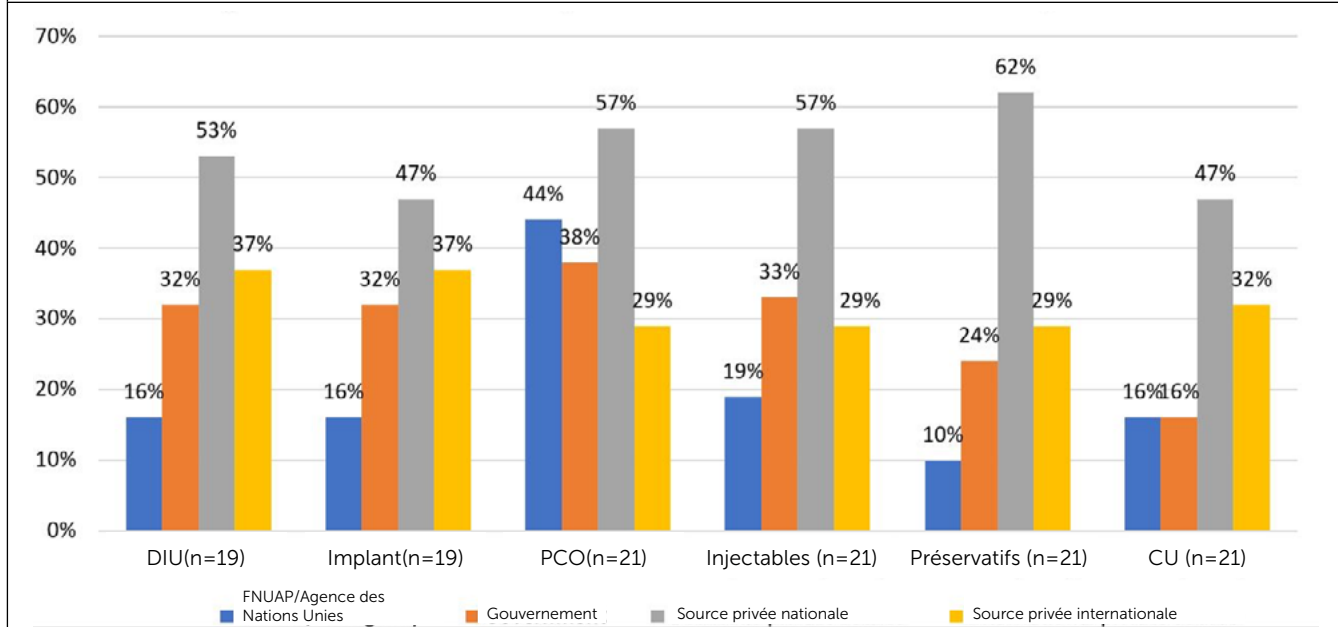
### Approvisionnement par région

Dans la région Asie orientale et du Sud/Pacifique, environ la moitié des répondant-e-s ont signalé que leurs programmes s'approvisionnent en produits contraceptifs auprès de sources privées nationales, y compris les pharmacies locales, les taux allant de 47% pour les implants et la CU à 62% pour les préservatifs (Figure 8). De plus, environ un tiers des programmes ont signalé s'approvisionner en méthodes auprès de sources privées internationales.

L'approvisionnement auprès des agences gouvernementales et du FNUAP/des Nations Unies variait selon les méthodes, 44% ayant évoqué le FNUAP/les agences des Nations Unies comme source de PCO comparée à 10-20% pour d'autres méthodes. Environ un tiers des répondant-e-s ont signalé s'approvisionner en DIU, en implants, en PCO et en injectables auprès du gouvernement, mais les taux étaient plutôt plus faibles pour les préservatifs et la CU.

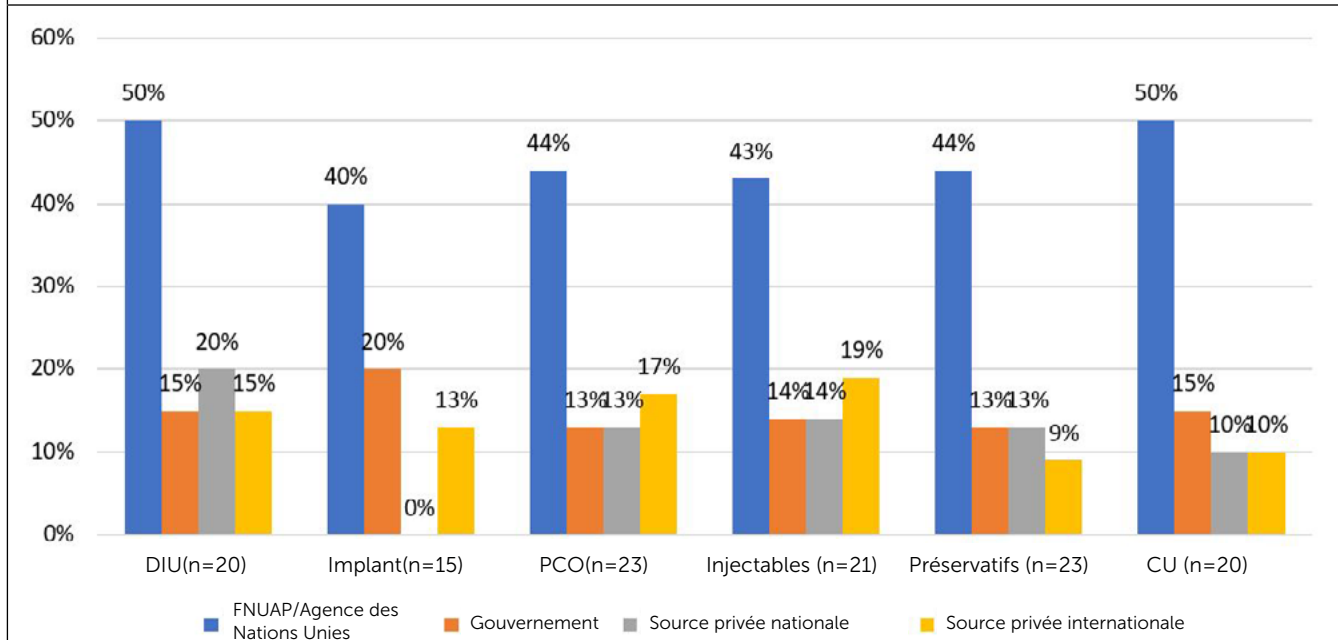


### Figure 8: Approvisionnement par méthode en Asie orientale et du Sud/Pacifique



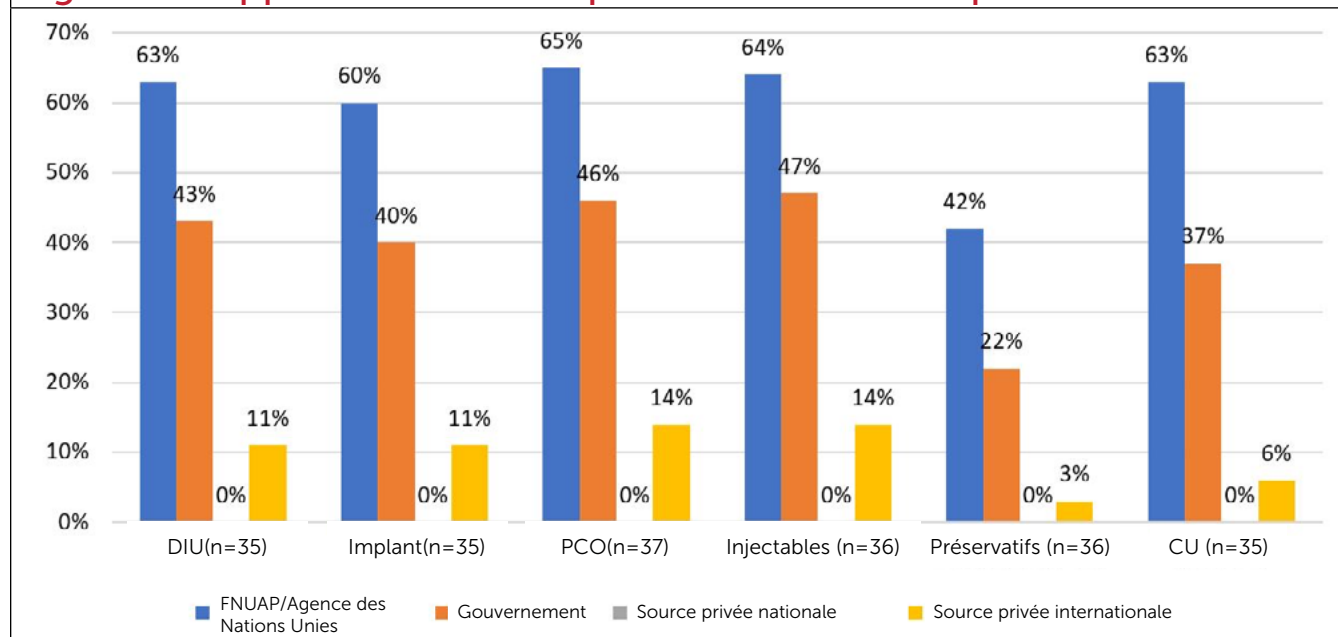
Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord, les répondant-e-s ont déclaré s'approvisionner auprès du FNUAP/des agences des Nations Unies pour toutes les méthodes (Figure 9). La part de répondant-e-s dont les programmes s'approvisionnent en produits de contraception auprès du gouvernement allait de 13% (PCO et préservatifs) à 20% (implants). L'approvisionnement auprès de sources privées (nationales et internationales) était le plus élevé pour les DIU (35%) et le plus faible pour les implants (13%).

### Figure 9: Approvisionnement par méthode au Moyen-Orient/en Afrique du Nord



Dans la région Afrique subsaharienne, plus de la moitié des répondant-e-s ont déclaré s'approvisionner en produits contraceptifs, sauf les préservatifs, auprès du FNUAP/des agences des Nations Unies (Figure 10). Le gouvernement représentait la deuxième source la plus courante d'approvisionnement en Afrique subsaharienne pour toutes les méthodes, allant de 22% pour les préservatifs à 47% pour les injectables. Aucun-e répondant-e n'a signalé s'approvisionner en produits contraceptifs auprès de sources nationales privées en Afrique subsaharienne.

**Figure 10: Approvisionnement par méthode en Afrique subsaharienne**



### *Amérique latine et Caraïbes (n=3)*

Bien que la taille de l'échantillon de l'Amérique latine et Caraïbes ait été limitée (n=3), les programmes qui faisaient état d'un approvisionnement pour toutes les méthodes auprès des sources privées, le gouvernement et le FNUAP/les agences des Nations Unies. Seuls les DIU et les préservatifs ont été acquis auprès de sources privées.

### *Approvisionnement en méthodes contraceptives par le biais des kits de santé reproductive interorganisations par région*

Les kits de santé reproductive interorganisations sont des kits préconditionnés, gérés par le FNUAP, ayant pour but de contribuer à la mise en œuvre du DMU pour la SSR au début d'une situation d'urgence. Il a été demandé aux programmes d'indiquer s'ils utilisaient les kits de santé reproductive interorganisations pour obtenir les fournitures et les produits nécessaires afin de mettre à disposition des méthodes contraceptives proposées dans leur programme.

À l'exception des préservatifs (35%), les programmes d'Afrique subsaharienne ont signalé la fréquence la plus élevée de l'utilisation des kits de santé reproductive interorganisations (46–60%) pour l'approvisionnement en fournitures et produits requis pour offrir des DIU, des implants, des PCO, des injectables et la CU (Figure 11).

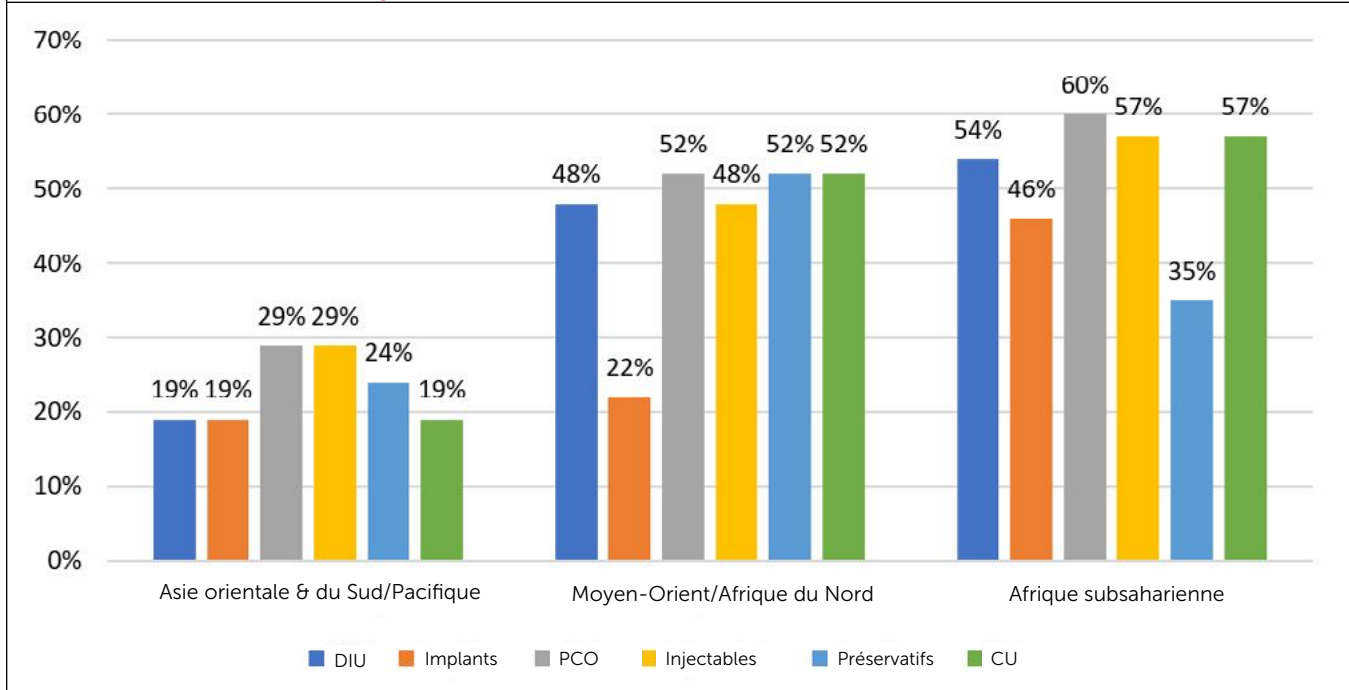
Les programmes du Moyen-Orient et d'Amérique du Nord ont signalé une fréquence similaire et élevée (48–52%) de l'approvisionnement en produits et fournitures de contraception par le biais des kits de santé reproductive interorganisations, sauf les implants à 22%.

Pour l'ensemble des méthodes, les programmes d'Asie du Sud et orientale/Pacifique ont signalé l'approvisionnement en fournitures et produits par le biais de kits de santé reproductive interorganisations à des fréquences beaucoup plus faibles (19–24%).





**Figure 11: Les méthodes d'approvisionnement en kits de santé reproductive par région**



En Amérique latine et Caraïbes, un des trois programmes a déclaré avoir obtenu toutes les méthodes par le biais des kits de santé reproductive interorganisations.

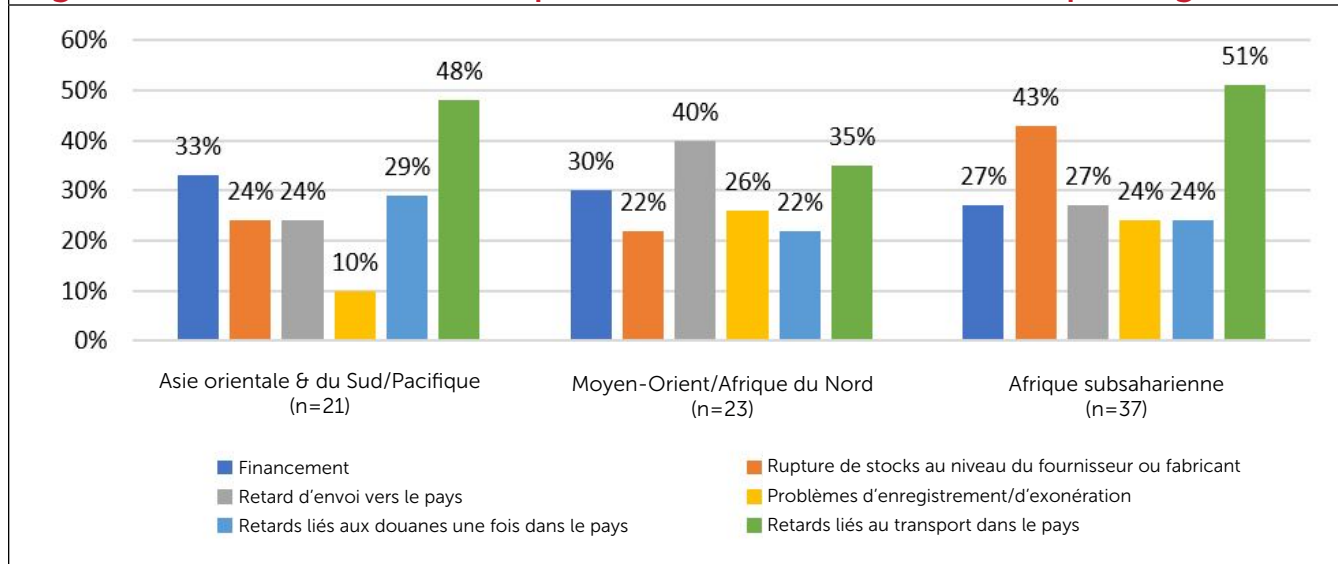
### *Retards courants par région*

Les répondant-e-s ont également signalé les causes principales de retards dans la chaîne d'approvisionnement rencontrés dans le cadre de leurs programmes ; les programmes pouvaient sélectionner des causes multiples de retards (Figure 12).

En Asie orientale et du Sud et Pacifique, la cause de retard la plus fréquemment citée était les retards de transport dans le pays (48%), suivie des retards liés aux financement (33%).

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le retard le plus fréquemment cité était le retard d'envoi des produits au pays (40%), suivi des difficultés liées au transport dans le pays (35%) et des retards liés au financement (30%).

Parmi les programmes d'Afrique subsaharienne, les retards les plus fréquemment cités étaient dus aux retards de transport dans le pays (51%), suivis des ruptures de stock au niveau du fournisseur ou du fabricant (43%).

**Figure 12: Retards courants pour obtenir des fournitures par région**

En Amérique latine et Caraïbes (n=3), chaque programme a signalé différents retards, y compris le financement, la rupture de stocks au niveau du fournisseur ou du fabricant, les problèmes d'enregistrement ou d'exonération et les retards liés au transport dans le pays.

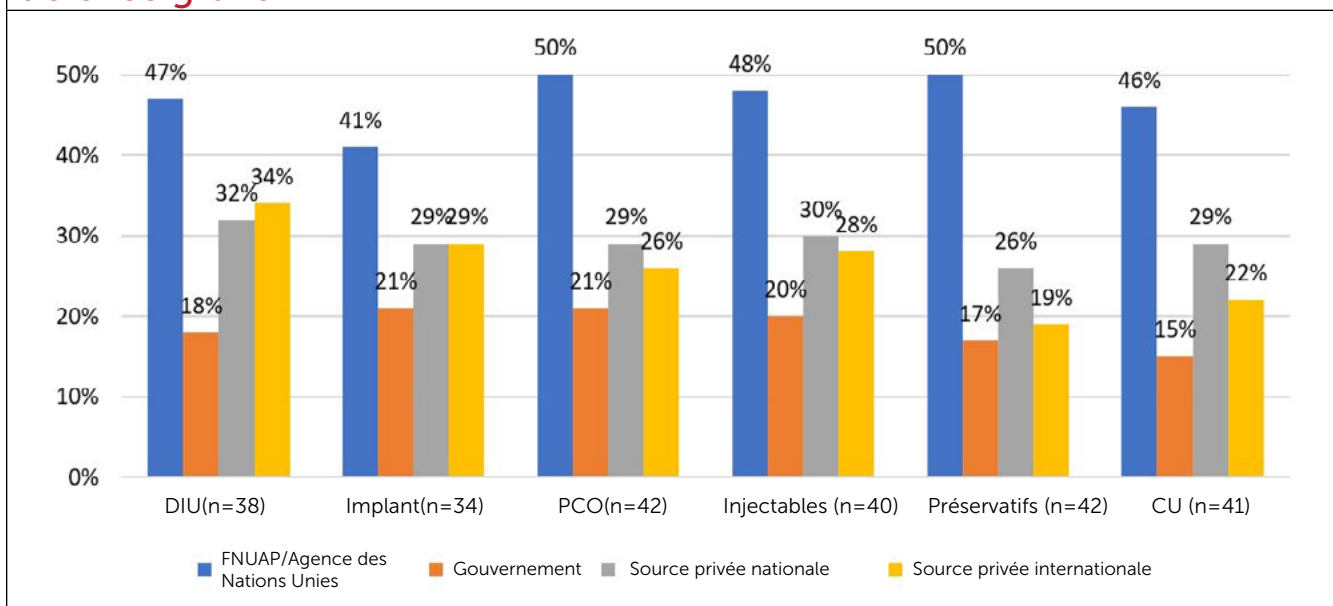
### *Approvisionnement par phase d'urgence*

L'étude comprenait aussi des questions sur la manière dont les programmes ont obtenu les fournitures et les produits de contraception par phase d'urgence.

Dans les situations d'urgence grave, pour toutes les méthodes, plusieurs programmes ont signalé qu'ils s'approvisionnaient en produits contraceptifs auprès du FNUAP/des agences de l'ONU, allant de 41% pour les implants à 50% pour les PCO et les préservatifs (Figure 13). Les sources privées - à la fois nationales et internationales - étaient aussi sollicitées pour toutes les méthodes. Les programmes ont signalé s'approvisionner auprès de gouvernements dans des situations d'urgence grave à des taux plus faibles pour toutes les méthodes, allant de 15% pour la CU à 21% pour les implants et les PCO.

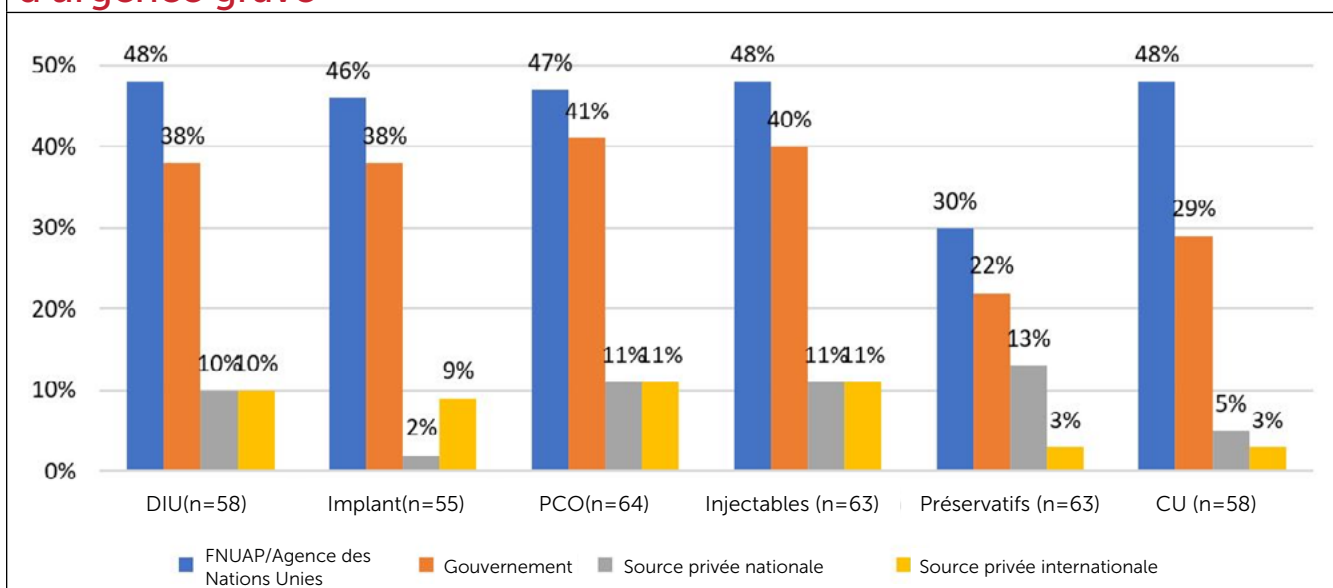


**Figure 13: Approvisionnement selon les méthodes dans les situations de crise grave**



Après une situation d'urgence grave, près de la moitié des répondant-e-s ont déclaré s'approvisionner pour toutes les méthodes, sauf les préservatifs, auprès du FNUAP/des agences des Nations Unies (Figure 14). Une proportion plus importante de répondant-e-s ont déclaré s'approvisionner en méthodes auprès du gouvernement, en comparaison avec les situations d'urgence grave, allant de 22% pour les préservatifs à 41% pour les PCO, alors qu'une proportion plus faible de répondant-e-s ont déclaré s'approvisionner en méthodes auprès du secteur privé, allant de 11% pour les implants à 22% pour les PCO et les injectables quand les sources privées nationales et internationales sont associées.

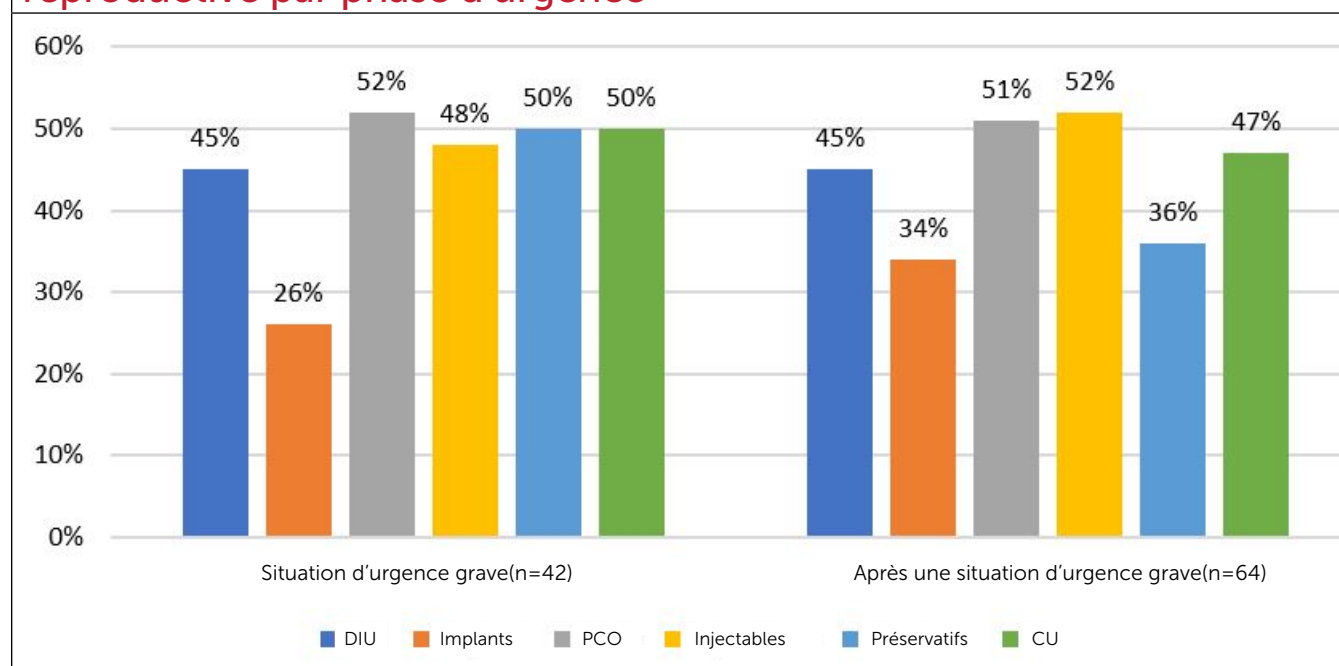
**Figure 14: Approvisionnement selon les méthodes après des situations d'urgence grave**



### Approvisionnement en méthodes contraceptives par le biais des kits de santé reproductive interorganisations par phase d'urgence

Peu de différences ont été observées dans l'utilisation des kits de santé reproductive interorganisations dans l'ensemble des phases d'urgence (Figure 15). Dans les contextes d'urgence grave et après une situation d'urgence grave, environ la moitié des produits de contraception ont été obtenus à partir des kits de santé reproductive interorganisations, ce qui reflète l'utilisation à long terme des kits pour obtenir des produits de contraception. Les implants étaient plutôt moins susceptibles d'être obtenus à partir des kits dans ces deux types de contextes. Après une situation d'urgence grave, une faible part de répondant-e-s ont signalé obtenir des préservatifs à partir des kits par rapport aux contextes d'urgence grave.

**Figure 15: : Approvisionnement en méthodes dans les kits de santé reproductive par phase d'urgence**



### Accessibilité et disponibilité

Les répondant-e-s ont été interrogé-e-s pour évaluer l'accessibilité et la disponibilité des services de contraception pour des populations spécifiques dans les contextes où leurs programmes interviennent : jamais/parfois ou la plupart du temps/toujours.

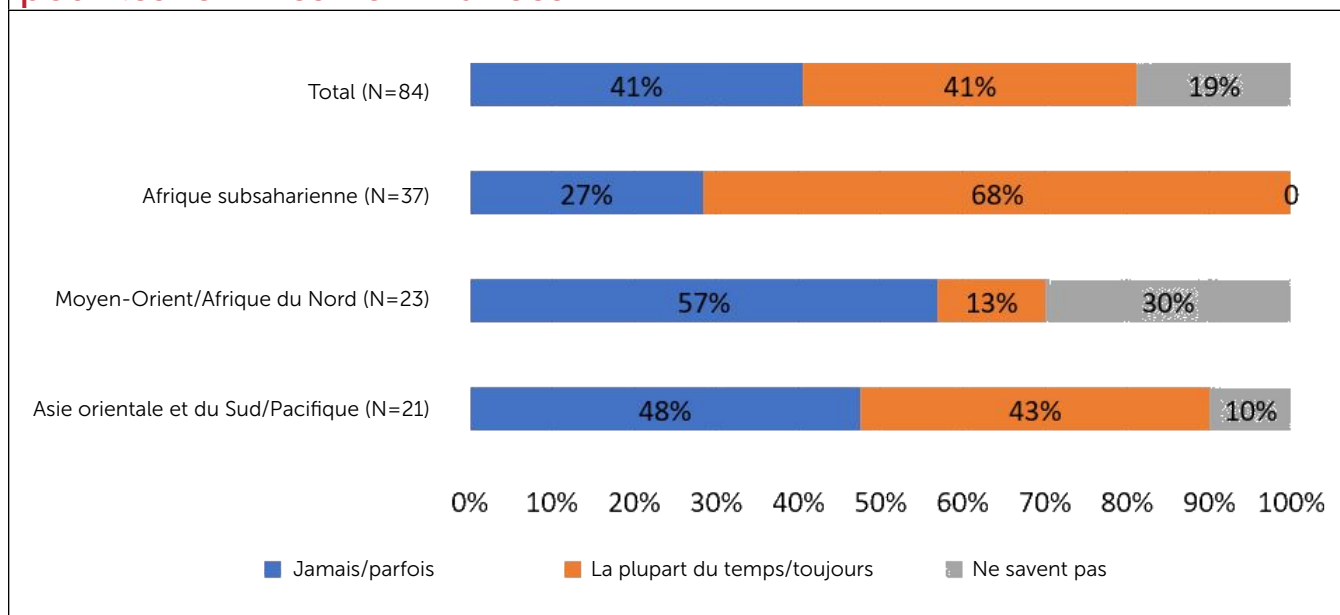
#### Adolescentes non mariées

Dans toutes les régions, 41% des programmes ont déclaré que les services de contraception n'étaient jamais/étaient parfois disponibles pour les adolescentes non mariées, et 41% ont signalé que c'était le cas la plupart du temps/toujours.

Il y avait des variations régionales. Soixante-huit pour cent des répondant-e-s en Afrique subsaharienne ont déclaré que les services de contraception étaient disponibles pour les adolescentes non mariées la plupart du temps/toujours en comparaison avec 13% des répondant-e-s au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et 42% en Asie orientale et du Sud et Pacifique. En Amérique latine et Caraïbes, un programme a déclaré que ce n'était jamais le cas ou que c'était parfois le cas et deux programmes ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/toujours.



**Figure 16: Les services de contraception sont accessibles et disponibles pour les femmes non mariées.**

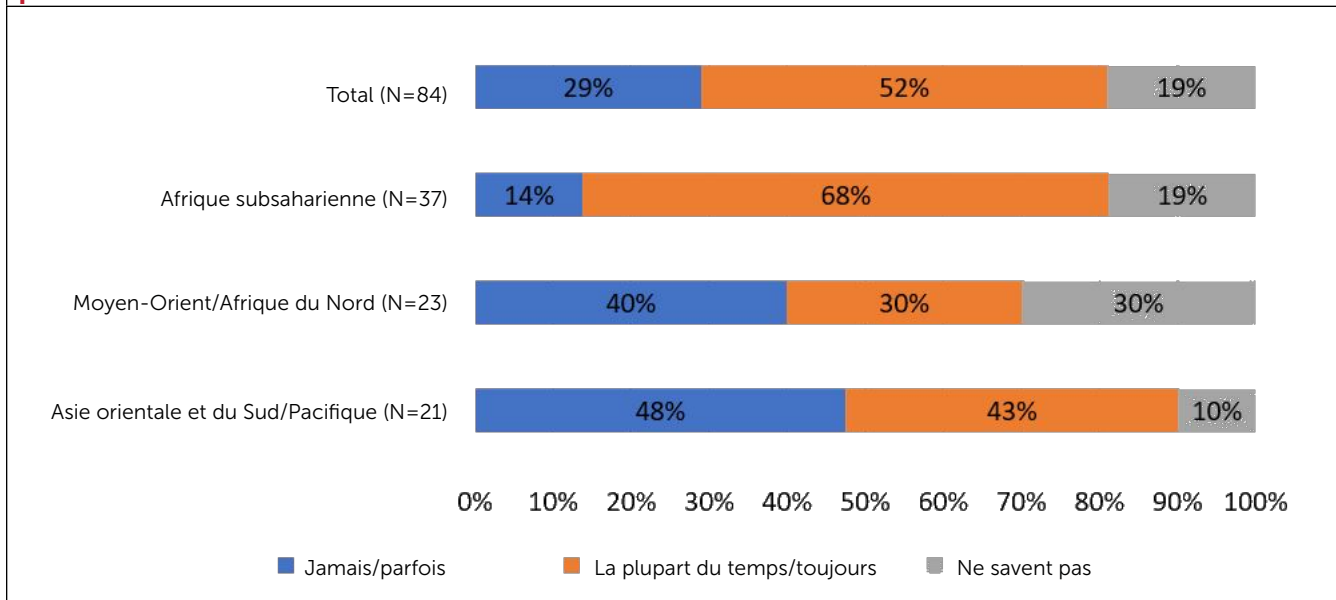


### *Femmes non mariées*

Dans l'ensemble des régions, 29% ont déclaré que les services de contraception n'étaient jamais/ étaient parfois accessibles et disponibles pour les femmes non mariées et les filles, par rapport aux 52% qui ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/toujours (Figure 17).

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Asie orientale et du Sud/ Pacifique, 30% et 43%, respectivement ont déclaré que les services de contraception étaient accessibles et disponibles pour les femmes non mariées la plupart du temps/toujours. Ce pourcentage était plus important en Afrique subsaharienne où il était de 68% ; en Amérique latine et Caraïbes, trois (n=3) ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/toujours.

**Figure 17: Les services de contraception sont accessibles et disponibles pour les femmes non mariées.**



### *Personnes en situation de handicap*

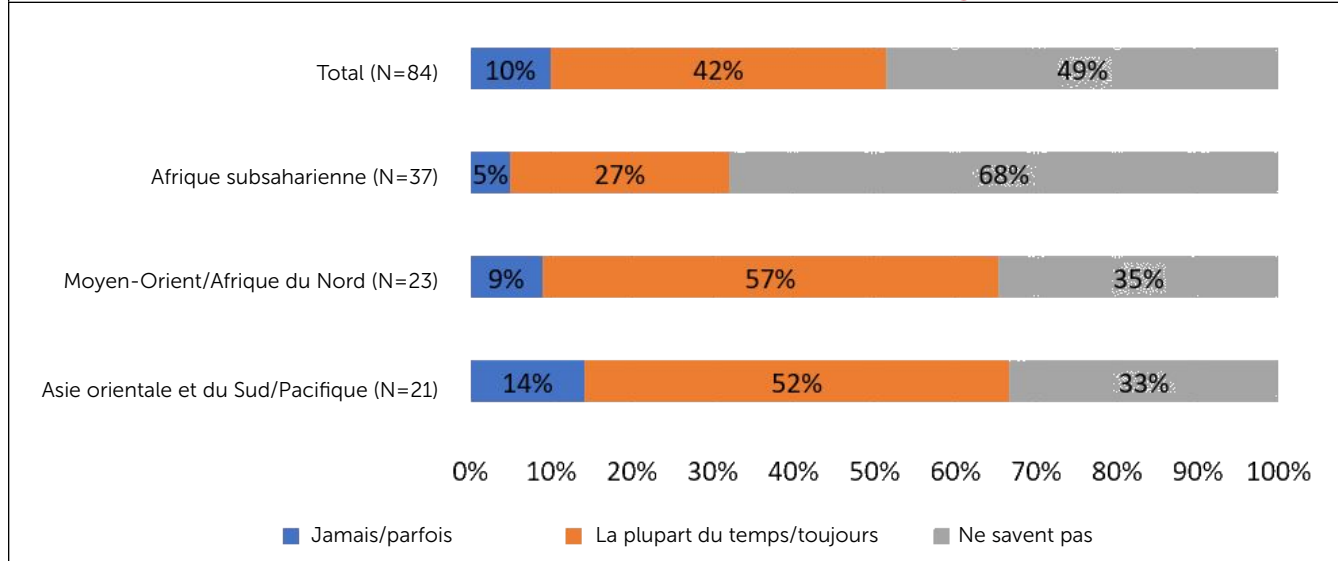
Dans les différentes régions, des pourcentages plus élevés ont déclaré ne pas être au courant de l'accessibilité et de la disponibilité des services de contraception pour les personnes en situation de handicap en comparaison avec les adolescentes non mariées : 68% en Afrique subsaharienne, 35% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 33% en Asie orientale et du Sud/Pacifique, et un programme en Amérique et Caraïbes.

Cependant, dans les toutes régions, des pourcentages élevés ont aussi déclaré que les services de contraception étaient accessibles et disponibles pour les personnes en situation de handicap la plupart du temps/toujours, allant de 57% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 27% en Afrique subsaharienne. En Amérique latine et Caraïbes (n=3), un programme a déclaré que ce n'était jamais le cas ou que c'était parfois le cas, et deux programmes ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/toujours.





**Figure 18: Accessibilité et disponibilité des services de contraception pour les personnes en situation de handicap par région**

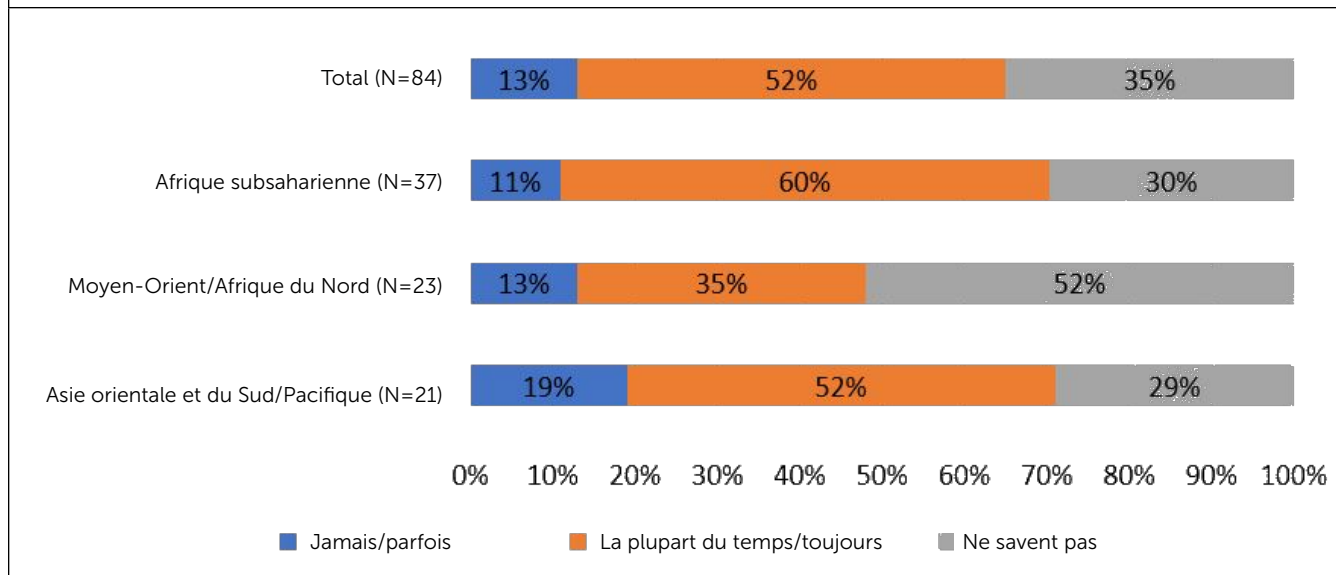


### *Personnes ayant des relations sexuelles de nature transactionnelle*

Des pourcentages plus élevés ont également déclaré ne pas être au courant de la disponibilité des services de contraception pour les personnes ayant des relations sexuelles de nature transactionnelle, allant de 52% au Moyen-Orient et Afrique du Nord à 29% en Asie orientale et du Sud/ Pacifique (Figure 19).

Dans les toutes régions, des pourcentages élevés ont déclaré que les services de contraception étaient accessibles et disponibles pour les personnes qui ont des relations sexuelles de nature transactionnelle, allant de 60% en Afrique subsaharienne à 35% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En Amérique latine et Caraïbes, trois (n=3) ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/ toujours.

**Figure 19: Les services de contraception sont accessibles et disponibles pour les personnes qui ont des relations sexuelles de nature transactionnelle**



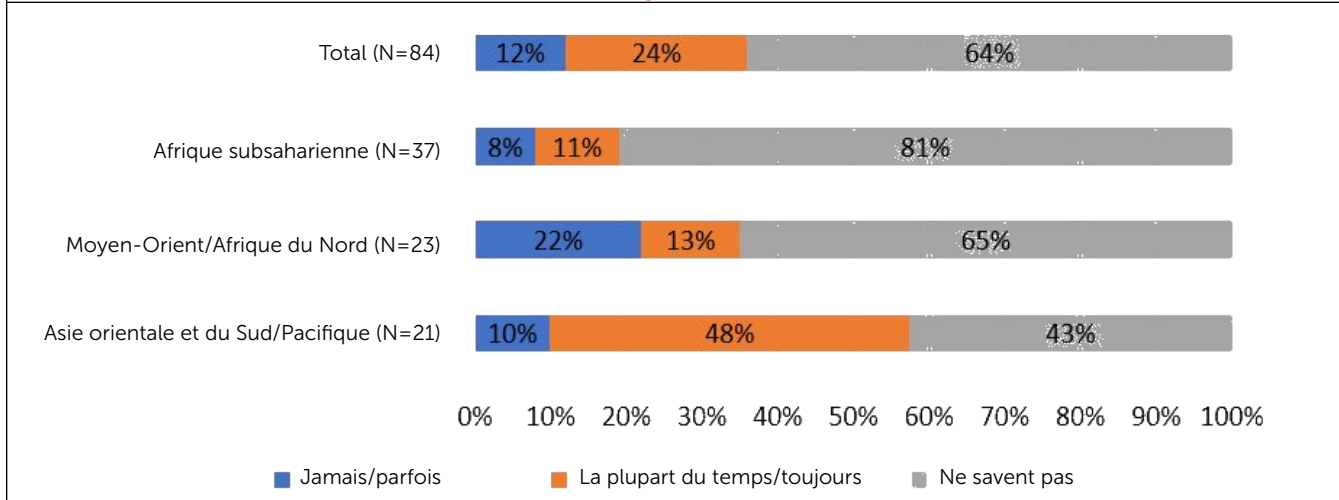
**Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes (LGBTQI) et de genre non conforme**

Enfin, des pourcentages élevés de programmes à travers les régions ont aussi déclaré ne pas être au courant de l'accessibilité et la disponibilité des services de contraception pour les personnes LGBTQI et de genre non conforme, un total de 64% des programmes déclarant qu'ils ne savaient pas (Figure 20).

Dans toutes les régions, 12% ont déclaré que les services de contraception n'étaient jamais/étaient parfois disponibles pour les personnes LGBTQI et les personnes de genre non conforme, et 24% ont déclaré que c'était le cas la plupart du temps/toujours. Les pourcentages de programmes déclarant que les services de contraception n'étaient jamais/étaient parfois disponibles allaient de 8% en Afrique subsaharienne à 22% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les pourcentages déclarant que les services étaient disponibles la plupart du temps/toujours allaient de 11% en Afrique subsaharienne à 48% en Asie orientale et du Sud/Pacifique ; l'ensemble des trois programmes en Amérique latine et Caraïbes ont indiqué que les services de contraception étaient disponibles la plupart du temps/toujours pour les personnes LGBTQI et de genre non conforme.

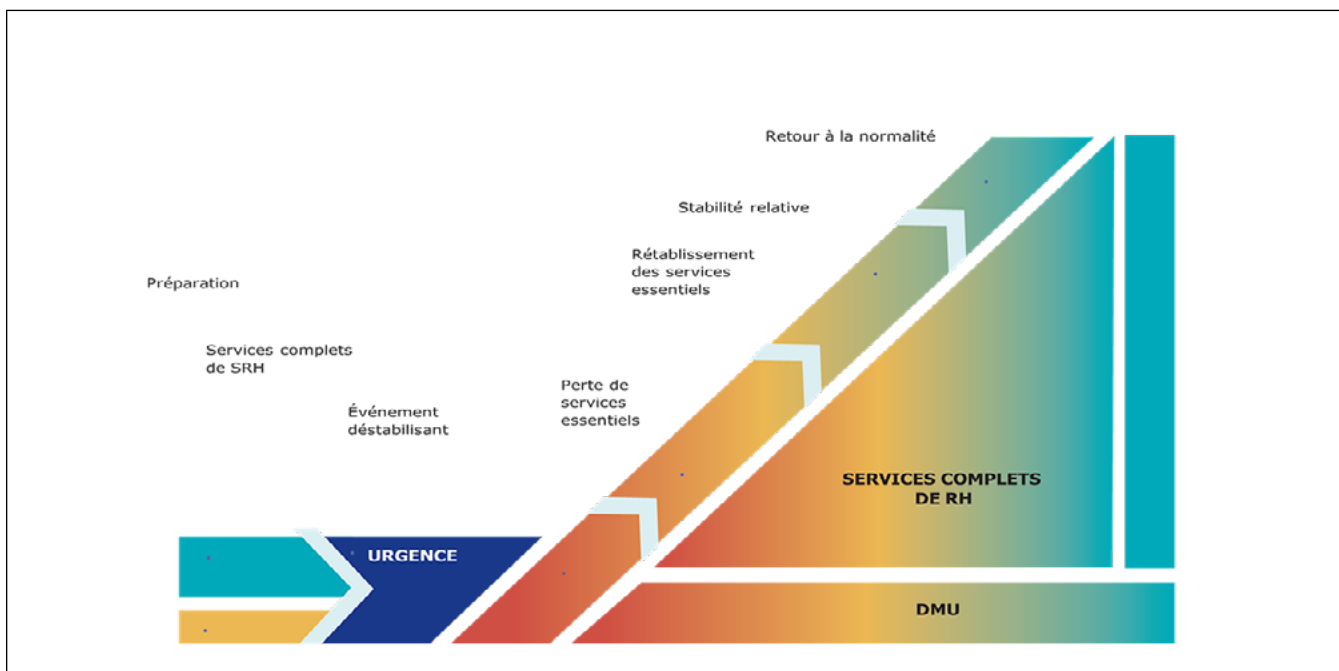


**Figure 20: Les services de contraception sont accessibles et disponibles pour les personnes LGTBQI et de genre non conforme.**



## Entretiens auprès d’informatrice-s clés

En fonction des contributions des parties prenantes clés, les entretiens auprès d’informatrice-s clés avaient pour but de recueillir plus d’informations sur la programmation en matière de contraception lors des périodes de transition dans le cadre du continuum de préparation, de secours et de rétablissement, notamment les défis et les stratégies visant à intensifier et opérer une transition des programmes alors que les situations se stabilisent ou évoluent.



Crédits graphique: Family Planning 2020, (2020), « A Preparedness Toolkit for Sexual and Reproductive Health Care in Emergencies » adapté de l’ouvrage de l’IAWG (2018), Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire

Les périodes de transition comprennent (1) le début d'une situation d'urgence grave, quand une intervention humanitaire est lancée et (2) la transition vers une situation permanente ou prolongée, ou le rétablissement suivant la stabilisation. Ces périodes, en particulier la transition vers des situations prolongées ou un rétablissement, posent souvent des problèmes aux partenaires chargés de mettre en œuvre des programmes de prestation de services de contraception et elles peuvent par conséquent compromettre la disponibilité des services et l'accès pour les populations touchées.

Il est essentiel d'avoir une meilleure compréhension de la manière dont ces transitions se déploient, la manière dont les partenaires chargés de la mise en œuvre opèrent pour la transition de leurs programmes, les difficultés rencontrées et les stratégies de succès qui peuvent guider les organisations homologues et d'autres parties prenantes clés, notamment les bailleurs de fonds et les gouvernements.

Ces périodes de transition offrent aussi la possibilité aux acteurs humanitaires et du développement de travailler ensemble et de renforcer la coordination, en particulier pour promouvoir un contexte afin d'avancer plus rapidement vers un rétablissement durable. En conséquence, nous avons ajouté un certain nombre de questions axées sur les difficultés et les succès de la coordination et de la collaboration dans le cadre de la filière humanitaire-développement.

## Méthodes

Les chercheur-se-s ont conduit 14 entretiens auprès de 17 répondant-e-s issu-e-s de 8 organisations : une agence des Nations Unies, six ONG internationales et une ONG nationale. Huit répondant-e-s étaient en poste sur le terrain, et neuf étaient membres du personnel du siège. Dix répondant-e-s représentaient des organisations humanitaires ou des équipes humanitaires qui travaillaient dans des organisations qui avaient une double fonction (organisations qui conduisent des programmes dans les domaines de l'humanitaire et du développement). Sept répondant-e-s représentaient des organisations ou équipes de développement.

Les répondant-e-s ont été identifié-e-s à l'aide d'un échantillonnage dirigé et ensuite, boule de neige. L'ensemble des organisations et des répondant-e-s offraient ou appuyaient la mise à disposition et l'accessibilité des services de SSR y compris des méthodes contraceptives dans le contexte où ils/elles intervenaient. Après avoir obtenu un consentement verbal éclairé, les entretiens ont été enregistrés ; les enregistrements ont été effacés après la transcription, et tous les renseignements d'identification ont été retirés. Tous les supports ont été conservés sur des dispositifs sécurisés et protégés par un mot de passe. Les transcriptions ont été codées et analysées à l'aide de NVivo 12 Plus.

Le format des entretiens variait selon le/la répondant-e, sa fonction et son organisation. Il a été demandé à plusieurs répondant-e-s de fournir des exemples précis de contextes et de programmes dans lesquels les transitions ont été particulièrement réussies, et particulièrement difficiles.

## Limites

Les chercheur-se-s ne sont pas arrivé-e-s au seuil de saturation, et il est possible que les résultats ne soient pas représentatifs des expériences des organisations en matière de prestation et d'appui à la programmation en matière de contraception pendant les périodes de transition, dans le cadre du continuum de préparation, de secours et de rétablissement.



## Facteurs qui ont un impact sur les programmes de contraception dans les phases de transition entre la stabilité et la situation d'urgence

Au cours des entretiens, un certain nombre de thèmes ont été soulevés par rapport aux facteurs qui ont un effet sur les processus et les résultats des périodes de transition dans le continuum de préparation, de secours et de rétablissement.

### *Contexte dans lequel la situation d'urgence survient*

Tout d'abord, les répondant-e-s ont insisté sur le fait que les facteurs contextuels - à savoir, les forces, les capacités et les structures existantes dans le pays - ont un impact significatif sur les transitions vers ou de sortie d'une intervention humanitaire suite à une crise grave.

La force d'un système de santé national, ses ressources et ses capacités nationales existantes, notamment la planification de la préparation, ont un impact considérable sur le succès d'une intervention humanitaire et sa capacité à évoluer dans le continuum du secours vers le rétablissement.

Lorsqu'ils/elles ont été interrogé-e-s sur les contextes où les transitions ont été particulièrement réussies, plusieurs répondant-e-s ont cité l'intervention relative aux Rohingyas au Bangladesh, en signalant l'existence d'un plan de préparation et du rôle actif du gouvernement dans l'intervention. D'autres répondant-e-s ont cité les infrastructures de santé solides de la Colombie et les organisations de la société civile et les partenaires locaux bien établis qui ont facilité leur intervention en faveur des réfugiés vénézuéliens. D'autres organisations ont attribué les succès obtenus dans ces pays aux programmes de développement mis en œuvre dans le pays qui ont facilité les interventions rapides face à des crises, et la transition vers des services complets de SSR.

Une organisation travaillant dans des camps de réfugiés au Rwanda a expliqué la transition réussie d'un dispositif complet de services de SSR de qualité vers un système de santé national solide, les investissements du gouvernement dans le suivi et la supervision, et sa politique nationale de planification familiale. Les établissements de santé en place dans les camps sont sous l'autorité du ministère de Santé (MS) et l'intervention sanitaire est assurée par les autorités gouvernementales, avec l'appui des acteurs humanitaires. Immédiatement après l'arrivée de réfugiés au Rwanda en avril 2015, les services de SSR se limitaient aux soins obstétricaux. Cependant,

l'organisation du/de la répondant-e a réussi à intégrer la planification familiale dans ses services de santé primaire et a conduit des activités de sensibilisation ciblée, et atteint une prévalence contraceptive de 30% au sein de la population de réfugiés. L'organisation s'est attaquée aux difficultés rencontrées au départ, avec des approvisionnements stables par l'intégration dans la chaîne d'approvisionnement national.

Les répondant-e-s ont cité des difficultés particulières dans des domaines marqués par la violence cyclique et prolongée où les capacités et les infrastructures nationales, y compris le système de santé ont été compromis.

Dans ces cas de figure, les organisations doivent consacrer plus de temps et de ressources à la mise en place d'une prestation de services de base, et elles peuvent être obligées d'établir des systèmes indépendants ou parallèles. Il est, par exemple, plus difficile d'élargir un programme, d'étendre les services disponibles et d'accroître le nombre de points de service appuyés, en l'absence d'une chaîne d'approvisionnement nationale opérationnelle.

### *Coordination entre partenaires dans le cadre d'une intervention*

Plusieurs répondant-e-s ont évoqué l'existence d'un mécanisme efficace pour les acteurs de santé, essentiel pour les transitions réussies. Les répondant-e-s ont décrit les mécanismes de coordination comme étant fondés sur des rencontres régulières, la mobilisation des autorités locales et des partenaires, et l'appui fourni aux partenaires chargés de la mise en œuvre pour coordonner leur programmation afin de maximiser l'efficacité de l'intervention.

Un-e répondant-e a cité en exemple la RDC où le MS et les partenaires ont établi un comité permanent multisectoriel au niveau provincial pour assurer la coordination de la prestation de service et les activités de plaidoyer pour la contraception. Le comité appuie les acteurs pour identifier des lacunes en termes de prestation de services et tirer parti des capacités ; par exemple, identifier les prestataires formés pour faciliter les formations pour d'autres organisations. Le comité a aussi réussi à plaider en faveur de l'inclusion d'une ligne budgétaire dédiée pour les services de contraception dans le budget provincial annuel. Le-la répondant-e prévoit que ce comité appuiera la poursuite de la programmation en matière de contraception, même après que les acteurs internationaux ont quitté la région.

Une coordination solide entre les secteurs a aussi été citée par une répondante comme étant essentielle à la capacité de son organisation à continuer à fournir des services de contraception dans un programme de développement dans un environnement de plus en plus dangereux. Dans cet environnement, des groupes armés étaient hostiles aux acteurs qui s'occupent de la SSR. En assurant la coordination avec les partenaires de différents secteurs, notamment la nutrition et l'agriculture et les mécanismes de prestation de services innovants, le programme était en mesure de continuer à offrir des services de contraception tout en minimisant les risques encourus par les femmes et les prestataires.

La coordination a aussi été évoquée par rapport au renforcement des capacités pour les acteurs locaux, et pour la collaboration entre les acteurs humanitaires et du développement (voir ci-dessous).

## Financement

Le financement a été cité dans tous les entretiens auprès d'informateur-riche-s clés comme un facteur déterminant dans le succès ou l'échec d'un programme pour faire la transition entre les différents points du cycle d'intervention humanitaire. Le financement durable, à long terme, ou le financement dédié pour la phase de transition, a été décisif pour la réussite des transitions programmatiques dans divers contextes. Les répondant-e-s ont cité le succès et les bienfaits des cycles de financement plus longs et le fait que des financements soient affectés au retrait progressif et au transfert des programmes vers les partenaires locaux.

### *Difficultés*

**Financement pluriannuel** : Plusieurs répondant-e-s ont insisté sur l'importance de cycles de financement pluriannuels, en particulier dans des contextes touchés par des conflits de longue durée, en soulignant que les cycles de financement de deux ans ne reflètent pas les réalités géopolitiques dans beaucoup de pays où un certain degré d'instabilité et d'insécurité persiste pendant de longues périodes. Un-e autre répondant-e a prévenu que dans ces contextes, les cycles de financement à court terme risquent aussi de causer une inefficacité plus importante : « Quand le financement humanitaire s'est tari, [les organisations humanitaires] ont fermé boutique et sont parties... elles ont vendu tous leurs actifs... [et ensuite] après quatre ou six mois, elles ont été obligées



de revenir car la crise a repris. Il n'y avait plus aucun moyen. Il faut alors tout recommencer à zéro, et cela coûte plus d'argent... [il est important de penser sur le long-terme, au lieu du court-terme. »

Un-e répondant-e a affirmé que le cycle de financement pluriannuel a assuré que les services de planification familiale de qualité étaient disponibles car « ...il vous faut au moins deux ans pour... déployer un dispositif de planification familiale avec toutes les interventions de manière à ce qu'il puisse être maintenu, quand vous partez après deux ans. [Cela] inclut la formation des prestataires de soins, les normes de genre et sociales, le travail sur la chaîne d'approvisionnement et sur la collecte de données. » Un-e autre répondant-e a décrit un contexte frappé par un conflit prolongé comme « une preuve de ce que peut apporter le maintien du financement », en soulignant que l'organisation avait observé de fortes augmentations de la prévalence contraceptive dans les zones où elle travaille, en dépit d'instabilités majeures.

Un-e informateur-riche a notamment déclaré que les pays plus stables avaient un avantage par rapport aux financements en comparaison avec leurs homologues plus fragiles. Les bailleurs de fonds peuvent être plus à l'aise à l'idée de procéder à des investissements à long terme dans un contexte historiquement stable et ces pays peuvent prétendre à d'autres mécanismes de financement.

Un-e répondant-e a cité un contexte dans lequel l'organisation a reçu un financement dédié pour la période de retrait progressif d'un projet ; pendant cette période, l'organisation confiera la responsabilité des activités de programme au gouvernement local et à d'autres partenaires locaux.

**Cessations de financement :** Inversement, plusieurs répondant-e-s ont signalé des fermetures brutales de programmes quand le financement s'est terminé. Dans les contextes et les secteurs humanitaires, les acteurs ont des difficultés de financement à long-terme—il est bien établi qu'à la suite d'une crise, les financements affluent mais ont tendance à aller en diminuant. Le financement des services de SSR n'échappe pas à l'exception. Les répondant-e-s décrivent un certain nombre de résultats négatifs, allant de la cessation complète des activités programmatiques à des heures limitées, des services réduits ou la fermeture de certains établissements de santé. Les implications sont graves pour les populations touchées, plusieurs répondant-e-s ont exprimé leur frustration car les programmes créent une demande et une dépendance à l'égard des services qui ne sont pas garantis à ce moment-là.

Un-e répondant-e a déclaré avoir du mal à faire comprendre aux bailleurs de fonds l'importance du financement du retrait progressif et de la période de transfert d'un projet, et d'assurer la prolongation des financements lorsque cela est nécessaire.

Plusieurs répondant-e-s ont cité des incidents au cours desquels les changements de priorités des bailleurs de fonds ont eu un impact négatif sur les programmes ou ont contraint à la cessation des activités du programme.

Même dans les cas où le financement supplémentaire est anticipé, il y a souvent des retards entre le moment où les subventions sont accordées et la disponibilité des fonds. Un-e répondant-e a fait remarquer que ces déficits de financement peuvent contraindre à des coupes budgétaires sur le programme.

Enfin, plusieurs répondant-e-s ont décrit des difficultés rencontrées lorsque les classifications ou les définitions des bailleurs de fonds, autrement dit, la question de savoir ou non si un cadre correspond aux caractéristiques d'un contexte humanitaire, sont contraires à ce que les partenaires chargés de la mise en œuvre observent sur le terrain ; un-e répondant-e a souligné qu'un programme de pays allait fermer prochainement en raison d'une perte de financement pour cette raison.



## Solutions

Les répondant-e-s ont évoqué un certain nombre de stratégies pour sécuriser et maintenir le financement.

**Réaffecter les fonds au début d'une nouvelle crise :** En fonction de la taille et de la structure de l'organisation, les répondant-e-s ont signalé que les organisations peuvent réaffecter les fonds en interne en cas de déficit.

Dans certains contextes et circonstances, les répondant-e-s d'organisations qui ont une double fonction ont évoqué des bureaux de pays qui affectaient les financements des programmes en cours ou de développement à une intervention humanitaire en cas d'urgence. Les répondant-e-s ont clairement dit que ce n'était pas le cas pour tous les fonds, et qu'un accord de la part des bailleurs de fonds peut s'avérer nécessaire. Un-e répondant-e issu-e d'une organisation qui a une double fonction a déclaré que dans les pays prédisposés à des crises, au moins, les procédures opérationnelles standardisées permettaient aux responsables de réorienter les financements au sein du bureau de pays en cas d'urgence, au moins jusqu'à ce que les mécanismes de financement humanitaire aient été activés. Aucun-e répondant-e n'a évoqué l'affectation des fonds des programmes humanitaires ou de développement.

**Appel aux priorités des bailleurs de fonds :** Les répondant-e-s représentant diverses organisations ont décrit les efforts visant à faire appel à ou à travailler avec les bailleurs de fonds. Les répondant-e-s ont évoqué la conception ou l'adaptation de programmes pour attirer les bailleurs de fonds, y compris en priorisant l'efficacité pour étendre le financement et être compétitifs dans le cadre des propositions. Cependant, un-e répondant-e a fait part de ses préoccupations quant au fait, qu'à un moment donné, les efforts ayant pour but de réduire les risques de compromettre la capacité d'un programme à répondre aux besoins de la population touchée.

**Plaider en faveur d'un financement dans les crises prolongées :** Les répondant-e-s ont évoqué l'idée de mener un plaidoyer en continu, pour maintenir le financement, même si l'intérêt international pour la situation d'urgence a faibli. Il a été largement reconnu que le financement de l'action humanitaire est stimulé par l'attention internationale, ce qui aggrave les difficultés auxquelles les organisations sont confrontées lors de leurs interventions dans des situations de crise prolongée qui n'obtiennent pas une attention médiatique mais continuent d'avoir de gros besoins.

**Diversification des sources de financement :** Plusieurs répondant-e-s ont évoqué l'importance de la diversification des sources de financement, à la fois pour les organisations et les programmes, et dans le domaine humanitaire. Au niveau organisationnel, les répondant-e-s ont évoqué le fait de solliciter des sources de financement humanitaire et de développement, et de rechercher de nouvelles sources de financement pour leurs organisations, comme les fondations privées ou les initiatives d'entreprise ; cette stratégie a été évoquée comme étant plus complexe pour les plus petites organisations qui peuvent être moins connues par les bailleurs de fonds. De plus, le processus d'obtention de financement supplémentaire peut prendre du temps.

Plus généralement, même si les besoins humanitaires augmentent, le financement n'a pas suivi le rythme. Un répondant-e a affirmé que pour accroître le financement disponible pour l'aide humanitaire au niveau global, les partenaires humanitaires doivent envisager de trouver différentes sources de financement, y compris les fonds provenant de l'entrepreneuriat, de nouvelles institutions financières, des modèles alternatifs de financement et les options de financement, notamment les aides en espèces, les bons d'échange et les options de recouvrement des coûts dans le cadre de programmes et de contextes adaptés.



## Facteurs internes ou spécifiques à une organisation ayant un impact sur les transitions programmatiques

### *Programmation préexistante*

Lorsqu'ils/elles ont été interrogé-e-s sur les facteurs, les politiques et les pratiques spécifiques à leur organisation et leurs succès et difficultés, plusieurs répondant-e-s ont reconnu que les transitions particulièrement réussies avaient été bénéfiques en particulier dans les cas où leur organisation disposait d'un programme de développement en cours dans le pays, ou d'un programme humanitaire en cours dans une région différente du pays. Dans ces cas, les organisations étaient capables de réagir très rapidement au début d'une crise, de mobiliser les fournitures et le personnel, et tirer parti de leurs connaissances situationnelles et de leur relations pour réagir rapidement. Ces facteurs ont aussi été avantageux lorsque le programme est passé à une intervention plus stable.

### *Préparation organisationnelle*

Lorsqu'il/elle a été interrogé-e sur les activités de préparation, un-e répondant-e travaillant pour une organisation de développement opérant dans un contexte fragile notamment le stock dans les établissements, avant la saison des ouragans, a évoqué le partenariat avec le MS pour conduire des évaluations de la chaîne d'approvisionnement. Un-e autre répondant-e a signalé que son organisation avait bénéficié d'activités de préparation interne, en particulier avec les équipes en poste dans les pays sujets à ou exposés au risque de crises. Ces activités de préparation comprenaient le perfectionnement des compétences techniques et cliniques de même que les compétences de plaidoyer pour faire en sorte que la SSR et la contraception ont été prises en compte dans le cadre de l'intervention. Cependant, la rotation importante du personnel est une difficulté constante. Un-e répondant-e travaillant dans une organisation de développement a signalé que son organisation n'élaborait pas de plans de préparation pour ses programmes.

### *Obstacles internes à la programmation en matière de SSR*

Des répondant-e-s issu-e-s d'un certain nombre d'organisations ont évoqué des obstacles internes en ce qui concerne la priorisation des programmes de SSR, en particulier la planification familiale pendant le cycle d'intervention humanitaire. Pour faire face à cette difficulté, un-e répondant-e a décrit des campagnes de plaidoyer internes, ciblant en particulier les membres de l'équipe de direction non technique. Un-e autre répondant-e a signalé le succès du recrutement de sage-femmes dans les équipes d'intervention en santé humanitaire pour avoir une personne qui défend l'importance de l'offre de contraception au début d'une intervention.

Un-e répondant-e issu-e d'une organisation ayant une double fonction a fait remarquer que la décision de poursuivre ou non les programmes humanitaires de prestation de services de contraception dans des contextes de stabilisation consistait aussi à savoir si ce contexte se situait dans un pays prioritaire de l'organisation, et s'il y avait des capacités au sein des équipes non humanitaires de l'organisation, notamment dans le pays, pour continuer le programme.

## Stratégies organisationnelles pour la promotion et la gestion des transitions programmatiques

Outre l'évocation des facteurs externes et internes ayant un impact sur les programmes de services de contraception dans les périodes de transition, les répondant-e-s ont été interrogé-e-s sur les stratégies mises en œuvre par les organisations pour gérer ces transitions.

### *Renforcement des capacités et des systèmes avec les partenaires locaux*

La stratégie la plus citée pour la transition réussie des programmes est celle de développer des partenariats avec les acteurs locaux et de conduire des activités de renforcement des capacités et des systèmes pour faire en sorte que le programme puisse être maintenu après que l'organisation a cessé son intervention et qu'elle a confié sa responsabilité totale aux acteurs et aux autorités locaux. Les répondant-e-s ont évoqué un certain nombre d'activités de renforcement des capacités, y compris les activités de formation, de supervision clinique et de gestion de la chaîne d'approvisionnement qui sont particulièrement importantes dans les contextes où les systèmes de santé sont faibles.

Cependant, un-e répondant-e a souligné le fait que bien que les interventions dans des situations de crise prolongée nécessitent une réflexion systémique, il faut prêter attention au contexte : il ne suffit pas de mettre en place des services de base, et de renforcer les capacités des prestataires de service. Les organisations doivent aussi traiter la question de l'environnement politique, mobiliser les communautés et renforcer la base de données probantes pour une prestation de services de SSR efficace dans ce contexte, afin de consolider les fondations nécessaires à une programmation efficace en matière de SSR.

L'appui accordé au système de santé local améliore aussi l'efficacité et limite le risque qu'un programme soit mis à échelle de telle sorte qu'il ne puisse plus être maintenu en l'absence de partenaires externes chargés de la mise en œuvre. Un-e répondant-e a décrit un contexte dans lequel son organisation a cédé plusieurs établissements de santé au MS. Si les établissements devaient rester opérationnels, le MS aurait besoin de trouver le financement pour pourvoir en personnel, en stocks et les gérer. Le/la répondant-e a considéré cela comme un fardeau significatif, et a estimé que s'il/elle avait appuyé les établissements existants du MS dès le début, il/elle aurait maximisé son investissement dans la communauté à long terme.

Un/e autre répondant-e a déclaré que dans certains contextes, le personnel de l'organisation opère depuis le bureau de santé du gouvernement local, ce qui facilite la collaboration et l'adhésion locale au programme dès le début. Le/la répondant-e anticipe que cela facilitera les transitions en douceur quand son organisation ne sera plus directement impliquée dans la mise en œuvre.

### *Planification de la sortie*

Outre la conduite d'activités de renforcement des capacités avec les partenaires, plusieurs répondant-e-s considéraient qu'une planification solide de la sortie est essentielle à une transition réussie lors de collaborations avec des partenaires locaux. En planifiant de manière proactive sa sortie éventuelle, une organisation peut faire en sorte que le transfert d'un programme se fasse de la manière la plus harmonieuse possible. En citant un exemple, un-e répondant-e a décrit la manière dont, en anticipation de sa sortie, une organisation a progressivement transféré la responsabilité de la supervision des visites mensuelles des établissements au gouvernement local, l'appui fourni et le feedback constructif pendant toute la durée du processus.

Les répondant-e-s ont évoqué l'élaboration de plans de travail et de calendriers avec les partenaires locaux et le transfert d'outils de programme, notamment les registres et les cadres de suivi et d'évaluation. Un-e répondant-e a évoqué son travail avec le gouvernement local pour faire en sorte que les activités programmatiques soient intégrées dans ses plans de travail.

Un-e répondant-e a également mentionné que son organisation avait fourni un stock régulateur de certaines fournitures et équipements pour atténuer les difficultés qui pourraient survenir après que le partenaire a assumé la responsabilité unique de gestion de la chaîne d'approvisionnement,



en particulier en tenant compte de la faiblesse relative de la chaîne d'approvisionnement nationale dans ce contexte. L'organisation a aussi travaillé avec le partenaire pour appliquer les mesures de recouvrement des coûts, un petit montant à la charge des client-e-s, afin de maintenir le stock initialement fourni.

### *Collecte de données et prise de décision guidée par les données*

Plusieurs répondant-e-s ont évoqué la collecte solide des données comme étant essentielle à la programmation efficace et à la prestation de services de qualité ; les activités de renforcement des capacités avec les partenaires locaux, évoquées ci-dessus, comprenaient souvent le renforcement des systèmes pour la collecte et l'utilisation des données.

Plus généralement, les répondant-e-s ont évoqué l'importance cruciale de la publication des données programmatiques et des résultats d'évaluation pour renforcer la base de données probantes et appuyer les organisations homologues afin d'apprendre les uns des autres. Les répondant-e-s ont recommandé l'augmentation du financement pour un suivi et des évaluations solides, et pour la publication des données et des résultats.

### *Gestion à distance*

Un-e répondant-e a décrit les efforts de son organisation pour gérer à distance les programmes en partenariat avec les partenaires et les autorités locaux dans les environnements hautement dangereux et frappés par des conflits permanents et dans des contextes fragiles qui entrent et sortent des situations d'urgence grave. La nature de la gestion à distance de l'organisation dépend en grande partie du contexte. Dans les contextes touchés par des conflits intermittents, avec des intermédiaires de stabilité relative, son organisation est en mesure de conduire une programmation normale, et d'être mobilisée sur le terrain avec des partenaires locaux jusqu'au moment où la crise s'aggrave. L'organisation passe alors à la gestion à distance, et travaille avec et par le biais de partenaires pour maintenir les programmes. Bien que les spécificités de la gestion à distance dépendent du contexte, les objectifs demeurent identiques : déterminer si et veiller à ce que les services soient disponibles et de bonne qualité, quand le personnel de l'organisation ne peut pas accéder aux points de prestation de service appuyés par le programme.

### *Coordination entre les équipes humanitaires et de développement dans les organisations qui ont une double fonction*

Comme indiqué précédemment, parmi les informateur-riche-s clés figurent des représentant-e-s des équipes humanitaires et de développement dans les organisations qui ont une double fonction. Nous souhaitons particulièrement en savoir plus sur la façon dont les organisations qui ont une double fonction opèrent dans les contextes de transition, surtout si, quand et comment les équipes de développement participent aux programmes dans les contextes de stabilisation ou de rétablissement.

Un-e répondant-e a déclaré que son organisation qui est relativement petite, choisit quelle équipe gèrera la programmation en fonction de la sécurité dans le contexte concerné. Si la sécurité est relativement bonne, elle confiera cette responsabilité au personnel qui se consacre davantage au développement, même si la programmation fait toujours partie de l'intervention humanitaire. Cela permet à l'équipe humanitaire qui est restreinte et assez spécialisée d'intervenir face à d'autres crises si nécessaire. Cependant, le/la répondant-e n'a pas évoqué le fait d'avoir mobilisé des bailleurs de fonds ou les modalités dans le processus de décision.

Plusieurs répondant-e-s représentaient des organisations qui fonctionnent à l'aide de bureaux de pays dans lesquels l'essentiel des programmes est géré pour un pays donné. Dans la plupart des cas, l'organisation ne dispose pas d'équipes humanitaires et de développement au sein des bureaux de pays. Au lieu de cela, l'organisation adaptera la programmation conduite dans le pays pour intervenir au début, lors de l'aggravation d'une situation d'urgence ou pour la stabilisation et le rétablissement. Le personnel existant lancera des programmes d'intervention le cas échéant, et bénéficiera d'un soutien externe si nécessaire, en fonction des besoins. Dans une situation d'urgence à grande échelle comme l'intervention suite à la crise des Rohingyas au Bangladesh, une organisation peut être confrontée à un afflux de personnel international qui a mis en place une équipe d'intervention humanitaire. Au fil du temps, la responsabilité de ces programmes a été confiée au personnel national, et la programmation des interventions d'urgence a été intégrée dans les opérations habituelles du bureau de pays.

Un-e répondant-e a souligné le fait que son organisation envisagerait de réduire le nombre de postes au sein des équipes humanitaires et de développement au niveau du siège, de fusionner les équipes et d'explorer les modalités d'un appui direct et d'une expertise technique par le biais de postes au sein des bureaux nationaux et régionaux.

Le/la répondant-e a souligné le fait que le personnel humanitaire de son organisation, plaide pour maintenir au moins un chiffre de référence en ce qui concerne le nombre de postes axés sur l'humanitaire au siège pour préserver la flexibilité et la rapidité requises pour intervenir au début d'une situation d'urgence. De même, une intervenante humanitaire d'une organisation ayant une double fonction estimait qu'il était important pour son organisation de maintenir une équipe d'intervention humanitaire compte tenu de l'expertise requise.

Quand ils/elles ont été interrogé-e-s sur les protocoles de changements internes de responsabilité entre les équipes humanitaires et de développement dans les organisations ayant une double fonction, plusieurs répondant-e-s ont signalé que leur organisation ne disposait pas d'un protocole formel ou standard pour déterminer si, quand ou comment changer les responsabilités en termes de gestion de programme. Plus généralement, beaucoup de répondant-e-s ont déclaré que

les équipes humanitaires et de développement au sein de leurs organisations avaient tendance à être compartimentées et que cela représentait une entrave à l'efficacité de leur travail dans les environnements en phase de transition. Les répondant-e-s ont déclaré que ces silos étaient accentués par les flux de financement verticaux.

Cependant, plusieurs répondant-e-s ont eu le sentiment que les organisations pourraient en tirer bénéfice, et que les transitions de programme seraient plus solides, s'ils avaient une approche plus systématique du travail avec les différentes équipes. Les répondant-e-s ont recommandé que les organisations développent des lignes directrices pour mobiliser les équipes de développement dans les contextes en phase de transition ainsi que des protocoles pour déterminer quand et comment changer les responsabilités pour la gestion de programme. Les répondant-e-s ont aussi recommandé que les organisations entreprennent des activités de préparation avec des équipes de développement pour renforcer leur aisance et leur capacité à opérer dans des contextes fragiles et humanitaires.

### ***Coordination dans l'ensemble du cadre humanitaire-développement***

À bien des égards, les difficultés internes entre les équipes humanitaires et de développement sont le reflet des défis auxquels les acteurs sont confrontés en matière de coordination, dans le cadre de la filière humanitaire-développement liés à leurs modes de fonctionnement différents.



Les répondant-e-s des organisations et des équipes humanitaires ont fait part de leurs impressions selon lesquelles les organisations et les programmes de développement éprouvent des difficultés pour fonctionner avec la rapidité et l'agilité requises dans une intervention humanitaire au début d'une situation d'urgence, et leur perception selon laquelle beaucoup de personnels de développement n'ont pas l'expérience ou la formation nécessaires pour intervenir dans ces contextes. D'autres personnes ont cité des différences en termes de procédures opérationnelles standardisées, y compris quant à la manière de fonctionner dans des environnements dangereux. Les répondant-e-s issu-e-s du développement ont souligné que les systèmes et les frais connexes de fonctionnement dans des environnements dangereux peuvent empêcher les acteurs du développement de rester ou d'opérer dans certains contextes.

Les répondant-e-s travaillant plutôt dans le secteur de l'humanitaire ont aussi eu le sentiment que cela avait un impact sur le transfert dans les contextes de stabilisation ou de rétablissement, un-e répondant-e a fait remarquer que ces environnements sont un « point de départ » différent par rapport aux contextes de développement et ils constituent par conséquent un défi pour les acteurs du développement.

Les répondant-e-s ont noté que les organisations de développement et humanitaires ne sont peut-être pas financés pour travailler dans le même contexte, ce qui compromet leur capacité à travailler dans le cadre d'un partenariat où la collaboration serait efficace. Les répondant-e-s ont aussi évoqué les hésitations des bailleurs de fonds traditionnels par rapport aux investissements dans des contextes fragiles ou humanitaires, ce qui contribue à ces silos.

Un répondant du développement a évoqué les différences de chronologies et de procédures pour présenter une demande et obtenir des financements pour le développement en comparaison avec le financement humanitaire. Il a souligné le fait que le temps requis pour que les acteurs du développement obtiennent des fonds pourrait retarder leur capacité à s'impliquer dans les contextes de crise prolongée ou de rétablissement, ce qui peut potentiellement aggraver les difficultés que les acteurs humanitaires et de développement affrontent lorsqu'ils travaillent ensemble dans un contexte donné.

## Recommandations en matière d'appui des transitions programmatiques et d'amélioration dans le cadre de la filière

### *Recommandations destinées aux bailleurs de fonds*

Les répondant-e-s ont recommandé que les bailleurs de fonds prolongent les cycles de financement pour prendre en compte les besoins des situations de crise prolongée, qu'ils affectent des fonds aux périodes et aux activités de transition. Plus généralement, divers-es répondant-e-s ont évoqué les difficultés engendrées par les flux de financement compartimentés du développement et de l'humanitaire. Les répondant-e-s ont eu le sentiment qu'il serait très important d'affecter des fonds aux contextes soumis à une transition, pour assurer la disponibilité des fonds, et le financement destiné à répondre aux besoins et difficultés spécifiques à ces environnements.

Les répondant-e-s ont fait remarquer que le financement à long-terme et les fonds réservés aux périodes de transition, appuient aussi les organisations pour développer des partenariats significatifs avec des acteurs locaux et investir dans le renforcement des capacités, il s'agit là d'une stratégie clé pour des transitions réussies et des programmes durables.



Les répondant-e-s ont aussi fait part de leur enthousiasme quant à la possibilité que divers bailleurs de fonds travaillent ensemble pour générer des approches en matière de financement de contextes fragiles, de crise prolongée ou de rétablissement et en veillant à ce que le financement reste disponible alors que ces cadres évoluent sur le continuum et tandis que le financement humanitaire n'est pas plus nécessaire ou disponible.

Lorsqu'ils/elles ont été interrogé-e-s sur les actions clés permettant d'améliorer et d'appuyer la coordination et la collaboration dans le cadre du lien, les répondant-e-s ont évoqué l'importance des données probantes pour les modèles efficaces, les mécanismes de coordination solides ainsi que l'identification et la mobilisation de divers bailleurs de fonds, notamment les partenaires du développement, au début de l'intervention. Les répondant-e-s ont également évoqué les principes clés de la prestation de services de SSR de qualité comme étant un point de départ efficace à partir duquel les organisations de développement et humanitaires peuvent établir des relations de travail et l'importance de la localisation et de l'investissement dans les partenaires locaux pour assurer la pérennité d'une intervention, qu'elle relève de l'humanitaire ou du développement.

### ***Renforcer la base de données probantes***

Les répondant-e-s ont fait part d'un intérêt pour les données issues d'évaluations de programme attestant de transitions réussies et de la mobilisation des partenaires du développement et de l'humanitaire. Les répondant-e-s ont insisté sur la nécessité d'une base de données probantes solides documentant des stratégies efficaces dans ces environnements, de même que les expériences et les leçons apprises des efforts de collaboration dans le cadre du lien.

### ***Trouver un terrain d'entente***

Dans cette optique, un-e répondant-e issu-e de l'humanitaire a évoqué l'importance d'un terrain d'entente entre les activités de développement et humanitaires pour faciliter la coopération. En effet, il existe des parallèles évidents entre la programmation de la prestation de services de contraception dans tous les milieux, notamment la mise en place de partenariats avec des autorités gouvernementales et d'autres partenaires locaux, en appuyant la gestion de la chaîne d'approvisionnement et en conduisant des formations sur les compétences cliniques. La répondante a passé en revue les principes fondamentaux de la prestation de services de contraception de bonne qualité et la gestion de programme, et elle a souligné sa conviction que le fait de se concentrer sur ce terrain d'entente peut motiver diverses parties prenantes pour trouver des moyens de comprendre le caractère contradictoire des procédures opérationnelles standardisées, pour s'associer dans le cadre d'un travail essentiel.

### ***Renforcer les capacités et les mécanismes de coordination***

Dans l'ensemble, les répondant-e-s ont souligné l'importance des mécanismes de coordination solides. Les répondant-e-s ont considéré qu'il serait important que les partenaires du développement participent aux activités de préparation et qu'ils prennent part à des mécanismes de coordination humanitaire pour créer les fondements du travail avec les acteurs humanitaire pour la programmation de la transition dans les contextes de stabilisation, de crise prolongée et de rétablissement.

Un-e répondant-e qui travaille pour une organisation de développement et qui a une expérience par rapport aux situations de crise prolongée et de rétablissement a signalé que la participation à des mécanismes de coordination lui a permis de bénéficier des informations et des systèmes de sécurité fournis par ses homologues de l'humanitaire et a contribué à ce qu'il/elle soit capable de poursuivre les opérations en toute sécurité et reste mobilisé-e pendant la situation d'urgence.



## Localisation

Plusieurs répondant-e-s ont mis l'accent sur l'importance de la localisation, définie par un-e répondant-e « comme une approche qui consiste à mener des activités en faisant en sorte d'autonomiser les organisations locales pour qu'elles prennent la direction d'une intervention. »

Les répondant-e-s ont cité des exemples d'organisations locales et de communautés qui jouent un rôle essentiel dans les interventions immédiates, et beaucoup ont évoqué l'importance d'identifier de manière durable des parties prenantes diverses dans un pays quand une urgence survient, notamment les acteurs qui ne sont traditionnellement pas associés à la SSR, par exemple, les sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Un-e répondant-e a déclaré avec regret : « C'est quelque chose que nous négligeons en tant que partenaires chargés de la mise en œuvre ou organisations internationales. Nous pensons que la première intervention suite à une crise humanitaire est ce que nous apporterons... Non. Quand les gens fuient, quand les personnes ont été déplacées, la première intervention n'est pas le fait des organisations internationales. Ni même du gouvernement. Ce sont les communautés locales, les organisations locales qui s'occupent des premiers secours. »

Un-e répondant-e a souligné le fait que dans de nombreux cas, divers acteurs, y compris des ONG nationales et les organisations de la société civile communautaires, ont des opérations de longue durée dans le pays. Bien que ces organisations n'aient peut-être pas d'expérience préalable en matière de participation à une intervention humanitaire ou à la mise en œuvre de programmation relative à la SSR, le/la répondant-e a noté qu'il est très important de mobiliser ces acteurs dans les activités de préparation pour accroître le nombre de défenseur-se-s de la SSR et de partenaires chargés de la mise en œuvre et faire en sorte de préserver les avantages acquis au cours d'une intervention. Ces organisations sont les premiers intervenants et resteront sur le terrain après le départ des organisations internationales.

Les répondant-e-s ont considéré que la localisation permettait de soutenir des interventions humanitaires efficaces et durables de façon générale et la collaboration. Cependant, les répondant-e-s ont reconnu que les efforts de localisation sont entravés par l'appareil de financement humanitaire, dans lequel le financement humanitaire est essentiellement orienté vers et par le biais des organisations internationales. Les répondant-e-s ont insisté sur l'importance des investissements dans les organisations nationales et locales, notamment les éléments opérationnels requis pour veiller à ce qu'ils soient équipés pour gérer les programmes de grande échelle

## Conclusion

L'analyse documentaire met en évidence une base de données probantes solide qui montre systématiquement une forte demande de contraception dans les différents contextes et populations humanitaires et que les femmes utiliseront les services de contraception dès lors qu'ils sont disponibles. Cependant, il existe des lacunes en termes de disponibilité des services de contraception, y compris la disponibilité des méthodes, et des obstacles spécifiques pour des adolescent-e-s et d'autres groupes marginalisés. Le corpus de données probantes est limité en ce qui concerne l'efficacité d'interventions spécifiques sur l'accès à la contraceptions dans les situations de crise humanitaire, mais des données programmatiques appuient les programmes de services de contraception pluridimensionnels ayant pour but d'améliorer le choix de méthodes, les capacités des prestataires, la disponibilité et la sécurité des produits, le suivi et l'évaluation ; les mécanismes communautaires de prestation de service ; la contraception dans le cadre des soins après avortement ; ainsi que les bons d'échange et les subventions.

L'enquête sur la programmation en matière de contraception, qui couvre 84 programmes humanitaires à travers 42 pays/territoires, a montré que les PCO et les injectables étaient largement distribués dans les points de prestation de services. Les méthodes à long durée d'action et réversibles, notamment les DIU et les implants, étaient aussi disponibles dans la plupart des programmes. Néanmoins, il y avait des variations d'une région à l'autre, sachant que presque tous les programmes d'Afrique subsaharienne fournissaient ces deux méthodes alors que c'était le cas avec des pourcentages un peu plus faibles pour les programmes d'Asie orientale et du Sud/Pacifique et du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Les implants étaient disponibles dans moins de la moitié des programmes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les ruptures de stock semblaient présenter des difficultés dans tous les programmes et pour toutes les méthodes, allant de 23% des programmes de pays signalant des ruptures de stocks de PCO à 13% pour les implants et les injectables.

Les entretiens auprès d'informateur-riche-s clés ont examiné la programmation en matière de contraception pendant les périodes de transition dans le continuum de la préparation, des secours et du rétablissement, notamment au début d'une crise et lors de la stabilisation ou de l'évolution des situations. Plusieurs thèmes ont été soulevés par rapport aux facteurs qui affectent ces transitions, notamment les facteurs contextuels, les mécanismes de coordination et le financement. Les répondant-e-s ont insisté sur le fait que les facteurs contextuels, à savoir les forces, les capacités et les structures existantes dans le pays, ont un impact significatif sur les transitions. Ils/elles ont cité des difficultés particulières dans les zones touchées par des actes de violence cyclique et prolongés et ils/elles ont mis l'accent sur l'importance des mécanismes de coordination solides. La stratégie la plus citée pour une transition réussie des programmes consiste à conduire des activités de renforcement des capacités et des systèmes au cours d'un programme, en soulignant l'importance de l'adhésion et du leadership local pour maintenir et intensifier les programmes. Les répondant-e-s de différents contextes ont évoqué la localisation comme élément fondamental pour garantir une intervention et un rétablissement efficaces et durables.

Le financement a été cité dans tous les entretiens auprès d'informateur-riche-s clés comme un facteur décisif pour le succès d'un programme afin de faire la transition entre les différents points du cycle d'intervention humanitaire. Bon nombre de répondant-e-s ont décrit les frustrations et les difficultés causées par la nature compartimentée des flux de financement, y compris le manque de financement affecté aux contextes de transitions ou fragiles, et tous-tes les répondant-e-s ont cité les flux de financement compartimentés comme un obstacle à la collaboration au sein du cadre humanitaire-développement. Le financement durable et long-terme, ou le financement affecté à la phase de transition, ont été décisifs pour les transitions de programmes réussis dans divers contextes. De manière générale, les répondant-e-s ont recommandé aux bailleurs de fonds de prolonger les cycles de financement pour prendre en compte les besoins dans les situations de crise prolongée.

En ce qui concerne la coordination, une des difficultés les plus fréquemment abordée était le manque de communication intersectorielle. Les répondant-e-s issu-e-s de l'humanitaire et du développement étaient presque unanimes pour citer l'importance de mécanismes de coordination solides, formels qui ont mobilisé de manière proactive les parties prenantes dans de la filière pour partager des informations, renforcer les partenariats et les capacités, et préparer la voie pour de futures transitions.

L'analyse documentaire, l'étude sur la couverture et les entretiens auprès d'informateur-riche-s clés suggèrent que les femmes et les filles veulent accéder à la contraception dans les situations de crise et qu'elles vont l'utiliser. Enfin, il est clair que la prestation de services de contraception est



en cours dans les situations de crise, mais la disponibilité de l'éventail complet de méthodes varie selon les milieux et les populations marginalisées, y compris les adolescent-e-s, sont confrontées à des obstacles plus importants pour accéder à des services qui répondent à leurs besoins spécifiques. Alors que les programmes de prestation de service de contraception affrontent des difficultés pendant les périodes de transition dans le continuum de préparation, de secours et de rétablissement, ces périodes créent aussi des conditions qui pourraient être exploitées par les parties prenantes dans le cadre de la filière humanitaire-développement pour renforcer la préparation, la collaboration et les systèmes de santé résilients qui sont équipés pour offrir des services de contraception à tous ceux/toutes celles qui le souhaitent et en ont besoin-peu importe qui ils/elles sont ou l'endroit où ils/elles vivent.

## Abréviations

DRC	Democratic Republic of the Congo
EC	Emergency contraception
ECPs	Emergency contraception pills
FP2020	Family Planning 2020
IARH	Inter-Agency Reproductive Health (Kits)
IAWG	Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises
IDPs	Internally displaced persons
IEC	Information, education, communication
INGO	International nongovernmental organization
IRC	International Rescue Committee
IUD	Intrauterine device
KIIs	Key informant interviews
LARCs	Long-acting, reversible contraceptives
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex
MISP	Minimum Initial Service Package (for SRH)
MOH	Ministry of Health
NGO	Nongovernmental organization
OCHA	(UN) Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OCPs	Oral contraceptive pills
PAC	Post-abortion care
SRH	Sexual and reproductive health
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WRC	Women's Refugee Commission

## Références : Analyse documentaire

1. McGinn T, Austin J, Anfinson K, Amsalu R, Casey SE, Fadulalmula SI, et al. *Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries*. *Conflict and Health*. 2011;5: 11. doi:10.1186/1752-1505-5-11.
2. Cherri Z, Gil Cuesta J, Rodriguez-Llanes MJ, Guha-Sapir D. *Early Marriage and Barriers to Contraception among Syrian Refugee Women in Lebanon: A Qualitative Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14. doi:10.3390/ijerph14080836.
3. Davidson AS, Fabiyi C, Demissie S, Getachew H, Gilliam ML. *Is LARC for Everyone? A Qualitative Study of Sociocultural Perceptions of Family Planning and Contraception Among Refugees in Ethiopia*. *Maternal and child health journal*. 2016; 1–7. doi:10.1007/s10995-016-2018-9.
4. Gedeon J, Hsue SN, Walsh M, Sietstra C, MarSan H, Foster AM. *Assessing the experiences of intra-uterine device users in a long-term conflict setting: a qualitative study on the Thailand-Burma border*. *Conflict and Health*. 2015;9: 6. doi:10.1186/s13031-015-0034-9.
5. Kabakian-Khasholian T, Mourtada R, Bashour H, Kak FE, Zurayk H. *Perspectives of displaced Syrian women and service providers on fertility behaviour and available services in West Bekaa, Lebanon*. *Reproductive Health Matters*. 2017;25: 75–86. doi:10.1080/09688080.2017.1378532.



6. Krause S, Williams H, Onyango MA, Sami S, Doedens W, Giga N, et al. *Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: an evaluation of the Minimum Initial Services Package. Conflict and Health.* 2015;9: S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
7. Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P. *An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. Conflict and Health.* 2015;9: 8. doi:10.1186/s13031-015-0035-8.
8. Balinska MA, Nesbitt R, Ghantous Z, Ciglenecki I, Staderini N. *Reproductive health in humanitarian settings in Lebanon and Iraq: results from four cross-sectional studies, 2014-2015. Confl Health.* 2019;13: 24. doi:10.1186/s13031-019-0210-4.
9. Tanabe M, Myers A, Bhandari P, Cornier N, Doraiswamy S, Krause S. *Family planning in refugee settings: findings and actions from a multi-country study. Conflict and Health.* 2017;11: 9. doi:10.1186/s13031-017-0112-2.
10. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Study.* Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Nov. Available: <https://www.unhcr.org/4ee6142a9.pdf>.
11. Casey SE, Chynoweth SK, Cornier N, Gallagher MC, Wheeler EE. *Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-Méthodes case studies. Conflict and Health.* 2015;9: S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
12. Ackerson K, Zielinski R. *Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa: A review of the literature. Midwifery.* 2017;54: 35–60. doi:10.1016/j.midw.2017.07.021.
13. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. *A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2018;15: 1583. doi:10.3390/ijerph15081583.
14. Kisindja RM, Kimona C, Etoy M, Dorme F, Benfield N. *Family planning knowledge and use among women in camps for internally displaced people in the Democratic Republic of the Congo. International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2017;138: 256–260. doi:10.1002/ijgo.12220.
15. Tanabe M, Nagujjah Y, Rimal N, Bukania F, Krause S. *Intersecting Sexual and Reproductive Health and Disability in Humanitarian Settings: Risks, Needs, and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal, and Uganda. Sex Disabil.* 2015;33: 411–427. doi:10.1007/s11195-015-9419-3.
16. Mulumba D. *Encampment of Communities in War-Affected Areas and its Effect on their Livelihood Security and Reproductive Health: The Case Of Northern Uganda. Eastern Africa Social Science Research Review.* 2011;27: 107–129. doi:10.1353/eas.2011.0002.
17. Gure F, Dahir MK, Yusuf M, Foster AM. *Emergency Contraception in Post-Conflict Somalia: An Assessment of Awareness and Perceptions of Need. Studies in Family Planning.* 2016;47: 69–81. doi:10.1111/j.1728-4465.2016.00047.x.
18. Hobstetter M, Sietstra C, Walsh M, Leigh J, Foster AM. *"In rape cases we can use this pill": A multiMéthodes assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand – Burma border. International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 130: E37–E41. doi:10.1016/j.ijgo.2015.05.008.
19. Lathrop E, Telemaque Y, Haddad L, Stephenson R, Goedken P, Cwiak C, et al. *Knowledge and use of and opportunities for emergency contraception in Northern Haiti. International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2013;121: 60–63. doi:10.1016/j.ijgo.2012.11.013.
20. Reese Masterson A, Usta J, Gupta J, Ettinger AS. *Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. BMC Women's Health.* 2014;14: 25. doi:10.1186/1472-6874-14-25.
21. West L, Isotta-Day H, Ba-Break M, Morgan R. *Factors in use of family planning services by Syrian women in a refugee camp in Jordan. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care.* 2017;43: 96–102. doi:10.1136/jfprhc-2014-101026.
22. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviors of Somali Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Ali Addeh Site, Djibouti.* Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Aug. Available: [www.unhcr.org/4e8c0b589.pdf](http://www.unhcr.org/4e8c0b589.pdf).
23. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviours of Burmese Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operation in Kuala Lumpur, Malaysia.* Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Aug. Available: <http://www.unhcr.org/4e8c0d1c9.pdf>.
24. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Practices of Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operations in Nakivale Refugee Settlement, Uganda.* Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Aug. Available: <http://www.unhcr.org/4e8c0da49.pdf>.
25. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviours of Somali Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operation in Nairobi, Kenya.* Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Aug. Available: <http://www.unhcr.org/4e8c0cbe9.pdf>.
26. Huber D, Saeedi N, Samadi AK. *Achieving success with family planning in rural Afghanistan. Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88: 227–231. doi:10.2471/BLT.08.059410.



27. Kiura AW. *Constrained Agency on Contraceptive Use among Somali Refugee Women in the Kakuma Refugee Camp in Kenya*. Gender, Technology and Development. 2014;18: 147–161. doi:10.1177/0971852413515321.
28. Okanlawon K, Reeves M, Agbaje OF. *Contraceptive Use: Knowledge, Perceptions and Attitudes of Refugee Youths in Oru Refugee Camp, Nigeria*. African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive. 2010;14: 16–25.
29. *Priority Reproductive Health Activities in Haiti*. CARE; International Planned Parenthood Federation; Save the Children; and Women's Refugee Commission; 2011 Feb. Available: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/696-priority-reproductive-health-activities-in-haiti-2011>.
30. Nara R, Banura A, Foster AM. *Assessing the availability and accessibility of emergency contraceptive pills in Uganda: A multi-Méthodes study with Congolese refugees*. Contraception. 2019 [cited 14 Jan 2020]. doi:10.1016/j.contraception.2019.09.008.
31. Hobstetter M, Walsh M, Leigh J, Lee CI, Sietstra C, Foster AM. *An assessment of reproductive health on the Thailand-Burma border*. : 51.
32. Ganle JK, Amoako D, Baatiema L, Ibrahim M. *Risky sexual behaviour and contraceptive use in contexts of displacement: insights from a cross-sectional survey of female adolescent refugees in Ghana*. Int J Equity Health. 2019;18: 127. doi:10.1186/s12939-019-1031-1.
33. Truppa C, Leresche E, Fuller AF, Marnicio AS, Abisaab J, El Hayek N, et al. *Utilization of primary health care services among Syrian refugee and Lebanese women targeted by the ICRC program in Lebanon: a cross-sectional study*. Confl Health. 2019;13: 7. doi:10.1186/s13031-019-0190-4.
34. Behrman JA, Weitzman A. *Effects of the 2010 Haiti Earthquake on Women's Reproductive Health*. Studies in Family Planning. 2016;47: 3–17.
35. Seyife A, Fisseha G, Yebyo H, Gidey G, Gerensea H. *Utilization of modern contraceptives and predictors among women in Shimelba refugee camp, Northern Ethiopia*. PLoS ONE. 2019;14: e0212262. doi:10.1371/journal.pone.0212262.
36. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. Women's Refugee Commission; Save the Children; UNHCR; and UNFPA; Available: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/901>.
37. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviours of Rohingya Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operation in Cox's Bazar, Bangladesh*. Women's Refugee Commission; UNHCR; 2012 Dec. Available: [http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/family\\_planning\\_baseline\\_study\\_coxs\\_bazar\\_final\\_report-1.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/family_planning_baseline_study_coxs_bazar_final_report-1.pdf).
38. *Emergency Contraception in Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings*. Save the Children; 2019.
39. Gee S, Vargas J, Foster AM. *"The more children you have, the more praise you get from the community": exploring the role of sociocultural context and perceptions of care on maternal and newborn health among Somali refugees in UNHCR supported camps in Kenya*. Confl Health. 2019;13: 11. doi:10.1186/s13031-019-0195-z.
40. Castle S, Schroffel H, Nzau Mvuzolo JJ, Mupenda B, Mumbere J, Shapiro R. *Successful programmatic approaches to facilitating IUD uptake: CARE's experience in DRC*. BMC Womens Health. 2019;19: 104. doi:10.1186/s12905-019-0793-3.
41. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Practices of Iraqi Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operations in Amman, Jordan*. Women's Refugee Commission; UNHCR; 2011 Aug. Available: <http://www.unhcr.org/afr/4e8c0c419.pdf>.
42. Srikanok S, Parker DM, Parker AL, Lee T, Min AM, Ontuwong P, et al. *Empirical lessons regarding contraception in a protracted refugee setting: A descriptive study from Maela camp on the Thai-Myanmar border 1996 – 2015*. Foster AM, editor. PLoS ONE. 2017;12: e0172007. doi:10.1371/journal.pone.0172007.
43. Casey SE, Mitchell KT, Amisi IM, Haliza MM, Aveledi B, Kalenga P, et al. *Use of facility assessment data to improve reproductive health service delivery in the Democratic Republic of the Congo*. Confl Health. 2009;3: 12. doi:10.1186/1752-1505-3-12.
44. Blanchet K, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, Smith J, et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises*. The Lancet. 2017;390: 2287–2296. doi:10.1016/S0140-6736(16)30768-1.
45. Casey SE, Cannon A, Mushagalusa Balikubirhi B, Muyisa J-B, Amsalu R, Tsolka M. *Twelve-month contraceptive continuation among women initiating short- and long-acting reversible contraceptives in North Kivu, Democratic Republic of the Congo*. PLoS one. 2017;12: e0182744. doi:10.1371/journal.pone.0182744.
46. Casey SE, Tshipamba M. *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*. Conflict and health. 2017;11: 2. doi:10.1186/s13031-017-0104-2.
47. Curry DW, Rattan J, Nzau JJ, Giri K. *Delivering High-Quality Family Planning Services in Crisis-Affected Settings I: Program Implementation*. Global Health: Science and Practice. 2015;3: 14–24. doi:10.9745/GHSP-D-14-00164.
48. Curry DW, Rattan J, Huang S, Noznesky E. *Delivering High-Quality Family Planning Services in Crisis-Affected Settings II: Results*. Global Health: Science and Practice. 2015;3: 25–33. doi:10.9745/GHSP-D-14-00112.





49. Ho LS, Wheeler E. *Using Program Data to Improve Access to Family Planning and Enhance the Method Mix in Conflict-Affected Areas of the Democratic Republic of the Congo*. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6: 161–177. doi:10.9745/GHSP-D-17-00365.
50. Rattan J, Noznesky E, Curry DW, Galavotti C, Hwang S, Rodriguez M. *Rapid Contraceptive Uptake and Changing Method Mix With High Use of Long-Acting Reversible Contraceptives in Crisis-Affected Populations in Chad and the Democratic Republic of the Congo*. *Global Health: Science and Practice*. 2016;4: S5–S20. doi:10.9745/GHSP-D-15-00315.
51. *Impossible Nowhere: Family Planning for Women and Girls in Crises*. International Rescue Committee; 2015 Nov. Available: <https://www.rescue.org/report/impossible-nowhere-family-planning-women-and-girls-crises>.
52. Abdelhadi E, Spilotros N, Hesel K. *Family planning and post-abortion care in emergency response - IRC's experience in Yemen*. *International Rescue Committee*; 2014 May pp. 11–13. Available: <https://odihpn.org/magazine/family-planning-and-post-abortion-care-in-emergency-response-irc%20s-experience-in-yemen/>.
53. Casey SE, McNab SE, Tanton C, Odong J, Testa AC, Lee-Jones L. *Availability of long-acting and permanent family-planning Méthodes leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: Evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys*. *Global Public Health*. 2013;8: 284–297. doi:10.1080/17441692.2012.758302.
54. Chukwumalu K, Gallagher MC, Baunach S, Cannon A. *Uptake of postabortion care services and acceptance of post-abortion contraception in Puntland, Somalia*. *Reproductive Health Matters*. 2017;25: 48–57. doi:10.1080/09688080.2017.1402670.
55. Casey SE, Gallagher MC, Dumas EF, Kakesa J, Katsongo JM, Muselemu J-B. *Meeting the demand of women affected by ongoing crisis: Increasing contraceptive prevalence in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo*. *PLoS ONE*. 2019;14: e0219990. doi:10.1371/journal.pone.0219990.
56. Deitch J, Amisi JP, Martinez S, Meyers J, Muselemu J-B, Nzau JJ, et al. *"They Love Their Patients": Client Perceptions of Quality of Postabortion Care in North and South Kivu, the Democratic Republic of the Congo*. *Glob Health Sci Pract*. 2019;7: S285–S298. doi:10.9745/GHSP-D-18-00368.
57. Gallagher M, Morris C, Aldogani M, Eldred C, Shire AH, Monaghan E, et al. *Postabortion Care in Humanitarian Emergencies: Improving Treatment and Reducing Recurrence*. *Glob Health Sci Pract*. 2019;7: S231–S246. doi:10.9745/GHSP-D-18-00400.
58. Morris CN, Lopes K, Gallagher MC, Ashraf S, Ibrahim S. *When political solutions for acute conflict in Yemen seem distant, demand for reproductive health services is immediate: a programme model for resilient family planning and post-abortion care services*. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2019;27: 100–111. doi:10.1080/26410397.2019.1610279.
59. Adam IF. *Evidence from cluster surveys on the association between home-based counseling and use of family planning in conflict-affected Darfur*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016;133: 221–225. doi:10.1016/j.ijgo.2015.09.023.
60. Mullany LC, Lee TJ, Yone L, Lee CI, Teela KC, Paw P, et al. *Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project*. *PLoS Med*. 2010;7. doi:10.1371/journal.pmed.1000317.
61. Viswanathan K, Hansen PM, Rahman MH, Steinhart L, Edward A, Arwal SH, et al. *Can community health workers increase coverage of reproductive health services?* *J Epidemiol Community Health*. 2012;66: 894–900. doi:10.1136/jech-2011-200275.
62. Raheel H, Karim MS, Saleem S, Bharwani S. *Knowledge, Attitudes and Practices of Contraception among Afghan Refugee Women in Pakistan: A Cross-Sectional Study*. *PLOS ONE*. 2012;7: e48760. doi:10.1371/journal.pone.0048760.
63. Boddam-Whetham L, Gul X, Al-Kobati E, Gorter AC. *Vouchers in Fragile States: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception in Yemen and Pakistan*. *Global Health: Science and Practice*. 2016;4: S94–S108. doi:10.9745/GHSP-D-15-00308.

## Annexe A :

# Étude de la programmation en matière de contraception

### Section 1 : Introduction

La Women's Refugee Commission (WRC) conduit une évaluation des services de contraception dans les situations de crise, notamment une étude sur la couverture pour la Fondation Bill & Melinda Gates. Dans le cadre de cette évaluation, nous vous demandons de fournir des informations sur les pays où votre organisation appuie la prestation de services de contraception.

Les données seront ventilées pour toutes les organisations. Aucune donnée ne sera présentée par organisation sans votre permission. Nous vous demandons vos coordonnées seulement à des fins de suivi si nécessaire.

**Veillez noter que : vous devez remplir des formulaires séparés pour chaque région dans laquelle votre organisation fournit des services de contraception dans les situations de crise.** Cette enquête demande le nombre de pays dans lesquels vous appuyez les services de contraception. Vous devez répondre à l'ensemble des questions pour chaque pays. **Après avoir commencé à remplir ce formulaire, vous ne pourrez pas enregistrer vos réponses jusqu'à ce que vous ayez rempli le formulaire dans son intégralité.** Si vous ne souhaitez pas fournir ces informations pour tous les pays d'une région donnée, en une seule fois ou si vous souhaitez que plusieurs membres de votre organisation fournissent des informations, vous pouvez soumettre plusieurs formulaires pour une région. Veuillez ne saisir que le nombre de pays pour lesquels vous fournirez des informations dans un formulaire donné (vous pouvez modifier le nombre de pays si vous vous rendez compte que vous n'avez pas le temps de remplir le formulaire en une seule fois). Nous associerons ces données le cas échéant.

Si vous avez des questions, veuillez contacter Lily Jacobi à l'adresse suivante : [lilyj@wrcommission.org](mailto:lilyj@wrcommission.org).

N°	Questions	Catégories de réponse/ codage	Passer à
Q1	Veillez saisir votre nom :	texte	
Q2	Veillez saisir votre adresse email :  Veillez noter que ces informations seront uniquement utilisées pour vous recontacter si nous avons d'autres questions et qu'elles ne seront pas publiées ou partagées.	texte	



Q3	<p>Veillez choisir votre organisation :</p> <p>Veillez noter qu'aucun résultat ne sera signalé par organisation sans votre accord explicite préalable.</p>	<p><i>Menu déroulant fourni.</i> <i>Sélectionner un des choix.</i></p>	
Q4	<p>Quel est votre titre et/ou votre fonction? :</p>	<p><i>texte</i></p>	
Q5	<p>À l'échelle globale, dans combien de pays votre organisation fournit-elle des services de santé dans des situations de crise humanitaire?</p> <p>Saisir sous le format « 01 »</p>	<p><i>Nombre à 2 chiffres</i></p>	
Q6	<p>À l'échelle globale, dans combien de pays votre organisation fournit-elle des services de contraception dans des situations de crise humanitaire?</p> <p>Saisir sous le format « 01 » Veillez noter que ce nombre doit être une sous-catégorie des pays comptabilisés dans votre réponse à la question précédente.</p>	<p><i>Nombre à 2 chiffres</i> <i>Contrainte : 006 doit être &lt; 005</i></p>	
Q7a	<p>Dans quelle région votre institution fournit-elle des services de contraception dans les situations de crise humanitaire?</p> <p>Veillez remplir un formulaire pour chaque région.</p>	<p><i>Sélectionner une région</i></p> <p><i>Asie orientale et Pacifique 1</i> <i>Europe et Asie centrale 2</i> <i>Amérique latine et Caraïbes 3</i> <i>Moyen-Orient et Afrique du Nord 4</i> <i>Asie du Sud 5</i> <i>Afrique subsaharienne 6</i></p>	
Q7b	<p>Dans quels pays votre institution fournit-elle des services de contraception dans les situations de crise humanitaire?</p>	<p><i>Menu déroulant des pays</i> <i>Sélectionner plusieurs choix</i></p>	

**Instructions : Veuillez répondre à la série de question pour CHAQUE pays figurant dans votre réponse à la Question 7b.**

Veillez noter que le formulaire vous permettra de parcourir toutes les questions pour un pays avant de montrer les mêmes questions pour le pays suivant.

N°	Questions	Catégories de réponse/codage	Passer à
Q101a	Dans combien de zones du PAYS fournissez-vous des services de contraception volontaire (provinces, camps, etc.)?  Nombre à 2 chiffres	<i>Nombre à 2 chiffres</i>  <i>Ensuite encadré avec la possibilité d'ajouter des réponses multiples (peut être un seul encadré)</i>	
Q101b	Veillez énumérer les zones où vous fournissez des services de contraception.  Veillez ajouter un point-virgule entre chaque réponse : par exemple, Nord-Kivu ; Kasai	<i>Texte</i>	
Q102	Type de contextes où vous fournissez des services de contraception en/au PAYS :  <i>Choisir tous les cas qui s'appliquent :</i>	<i>Sélectionner plusieurs choix</i> <i>Camp 1</i> <i>Zone autre qu'un camp 2</i> <i>Urbain 3</i> <i>Rural 4 Autre (préciser)_____5</i>	
Q103	État de l'urgence humanitaire en/au PAYS (vous pouvez sélectionner les deux si différentes parties du pays sont dans des états différents)	<i>Sélectionner plusieurs choix</i> <i>Situation d'urgence grave 1</i> <i>Après une situation d'urgence grave 2</i>	
Q104	Type(s) de populations prises en charge au/en PAYS :  <i>Choisir tous les cas qui s'appliquent :</i>	<i>Sélectionner plusieurs choix</i> <i>Sélectionner plusieurs choix</i> <i>Réfugiés 1</i> <i>Populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP) 2</i> <i>Communautés d'accueil 3</i> <i>Autre (préciser)_____4</i>	
Q105	Nombre de bénéficiaires pris en charge au/en PAYS :  <i>Veillez donner votre meilleure estimation si vous n'avez pas le chiffre exact. Nombre à 6 chiffres</i>	<i>Nombre à 6 chiffres</i>	



Q106	Nombre d'établissements de santé soutenus appuyés au/en PAYS : <i>Nombre à 2 chiffres</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
Q107a	Nombre de points de prestation de service appuyés en/au PAYS :  <i>Si vous n'appuyez pas de points de prestation de service, veuillez saisir 00</i> <i>Nombre à 2 chiffres</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>  Nombre _____ Type : texte	
Q107b	Type de points de prestation de service appuyés au/en PAYS (par exemple, cliniques mobiles, etc.) :  <i>Veuillez ajouter un point-virgule entre chaque réponse</i>	<i>Veuillez ajouter un point-virgule entre chaque réponse</i>  texte	

## Section 2: Questions sur les méthodes et les services de contraception fournis :

No.	Questions	Response/coding categories	Skip to
Q201	Les sites de prestation de services en/au PAYS fournissent-ils des dispositifs intrautérins (DIU)?	Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 Je ne sais pas 8	→ Q206 → Q203 → Q206
Q202	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS fournissent des DIU?  Nombre à 2 chiffres Veuillez donner votre meilleure estimation.	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
Q203	Quels types de DIU sont fournis par les sites de prestation de service au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  DIU au cuivre 1 DIU au lévonorgestrel (LNG-IUS) 2 Autre (préciser) → texte 3	



Q204	Les sites de prestation de service au/en PAYS fournissent-ils des services de retrait de DIU?	<p>Non 0</p> <p>Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1</p> <p>Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et les points de prestation de services 2</p> <p>Je ne sais pas 8</p>	<p>→ Q206</p> <p>→ Q206</p> <p>→ Q206</p>
Q205	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS proposent des services de retrait des DIU?	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
	<i>Nombre à 2 chiffres Veuillez donner votre meilleure estimation.</i>		
Q206	Les sites de prestation de services au/en PAYS fournissent-ils des implants contraceptifs?	<p>Non 0</p> <p>Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1</p> <p>Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2</p> <p>Je ne sais pas 8</p>	<p>→ Q211</p> <p>→ Q208</p> <p>→ Q211</p>
Q207	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS proposent des implants contraceptifs?	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
	<i>Nombre à 2 chiffres Veuillez donner votre meilleure estimation.</i>		



Q209	Les sites de prestation de services au/en PAYS proposent-ils des services de retrait d'implants contraceptifs?	Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 Je ne sais pas 8	→ Q211 → Q211 → Q211
Q210	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS proposent des services de retrait d'implants contraceptifs?  <i>Nombre à 2 chiffres Veuillez donner votre meilleure estimation.</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
Q211	Les sites de prestation de service au/en PAYS fournissent-ils des méthodes contraceptives permanentes?	Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 Je ne sais pas 8	→ Q214 → Q213 → Q214
Q212	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS proposent des méthodes contraceptives permanentes?  <i>Nombre à 2 chiffres Veuillez donner votre meilleure estimation.</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	





Q213	<p>What types of permanent contraceptive Méthodes are provided by service delivery sites in COUNTRY?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>Tubal ligation 1 Vasectomy 2 Other (specify) → text 5</p>	
Q214	<p>Les sites de prestation de services au/en PAYS fournissent-ils des pilules de contraception orale (PCO)?</p>	<p>Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de service 2 Je ne sais pas 8</p>	<p>→ Q217 → Q216 → Q217</p>
Q215	<p>Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS fournissent des PCO?</p> <p>Nombre à 2 chiffres Veillez donner votre meilleure estimation.</p>	<p><i>Nombre à 2 chiffres</i></p>	
Q216	<p>Quels types de PCO sont fournis par les sites de prestation de service au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>Combined oral contraceptives (estrogen/progestin) 1 Progestin-only pills (mini-pill) 2 Not sure which kind we have 3</p>	
Q217	<p>Les sites de prestation de services au/en PAYS fournissent-ils des contraceptifs injectables?</p>	<p>Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 Je ne sais pas 8</p>	<p>→ Q221 → Q219 → Q221</p>



Q218	<p>Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS fournissent des contraceptifs injectables?</p> <p><i>Nombre à 2 chiffres</i> <i>Veillez donner votre meilleure estimation.</i></p>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
Q219	<p>Quels types de contraceptifs injectables sont fournis par les sites de prestation de services au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>DMPA-IM (par ex., Depo-Provera) 1 → Q221  DMPA-SC (par ex., Sayana Press) 2 → Q221  Autre (préciser) → texte 3</p>	
Q220	<p>Qui administre le DMPA-SC au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>Agents de santé (par ex., médecins, personnel infirmier, sage-femmes) 1  Agents de santé communautaire 2  Les femmes peuvent s'auto-injecter 3  Autre (préciser) → texte 4</p>	
Q221	<p>Les sites de prestation de services au/en PAYS fournissent-ils des préservatifs?</p>	<p>Non 0 → Q224  Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 → Q223  Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 → Q224  Je ne sais pas 8</p>	



Q222	How many health facilities or SDPs in COUNTRY provide condoms?  <i>Nombre à 2 chiffres Veillez donner votre meilleure estimation.</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	
Q223	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS fournissent des préservatifs?  Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Préservatifs masculins 1 Préservatifs féminins 2	
Q224	Quels types de préservatifs sont fournis par les sites de prestation de service au/en PAYS?	Non 0 Oui, dans tous les établissements de santé et les points de prestation de services appuyés 1 Oui, mais seulement dans certains établissements de santé et points de prestation de services 2 Je ne sais pas 8	→ Q227 → Q226 → Q227
Q225	Combien d'établissements de santé ou points de prestation de service au/en PAYS fournissent une contraception d'urgence (CU)?  <i>Nombre à 2 chiffres Veillez donner votre meilleure estimation.</i>	<i>Nombre à 2 chiffres</i>	



Q226	Quelles méthodes de contraception d'urgence (CU) sont fournies par les sites de prestation de service au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Produit de CU dédié <sup>1</sup> Pilules de contraception orale utilisées pour la CU 3 DIU au cuivre 4 Autre (préciser) → texte 5	
Q227	Veuillez énumérer d'autres méthodes contraceptives modernes (par ex., l'anneau, le patch) fournis par les sites de prestation de service au/en PAYS.	<i>Encadré :</i>	

### Section 3: L'accessibilité

No.	Questions	Response/coding categories	Skip to
Q301	Les adolescentes non mariées au/en PAYS ont-elles besoin d'un consentement parental pour accéder aux services de contraception?	Oui, en vertu de la loi et/ou en vertu d'une politique 1 Non, mais les prestataires le demandent 2 Non 3 Je ne sais pas 8	
Q302	Les femmes et les adolescentes mariées au/en PAYS ont-elles besoin du consentement du conjoint pour accéder aux services de contraception?	Oui, en vertu de la loi et/ou en vertu d'une politique 1 Non, mais les prestataires le demandent 2 Non 3 Je ne sais pas 8	

Instructions : Veuillez indiquer le niveau d'accès de chacun de ces groupes aux services de contraception, à votre connaissance :

No.	Au/en PAYS, les services de contraception sont accessibles et disponibles pour...	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Toujours	Ne sais pas
Q303	Adolescentes non mariées	1	2	3	4	8
Q304	Femmes non mariées	1	2	3	4	8



Q305	Personnes en situation de handicap	1	2	3	4	8
Q306	Personnes ayant des relations sexuelles de nature transactionnelle	1	2	3	4	8
Q307	Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes (LGBTQI) et de genre non conforme	1	2	3	4	8

#### Section 4: Logistics and contraceptive supplies

No.	Questions	Response/coding categories	Skip to
Q401	Au cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu des dispositifs intrautérins (DIU) pour les utiliser dans votre PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Kits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode en/au PAYS 3 Autre (préciser) 4	→ Q404
Q402	Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en DIU pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6	
Q403	À un moment donné, au cours des trois derniers mois, y a-t-il eu une rupture de stocks de DIU dans un établissement appuyé au/en PAYS?	Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2	



Q404	Au cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu des implants contraceptifs pour une utilisation en/au PAYS?	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Kits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode en/au PAYS 3 Autre (préciser) 4	→ Q407
Q405	Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en implants pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6	
Q406	Y a-t-il eu une rupture d'implants à un moment donné au cours des trois derniers mois dans un établissement soutenu en/au PAYS?	Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2	
Q407	Au cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu des pilules de contraception orale (PCO) pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Kits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode en/au PAYS 3 Autre (préciser) 4	→ Q410



Q408	Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en PCO pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6	
Q409	À un moment donné, au cours des trois derniers mois, y a-t-il eu une rupture de stocks de PCO dans un établissement appuyé au/en PAYS?	Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2	
Q410	Au cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu des injectables contraceptifs pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  Kits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode au/en PAYS 3 Autre (préciser) 4	→ Q413
Q411	Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en injectables pour les utiliser au/en PAYS?  Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.	<i>Sélectionner plusieurs choix</i>  FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6	
Q412	Y a-t-il eu une rupture de stocks d'injectables à moment donné au cours des trois derniers mois, dans un établissement appuyé au/en PAYS?	Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2	

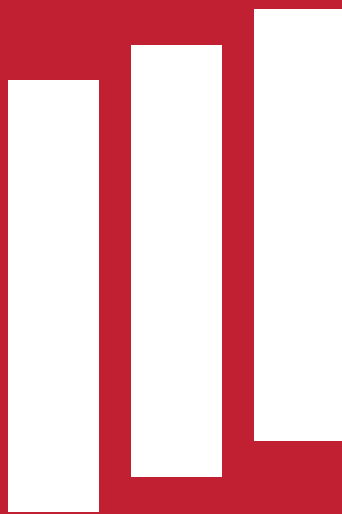




Q413	<p>IAu cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu des préservatifs pour une utilisation au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>IKits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode dans le PAYS 3 Autre (préciser) 4</p>	<p>→ Q416</p>
Q414	<p>Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en préservatifs pour une utilisation au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6</p>	
Q415	<p>Y a-t-il eu une rupture de stocks de préservatifs à un moment donné au cours des trois derniers mois dans un établissement appuyé au/en PAYS?</p>	<p>Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2</p>	
Q416	<p>Au cours des trois derniers mois, comment votre organisation a-t-elle obtenu la contraception d'urgence pour une utilisation au/en PAYS?</p> <p>Veillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>Kits de santé reproductive interorganisations 1 Fournisseur gouvernemental 2 Mon organisation ne fournit pas cette méthode au/en PAYS 3 Autre (préciser) 4</p>	<p>→ Q419</p>



Q417	<p>Au cours des trois derniers mois, où votre organisation s'est-elle approvisionnée en contraception d'urgence pour une utilisation au/en PAYS?</p> <p>Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>FNUAP ou autre agence des Nations Unies 1 Gouvernement 2 Fournisseur parapublic 3 Source nationale privée 4 Source privée internationale 5 Autre (préciser) 6</p>	
Q418	<p>Y a-t-il eu une rupture de stock de produits de contraception d'urgence à un moment donné au cours des trois derniers mois, dans un établissement soutenu au/en PAYS?</p>	<p>Non 0 Oui 1 Je ne sais pas 2</p>	
Q419	<p>Quels sont les retards les plus fréquents dans l'obtention de fournitures de contraception au/en PAYS?</p> <p>Veuillez choisir tous les cas qui s'appliquent.</p>	<p><i>Sélectionner plusieurs choix</i></p> <p>Financement 1 Rupture de stock auprès du fournisseur ou du fabricant 2 Retard de l'envoi dans le pays 3 Problème d'enregistrement/dédouane-ment 4 Retards liés aux douanes une fois dans le pays 5 Retard de transport dans le pays 6 Autre (préciser) 7</p>	



**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](mailto:info@wrcommission.org) | [womensrefugeecommission.org](http://womensrefugeecommission.org)