

EDITORIAL

COVID-19 management in ferment

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i2.1

Member, Editorial Advisory Board, African Journal of Reproductive Health; Blue Bay, Mauritius

***For Correspondence:** Email: soranae@gmail.com

The dire circumstances of the COVID-19 pandemic have demonstrated¹ the importance of a community, as opposed to hospital approach², the value of prevention compared to treatment³, the need for objective information⁴, and the crucial role of access to services and commodities. Faced with a new disease, decision-makers often lacked reliable information on its natural history and value of proposed treatment modalities. Navigating in uncharted waters, service purveyors introduced interventions that were often challenged and sometimes proven to be inappropriate. Parallels can be drawn with the changing scenario of reproductive health over the last half-century.

During the 1970s, developments in technology were at the forefront of public interest in health to the detriment of a community perspective that emphasised the Benthamite principle of the best for the greatest number¹. Prominence was then given to clinical advances such as medical imaging in outpatient departments, microsurgical techniques in the operating theatre, and the development of synthetic drugs in laboratories. Success in the control of infectious diseases had led to that specialty being far from appealing for a career by 1980.

Matters changed suddenly for the specialty of infectious disease when HIV emerged in the early 1980s. The hospital-based specialty of obstetrics and gynaecology was meanwhile being transformed by addressing the needs of women through a one-stop shop model for health care delivery favouring both their convenience and privacy: the discipline of reproductive health emerged in the late 1980s before being consecrated at the high altar in 1994 in Cairo through the Programme of Action of the International Conference on Population and Development².

Community approach

The pioneering efforts, in the 1950s, of obstetricians for conducting confidential enquiries into maternal deaths led to models for clinical audits on a community-wide basis. Determination of the influence of childbearing patterns on maternal and perinatal mortality and morbidity gave a major impetus to the social

responsibility of medical practitioners besides promoting a community perspective by obstetricians and gynaecologists³. With the sexual and maternal transmission of HIV, obstetric and gynaecological services incorporated the management of sexually transmitted diseases.

Appreciating the value of a community approach, practitioners thereby went beyond their institutions to carry out outreach services for the underserved. Close working linkages between hospitals, health centres and communities with coordination of procedures, were emphasised: this approach is even more relevant for COVID-19 management through detailed protocols for each level.

Prevention

The practice of obstetrics and gynaecology consists largely of preventive medicine, prime examples being antenatal care and family planning. Besides, the casual mention of some preventive advice, such as smoking cessation, during a clinical consultation is effective for behavioural change by the patient. The introduction in 2007, of two vaccines for the primary prevention of cervical cancer, resulted from an extended scientific collaboration of the pharmaceutical industry, academia, the World Health Organization and other interested parties without any political consideration in the absence of any media discussion⁴. In sharp contrast, there was an extensive public debate on the potential value of, and accessibility to COVID-19 vaccines long before their actual introduction into service delivery⁵.

Expectations regarding specific COVID-19 therapy, whether through traditional potions, drugs for previous indications or new experimental formulations, have unfortunately not materialised. As a result, prevention is the mainstay for COVID-19 management. Isolation, through either social distancing or confinement, provides the ultimate modality but has had poor compliance even when imposed through legislation. Whereas the health benefits of physical exercise, specially walking and jogging, had been promoted for decades, problems were faced by individuals during confinement to their homes for

extended periods. Physical distancing has been difficult to observe specially due to societal customs for greeting practices such as hand-shakes: the rationale for the elbow bump as an alternative was mind-boggling and not founded on systematic scientific experimentation. Undue reliance is being placed on immunisation despite effectiveness that is far from ideal for current vaccines. The association of fatal thromboembolism with AstraZeneca vaccine was found within weeks of its introduction into service delivery, as opposed to years for oral contraception in the early sixties. As they are rare events with benefits far outweighing an infinitesimal risk in both cases, appropriate communication techniques should be used to convey the clinical information for correct interpretation of the risk so as to avoid scares through confusion and anxiety among both professionals and public⁶.

Whereas vaccine development usually occurs through years of collaborative work with international scientific discussions, the current COVID-19 vaccines resulted from a politicised sprint race, of less than a year, between several countries and, strangely enough, it was pointed out that France was the only permanent member of the Security Council that had not produced its own vaccine. Besides, the global coordinating role of the World Health Organization was bypassed for vaccine approval that instead occurred at regional or even national level before export to other countries.

Objective information

Advances in computer technology led, in the 1970s, to exploitation of administrative databases for assessing the health status of populations and the National Perinatal Epidemiology Unit in Oxford led to the Cochrane Collaboration, a cornerstone in the development of an evidence-based approach to medical practice⁷. Population-based health information systems have proven to be useful for tasks ranging from surveillance through the testing of hypotheses to clinical audits. Medical practice has undergone a quiet revolution, during the last two decades, for limiting interventions to effective ones while implementing surveillance systems⁸.

The sudden emergence of a new, potentially fatal, disease was newsworthy but its rapid spread across the world led to intense coverage in the media, both written and audiovisual. Little is unfortunately still known about the mode of spread of this airborne disease besides its degree of infectivity. A better understanding of its mode of transmission, beyond droplets into the smaller aerosols produced upon breathing and vocalisation activities such as talking and singing, will facilitate policy formulation on mask wearing and

distancing for widely different situations such as gatherings in closed spaces as opposed to open-air activities by individuals. The general public was exposed to much speculation on the nature of the disease: it was even believed, albeit transiently, in some areas that transmission could occur through contaminated fresh vegetables and fruits. At the country level, policy formulation was facilitated through independent expert advice from diverse specialties and academia through a continuing review process for developing operational strategies to be implemented by health services for optimum programme effectiveness⁹. Notwithstanding rights-based decisions of a voluntary nature, frontline health staff have ethical obligations: a legal decree enforced their mandatory vaccination in Italy earlier this month¹⁰.

With a scientific controversy over the effectiveness of mask wearing by healthy individuals for COVID-19 prevention in community settings¹¹, compromises were needed in decision-making for public policy specially with ensuing legislation specifying heavy fines for the criminal offence of non-compliance. Implications of just-released research findings were regularly discussed in live, prime-time audiovisual forums with so-called experts, sometimes personalities from prestigious specialties such as cardiology, to the detriment of valuable explanations from clinical virologists. Moreover, with knowledge changing so quickly, it was not unusual for impressive, albeit undocumented statements, to be contradicted soon afterwards. Interest in clinical status of patients sometimes led to unnecessary personal details of individuals being made public in the mass media thereby breaching confidentiality rules, this problem being more noticeable in smaller jurisdictions.

Lessons had been learned from the influenza pandemic when wartime considerations led to official propaganda, biopolitical discourses and censorship of the mass media for information on outbreaks¹². To avoid being in a quandary, government authorities had to be fully transparent in sharing information on a regular basis, usually daily, with data on cases and vaccinations through illustrated presentations on time trends and other comparisons. Aimed at the general public, those service statistics consisted of meaningful numbers, such as new cases detected in the community, for conveying the extent of containment of the pandemic¹³. Besides, the opportunity was exploited for explaining the rationale for administrative decisions to promote public acceptance: policy formulation was at risk of public outcries through a context akin to the announcement of the composition of a national sport team when every adult behaves as the selecting coach. Whilst

underreporting of infections is likely, it is essential to carry out monitoring with clinical audits when appropriate and sometimes service research.

Access to services and commodities

Task shifting has proven to be essential for meeting unmet needs in reproductive health services by transferring selected functions to non-physician clinical personnel with less training¹⁴. Beyond their much earlier role for inserting intrauterine contraceptive devices, nurse midwives have lately been successfully deployed for emergency obstetric care. Following surgical training, nurses and medical assistants now perform life-saving interventions, including cesarean sections, in certain jurisdictions.

Access to emergency contraceptive pills was facilitated through their availability without prescriptions. Whereas the policy for over-the-counter availability in pharmacies became widespread, there was even an initiative for on-the-spot provision by nurses in high schools in France.

For COVID-19 control, governments sometimes faced challenges to ensure that emergency procurement of commodities, such as personal protective equipment, testing kits, drugs and state-of-the-art technological machines, would follow official statements in line with good governance. In certain jurisdictions, tender procedures reportedly led to coercion with arm-twisting of bureaucrats through exerting pressure for shady deals for the award of lucrative contracts, with exorbitantly inflated prices, to shadowy companies without any relevant track-record. Besides, criminal abuse of office sometimes led to scarcity of commodities through the looting of public resources by stashing imports of donations, aimed at humanitarian relief, for subsequent distribution on the black market. Fortunately, such cases of whittling of public resources were isolated.

Stock management of vaccines rightly ensured the availability of sufficient quantities for the second dose thereby avoiding the administration of a product from another manufacturer. Mistrust for the AstraZeneca vaccine, due to its association with thromboembolism, was conveniently followed by prompt support for another product as the second dose, justification being the increased immune response from the heterologous prime-boost with a mix-and-match approach¹⁵. Several initiatives drastically improved access of the public to COVID-19 preventive services whether for commodities or clinical tasks. Purchase of personal protective equipment was facilitated through their availability beyond pharmacies through sales in supermarkets and hardware stores whereas the French government, on 12

March 2021, enacted a regulation authorizing firemen to administer COVID-19 vaccines to elderly residents in remote communities. In numerous jurisdictions, vaccination campaigns were held within places of worship, sport stadiums, town halls and other community buildings.

Moving on

The lack of success in the prevention of COVID-19 infections has been disappointing. Prevention might be better than cure but partial prevention is a quite different issue. The pandemic being likely to continue for some time, we should modify our lifestyles for those circumstances. Moreover, it will be interesting to share experiences for comparisons of the different management approaches that were adopted in various jurisdictions.

Changing challenges of the COVID-19 pandemic have necessitated governments to adapt their multipronged strategy to shifts in circumstances. Reproductive health practitioners will appreciate the role of the above four issues that should also serve as beacons for their own routine provision of care by drawing upon their implications.

Conflict of interest

None.

References

1. Gillon R. Utilitarianism. *Br Med J* 1985; 290: 1411-1413.
2. Sai FT and Nassim J. The need for a reproductive health approach. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 3(suppl): 103-13.
3. Edouard L. The epidemiology of perinatal mortality. *World Health Stat Q* 1985; 38: 289-301.
4. Pollack AE, Balkin M, Edouard L, Cutts F and Broutet N. WHO/UNFPA Working Group on Sexual and Reproductive Health and HPV Vaccines. Ensuring access to HPV vaccines through integrated services: a reproductive health approach. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 57-63.
5. Wallis AB. How will a Biden presidency influence reproductive and women's health and development on the African continent? *Afr J Reprod Health* 2020; 24: 17-19.
6. Edouard L. Pill scare: communication conundrum. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009; 35: 121-122.
7. Chalmers I. Data on perinatal mortality. *Br Med J* 1982; 284: 596.
8. Grimes DA. How can we translate good science into good perinatal care? *Birth* 1986; 13: 83-90.
9. Best J. How the JCVI sets who gets a covid-19 vaccine and when? *BMJ* 2021; 373: 820-821.
10. Paterlini M. COVID-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. *BMJ* 2021; 373: 905.
11. World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19. 1 December 2020. Geneva: World Health Organization, 2020: 8-10.

12. Martini M, Gazzaniga V, Bragazzi N and Barberis I. The Spanish influenza pandemic: a lesson from 100 years after 1918. *J Prev Med Hyg* 2019; 60: E64-E67.
13. Adam R. The limits of R. *Nature* 2020; 583: 346-348.
14. Schneeberger C and Mathai M. Emergency obstetric care: making the impossible through task shifting. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 3(suppl 1): S6-S9.
15. Collège de la Haute Autorité de Santé. Le type de vaccin à utiliser pour la seconde dose. Avis No. 2021.0027/AC/SEESP, 8 avril 2021. Saint Denis La Plaine : Haute Autorité de Santé, 2021.

ÉDITORIAL

Gestion du COVID-19 en fermentation

DOI: 10.29063/ajrh2021/v25i2.1

Lindsay Edouard

Membre, Comité consultatif de rédaction, Revue Africaine de Santé de la Reproduction; Blue Bay, Île Maurice

***Pour la Correspondance:** Courriel: soranae@gmail.com

Les circonstances désastreuses de la pandémie de COVID-19 l'ont démontré¹. L'importance d'une approche communautaire, par opposition à l'hôpital², la valeur de la prévention par rapport au traitement³, le besoin d'informations objectives et⁴ le rôle crucial de l'accès aux services et les produits de base. Face à une nouvelle maladie, les décideurs manquaient souvent d'informations fiables sur son histoire naturelle et la valeur des modalités de traitement proposées. Navigant dans des eaux inexplorées, les fournisseurs de services ont introduit des interventions souvent contestées et parfois avérées inappropriées. Des parallèles peuvent être établis avec le scénario changeant de la santé reproductive au cours du dernier demi-siècle. Au cours des années 1970, les développements technologiques étaient au premier plan de l'intérêt public pour la santé au détriment d'une perspective communautaire qui mettait l'accent sur le principe benthamite du meilleur pour le plus grand nombre¹. Une importance a ensuite été accordée aux avancées cliniques telles que l'imagerie médicale en ambulatoire, les techniques de microchirurgie en bloc opératoire et le développement de médicaments de synthèse dans les laboratoires. Le succès de la lutte contre les maladies infectieuses avait fait que cette spécialité était loin d'être attrayante pour une carrière en 1980. Les choses ont soudainement changé pour la spécialité des maladies infectieuses lorsque le VIH est apparu au début des années 80. La spécialité hospitalière de l'obstétrique et de la gynécologie se transformait entre-temps en répondant aux besoins des femmes grâce à un modèle de guichet unique pour la prestation des soins de santé favorisant à la fois leur commodité et leur intimité: la discipline de la santé reproductive a émergé à la fin des années 1980 avant d'être consacrée. au maître-autel en 1994 au Caire dans le cadre du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement².

Approche communautaire

Les efforts pionniers, dans les années 1950, des obstétriciens pour mener des enquêtes confidentielles

sur les décès maternels ont conduit à des modèles d'audits cliniques à l'échelle de la communauté. La détermination de l'influence des modes de procréation sur la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales a donné une impulsion majeure à la responsabilité sociale des médecins en plus de promouvoir une perspective communautaire par les obstétriciens et les gynécologues³. Avec la transmission sexuelle et maternelle du VIH, les services obstétricaux et gynécologiques ont intégré la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. Reconnaisant la valeur d'une approche communautaire, les praticiens sont ainsi allés au-delà de leurs institutions pour offrir des services de proximité aux personnes mal desservies. Des liens de travail étroits entre les hôpitaux, les centres de santé et la communauté avec la coordination des procédures ont été soulignés: cette approche est encore plus pertinente pour la gestion du COVID-19 à travers des protocoles détaillés pour chaque niveau.

La prévention

La pratique de l'obstétrique et de la gynécologie consiste en grande partie en médecine préventive, les premiers exemples étant les soins prénatals et la planification familiale. Par ailleurs, la mention désinvolte de certains conseils préventifs, comme l'arrêt du tabac, lors d'une consultation clinique est efficace pour le changement de comportement du patient. L'introduction sur le marché, en 2007, de deux vaccins pour la prévention primaire du cancer du col de l'utérus, résulte d'une collaboration scientifique étendue de l'industrie pharmaceutique, du milieu universitaire, de l'Organisation mondiale de la santé et d'autres parties intéressées sans aucune considération politique en l'absence de toute discussion médiatique⁴. En revanche, il y a eu un vaste débat public sur la valeur potentielle et l'accessibilité des vaccins COVID-19 bien avant leur introduction effective dans la prestation de services⁵.

Les attentes concernant la thérapie COVID-19 spécifique, que ce soit par le biais de potions traditionnelles, de médicaments pour des indications

antérieures ou de nouvelles formulations expérimentales, ne se sont malheureusement pas concrétisées. En conséquence, la prévention est le pilier de la prise en charge du COVID-19. L'isolement, par éloignement social ou confinement, constitue la modalité ultime, mais a été peu respecté même lorsqu'il est imposé par la législation. Alors que les bienfaits pour la santé de l'exercice physique, en particulier la marche et le jogging, ont été promus pendant des décennies, les personnes sont confrontées à des problèmes lors de la détention à domicile pendant de longues périodes. La distanciation physique a été difficile à observer, en particulier en raison des coutumes sociétales pour les pratiques d'accueil telles que les poignées de main: la justification de la bosse du coude comme alternative était ahurissante et cette pratique devrait être fortement déconseillée. On se fie indûment à la vaccination malgré une efficacité qui est loin d'être idéale pour les vaccins actuels. L'association de la thromboembolie mortelle avec le vaccin AstraZeneca a été constatée quelques semaines après son introduction dans la prestation de services, par opposition aux années pour la contraception orale au début des années soixante. Comme il s'agit d'événements rares dont les bénéfices l'emportent largement sur un risque infinitésimal dans les deux cas, des techniques de communication appropriées doivent être utilisées pour transmettre les informations cliniques permettant une interprétation correcte du risque afin d'éviter les paniques dues à la confusion et à l'anxiété chez les professionnels et le public⁶.

Alors que le développement de vaccins passe généralement par des années de collaboration avec des discussions scientifiques internationales, les vaccins COVID-19 actuels résultent d'une course de sprint politisée, de moins d'un an, entre plusieurs pays et, assez étrangement, il a été souligné que la France était le seul membre permanent du Conseil de sécurité n'ayant pas produit son propre vaccin. En outre, le rôle de coordination mondiale de l'Organisation mondiale de la santé a été contourné pour l'approbation des vaccins qui a plutôt eu lieu au niveau régional ou même national avant l'exportation vers d'autres pays.

Objectif d'information

Les progrès de la technologie informatique ont conduit, dans les années 1970, à l'exploitation de bases de données administratives pour évaluer l'état de santé des populations et l'Unité nationale d'épidémiologie périnatale d'Oxford a conduit à la Collaboration Cochrane, pierre angulaire du développement d'une approche factuelle de la pratique médicale⁷. Les systèmes d'information sanitaire basés sur la population

se sont avérés utiles pour des tâches allant de la surveillance à la vérification d'hypothèses en passant par les audits cliniques. La pratique médicale a connu une révolution tranquille, au cours des deux dernières décennies, pour limiter les interventions à des interventions efficaces tout en mettant en œuvre des systèmes de surveillance⁸. L'émergence soudaine d'une nouvelle maladie, potentiellement mortelle, était digne d'intérêt, mais sa propagation rapide à travers le monde a conduit à une couverture médiatique intense, tant écrite que audiovisuelle. On sait malheureusement encore peu de choses sur le mode de propagation de cette maladie aéroportée en dehors de son degré d'infectivité. Une meilleure compréhension de son mode de transmission, au-delà des gouttelettes dans les aérosols plus petits produits lors des activités de respiration et de vocalisation telles que parler et chanter, facilitera la formulation de politiques sur le port du masque et la distanciation pour des situations très différentes telles que des rassemblements dans des espaces fermés plutôt que ouverts. -activités aériennes par des particuliers. Le grand public a été exposé à de nombreuses spéculations sur la nature de la maladie: on pensait même, quoique de façon transitoire, dans certaines régions, que la transmission pouvait se produire par le biais de légumes et de fruits frais contaminés. Au niveau des pays, la formulation des politiques a été facilitée grâce aux conseils d'experts indépendants de diverses spécialités et universités grâce à un processus d'examen continu pour l'élaboration de stratégies opérationnelles à mettre en œuvre par les services de santé pour une efficacité optimale des programmes⁹. Nonobstant les décisions fondées sur les droits et à caractère volontaire, le personnel de santé de première ligne a des obligations éthiques: un décret juridique a imposé leur vaccination obligatoire en Italie au début du mois¹⁰.

Avec une controverse scientifique sur l'efficacité du port de masque par des personnes en bonne santé pour la prévention du COVID-19 dans les milieux communautaires¹¹, des compromis étaient nécessaires dans la prise de décision en matière de politique publique, en particulier avec la législation subséquente spécifiant de lourdes amendes pour l'infraction pénale de non-conformité. Les implications des résultats de recherche récemment publiés ont été régulièrement discutées dans des forums audiovisuels en direct, aux heures de grande écoute, avec des soi-disant experts, parfois des personnalités de spécialités prestigieuses telles que la cardiologie, au détriment des précieuses explications des virologues cliniques. De plus, les connaissances évoluant si rapidement, il n'était pas rare que des déclarations impressionnantes, quoique non documentées, soient contredites peu de temps après. L'intérêt porté à l'état clinique des patients a parfois

conduit à rendre publics les détails personnels inutiles d'individus dans les médias de masse, violant ainsi les règles de confidentialité, ce problème étant plus perceptible dans les petites juridictions. Des leçons ont été tirées de la pandémie de grippe lorsque les considérations de guerre ont conduit à la propagande officielle, aux discours biopolitiques et à la censure des médias de masse pour obtenir des informations sur les flambées¹². Pour éviter d'être dans un dilemme, les autorités gouvernementales devaient être totalement transparentes dans le partage d'informations sur une base régulière, généralement quotidienne, avec des données sur les cas et les vaccinations à travers des présentations illustrées sur les tendances temporelles et d'autres comparaisons. Destinées au grand public, ces statistiques de service se composaient de chiffres significatifs, tels que les nouveaux cas détectés dans la communauté, pour indiquer l'étendue de l'endiguement de la pandémie¹³. En outre, l'occasion a été exploitée pour expliquer la justification des décisions administratives visant à promouvoir l'acceptation du public: la formulation de la politique risquait de susciter des protestations publiques dans un contexte semblable à l'annonce de la composition d'une équipe nationale de sport lorsque chaque adulte se comporte comme l'entraîneur de sélection. Bien que la sous-déclaration des infections soit probable, il est essentiel d'effectuer une surveillance avec des audits cliniques le cas échéant et parfois des recherches sur les services.

Accès aux services et aux produits

Le transfert des tâches s'est avéré essentiel pour répondre aux besoins non satisfaits des services de santé reproductive en transférant certaines fonctions à du personnel clinique non médecin ayant moins de formation¹⁴. Au-delà de leur rôle bien antérieur d'insertion de dispositifs contraceptifs intra-utérins, les infirmières sages-femmes ont récemment été déployées avec succès pour les soins obstétricaux d'urgence. À la suite d'une formation chirurgicale, les infirmières et les assistants médicaux effectuent désormais des interventions vitales, y compris des césariennes, dans certaines juridictions. L'accès aux pilules contraceptives d'urgence a été facilité grâce à leur disponibilité sans ordonnance. Alors que la politique de disponibilité en vente libre en pharmacie se généralisait, il y avait même une initiative de mise à disposition sur place par les infirmières des lycées en France. Pour le contrôle du COVID-19, les gouvernements ont parfois été confrontés à des défis pour s'assurer que les achats d'urgence de produits, tels que les équipements de protection individuelle, les kits de test, les médicaments et les machines technologiques de pointe, suivraient les

déclarations officielles conformément à la bonne gouvernance. Dans certaines juridictions, les procédures d'appel d'offres auraient conduit à la coercition avec torsion des bras des bureaucrates en exerçant une pression pour des accords louches pour l'attribution de contrats lucratifs, avec des prix exorbitants, à des entreprises fantômes sans antécédents pertinents. En outre, l'abus de pouvoir criminel conduit parfois à la raréfaction des produits de base par le pillage des ressources publiques en cachant les importations de dons, destinés à l'aide humanitaire, pour une distribution ultérieure sur le marché noir. Heureusement, de tels cas de réduction des ressources publiques ont été isolés. La gestion des stocks de vaccins assurait à juste titre la disponibilité de quantités suffisantes pour la deuxième dose, évitant ainsi l'administration d'un produit d'un autre fabricant. La méfiance à l'égard du vaccin AstraZeneca, en raison de son association avec la thromboembolie, a été commodément suivie d'un soutien rapide pour un autre produit en tant que deuxième dose, la justification étant l'augmentation de la réponse immunitaire du premier coup de pouce hétérologue avec une approche mix-and-match¹⁵. Plusieurs initiatives ont considérablement amélioré l'accès du public aux services de prévention du COVID-19, que ce soit pour des produits de base ou des tâches cliniques. L'achat des équipements de protection individuelle a été facilité par leur disponibilité au-delà des pharmacies grâce à des ventes dans les supermarchés et les quincailleries alors que le gouvernement français, le 12 mars 2021, a promulgué un règlement autorisant les pompiers à administrer des vaccins COVID-19 aux résidents âgés des communautés reculées. Dans de nombreuses juridictions, des campagnes de vaccination ont eu lieu dans des lieux de culte, des stades sportifs, des mairies et d'autres bâtiments communautaires.

Passer à autre chose

Le manque de succès dans la prévention des infections au COVID-19 a été décevant. Il vaut peut-être mieux prévenir que guérir, mais la prévention partielle est une question tout à fait différente. La pandémie étant susceptible de se poursuivre pendant un certain temps, nous devons modifier nos modes de vie en fonction de ces circonstances. De plus, il sera intéressant de partager les expériences pour comparer les différentes approches de gestion qui ont été adoptées dans diverses juridictions. Les défis changeants de la pandémie de COVID-19 ont obligé les gouvernements à adapter leur stratégie à plusieurs volets aux changements de circonstances. Les praticiens de la santé reproductive apprécieront le rôle des quatre questions ci-dessus qui devraient également servir de balises pour leur propre

prestation de soins de routine en tirant parti de leurs implications.

Conflits d'intérêts

Aucun

Références

1. Gillon R. Utilitarisme. *Br Med J* 1985; 290: 1411-1413.
2. Sai FT et Nassim J. La nécessité d'une approche de la santé reproductive. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 3 (suppl): 103-13.
3. Edouard L. L'épidémiologie de la mortalité périnatale. *World Health Stat Q* 1985; 38: 289-301.
4. Pollack AE, Balkin M, Edouard L, Cutts F et Broutet N. Groupe de travail OMS / UNFPA sur la santé sexuelle et reproductive et les vaccins contre le VPH. Assurer l'accès aux vaccins anti-HPV grâce à des services intégrés: une approche de la santé reproductive. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 57-63.
5. Wallis AB. Comment une présidence Biden influencera-t-elle la santé et le développement de la reproduction et des femmes sur le continent africain? *Afr J Reprod Health* 2020; 24: 17-19.
6. Edouard L. Peur de la pilule: énigme de communication. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009; 35: 121-122.
7. Chalmers I. Données sur la mortalité périnatale. *Br Med J* 1982; 284: 596.
8. Grimes DA. Comment traduire une bonne science en de bons soins périnataux? *Naissance* 1986; 13: 83-90.
9. Best J. Comment le JCVI détermine qui reçoit un vaccin contre le covid-19 et quand? *BMJ* 2021; 373: 820-821.
10. Paterlini M. COVID-19: L'Italie rend la vaccination obligatoire pour les travailleurs de la santé. *BMJ* 2021; 373: 905.
11. Organisation mondiale de la santé. Utilisation du masque dans le contexte du COVID-19. 1er décembre 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2020: 8-10.
12. Martini M, Gazzaniga V, Bragazzi NL Barberis I. La pandémie de grippe espagnole: une leçon de 100 ans après 1918. *J Prev Med Hyg* 2019; 60: E64-E67.
13. Adam R. Les limites de R. *Nature* 2020; 583: 346-348.
14. Schneeberger et C Mathai M. Soins obstétricaux d'urgence: rendre l'impossible grâce au transfert de tâches. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 3 (suppl. 1): S6-S9.
15. Collège de la Haute Autorité de Santé. Le type de vaccin à utiliser pour la seconde dose. Avis n ° 2021.0027 / AC / SEESP, 8 avril 2021. Saint Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé, 2021.