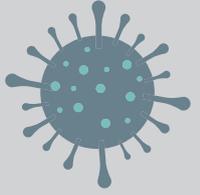




Réseau de Développement
et de Communication des
Femmes africaines



ETUDE QUALITATIVE SUR L'IMPACT DU COVID-19 SUR LA SANTE ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS (SDSR) DES FEMMES ET DES FILLES EN AFRIQUE



SOMMAIRE

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	3
INTRODUCTION	3
Contexte de l'étude	3
Contexte de l'étude	3
L'étude	7
Méthodologie de l'étude	3
Approche conceptuelle pour évaluer l'impact de COVID 19 sur la SDRS 9	
LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	11
Impact global du COVID 19	11
ÉTUDES DE CAS DE PAYS 1	13
Étude de cas pays 1 : Guinée 1	13
Étude de cas pays 2 : Libéria 1	17
Étude de cas pays 3 : Mozambique 2	21
Étude de cas pays 4: Rwanda 2	26
Étude de cas pays 5: Tanzanie 3	31
Étude de cas pays 6: Zambie 3	37
CONCLUSIONS AND RECOMMANDATIONS 4	42
ANNEXES 46	44
Annexe 1 :	
Les dimensions de l'analyse et les indicateurs utilisés pour saisir le statut du pays	44
Annexe 2 : Guide d'entretien/discussion avec les informateurs clés des pays partenaires	45

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Introduction:

L'étude a été commandée dans le cadre du projet Faire avancer les droits humains des femmes africaines à leur autonomie et intégrité corporelles en veillant à ce que les gouvernements africains remplissent leurs obligations et engagements en matière de SDR mis en œuvre par FEMNET avec le soutien du programme SIDA- autonomie et intégrité corporelles est un projet de 4 ans (2017-2021) dans 6 pays (Tanzanie, Mozambique, Liberia, Guinée et Zambie). Le projet vise à accélérer l'établissement de rapports sur la fin et l'éradication des mutilations génitales féminines, des mariages précoces et des pratiques néfastes au Liberia, au Mozambique et en Zambie par l'intermédiaire de ses partenaires de mise en œuvre dans les pays afin de les aider à suivre les engagements pris par leur pays par les différents gouvernements et parties prenantes en vue d'améliorer la domestication des instruments régionaux et mondiaux relatifs aux droits des femmes et l'allocation budgétaire pour réaliser les engagements politiques en matière de droits sexuels et reproductifs par le gouvernement dans leurs pays cibles.

Contexte de l'étude : Depuis mars 2020, le monde est sous le fardeau de la pandémie de COVID-19. L'Afrique est confrontée à des défis sans précédent en raison de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), directement et des effets cumulés d'autres facteurs sanitaires, économiques et sociaux. Il y a environ 11,7 millions de cas confirmés de COVID-19 et 253 558 décès sur le continent africain au début du mois de juin 2022. L'Afrique a enregistré moins de cas et de décès liés au Covid-19, bien qu'avec plus de cas asymptomatiques que d'autres régions du monde. Pourtant, ce profil cache les expériences et la distribution différentielles des effets du COVID 19 qui définissent le paysage pandémique du continent. Le profil ne révèle pas comment la pandémie s'est accrochée aux disparités de genre et socio-économiques pour se propager de manière inégale et amplifier l'exclusion et les préjugés systémiques selon le genre, la société et l'économie. COVID-19 a des impacts variés sur les femmes, les hommes, les filles et les garçons, notamment - l'augmentation de la violence entre partenaires intimes pendant les confinements ; l'augmentation de la stigmatisation et de la discrimination de personnes déjà marginalisées comme celles vivant avec le VIH et les handicaps, et l'augmentation des risques d'infection et de santé en raison du partage inégal de la charge des rôles de soignant, de l'accès inégal à l'information sur la santé, à la prévention, aux soins et à la protection financière et sociale et de l'accès limité à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les filles.

L'étude:

L'étude qualitative explore l'impact de COVID-19 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des femmes et des filles en Afrique. L'étude documente les effets et les résultats de COVID 19 sur les expériences des femmes et des filles, à travers leurs voix et dans leurs contextes. Le projet fait référence et positionne ses tâches spécifiques autour du Protocole de Maputo en tant qu'instrument africain indispensable pour faire avancer les droits des femmes et des filles. Les résultats de l'étude sont présentés sous forme d'études de cas par pays mettant en évidence ces expériences d'un point de vue diversifié dans chaque pays, en fonction des réalités et du contexte du pays.

Méthodologie:

L'étude a été menée à distance en utilisant des données secondaires et de la littérature sur Internet, complétée par des entretiens stratégiques avec des informateurs clés des pays. Elle a couvert les six pays sélectionnés parce qu'ils étaient les sites de mise en œuvre du projet. Il s'agit de la République démocratique du Congo, de la Guinée, du Liberia, du Mozambique, du Rwanda et de la Tanzanie. L'étude a recueilli des données sur l'état des droits en matière de santé sexuelle et reproductive dans les pays, en ce qui concerne l'orientation structurelle des systèmes de santé vers la mise en place d'un environnement et de services permettant la pleine jouissance de ces droits. Elle analyse l'environnement normatif juridique

et culturel de la protection de la santé sexuelle et reproductive des femmes, qui se manifeste par des lois et des règlements facilitant ou limitant l'accès aux droits et aux services, ainsi que les normes sociales liées à la sécurité et aux droits des femmes, notamment en ce qui concerne la violence sexuelle et sexiste. La conception intentionnelle était appropriée parce qu'elle fournit une vue approfondie des individus et des effets contextuels du COVID-19 sur les femmes et les filles.

Résultats :

L'étude a révélé que l'apparition de la pandémie et les mesures immédiates prises par les gouvernements du continent ont interrompu la vie quotidienne et les routines de survie dans les pays africains. L'étude a établi que la perte d'emploi et de moyens de subsistance a plongé les femmes dans une extrême vulnérabilité et a augmenté la charge du travail de soins tout en aggravant les impacts croisés des pratiques socioculturelles rétrogrades sur les femmes et les filles. Les interruptions ont eu des effets négatifs immédiats et durables sur les ménages, le travail et les moyens de subsistance qui suivent les contours des inégalités de genre et de pouvoir, affectant ainsi différemment les femmes, les hommes, les filles et les garçons. Les expériences différentielles s'alignent sur la construction et le positionnement contextuels et structurels des caractéristiques de genre et leur interaction avec d'autres déterminants sociaux. Les femmes ont été confrontées à d'immenses souffrances, allant de l'augmentation des risques de contracter le VIH/sida aux grossesses précoces chez les adolescentes, en passant par les grossesses non planifiées chez les femmes adultes. La pandémie a également mis en évidence la persistance des inégalités entre les hommes et les femmes. La pandémie de COVID-19 a exacerbé les inégalités de manière sans précédent. Jusqu'à présent, les groupes systématiquement marginalisés (tels que les femmes, les filles et les personnes extrêmement pauvres) sont confrontés à des vulnérabilités, des violences et des expositions aux risques qui se recoupent. La pandémie de COVID-19 a également exposé et souligné la dépendance de la société vis-à-vis des femmes en première ligne et à la maison, ainsi que les inégalités structurelles dans tous les domaines, de la santé à l'économie et de la sécurité à la protection sociale.

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur la santé et le bien-être des ménages africains et sur leur niveau de pauvreté, en affectant la capacité de production des travailleurs infectés et en voie de guérison. Étant donné que les femmes travaillent principalement dans le secteur informel de la sous-région, les quarantaines, les fermetures d'entreprises non essentielles et les couvre-feux ont eu un impact négatif supplémentaire sur elles. La pandémie a entraîné des dépenses de santé non budgétisées qui ont consommé l'épargne des ménages et les dépenses personnelles souvent contrôlées par les femmes, augmentant ainsi les niveaux de pauvreté et les inégalités. Dans de nombreux ménages, l'augmentation de la charge de travail non rémunéré des femmes pendant la pandémie a réduit leur capacité à participer à des activités productives, à étudier et à se reposer. La pandémie a eu des effets négatifs sur leur santé mentale et physique, en particulier dans les ménages dirigés par des femmes, et a augmenté l'insécurité alimentaire, le travail domestique, les charges de survie et la violence sexiste. Dans l'ensemble des pays étudiés - Guinée, Liberia, Tanzanie, Mozambique, Rwanda et Zambie - la pandémie de COVID-19 a accru la fragilité des structures sociales, notamment de la famille, avec la perte d'emplois et les épreuves qui en découlent, entraînant des ruptures et une détresse mentale chez les victimes et leurs familles. Les niveaux sans précédent d'interactions intimes dans des espaces limités, en particulier pour ceux qui ont des familles nombreuses et qui sont pauvres, entraînent du stress, des tensions et des angoisses.

Les effets de la pandémie sur le continent africain se font sentir dans le contexte des efforts déployés par l'Union africaine pour lutter contre l'inégalité entre les sexes, qui se manifeste par les restrictions imposées aux femmes africaines dans l'exercice de divers droits fondamentaux, notamment le manque d'accès à la terre et à d'autres ressources productives. La lutte contre la discrimination à l'égard des femmes par des mesures législatives, institutionnelles et autres appropriées a été résumée dans le protocole de 2003 à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le protocole de Maputo) adopté par les États membres de l'Union africaine. Dans l'ensemble, l'étude reconnaît que l'accès et la jouissance des droits à la santé sexuelle et reproductive (SDSR) en Afrique ont une relation étroite et insidieuse avec l'inégalité systémique, sociale et comportementale entre les sexes, la pauvreté des femmes, la faible capacité économique et la violence sexuelle et sexiste, y compris les mutilations génitales féminines (MGF). Il est donc préférable d'aborder ces questions et leurs facteurs déterminants

dans le cadre d'un continuum croisé qui relie les politiques régionales, telles que le protocole de Maputo, à la dynamique des ménages, notamment le contrôle des ressources de la maison et l'autonomie corporelle individuelle. Le Covid-19 a perturbé les systèmes de santé et réduit à néant les efforts déployés pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans le monde entier, les femmes et les filles ont déclaré avoir un accès réduit aux services, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées, de maladies sexuellement transmissibles et de complications pendant la grossesse, l'accouchement et l'avortement. On prévoit jusqu'à 7 millions de grossesses non désirées dans le monde à cause de Covid-19 et de ses mesures.

Les études de cas soulignent combien l'Afrique est mal préparée à gérer les futures pandémies. Tous les pays africains devraient adopter le protocole de Maputo afin d'habiliter toutes les femmes, en leur donnant la capacité nécessaire pour se gérer elles-mêmes dans les moments difficiles. Le protocole de Maputo donne aux femmes un sentiment de conscience et de réalisation de soi, ce qui permet de réduire les incidences actuelles telles que les grossesses non planifiées et les difficultés économiques que la pandémie de COVID-19 a déclenchées. Si l'on considère les tendances actuelles en matière de grossesse, on peut conclure que les femmes n'ont pas une connaissance suffisante de leur santé sexuelle et reproductive. Parmi les adolescentes et les femmes adultes qui connaissent les exigences en matière de santé sexuelle et reproductive, il leur est toujours difficile d'accéder aux établissements de soins. Les gouvernements doivent donner la priorité à l'accès aux services de santé reproductive et doter les adolescentes et les femmes adultes des connaissances et de l'autonomie économique nécessaires pour leur permettre de gérer et de surmonter les futures pandémies, compte tenu de la mondialisation actuelle, où une urgence dans un pays se propage dans le monde entier en peu de temps.

INTRODUCTION

Contexte de l'étude

Faire progresser les droits humains des femmes africaines à leur autonomie et intégrité corporelles en s'assurant que les gouvernements africains remplissent leurs obligations et engagements en matière de SDRS mis en œuvre par FEMNET avec le soutien du programme ASDI- autonomie et intégrité corporelles est un projet de 4 ans (2017-2021) dans 6 pays (Tanzanie, Mozambique, Liberia, Guinée et Zambie). Le Projet, vise à accélérer les rapports de l'État sur la fin et l'éradication des MGF, des mariages précoces d'enfants et des pratiques néfastes au Liberia, au Mozambique et en Zambie à travers ses partenaires de mise en œuvre dans les pays pour les aider à suivre leurs Engagements nationaux pris par les différents gouvernements et parties prenantes pour améliorer la domestication des instruments régionaux et mondiaux des droits des femmes et l'allocation budgétaire pour réaliser les engagements de politique SDRS par le gouvernement dans leurs pays cibles. En particulier, le projet fait partie de l'investissement continu et du leadership de FEMNET dans la promotion du respect de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (la Charte africaine), du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le Protocole de Maputo) et de la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique par les pays africains.¹

L'objectif du projet est de s'assurer que les femmes et les filles jouissent et réalisent leurs droits à l'intégrité corporelle inscrits dans les instruments mondiaux, continentaux et nationaux relatifs aux droits des femmes : i) Renforçant les capacités de plaidoyer politique et les connaissances des organisations de défense des droits des femmes et des jeunes femmes en matière de droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR), en particulier l'avortement légal et sans risque, les mariages d'enfants, les mutilations génitales féminines (MGF) et leurs liens avec les droits des femmes et l'égalité des sexes dans six pays ; ii) renforcer la responsabilité des États africains en ce qui concerne les engagements en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs inscrits dans le protocole et le plan d'action de Maputo, le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), l'agenda 2030 pour le développement durable, l'agenda 2063 de l'UA et le programme d'action de Pékin iii) accroître la sensibilisation et la visibilité parmi les principales parties prenantes de la région et renforcer la capacité des médias sur les questions liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, en particulier la campagne de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) sur la dépénalisation de l'avortement en Afrique, la campagne de l'Union africaine (UA) pour l'abolition des mariages d'enfants et des MGF en Afrique.

Contexte de l'étude

Depuis mars 2020, le monde est sous le fardeau de la pandémie de COVID-19. L'Afrique est confrontée à des défis sans précédent en raison de la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19), à la fois directement et en raison des effets combinés d'autres facteurs sanitaires, économiques et sociaux.^{2,3} Il y a environ 11,7 millions de cas confirmés de COVID-19 et 253 558 décès sur le continent africain au 9 juin 2022⁴. L'Afrique a enregistré moins de cas et de décès liés au Covid-19, mais plus de cas asymptomatiques que les autres

- 1 [African Commission on Human and Peoples' Rights Pressrelease \(achpr.org\)](#)- Special Rapporteur State ment. March 2021.
- 2 Dhaliwal M, Small R, Webb D, et al. 2022. Le Covid-19 en tant qu'événement long à ondes multiples : implications pour les réponses visant à sauvegarder les jeunes générations. *BMJ* :e068123. doi:10.1136/bmj-2021- 068123.
- 3 Verhagen W, Bohl DK, Cilliers J, et al. 2021. Impacts socio-économiques à long terme du COVID-19 dans les contextes africains | Le PNUD en Afrique. PNUD.
- 4 Tableau de bord COVID 19 de l'Union africaine - Coronavirus 2019 (COVID-19) - Africa CDC (consulté le 10 juin 2022)

régions du monde⁵. Pourtant, ce profil cache les expériences et la distribution différentielles des effets du COVID 19 qui définissent le paysage pandémique du continent. Le profil ne révèle pas comment la pandémie s'est accrochée aux disparités de genre et socio-économiques pour répandre et amplifier de manière inégale l'exclusion et les préjugés systémiques selon le genre, la société et l'économie. COVID-19 a des impacts variés sur les femmes, les hommes, les filles et les garçons, notamment - une augmentation de la violence entre partenaires intimes pendant les confinements ; une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination de personnes déjà marginalisées comme celles vivant avec le VIH et les handicaps, et une augmentation des risques d'infection et de santé en raison d'un partage inégal de la charge des rôles de soignant, d'un accès inégal à l'information sur la santé, à la prévention, aux soins et à la protection financière et sociale et d'un accès limité à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les filles⁶.

C'est pourquoi les plans stratégiques mondiaux et nationaux de préparation et de réponse à la COVID-19 doivent être fondés sur une analyse de genre complète et donner la priorité à une participation significative des groupes affectés, en particulier des femmes et des filles, à la prise de décision et à la mise en œuvre. En temps de crise, lorsque les ressources sont épuisées et que les capacités institutionnelles sont limitées, les femmes et les filles sont confrontées à des impacts disproportionnés aux conséquences considérables, en particulier dans les contextes de fragilité, de conflit et d'urgence. L'ONU Femmes montre que les gains durement acquis pour les droits des femmes sont menacés par la pandémie. Les réponses post-pandémiques doivent donc conjuguer la volonté de s'attaquer aux inégalités de longue date et de construire un monde résilient dans l'intérêt de tous, en plaçant les femmes au centre du redressement⁷. Ainsi, pour comprendre et traiter l'impact de la pandémie, en particulier sur les femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il faut une connaissance approfondie et systémique de la situation spécifique du pays et de la communauté, en se demandant qui est touché et non qui est infecté⁸.

En raison des mesures liées à la pandémie, en particulier les fermetures et les ordres de rester à la maison, on a assisté à une explosion du chômage et de la perte des moyens de subsistance. Les femmes ont été confrontées à un risque croissant de chômage et de perte de moyens de subsistance. En conséquence, la pandémie de COVID 19 a eu un impact négatif sur les femmes en âge de procréer en augmentant leur vulnérabilité et leur dépendance socio-économique. Cette vulnérabilité les a exposées à une augmentation de la violence sexuelle et sexiste, en particulier la violence du partenaire intime, pendant les restrictions de mouvement imposées par de nombreux pays. Elle a également dressé des obstacles à l'accès aux soins prénatals et postnatals et à la prestation de soins qualifiés en raison des perturbations du système de santé et d'autres services publics. Dans le même temps, en raison de la réaffectation d'une plus grande partie des dépenses publiques à la pandémie, la protection de la maternité a fait l'objet d'une attention moindre dans le cadre des mesures de réponse au COVID 19. Très peu de pays ont mis en place des mesures délibérées pour assurer la sécurité des revenus des femmes enceintes pendant les derniers stades de la grossesse et après l'accouchement⁹. La pandémie de COVID 19 a également souligné la fragilité de l'accès des femmes aux droits de santé sexuelle et reproductive en Afrique.

En mars 2021, quarante-deux (42) des 55 États membres de l'UA avaient ratifié le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique . Cependant, le

-
- 5 Lewis, HC, Ware, H, Whelan, M, et al. 2022. Infection par le SRAS-CoV-2 en Afrique : Une revue systématique et une méta-analyse des études de séroprévalence standardisées, de janvier 2020 à décembre 2021 [Version pré-imprimée]. [L'infection par le SRAS-CoV-2 en Afrique : Une revue systématique et une méta-analyse des études de séroprévalence standardisées, de janvier 2020 à décembre 2021](#) | medRxiv -Accédé le 19 février 2022.
 - 6 OMS, 2021
 - 7 [ONU Femmes | Explicatif : Comment COVID-19 impacte les femmes et les filles](#) (3 mars 2022)
 - 8 Omukuti, J, Barlow, M, Giraud, M.E, et al. 2021. La pensée systémique dans le rétablissement de COVID-19 est nécessaire de toute urgence pour assurer un développement durable pour les femmes et les filles. **Lancet Planet Health, 2021 ; 5 : e921-288**
 - 9 OIT, 2021. Rapport mondial sur la protection sociale 2020-22. Genève.

niveau d'engagement démontré par les pays varie. De nombreux pays ont ratifié, incorporé et promulgué des lois nationales qui touchent aux questions abordées dans le Protocole de Maputo, tandis que d'autres ne l'ont pas fait. L'adoption complète du protocole exige du gouvernement qu'il reconnaisse les droits des femmes, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, de libertés individuelles et d'autonomie corporelle, d'égalité et d'accès aux ressources productives. Il est impératif d'explorer comment l'état d'engagement à rendre le Protocole opérationnel a contribué à l'impact de la COVID 19 sur les femmes, notamment en ce qui concerne l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive.

L'étude L'étude qualitative explore l'impact de COVID-19 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des femmes et des filles en Afrique. L'étude documente les effets et les résultats de la COVID 19 sur les expériences des femmes et des filles, à travers leurs voix et dans leurs contextes. Le projet fait référence et positionne ses tâches spécifiques autour du Protocole de Maputo en tant qu'instrument africain indispensable pour faire progresser les droits des femmes et des filles. Les résultats de l'étude sont présentés sous forme d'études de cas par pays mettant en évidence ces expériences d'un point de vue diversifié dans chaque pays en fonction des réalités et du contexte du pays. L'étude explore les dimensions thématiques suivantes de COVID 19 : Effets : Comment COVID19 a eu un impact sur la prestation de services SDSR aux femmes et aux filles ; Interventions : Stratégies/initiatives mises en œuvre par les ministères du gouvernement et d'autres parties prenantes pour assurer une prestation continue de services SDSR ; et Résultats et effets : Résultats défavorables tels que les grossesses précoces et non désirées, la violence, la violence sexiste et le mariage précoce et forcé chez les femmes et les filles. Objectifs de la mission

L'étude visait à établir l'expérience genrée de la pandémie de COVID 19 et les effets des réponses locales et mondiales, en particulier sur l'accès des femmes et des filles aux droits de santé sexuelle et reproductive dans les pays cibles. En tant que tel, les principaux objectifs de la mission sont de mener une étude qualitative dans les pays ciblés afin de générer des études de cas spécifiques à chaque pays qui saisissent les éléments suivants :

La manière dont COVID-19 a influencé la prestation de services SDSR aux femmes et aux filles ; Les stratégies/initiatives mises en œuvre par les ministères et les autres parties prenantes pour assurer la continuité de la prestation des services SDSR ; Les résultats négatifs tels que les grossesses précoces et non désirées, la violence, y compris la violence sexiste et le mariage précoce et forcé parmi les femmes et les filles ; et Des recommandations sur les interventions possibles pour soutenir l'autonomisation des femmes et des filles en mettant davantage l'accent sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et contribuer à un redressement équitable. Portée de la mission La portée opérationnelle de l'étude était limitée à l'étude qualitative et à la documentation de l'impact sexospécifique de la pandémie de COVID-19 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles dans les six pays de l'ASDI. Sur la base des résultats, documenter et présenter des études de cas nationales saisissant et analysant les expériences et les réalités vécues par les femmes et les filles dans les pays ciblés. L'étude se limite aux points suivants:

Couverture géographique :

Elle couvre les six pays du projet : Tanzanie, Mozambique, Liberia, Guinée, Rwanda et Zambie.

Orientation thématique : L'étude examine l'impact de COVID-19 sur la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les six pays dans le contexte de l'engagement des pays envers les principes du protocole de Maputo. Le champ d'application englobe l'évaluation de l'état de conformité et d'activation des pays au Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique. Il analyse ensuite la relation émergente (s'il y en a une) entre la conformité des pays respectifs au Protocole et la nature de l'impact de COVID 19 sur la vie et les droits des femmes et des filles en général et sur les droits sexuels et reproductifs en particulier.

Période (intervalle de temps) : L'étude est limitée à la situation des pays au cours des deux dernières années (la période COVID -19) même si le projet a été conçu bien avant la pandémie. Cependant, cela n'empêche pas de faire des commentaires sur l'état de l'activation du Protocole de Maputo par les pays avant et pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie de l'étude

En raison des limitations liées à COVID-19 et des contraintes de temps, l'étude a été menée à distance en utilisant des données secondaires et de la littérature sur Internet, complétée par des entretiens stratégiques avec des informateurs clés des pays. Elle a couvert les six pays échantillonnés à dessein par la mise en œuvre du projet. Il s'agit de la République démocratique du Congo, de la Guinée, du Liberia, du Mozambique, du Rwanda et de la Tanzanie. L'étude a recueilli des données sur l'état des droits en matière de santé sexuelle et reproductive dans les pays, en ce qui concerne l'orientation structurelle des systèmes de santé vers la fourniture d'un environnement et de services permettant la pleine jouissance de ces droits. Elle analyse l'environnement normatif juridique et culturel de la protection de la santé sexuelle et reproductive des femmes, qui se manifeste par des lois et des règlements facilitant ou limitant l'accès aux droits et aux services, ainsi que les normes sociales liées à la sécurité et aux droits des femmes, notamment en ce qui concerne la violence sexuelle et sexiste. La conception intentionnelle était appropriée parce qu'elle fournit une vue en profondeur des individus et des effets contextuels du COVID 19 sur les femmes et les filles.

Sélection des participants (échantillonnage) :

L'étude a utilisé un échantillonnage intentionnel et pratique pour identifier les participants et les sources de données. Les sources de données sont les rapports et études nationaux, les représentants des organisations de défense des droits des femmes, les alliés et les informateurs clés. Les autres participants sont des sources gouvernementales (rapports et personnes), des agences internationales telles que ONU Femmes, le FNUAP, l'Union africaine, et d'autres identifiées comme pertinentes. L'étude a porté sur six pays d'Afrique de l'Est, du Sud, du Centre et de l'Ouest : la République démocratique du Congo, la Guinée, le Liberia, le Mozambique, le Rwanda et la Tanzanie. Dans ces pays, l'étude a ciblé treize organisations de défense des droits des femmes ainsi que FEMNET pour des entretiens avec des informateurs clés. L'étude a également échantillonné des organisations locales et internationales fournissant des services et un soutien technique par le biais de programmes centrés sur le lien entre les droits à la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes et l'atténuation de la COVID 19. Enfin, les sources de données échantillonnées comprenaient le gouvernement, les médias, les rapports de recherche et les tableaux de bord des données COVID 19.

Contraintes de l'étude :

L'étude a été conçue en tenant compte de diverses limitations liées à l'environnement de travail de COVID 19 qui, premièrement, a restreint la mobilité et les interactions entre l'équipe de recherche et les participants ; et deuxièmement, en raison de l'ambiguïté générale des relations entre COVID 19 et la santé des femmes dans de nombreux pays. En outre, les informations et les données disponibles dans les pays étaient limitées, ce qui a empêché de nombreux participants de fournir des données qualitatives approfondies. Par conséquent, de nombreux partenaires nationaux contactés n'ont pas répondu, tandis que d'autres ont indiqué qu'ils n'avaient mis en œuvre aucun programme lié à COVID 19 pour fournir des informations crédibles. Pour remédier à cette limitation, l'étude a utilisé des procédures de triangulation pour améliorer la précision, la profondeur et l'exhaustivité des données.

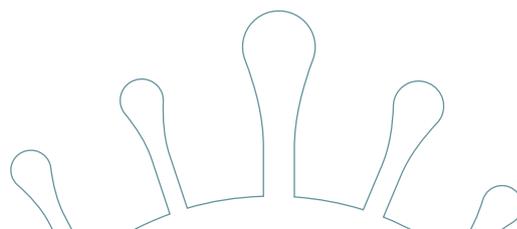
Approche conceptuelle de l'évaluation de l'impact de COVID 19 sur la SDR

L'étude a conceptualisé l'impact comme étant multidimensionnel et multi-niveau pour évaluer l'impact de la pandémie sur la situation des droits en matière de santé sexuelle et reproductive du pays. Elle a établi que la pandémie est conceptuellement liée à :

- i) L'état de la structure du système de santé - financement, ressources humaines en santé, et directives et lois réglementaires.
- ii) La demande de services SDR - avortement, planification familiale et restrictions liées à l'âge.
- iii) Le système de soutien social - emploi, évaluation du travail de soins et protection sociale des femmes.

iv) L'état de la violence sexuelle et sexiste - y compris le mariage des enfants et la grossesse des adolescentes.

Sur la base de ces dimensions, un ensemble d'indicateurs alignés a été sélectionné pour servir de base à l'évaluation de l'impact en établissant l'état descriptif en 2019 avant la pandémie, puis en le comparant à la situation actuelle. Aux fins de l'analyse, les indicateurs ont été regroupés par thème afin de saisir l'ensemble du continuum du spectre SDR, de l'accès individuel aux services aux obstacles structurels. L'accent est également mis délibérément sur la violence sexuelle et sexiste en tant que dimension critique qui fait ressortir l'intersectionnalité de COVID 19. L'analyse qualitative a utilisé des indicateurs clés pour refléter les effets multisectoriels de la pandémie, l'équilibre entre les effets primaires à moyen et long terme en saisissant les effets, les résultats et l'impact de la pandémie, et peut être aligné sur le ciblage mondial, continental et régional par différentes organisations et alliés des droits des femmes. L'étude s'est également concentrée sur des indicateurs standard couramment suivis, d'où la disponibilité de données et d'informations nationales pertinentes. Applicabilité des résultats : Les résultats de l'étude sont destinés à : i) Fournir un instantané intersectionnel de l'état de chaque pays du lien COVID-19- DSSR ; ii) Fournir des preuves pour approfondir ou accélérer l'activation du protocole de Maputo dans les pays cibles en informant les politiques ; et iii) Évaluer l'efficacité intersectionnelle de l'approche nationale de la DSSR chez les partenaires dans les pays cibles, y compris l'investissement du gouvernement dans la promotion des droits des femmes et des filles.



LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Impact global de COVID 19

Les données disponibles et les preuves anecdotiques dans le monde et dans les six pays étudiés montrent que les hommes sont confrontés à un risque de mortalité plus élevé en raison du virus. Cependant, les femmes étaient plus susceptibles de faire face à un fardeau social et économique plus important. Avant 2019, les femmes étaient déjà confrontées à d'importants obstacles à l'égalité des sexes, notamment en matière de finances, d'emploi, d'éducation, de travail non rémunéré et de violence sexiste. COVID-19 n'a fait que creuser ces fossés. Dans les pays à faible revenu, 70 % des femmes gagnent leur argent par le biais d'un travail informel, comme le travail domestique et le travail agricole qui repose largement sur l'interaction avec les autres. Ces emplois sont moins susceptibles d'offrir des congés de maladie payés ou de protéger les travailleurs contre la perte d'emploi ou le chômage. La majorité des femmes et des hommes interrogés par Concern nous ont dit que leur capacité à gagner un revenu avait diminué en raison des fermetures liées au COVID et de la distanciation sociale. Cependant, cette situation était bien pire pour les femmes.

Dans les six pays, la plupart des responsabilités ménagères et de soins incombent généralement aux femmes. Cette situation a toujours eu un impact sur les femmes : 42 % des femmes en âge de travailler ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas exercer un travail rémunéré en raison de leurs soins non rémunérés et de leurs responsabilités domestiques avant la pandémie. Les hommes n'étaient que 6 % à déclarer la même chose. L'augmentation du travail non rémunéré à la maison a eu un impact négatif sur la sécurité économique, la santé mentale et physique et le bien-être des femmes. 43 % des femmes interrogées par Concern ont déclaré se sentir plus angoissées, déprimées, surmenées, isolées ou physiquement malades en raison de cette charge de travail accrue. Dans les quartiers informels du Kenya, 26 % des femmes interrogées ont déclaré avoir été physiquement malades, ne pas avoir pu se reposer suffisamment ou s'être senties stressées et angoissées en raison de leurs responsabilités accrues en matière de soins.¹⁰ Les facteurs de stress financiers, sociaux et sanitaires d'une pandémie, combinés au confinement étroit pendant les fermetures, signifiaient que les femmes et les filles couraient un risque plus élevé de violence de la part des membres de leur famille, de leur partenaire domestique ou de leur communauté. Cela n'est pas sans rappeler les expériences vécues pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, qui a enregistré une augmentation des cas de violence sexiste, et moins de ressources pour les femmes et les filles qui subissaient des abus (étant donné la demande accrue de travailleurs de la santé pour aider à stopper la propagation du virus).

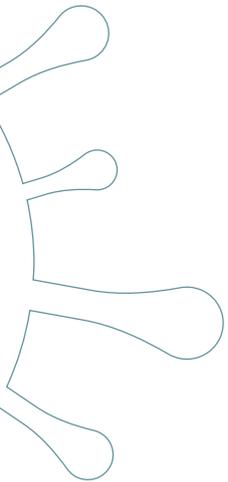
Covid-19 a perturbé les systèmes de santé et réduit à néant les efforts déployés pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans le monde entier, les femmes et les filles ont déclaré avoir un accès réduit aux services, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées, de maladies sexuellement transmissibles et de complications pendant la grossesse, l'accouchement et l'avortement. On prévoit jusqu'à 7 millions de grossesses non désirées dans le monde à cause de Covid-19 et de ses mesures.¹¹ Selon les estimations de 2021, pas moins de 9,5 millions de filles et de femmes n'ont pas bénéficié de services de santé reproductive fondamentaux en 2020. Les systèmes de soins de santé surchargés ont détourné des ressources vers la réponse au COVID-19, les services ont été réduits pour les traitements non essentiels, et de nombreuses femmes et filles ont tout simplement craint de se rendre dans un cabinet médical, une clinique ou un hôpital. Selon une enquête de Concern Worldwide, près de 37 % des femmes ont estimé qu'elles, ou d'autres membres de leur famille, ne pouvaient pas se rendre dans des établissements de santé en cas de besoin (contre un peu plus de 32 % des hommes). L'aspect le plus inquiétant est que plus de 68% des femmes ont déclaré que la COVID-19 était une raison de ne

10 Comment l'impact du COVID-19 sur les femmes et les filles frappe particulièrement fort | Concern Worldwide (consulté le 25 mars 2022)

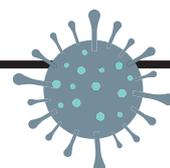
11 5 façons dont les femmes et les filles ont été le plus durement touchées par Covid-19 | Oxfam International (consulté le 10 mars, 2022)



pas chercher à se faire soigner à l'avenir. Cela suggère que les impacts négatifs de la pandémie peuvent affecter les comportements futurs ainsi que les tendances actuelles. D'autres études montrent que le plan de réponse humanitaire mondial pour COVID-19 n'incluait pas d'objectif spécifique axé sur la lutte contre la VBG pendant la pandémie ; les interventions et les services de première nécessité liés à la VBG sont les moins financés, recevant moins de 1% du financement des missions humanitaires mondiales avant et pendant la pandémie de COVID-19.



12 Projet Orchidée. 2020. Impacts de COVID-19 sur l'excision génitale féminine - une note de politique générale. (COVID_female_genital_cutting_FGC_policy_briefing_Orchid_Project_FINAL (1).pdf (reliefweb.int) cité le 23 mars 2022.





ÉTUDES DE CAS DE PAYS



Étude de cas pays 1 : GUINÉE

Situation de COVID 19 en Guinée

La Guinée a signalé son premier cas de coronavirus le 13 mars 2020. Le patient était un ressortissant belge travaillant pour la délégation de l'Union européenne en Guinée. Selon l'Organisation mondiale de la santé, du 13 mars 2020 au 22 avril 2022, la Guinée a confirmé 36 540 cas de coronavirus, parmi lesquels 441 personnes ont succombé au virus COVID-19. La majorité de la population touchée est constituée d'hommes âgés de plus de 55 ans, soit environ 65 % des cas positifs de coronavirus. Le gouvernement guinéen a vacciné environ 23,3 % de ses 13,7 millions d'habitants en utilisant environ 5 952 680

doses de vaccin contre le coronavirus. La pandémie a exacerbé la pauvreté des ménages dans un pays où 43,7 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. La majorité d'entre eux (75 %) vivent dans des zones rurales et dépendent principalement de l'agriculture de subsistance et d'emplois à faible productivité, notamment la vente ambulante et les travaux ménagers, surtout pour les femmes et les jeunes. Au niveau macroéconomique, la pandémie a fortement perturbé la croissance économique nationale, le produit intérieur brut (PIB) étant estimé à 18,00 milliards de dollars américains d'ici 2022.

Etat de la mise en œuvre du Protocole de Maputo en Guinée

Les femmes et les filles continuent de faire face à des défis permanents. En Guinée, l'avortement est illégal, sauf dans le cas où la vie de la mère est en danger et qu'il s'agit du principal moyen de la maintenir en vie. Dans les cas où l'avortement est pratiqué sur une femme pour toute autre raison, le prestataire est passible de quatorze ans d'emprisonnement en vertu de la loi, tandis que la femme qui se procure l'avortement est passible d'une peine de sept ans d'emprisonnement. En outre, il existe une forte prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Guinée. Kindia et Labe arrivent en tête et en deuxième position avec respectivement 98,4 % et 98,2 %.¹³ Nzerekore, situé dans le sud-est, présente la prévalence la plus faible, soit 84 %. Chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la prévalence des MGF est de 94,5 %. De manière globale, les MGF constituent le mode de vie des femmes guinéennes.

Le mariage des enfants est élevé en Guinée, où 51 % des filles sont mariées avant l'âge de dix-huit ans - ce qui signifie qu'une fille sur deux se marie avant l'âge de dix-huit ans. Ce mariage précoce se traduit par des abandons scolaires dans le pays, ce qui accroît l'écart d'alphabétisation entre les hommes

et les femmes. L'abandon scolaire équivaut à une éducation médiocre et à une tendance croissante au chômage. Le chômage fait que ces femmes restent à la maison, effectuant les tâches domestiques sans l'aide de leurs maris, qui travaillent pour la plupart dans le secteur privé, notamment les artisans. La Guinée a ratifié le protocole de Maputo en 2003. Cependant, l'état de son opérationnalisation et de son impact est catastrophique. Bien que la Guinée ait ratifié certaines sections du protocole de Maputo, il n'y a pas d'allocation budgétaire pour le plaidoyer et l'opérationnalisation des droits complets en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'état des droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Guinée

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive en tant que droit en Guinée est très difficile. Il existe des barrières structurelles, sociales et comportementales interconnectées qui empêchent les femmes et les adolescentes d'accéder aux contraceptifs. La peur individuelle des

13 28 Trop nombreux. (2022). Prévalence des MGF en Guinée : 94,5%. <https://www.28toomany.org/country/guinea/#:~:text=La%20prévalence%20de%20MGF%20parmi,les%20plusfaibles%20prévalence%20à%2084%25>.





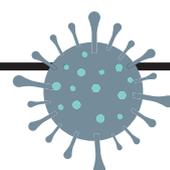
Effets secondaires, des coûts et de la désinformation fait partie des défis que la Guinée doit relever pour faire progresser les droits sexuels et reproductifs.¹⁴ En Guinée, la plupart des femmes et la société en général ont une théorie du complot selon laquelle les contraceptifs et la PF ont des effets négatifs, contribuant notamment aux tendances élevées de l'infertilité. Ainsi, les femmes et les adolescentes craignent d'adopter des méthodes différentes. En outre, les structures interpersonnelles ou familiales constituent des obstacles majeurs à l'accès des femmes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. En Guinée, les lois coutumières dictent que les hommes prennent les décisions familiales et que les femmes n'ont aucun droit sur leur corps. Par exemple, les femmes ne peuvent pas décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent, et l'intervalle entre les naissances entraîne une fécondité élevée et des familles nombreuses. Traditionnellement en Guinée, il est tabou de parler de sexualité, ce qui rend les femmes, surtout les analphabètes qui sont majoritaires, réticentes à adopter la contraception et la planification familiale. Enfin, l'attitude des prestataires et la proximité géographique des services créent des obstacles structurels qui empêchent les femmes d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive adéquats. Les prestataires de services de santé ont des attitudes négatives envers les femmes qui cherchent des contraceptifs dans les différents centres de santé, les considérant comme immorales et engagées dans la prostitution. Les centres de santé sont éloignés, ce qui décourage les femmes et les filles de faire appel aux services de santé en raison des coûts de transport supplémentaires encourus et du temps passé, ainsi que du manque de fiabilité du fonctionnement des services à l'arrivée.

Malgré les efforts déployés pour améliorer l'accès

au planning familial, les taux de prévalence de la contraception chez les jeunes et les adolescents sont maigres en Guinée. Le gouvernement ne dispose pas de stratégies cohérentes et dotées de ressources pour fournir des produits et services de contraception et de planification familiale, notamment des préservatifs féminins. Par conséquent, une femme mariée sur trois âgée de 20 à 49 ans est enceinte, tandis que de nombreuses adolescentes de 15 à 18 ans sont enceintes ou ont interrompu leur grossesse. Au cours de la période COVID-19, entre mars 2020 et décembre 2021, la Guinée a enregistré une flambée des grossesses non planifiées/non désirées. Selon le ministère guinéen de la sécurité intérieure, la Guinée a enregistré une augmentation de 50 % des interruptions illégales de grossesse, passant de 1743 en 2019 à 3455 en 2020¹⁵, soulignant les liens potentiels entre la pandémie et l'état de la santé sexuelle et reproductive.

Dans les zones rurales de Guinée, 40 % seulement des femmes effectuent au moins quatre visites de soins prénatals pendant leur grossesse, contre 71 % dans les zones urbaines.¹⁶ Par conséquent, peu de femmes des zones rurales accouchent dans des centres de soins et sous les soins de prestataires de soins formés. Dans les zones rurales, la plupart des femmes affirment que l'indisponibilité des centres de soins dans leur environnement est à l'origine de la frustration des femmes enceintes qui se rendent aux services de soins prénatals. Les centres de soins sont inaccessibles pour les habitants des zones rurales, qui doivent parcourir des kilomètres, ce qui entraîne des coûts élevés et non remboursables, car 70 % de cette population vit dans une pauvreté absolue. Cette situation est aggravée par le manque d'avortement accessible et sûr, compte tenu des nombreuses exigences auxquelles les femmes doivent satisfaire pour subir la procédure, ce qui

- 14 Dioubaté, N., Manet, H., Bangoura, C., Sidibé, S., Kouyaté, M., Kolie, D., ... & Delamou, A. (2021). Barrières à l'utilisation de la contraception chez les adolescents et les jeunes urbains de Conakry, Guinée. *Frontiers in Global Women's Health*, 2, 42.
- 15 Baker, T. (2020). Après le choc du COVID-19 : Accès refusé La grossesse des adolescentes menace d'empêcher un million de filles à travers l'Afrique subsaharienne de retourner à l'école. *World Vision International*, 2020-08.
- 16 La Banque mondiale. (2019). Améliorer le capital humain par la santé maternelle en Guinée : Des solutions locales pour des problèmes locaux. <https://www.world-bank.org/en/news/feature/2019/05/21/improving-human-capital-through-maternal-health-in-guinea-local-solutions-for-local-problems#:~:text=%E2%80%9D%20she%20says,-,Guinea%20has%20particulièrement%20worrying%20maternal%20and%20child%20health%20indicators%20in,giving%20birth%20in%20health%20facilities>.





augmente l'approvisionnement en avortements à risque. En Guinée, l'accès des femmes mariées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs est encore plus difficile car elles ne peuvent pas prendre de décisions indépendantes en matière de santé reproductive. Les femmes dépendent des décisions de leurs maris concernant leur naissance et leur santé reproductive. Par exemple, les femmes mariées guinéennes ne peuvent pas décider de recourir à la contraception sans l'approbation de leur époux.

Les femmes sont vulnérables aux risques de maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH et le SIDA. Bien que la Guinée semble avoir fait des progrès significatifs dans la réduction des cas de VIH/SIDA dans le pays (0,8 pour cent de cas de VIH chez les femmes contre 1,4 en 2000), les données disponibles montrent une augmentation de l'incidence de la gonorrhée et de la syphilis dans le pays. Par ailleurs, à travers le pays, y compris à Conakry, de nouvelles vagues de VBG contre les femmes ont été observées pendant la pandémie du COVID 19. Les rapports de diverses organisations de défense des droits de l'homme indiquent que 8 femmes sur 10 en Guinée subissent ou ont déjà subi du harcèlement sexuel ou des abus physiques et verbaux, y compris des viols.¹⁷

Réponse de l'Etat à la situation du COVID 19 en Guinée

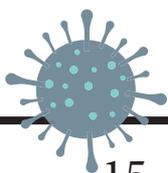
Comme la plupart des pays du monde, la Guinée a réagi à la situation du COVID-19 en fermant les espaces publics, notamment les lieux de travail, les écoles et les frontières internationales, afin de freiner la propagation du coronavirus. À partir du 23 mai 2020, le gouvernement guinéen a exigé des certificats COVID-19 négatifs donnés dans les dernières 72 heures pour entrer dans le pays. En faisant appel à la police, le gouvernement a instauré des couvre-feux et des fermetures avec des points de contrôle tenus par la police entre les États et les villes. Ces fermetures et ces restrictions de mouvement ont créé des tensions et ont souvent débouché sur des protestations ouvertes, les citoyens affirmant que la police les utilisait pour extorquer la population. Les personnes quittant

Conakry pour se rendre dans les régions devaient être munies d'un certificat de test PCR négatif ou d'un certificat de vaccination COVID-19. Le port du masque est obligatoire ainsi que la distanciation sociale et le lavage des mains à l'entrée et à la sortie des établissements publics et privés. Les personnes ne portant pas de masque sont passibles d'une amende de 30 000 GNF. Les autorités guinéennes maintiennent des postes de contrôle de la police et des milices locales sur l'ensemble du territoire.¹⁸ En outre, le ministère de la Culture, du Tourisme, de l'Artisanat et de la Santé a encouragé les civils à adopter des remèdes locaux pour combattre le COVID-19 en utilisant la vapeur et l'eau chaude citronnée. Cette dernière mesure a été adoptée pour pallier les insuffisances du système de santé à traiter les cas de COVID 19, en particulier chez les pauvres des zones rurales, tout en légitimant les pratiques de santé traditionnelles qui prévalent chez eux.

Effets des mesures de lutte contre le COVID 19 sur la vie des femmes en Guinée La fermeture des espaces publics, notamment des écoles et des lieux de travail, a eu des effets négatifs sur les personnes et les ménages. Elle a entraîné la détérioration de diverses entreprises, de l'emploi et des systèmes de subsistance, la majorité de la population étant obligée de rester à la maison. Le résultat immédiat de ce maintien à la maison a été l'augmentation de la charge de travail des femmes, qui portent habituellement le fardeau des tâches ménagères. Les restrictions de mouvement imposées par les fermetures d'établissements, les fermetures d'écoles et les mesures prises sur les lieux de travail ont directement affecté la capacité des femmes à se déplacer et à agir, tout en augmentant les attentes et les responsabilités des ménages. Les mesures de contrôle de la pandémie ont eu un impact négatif sur les réseaux sociaux qui fournissent un soutien psychosocial et une solidarité aux femmes en interdisant les différentes occasions, événements et pratiques, y compris les mariages, qui fournissent des plateformes d'interaction. En conséquence, des preuves anecdotiques suggèrent que les femmes sont plus stressées,

17 Africanews. (2017). Les violences sexistes en hausse en Guinée [The Morning Call]. <https://www.africanews.com/2017/01/18/gender-based-violence-on-the-rise-in-guinea-the-morning-call/#:~:text=Guinée%2C%20Conakry%20est%20dealing%20with,workplace%20sexual%20harassment%20and%20rape>.

18 [Coronavirus - Guinea travel advice - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk/coronavirus-travel-advice-guinea) (21 Mars 2022)





fatiguées et victimes de violence émotionnelle, tandis que les grossesses chez les adolescentes et les grossesses non planifiées chez les femmes adultes ont augmenté en raison des restrictions. Cela est confirmé par des données réelles, qui montrent que, pour la seule fin de l'année 2020, la Guinée a connu une augmentation de 4,6 % des naissances, passant de 375 432 enfants en 2019 à 392 702 nouveaux-nés au 31 avril 2021.¹⁹

En outre, les mesures COVID-19 ont également été liées à l'augmentation des cas de VIH/SIDA et d'IST signalés dans le pays. Le taux de mortalité maternelle s'élevait à 576 pour 100 000 naissances vivantes, contre 400 pour 100 000 naissances²⁰. L'augmentation des décès maternels signalés démontre les effets du détournement de l'attention du gouvernement guinéen vers la lutte contre le coronavirus, en oubliant d'autres éléments indispensables, notamment l'amélioration de la sécurité des accouchements. Au milieu de tous ces effets, les mesures COVID-19 ont augmenté les taux de VBG en raison de l'intensification des interactions étroites, des tensions et des éruptions entre les membres du foyer.

COVID 19, le protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Afrique

Le protocole de Maputo soutient l'idée de la santé sexuelle et reproductive et garantit que les femmes jouissent pleinement de leurs droits sans interférence de leurs homologues masculins ou même des lois coutumières. Le protocole de Maputo préconise une intégration totale des lois statutaires, donnant aux femmes et aux filles une chance égale de rivaliser favorablement avec leurs homologues masculins. La stratégie du gouvernement guinéen consistant à creuser des puits pour permettre aux femmes de se maintenir en bonne santé et de réduire les taux d'infections sexuelles et génésiques. Par exemple, le gouvernement a creusé plus de 1 000 puits dans différentes régions pour améliorer l'accès à l'eau,

à l'assainissement et à l'hygiène (WASH).²¹ Les différents acteurs doivent amplifier les liens entre les différents secteurs, les formes d'exclusion et les privations dont sont victimes les femmes, afin d'atténuer l'impact de COVID 19 sur la santé et les droits des femmes en général. C'est l'esprit du protocole de Maputo, qui conçoit les droits des femmes de manière holistique et intersectionnelle.

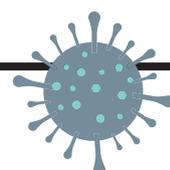
La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre du COVID 19 en Guinée

Bien qu'il n'y ait pas d'approche explicite des droits en matière de santé sexuelle et reproductive pendant cette pandémie de COVID-19 en Guinée, il existe d'autres mesures que le gouvernement a prises pour mieux bénéficier aux femmes et aux filles. Une stratégie essentielle pour la santé sexuelle et reproductive pendant et après la pandémie de COVID-19 consiste à fournir gratuitement du matériel pédagogique aux étudiants et à construire de nouvelles salles de classe pour faciliter l'accès des filles et des garçons à l'éducation. Selon l'UNICEF, la plupart des filles qui abandonnent l'école invoquent le manque de frais de scolarité et de matériel pédagogique comme principale raison d'abandonner leurs études. Par conséquent, le gouvernement, en veillant à ce qu'il y ait suffisamment de matériel pédagogique dans les différentes institutions, augmentera l'alphabétisation des femmes et rendra ainsi opérationnel le protocole de Maputo. Le plan de mise à disposition de matériel pédagogique et de construction de salles de classe supplémentaires s'aligne sur l'objectif de la SDRS d'accroître l'alphabétisation et les connaissances en matière de santé parmi les femmes de la communauté. Par conséquent, le fait que les femmes soient éclairées signifie qu'elles sont de plus en plus conscientes de leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique pour défendre et résister aux différentes formes de violence sexuelle et aux protections juridiques pertinentes.

19 UNICEF. (2021). COVID-19 : Une catastrophe pour les enfants d'Afrique sub-saharienne <https://www.unicef.org/esa/media/7626/file/COVID-19-A%20Catastrophe-for-Children-in-SSA.pdf>.

20 Knoema. (2021). Guinée- Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée). <https://knoema.com/atlas/Guinea/topics/Health/Health-Status/Maternal-mortality-ratio>.

21 Centres de contrôle et de prévention des maladies. (2021). Accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène. https://www.cdc.gov/healthywater/global/wash_statistics.html.





Etude de cas pays 2 : Liberia

Situation du COVID 19 au Libéria

Le Liberia a signalé le premier cas de COVID-19 le 16 mars 2020. Le virus a été détecté à Monrovia avant de se propager sporadiquement à d'autres endroits. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le Liberia a enregistré 7 432 cas de COVID-19 et 294 décès au 20 avril 2022. En outre, au 31 mars 2022, 1 208 041 vaccins avaient été administrés.²² Au 21 avril 2022, le pays avait administré 2 201 300 doses de vaccin COVID-19, soit 22,3 % de la population libérienne, en supposant que chaque personne ait reçu deux doses. ²³ La tendance du

COVID-19 en termes d'infection est constante depuis le début de la pandémie. Au 31 juillet 2020, le Liberia a enregistré 410 femmes, 779 hommes et 102 enfants positifs au COVID-19 à partir d'un échantillon de 1 189 personnes.²⁴ La tendance à la positivité concerne les individus de toute l'échelle économique, mais ceux des zones périurbaines ou des bidonvilles, notamment Slipway, Brewerville, West Point, Sonewein et Sinkor, comptent pour le nombre le plus important en raison des situations d'encombrement.

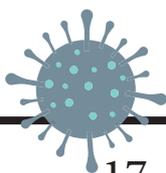
État de la mise en œuvre du protocole de Maputo au Liberia

Le Liberia a ratifié des protocoles fondamentaux en matière d'égalité des sexes et de droits des femmes, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo). L'âge du mariage au Liberia reste fixé à dix-huit ans pour les filles. De plus, malgré la ratification de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1984, le Liberia doit encore l'incorporer dans sa législation, ce qui la rend non justiciable devant les tribunaux libériens. La coalition de la Campagne reste pertinemment préoccupée par les tendances continues de violations des droits des femmes dans le pays, à commencer par l'inégalité de statut au sein de la famille, la persistance de lois discriminatoires, l'accès limité à l'emploi, à

l'éducation, à la violence contre les femmes, aux services de santé et aux postes de décision. Les systèmes juridiques du Liberia se composent de lois coutumières et statutaires. Les dispositions discriminatoires des lois statutaires incluent le fait que les femmes mariées ne sont pas autorisées à comparaître devant les tribunaux traditionnels sans être accompagnées de leur mari, que les femmes n'ont pas le droit de garde des enfants ni l'autorité parentale, et que la polygamie est autorisée par le droit coutumier alors qu'elle est interdite par la loi statutaire.

Cependant, les Libériens ont pris des mesures louables pour traduire le protocole de Maputo en politiques et actions opérationnelles. Selon la Wiki Gender Organization, le Liberia a promulgué en 2008 la loi sur la violence sexiste et

-
- 22 Organisation mondiale de la santé. (2022) Amélioration de la réponse alors que le Libéria fête les deux ans du premier cas de COVID-19. <https://www.afro.who.int/countries/liberia/news/improving-response-liberia-marks-two-years-first-covid-19-case>.
- 23 Reuters. (2022) Liberia. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/liberia/>.
- 24 UNICEF. (2020). UNICEF Liberia COVID-19 Rapport de situation. <https://www.unicef.org/media/82496/file/Liberia-COVID19-SitRep-31-July-2020.pdf>.





sexuelle (GSBVA)²⁵. La GSBVA prévoit la création d'un tribunal spécialisé pour juger les affaires de violence sexuelle, donnant ainsi aux femmes la possibilité d'obtenir justice en cas d'agression. De plus, la promulgation en 2006 d'une loi sur le viol, qui inclut le viol conjugal dans la définition du viol, est une autre étape cruciale que le gouvernement libérien a franchie dans le cadre du protocole de

Maputo. Enfin, l'élection d'Ellen Johnson-Sirleaf à la présidence en 2005, faisant du Liberia le premier pays africain à élire une femme présidente, fait partie des nombreuses empreintes du protocole de Maputo. À ce jour, bien qu'il ait eu une femme présidente entre 2006 et 2018, le Liberia fait toujours partie des trois pays d'Afrique de l'Ouest qui n'ont pas encore rendu les MGF illégales²⁶.

L'état des droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Libéria

Le Liberia a une population jeune, avec environ 50 % de moins de 25 ans.²⁷ Indépendamment de leurs besoins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, les femmes et les filles se heurtent à plusieurs obstacles découlant de la nature patriarcale de la communauté, des ménages et du gouvernement. Les hommes sont dominants en matière de sexualité, ce qui empêche leurs épouses d'adopter les différentes techniques de planification familiale. Le manque d'informations sur les diverses méthodes contraceptives est le premier défi. La peur et les mythes sur les effets secondaires des contraceptifs sont d'autres obstacles qui empêchent les femmes de jouir de leurs droits SDSR. La perception de l'infertilité, la honte et la crainte d'être condamnées pour l'utilisation d'une méthode et le refus du conjoint font partie des nombreuses entraves qui dissuadent les femmes d'adhérer aux DSSR. Enfin, la position dans la société, les attentes liées au genre et la dynamique du pouvoir économique constituent un obstacle à l'accès aux SDSR.

Au Liberia, les femmes en âge de procréer représentent environ 23 % de la population totale du pays, soit 5,1 millions de personnes, les hommes étant les principaux décideurs en matière de planification familiale. Le taux de croissance démographique

reste de 2,1 %, avec un taux de fécondité de 4,6 % et un taux de grossesse chez les adolescentes de 38 %.²⁸ Les complications liées à la grossesse et à la procréation restent la principale cause de mortalité et d'invalidité chez les femmes en âge de travailler. Le nombre limité de prestataires de soins de santé qualifiés, la difficulté d'accès géographique due à l'inaccessibilité des terrains et au mauvais état des routes, ainsi que l'insuffisance des installations logistiques liées à la violence basée sur le genre, sont courants au Liberia et contribuent à la faiblesse des services de santé sexuelle et reproductive. De plus, les pratiques traditionnelles néfastes et les niveaux élevés de pauvreté contribuent de manière significative à la morbidité et à la mortalité néonatales et maternelles inacceptables. L'UNFPA fournit un soutien financier et technique au gouvernement libérien par l'intermédiaire du ministère de la Santé, en partenariat pour réduire la mortalité néonatale et maternelle, qui s'élève à 1072 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde²⁹.

Le Liberia améliore constamment l'accès des femmes aux contraceptifs. Sur un million de femmes en âge de procréer, 31% souhaitent espacer ou retarder leurs grossesses mais n'utilisent aucune forme de contraception, souvent en raison de l'inaccessibilité³⁰. Plus d'un quart des filles

25 Wiki Gender Organization. (2022). L'Afrique pour les droits des femmes : Liberia. <https://www.wikigender.org/wiki/africa-for-womens-rights-liberia/>.

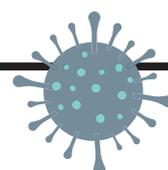
26 Le projet Borgen. (2022). Ongoing Harm: Female Genital Mutilation in Liberia. <https://borgenproject.org/female-genital-mutilation-in-liberia/#:~:text=Liberia%20is%20one%20of%20three,girls%20and%20women%20by%20U.N.>

27 Kpangbala, N.N., 2020. Obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes au Liberia.

28 FNUAP. (2022) Santé sexuelle et reproductive. <https://liberia.unfpa.org/en/topics/sexual-reproductive-health-14>.

Ibid., 1.

Initiative d'accès à la santé de Clinton. (2015) améliorer l'accès aux contraceptifs au





âgées de 15 à 19 ans sont déjà mères, un processus risqué dans le pays compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle. Ces faits dictent un besoin urgent d'améliorer l'accès aux contraceptifs modernes. Avec une population de 5,1 millions d'habitants, environ 1,5 % de la population âgée de 15 à 49 ans vit avec le VIH/SIDA. Même si ce pourcentage semble faible, il équivaut à 47 000 personnes vivant actuellement avec le VIH, dont 3 600 enfants.³¹ Bien que le pourcentage de VIH/SIDA soit plus faible que dans les pays voisins, le pays a du mal à mettre en place des plans de traitement, à éduquer les gens sur la maladie et à éradiquer la stigmatisation qui pourrait empêcher la propagation. Plus de 33 % des Libériens vivant avec le VIH/SIDA reçoivent une thérapie antirétrovirale (TAR), un médicament quotidien qui réduit le niveau de VIH dans l'organisme³². D'ici 2020, 90 % des Libériens connaîtront leur statut sérologique, une avancée importante en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs.

Réponse de l'État à la situation du COVID 19 au Liberia

Le gouvernement libérien a pris des mesures essentielles pour gérer le COVID-19. Le pays a pris des mesures prudentes pour combattre le virus, notamment en appliquant la règle du port obligatoire d'un masque, en améliorant la surveillance et les tests, et en procédant à une vaccination rapide. L'Organisation mondiale de la santé souligne en outre que le gouvernement libérien a déclaré des mesures de confinement dans les pays enregistrant des cas de positivité élevés, notamment l'Italie et le Canada, entre autres.³³ Le gouvernement a également encouragé les gens à minimiser les interactions et à travailler à domicile, dans la mesure du possible.

Effets des mesures de contrôle de COVID 19 sur la vie des femmes au Liberia

Le Liberia est l'un des pays les plus pauvres d'Afrique de l'Ouest, avec plus de 40,9 % de sa population vivant dans une pauvreté absolue, avec un revenu inférieur à 1,9 dollar par jour. Au 13 mai 2021, le Liberia a enregistré 2 125 cas de COVID-19³⁴. En conséquence, les protocoles du gouvernement visant à endiguer la menace du COVID-19 ont eu un impact significatif sur les femmes, les filles et les enfants du Liberia. La fermeture des écoles a eu pour conséquence que les femmes ont dû effectuer des tâches ménagères supplémentaires. La réduction des profits des femmes d'affaires est un autre impact régressif du virus. En outre, la demande sociale pour que les mères s'occupent des membres malades de leur famille a augmenté leurs chances de contracter le virus COVID-19. La vulnérabilité des mères reflète les dangers auxquels les enfants sont confrontés. La fermeture des écoles a également entraîné une augmentation des grossesses chez les adolescentes et des complications à la naissance qui en découlent, car le gouvernement a changé son fusil d'épaule et s'est concentré sur l'éradication du COVID-19 dans le pays. En raison des grossesses chez les adolescentes, le taux d'abandon scolaire au Liberia est passé d'environ 5,3 % à 6,1 %. La violence sexuelle et la violence liée au sexe ont augmenté en raison du temps que les couples passaient ensemble après les couvre-feux et les directives de travail à domicile.

COVID 19, le Protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Afrique

Le gouvernement libérien et d'autres parties

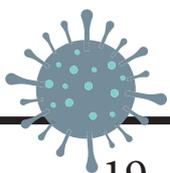
Libéria. <https://www.clintonhealthaccess.org/blog-post-liberia-contraceptives/>.

31 Le projet Borgen. (2021). A Closer Look at HIV/AIDS in Liberia. <https://borgenproject.org/hiv-aids-in-liberia/#:~:text=Avec%20une%20population%20de%205.1,au%20Liberia%2C%20incluant%203%2C600%20enfants.>

32 Ibid., 1.

33 Organisation mondiale de la santé. (2022) Amélioration de la réponse alors que le Liberia marque les deux ans du premier cas de COVID-19. <https://www.afro.who.int/countries/liberia/news/improving-response-liberia-marks-two-years-first-covid-19-case#:~:text=In%20the%20two%20years%20since,to%20help%20control%20the%20pandemic.>

34 Institut de recherche sur les politiques sociales. (2021) *Liberia*. <https://springlobal.org/portfolio/liberiacyd/>.





prenantes ont veillé à ce que les femmes soient représentées dans la planification de la réponse à la COVID-19 et dans la prise de décision. Les données recueillies dans différents secteurs, notamment les interventions d'urgence et la planification économique, montrent que les décisions qui excluent les femmes sont moins efficaces. Le ministère de la Santé du gouvernement libérien et l'UNICEF ont lancé un programme visant à fournir des serviettes hygiéniques gratuites aux groupes marginalisés, notamment aux filles des zones périurbaines et rurales dont les capacités économiques sont faibles. Le gouvernement libérien a également mis les intérêts des adolescents et des femmes au premier plan en distribuant gratuitement des contraceptifs, y compris des préservatifs. La distribution de ces produits gratuits vise à réduire les grossesses non désirées non seulement chez les jeunes filles mais aussi chez les femmes mariées. Le gouvernement peut amplifier ces liens en employant davantage de professionnels de la santé et en rapprochant les services de santé des civils. Le gouvernement libérien devrait créer un budget pour la mise en place de cliniques mobiles afin d'éduquer les femmes et les jeunes filles sur l'importance du planning familial et de l'adoption d'autres contraceptifs et sur leurs avantages socio-économiques.

La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre de COVID 19 au Liberia

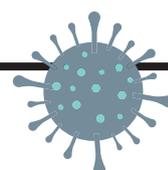
Sous la direction de George Weah, le gouvernement libérien construit de nouveaux établissements de santé et agrandit ceux qui existent déjà, afin de contrer les pandémies actuelles et futures. Selon l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, les femmes rurales sont confrontées à des contraintes plus importantes que les hommes pour accéder aux ressources productives, aux technologies, aux services, aux marchés, aux institutions locales et aux actifs financiers, ce qui contribue à l'inefficacité socio-économique.³⁵ La décision du gouvernement libérien d'étendre ses secteurs de soins de santé est un effort raisonnable

qui rime avec la disposition relative aux SDSR. Elle garantira la santé reproductive des femmes et des filles grâce à un accès rapide aux établissements de soins et à des services de premier ordre. En conséquence, les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles diminueront considérablement. En outre, le Liberia a fait des pas importants vers la réalisation du protocole de Maputo. La politique nationale révisée sur le genre de 2018, la loi sur les relations domestiques, la loi sur les enfants du Liberia de 2011, la loi pénale du Liberia, la politique nationale sur l'éducation des filles, la loi sur le viol et le projet de loi sur la violence domestique de 2019 font partie des nombreuses politiques que le Liberia a adoptées pour s'aligner sur le protocole de Maputo et garantir la souveraineté des petites filles. Jusqu'à présent, il existe des lacunes dans la mise en œuvre des lois et politiques du protocole de Maputo. Par exemple, il n'existe que sept foyers d'accueil dans sept des quinze comtés de la République du Libéria.³⁶ En outre, les tribunaux libériens déçoivent l'exécutif en ce qui concerne la protection initiale des femmes et des filles dans la société. Statistiquement, seuls 2 % de tous les cas de violences sexuelles et sexistes aboutissent à une condamnation. ³⁷ En outre, malgré l'existence de l'unité de lutte contre la VBG au sein du ministère, il n'y a pas d'allocation budgétaire pour faciliter le suivi et la mise en œuvre efficaces des projets de lutte contre la VBG, ce qui souligne le caractère périphérique de son travail dans le pays.

35 Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2020) *Gendered Impacts of COVID-19 and Equitable Policy Responses in Agriculture, Food Security and Nutrition*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CA9198EN.pdf>.

36 Girls Advocacy Alliance. (2021). *Les OSC libériennes lancent un tableau de bord sur les performances du gouvernement dans la mise en œuvre du protocole de Maputo*. <http://fawe.org/girlsadvocacy/2019/08/28/liberian-csos-launch-scorecard-on-governments-performance-in-domestication-of-maputo-protocol/>.

Ibid., 1.





Etude de cas pays 3 : Mozambique

Situation du COVID 19 au Mozambique Le Mozambique a déclaré son premier cas de COVID-19 le 22 mars 2020 à Maputo, la capitale. Le professeur Armindo Tiago, ministre de la Santé, a signalé ce premier cas de COVID-19. Le patient était un homme de 75 ans qui avait voyagé depuis le Royaume-Uni le 20 mars 2020.³⁸ Depuis le début de la pandémie, le Mozambique a enregistré 225 351 infections et 2 201 décès liés au coronavirus. Le Mozambique a administré jusqu'à présent environ 27 843 440 doses de vaccin COVID-19.³⁹ Si chaque personne a besoin de deux doses, environ 45,8 % de la population du Mozambique a été vaccinée. Au cours de la dernière semaine de mars 2022, le Mozambique a signalé une moyenne de 123 026 doses quotidiennes, ce qui se traduit par une augmentation de 10 % de la vaccination en 50 jours. À la fin du mois de mars 2022, le Mozambique a enregistré zéro cas d'infection à partir de ses échantillons.

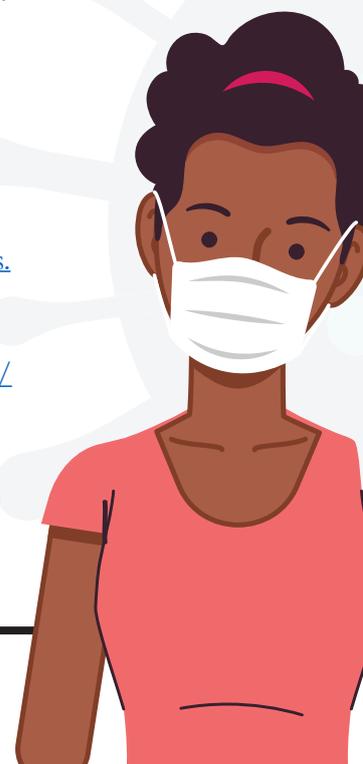
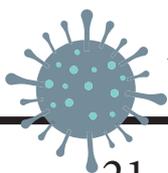
Le Mozambique compte 32 827 883 habitants, dont l'âge médian est de 17,6 ans⁴⁰. Les personnes de plus de 60 ans semblent être la catégorie la plus touchée par le COVID-19. Les personnes âgées

représentent 5 % de la population mozambicaine, et 2,1 % d'entre elles ont été atteintes du COVID-19.⁴¹ Ainsi, près de la moitié de la population âgée a contracté la maladie, créant un énorme fardeau de dépendance pour les ménages, les communautés et le gouvernement du Mozambique. En conséquence, le pays a connu en 2020 la première récession économique depuis près de trois décennies en raison de la pandémie de coronavirus. Entre 2022 et 2024, la croissance économique devrait augmenter de 5,5 % grâce au projet de production de gaz naturel.⁴² En 2021, le PIB du Mozambique était de 14,30 milliards de dollars et devrait atteindre 17 milliards de dollars d'ici l'exercice 2022.

État d'avancement de la mise en œuvre du protocole de Maputo

Le Mozambique a fait d'énormes progrès vers l'adoption du protocole de Maputo. En 1997, le Mozambique a réformé la loi foncière, entérinant le fait que tous les Mozambicains, quel que soit leur sexe, ont le droit d'utiliser la terre. Grâce à cette loi, 25 % des femmes mozambicaines possèdent des titres de propriété et des droits d'utilisation des terres, ce qui constitue une étape importante et une victoire pour les femmes.⁴³ Le gouvernement du Mozambique a également encouragé l'éducation des filles en améliorant l'accès à l'école pour tous,

-
- 38 World Health Organization. (2020) *A Case of COVID-19 Confirmed in Mozambique*. <https://www.afro.who.int/news/world-health-organization-case-covid-19-confirmed-mozambique#:~:text=Maputo%20%2D%2022%2C%20March%202020%20%2D,the%20virus%20in%20United%20Kingdom>.
- 39 Reuters. (2022) *Mozambique*. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/mozambique/>.
- 40 Worldometer. (2022) *Mozambique Population Live*. <https://www.worldometers.info/world-population/mozambique-population/>.
- 41 Global Citizen. (2022) *How COVID-19 is Impacting Elderly People in Mozambique Who Are Still Recovering From Cyclone Idai*. <https://www.globalcitizen.org/en/content/covid-19-elderly-people-mozambique-help-age/>.
- 42 The World Bank. (2020) *Mozambique Overview*. <https://www.worldbank.org/en/country/mozambique/overview#1>.
- 43 The Borgen Project. (2022) *Women's Rights in Mozambique : A Work in Prog*





ce qui a entraîné une augmentation du taux de scolarisation des filles, qui est passé de 3 millions en 2002 à 4,1 millions en 2006. À l'heure actuelle, 94 % des filles mozambicaines s'inscrivent dans des écoles primaires, mais seulement 11 % poursuivent leurs études dans l'enseignement secondaire⁴⁴.

En outre, seul un pour cent de cette population fréquente l'université, ce qui confirme l'affirmation selon laquelle le taux d'analphabétisme est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes au Mozambique. Les femmes représentent 80 % de la population pauvre du Mozambique. Le gouvernement mozambicain a gagné la guerre contre les mutilations génitales féminines (MGF), en ne signalant aucun cas depuis près d'une demi-décennie. Jusqu'à présent, le Mozambique a connu l'un des taux de mariage d'enfants les plus élevés, une fille sur deux se mariant avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans, comme le stipule la Constitution.⁴⁵ Il existe une énorme disparité entre les hommes et les femmes sur le lieu de travail. Selon la Banque mondiale, seuls 6 % des femmes sont salariées, contre 24 % des hommes⁴⁶. L'emploi salarié privé penche en faveur des hommes, et seuls 33% sont orientés vers les secteurs de la fabrication, de l'exploitation minière et de la construction, traditionnellement dominés par les hommes. De plus, 63% des femmes dans le secteur informel sont sous-payées, et la responsabilité domestique repose uniquement sur les femmes puisque la société adopte les lois coutumières au lieu des lois statutaires.

État des droits en matière de santé sexuelle et génésique au Mozambique

L'état des droits en matière de santé sexuelle et génésique au Mozambique est très progressif, avec un mouvement robuste vers la maximisation de la gamme complète de droits et de services.⁴⁷ Cependant, plusieurs obstacles entravent ce mouvement. Les mécanismes de communication et de soutien entre les victimes de violences sexuelles et les centres de soins les plus proches pour obtenir des informations sur la contraception sont insuffisants. Le manque de professionnels de la santé sexuelle et reproductive est un autre défi auquel les femmes mozambicaines sont confrontées lorsqu'elles se rendent dans les différents centres de soins. Par exemple, les travailleurs de la santé ne sont pas suffisamment formés et donnent parfois à leurs clientes des informations erronées sur la méthode de PF la plus appropriée à leur corps, ce qui peut s'avérer désastreux pour la santé des femmes et les amener à adopter une attitude négative envers la PF et la contraception. Les membres de la société stigmatisent fortement la PF et la contraception, ce qui fait que les femmes craignent de les adopter. Enfin, les lois coutumières qui font des hommes les principaux décideurs en matière de santé reproductive constituent un autre défi, ne laissant aux femmes aucune liberté sur leur corps. Les femmes handicapées sont confrontées à des obstacles croisés dans l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, car le gouvernement mozambicain ne dispose d'aucune stratégie officielle pour garantir que les femmes vivant avec un handicap jouissent de leurs droits en la matière.

Au Mozambique, le gouvernement et ses partenaires ont pris des mesures importantes pour

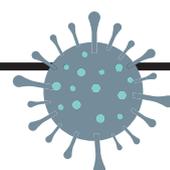
ress. <https://borgenproject.org/womens-rights-in-mozambique/#:~:text=In%20modern%2Dday%20Mozambique%2C%20the,a%20big%20win%20for%20women.>

44 Ibid., 1.

45 UNICEF. (2022) Mariage précoce au Mozambique. <https://www.unicef.org/mozambique/en/child-marriage-mozambique#:~:text=French-,Mozambique%20has%20une%20des%20taux%20de%20mariage%de%20enfants,et%20sud%20Africaine%20sous%2Dégion>

46 La Banque Mondiale. (2021) Il est temps de prendre des mesures audacieuses pour faire progresser la parité entre les sexes au Mozambique.. <https://www.worldbank.org/en/news/opinion/2021/03/08/time-for-bold-action-to-advance-gender-parity-in-mozambique#:~:text=Only%206%20percent%20of%20women,mining%2C%20manufacturing%2C%20and%20construction.>

[Mozambique - progress on sexual and reproductive health despite overwhelming odds | Euro RH/FP Tracker Countdown 2030 Europe](#) (accessed Mar. 22nd 2022)

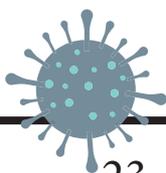




a améliorer les services et les expériences de PF au cours de la dernière décennie. Le gouvernement s'est associé à différentes parties prenantes, a formé des prestataires de santé et a encouragé l'utilisation de contraceptifs réversibles à action prolongée (LARC) dans le pays. L'accès aux services de contraception est élevé au Mozambique, même si la plupart des femmes n'adoptent pas les différentes méthodes de PF. Quatre-vingt-trois pour cent des femmes reconnaissent que les centres de santé sont accessibles, ce qui témoigne d'un taux de satisfaction élevé pour les services de contraception.⁴⁸ Le Mozambique connaît des taux élevés de grossesse chez les adolescentes. Les recherches indiquent que 38 % des adolescentes ont donné naissance à un enfant vivant, ce qui fait que le Mozambique a le taux de fécondité des adolescentes le plus élevé des pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe.⁴⁹ En octobre 2019, le Mozambique a introduit la loi n° 19/2019, qui rend illégal le fait de se marier ou de constituer une union avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans, comme l'une des stratégies visant à lutter contre les tendances croissantes du mariage des adolescents, selon lesquelles plus de 50 % des filles mineures sont mariées. En outre, depuis 2014, les femmes mozambicaines ont le droit à l'avortement légal, une stratégie visant à garantir et à élargir l'accès

des femmes à des soins d'avortement sûrs.⁵⁰ Bien que l'avortement soit légal, la plupart des femmes et des adolescentes envisagent d'autres méthodes d'avortement dangereuses pour mettre fin à leur grossesse, ce qui illustre les taux élevés de mortalité maternelle dans le pays. Les femmes sont également confrontées à un autre défi concernant le dilemme entre le droit coutumier et le droit légal. Les hommes restent les seuls décideurs en matière de santé reproductive dans les familles. Les femmes ne peuvent pas décider ou prendre des décisions en matière de PF sans l'approbation des hommes, un incident qui élucide les trajectoires inclinées des familles ayant de nombreux enfants et incapables de subvenir entièrement à leurs besoins. Le Mozambique connaît un taux de mortalité maternelle de 520 pour 100 000 naissances vivantes, supérieur à la moyenne mondiale de 400 pour 100 000 naissances vivantes.⁵¹ Les IST augmentent le risque de contracter le VIH. Au Mozambique, 7 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont des IST, soit 2 % de plus que leurs homologues masculins.⁵² Les femmes sont plus vulnérables au VIH et aux IST parce qu'elles ne peuvent pas prendre de décisions en matière de reproduction sexuelle et en raison des mariages polygames. En outre, une femme sur trois est victime de violences sexistes.⁵³

- 48 Galle, A., Vermandere, H., Griffin, S., de Melo, M., Machaieie, L., Van Braeckel, D., & Degomme, O. (2018). Qualité des soins dans les services de planification familiale dans les zones rurales du Mozambique, avec un accent particulier sur les contraceptifs réversibles à action prolongée: une enquête transversale. *BMC women's health*, 18(1), 1-13.
- 49 Jaén-Sánchez, N., González-Azpeitia, G., Saavedra-Santana, P., Saavedra-Sanjuán, E., Manguiza, A. A., Manwere, N., ... & Serra-Majem, L. (2020). La maternité des adolescentes au Mozambique. Conséquences pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. *Plos one*, 15(6), e0233985.
- 50 Ipas. (2022) *Reproductive Health*. <https://www.ipas.org/where-we-work/mozambique/#:~:text=In%202014%2C%20with%20the%20goal,rape%2C%20incest%20and%20fetal%20anomaly>.
- 51 Organisation mondiale de la santé. (2022) Taux de mortalité maternelle au Mozambique. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/events/2008/mdg5/countries/final_cp_mozambique_18_09_08.pdf.
- 52 Boothe, M. A., Comé, C., Semá Baltazar, C., Chicuecue, N., Seleme, J., Chitsondzo Langa, D., ... & Luchters, S. (2020). Charge élevée d'infections sexuellement transmissibles autodéclarées parmi les populations clés au Mozambique : besoin urgent d'un système de surveillance intégré. *BMC maladies infectieuses*, 20(1), 1-11.
- 53 Spotlight Initiative. (2021). *Libérer les femmes et les filles de la violence au Mozambique*. <https://www.un.org/africarenewal/news/freeing-women-and-girls-violence-mozambique#:~:text=In%20pre%2Dpandemic%20Mozam>





Réponse de l'Etat à la situation COVID 19 au Mozambique

Le couvre-feu est l'une des mesures prises par le Mozambique en réponse à la situation du COVID-19. Entre 21 heures et 4 heures du matin, un couvre-feu nocturne a été instauré dans le Grand Maputo et ses environs, notamment à Boane, Marracuene et Matola. Tous les services religieux ont été interdits, la suspension des cours en face à face, l'interdiction des événements privés à l'exception des mariages, et la suspension des activités sportives, y compris les championnats de football professionnel. Le gouvernement a encouragé les différents organismes parapublics et les employeurs du secteur privé à permettre aux gens de travailler à domicile dans la mesure du possible afin d'atténuer la propagation du coronavirus. Le port du masque est devenu obligatoire, et les civils ont été encouragés à observer une distance sociale, en plus d'éviter les lieux bondés lorsqu'ils se trouvent dans l'espace public.

Effets des mesures de lutte contre le COVID 19 sur la vie des femmes au Mozambique

Malgré la diminution des inégalités entre les sexes au Mozambique au cours des deux dernières décennies, le COVID-19 menace d'éroder ces acquis, car les conséquences économiques et sociales de la pandémie ont un impact disproportionné sur les femmes et les filles. Pour éviter un retour en arrière et poursuivre les progrès vers l'égalité des sexes, le Mozambique a besoin d'investissements considérables dans l'accès aux services essentiels, d'une plus grande sensibilisation aux questions de genre dans les politiques de réponse à la pandémie et de systèmes de protection sociale renforcés. Environ 46 % des Mozambicains vivent en dessous du seuil de pauvreté, et 63 % d'entre eux sont des femmes. La plupart des femmes travaillent dans le secteur informel, notamment en tant que vendeuses sur les marchés. Le COVID-19 a considérablement réduit le nombre de clients, ce qui se traduit par une baisse des revenus et une incapacité à répondre aux besoins quotidiens, notamment pour les mères célibataires. La fermeture des écoles et des lieux de travail a accru les rôles domestiques et de soins

des femmes dans les exploitations familiales. Les couvre-feux et les réunions virtuelles font que les couples passent la plupart de leur temps ensemble à la maison, ce qui entraîne des malentendus et des violences domestiques. En 2018/2019, le Mozambique a signalé 57 657 cas d'agression domestique, et le nombre a augmenté à 91 340 cas en 2020/2021.⁵⁴ Cette augmentation signifie que le COVID-19 a un impact sur les querelles domestiques. La fermeture des écoles en raison du COVID-19 et l'accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive ont entraîné la recrudescence des épreuves de grossesse chez les adolescentes au Mozambique. Les appels à la ligne d'assistance téléphonique pour enfants ont montré que les enfants ont passé 16 244 appels à partir de janvier 2020, soit le double des appels passés en 2019.⁵⁵ Plus de 6,7 % de la population totale est tombée enceinte, ce qui augmente les risques d'abandon scolaire et de mariages précoces.

COVID 19, le protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Afrique

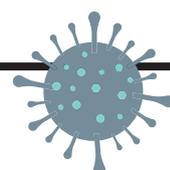
Le gouvernement du Mozambique et d'autres partenaires, dont Plan International Mozambique, distribuent des contraceptifs pour atténuer la pandémie d'ombre. Le gouvernement du Mozambique s'efforce de faire en sorte que les adolescentes bénéficient de services de contraception. Par ailleurs, le COVID-19 a entraîné des taux de chômage élevés. Le secteur privé, où travaillent la plupart des femmes au Mozambique, a été le plus touché. La perte d'emploi des femmes se traduit par une disparité entre les sexes, celles-ci continuant à être subordonnées dans leurs familles respectives, dépendant des hommes pour subvenir à leurs différents besoins. Les femmes ont beaucoup de mal à s'offrir et à assurer une vie reproductive sûre et planifiée. COVID-19 a provoqué des abandons scolaires, insinuant que le niveau de connaissances en matière de contraception est susceptible de diminuer à l'avenir, ce qui fait que ces femmes ont des connaissances insuffisantes sur leur santé reproductive, y compris sur l'avortement sans risque. Les recherches indiquent que les femmes analphabètes du Mozambique comprennent mal les méthodes de PF.⁵⁶ Toutefois, ces liens peuvent

bique%2C%20one,burden%20on%20women%20and%20girls.

54 Ibid., 1.

55 Ibid., 1.

56 Plan International. (n.d). *COVID-19: Il faut donner la priorité aux besoins en matière*





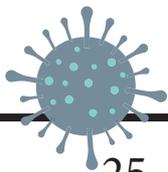
être amplifiés par la coordination de campagnes publiques et l'éducation de la société sur la nécessité d'adopter des pratiques contraceptives pour supprimer les grossesses non planifiées dans la communauté.

La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre de COVID-19 au Mozambique

Le gouvernement du Mozambique prend des mesures cruciales en réponse à COVID-19, en mettant l'accent sur la violence liée au sexe et la santé sexuelle et reproductive. En partenariat avec le FNUAP, le gouvernement mozambicain a identifié les provinces vulnérables et prévoit par conséquent d'acheter et de distribuer des équipements de protection individuelle et des médicaments essentiels, de former les prestataires de services afin qu'ils puissent répondre à une recrudescence de la violence et fournir un soutien psychosocial, répondant ainsi aux objectifs de santé sexuelle et reproductive. Le gouvernement prévoit que 3 500 des 71 000 femmes enceintes qui accoucheront au cours des trois prochains mois et 4 700 nouveau-nés connaîtront diverses complications à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé.⁵⁷ L'investissement important dans la main-d'œuvre et dans des installations et services durables reflète de manière éclatante la décision du gouvernement mozambicain de réaliser la DSSR. Le gouvernement a également l'intention de construire 100 hôpitaux supplémentaires d'ici à 2030, ce qui permettra aux femmes d'accéder à des services de santé efficaces et, par conséquent, de réduire le taux élevé de mortalité liée à la maternité.

de santé sexuelle et reproductive. <https://plan-international.org/case-studies/covid-19-sexual-and-reproductive-health-needs-must-be-prioritised/>.

57 FNUAP. (2022) Réponse au COVID-19. <https://mozambique.unfpa.org/en/covid-19-response-1>.





Etude de cas pays 4 : Rwanda

Situation de COVID 19 au Rwanda

Le Rwanda a enregistré son premier cas de COVID-19 le 14 mars 2020, un homme de nationalité indienne. Selon le ministère de la Santé du Rwanda, la transmission s'est faite à l'étranger. Le patient est arrivé au Rwanda en provenance de Mumbai le 8 mars 2020, a été placé en quarantaine obligatoire et a été testé positif au coronavirus après six jours.⁵⁸ Depuis l'apparition du COVID-19 au Rwanda, le pays a enregistré 129 772 infections et 1 459 décès, la majorité étant des hommes de plus de 50 ans. Le Rwanda a administré au moins 20 141 669 doses de vaccin COVID-19 à ce jour.⁵⁹ En supposant que chaque individu prenne deux doses, cela montre que 79,8 % de la population du pays est entièrement vaccinée. La population actuelle du Rwanda est de 13 529 719 habitants, avec un âge médian de 20 ans. L'espérance de vie au Rwanda est de 70 ans pour les deux sexes. D'ici 2035, le Rwanda aspire à devenir un pays à revenu intermédiaire et à obtenir le statut de pays à revenu élevé d'ici 2050.⁶⁰ Le Rwanda a connu une reprise économique robuste en 2021, selon la 18e édition de la mise à jour économique du Rwanda (REU18). Le produit intérieur brut du Rwanda a augmenté de 11,1 % au cours des neuf premiers mois de 2021, ce qui reflète une large reprise après la récession de 2020. Bien que le PIB se rapproche

des niveaux d'avant la pandémie, la

Banque mondiale indique que le taux de chômage, en particulier celui des femmes, s'est considérablement détérioré⁶¹.

Etat de la mise en œuvre du Protocole de Maputo

Le continent africain peut tirer des leçons du Rwanda, qui a créé un précédent en levant la réserve sur l'article 14, paragraphe 2, du protocole, en réformant les différentes lois nationales et en sensibilisant les prestataires de soins de santé et les agents chargés de l'application de la loi à la modification de la loi. La levée de la réserve sur l'article 14 (2) signifie que les femmes sont libres puisqu'elles ont accès à la santé et aux droits reproductifs, y compris l'avortement médicalisé en cas d'inceste, de viol, d'agression sexuelle, et lorsque la grossesse met en danger la santé physique et mentale de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus⁶². De même, le Rwanda compte une majorité de femmes dans son gouvernement. Les femmes occupent 64 % des postes du gouvernement rwandais, contre 36 % pour les hommes⁶³. D'un point de vue

58 Organisation mondiale de la santé. (2020) Premier cas de COVID-19 confirmé au Rwanda. [https://www.afro.who.int/news/first-case-covid-19-confirmed-rwanda#:~:text=Rwanda%2C%20Kigali%2C%2014%20March%202020,coronavirus%20\(COVID%2D19\).](https://www.afro.who.int/news/first-case-covid-19-confirmed-rwanda#:~:text=Rwanda%2C%20Kigali%2C%2014%20March%202020,coronavirus%20(COVID%2D19).)

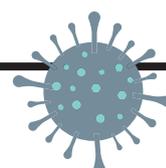
59 Reuters. (2020) Rwanda. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-track-er-and-maps/countries-and-territories/rwanda/>.

60 La banque mondiale (2022) Rwanda. <https://www.worldbank.org/en/country/rwanda/overview#1>.

61 La banque mondiale (2022) Mise à jour économique du Rwanda : L'intégration régionale dans l'ère post-COVID. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/02/02/rwanda-economic-update-regional-integration-in-post-covid-era#:~:text=KIGALI%2C%20February%202022%20%E2%80%94, recovery%20from%20the%202020%20recession>.

62 Equality Now Organization. (2021) Le protocole de Maputo a 18 ans aujourd'hui. Mais qu'est-ce que cela signifie pour les femmes et les filles en Afrique ? https://www.equalitynow.org/news_and_insights/maputo_protocol_turns_18/.

Pierce, Caroline. (2020) Le statut des droits de la femme au Rwanda. <https://borgenproject.org/womens-rights-in-rwanda/#:~:text=Women%20in%20Government,a%20standard%20for%20other%20countries>.



global, les droits des femmes au Rwanda semblent prospérer, fixant la norme trop élevée pour les autres pays africains et le monde entier. Le président Paul Kagame a reconstruit le Rwanda après le génocide, en créant une nouvelle Constitution qui prévoit de réserver 30 % des sièges du Parlement aux femmes. Depuis 2003, le gouvernement rwandais affiche un équilibre entre les femmes et les hommes. Trente-quatre pour cent des diplômés de l'enseignement supérieur en TIC sont des femmes, ce qui place le Rwanda au cinquième rang de l'indice mondial de l'écart entre les sexes du Forum économique mondial depuis 2016⁶⁴. Les femmes représentent 86 % de la population active, et l'écart salarial est de 88 cents pour les femmes, contre seulement 74 cents pour les femmes aux États-Unis.

Les statistiques du Rwanda concernant la mise en œuvre du protocole de Maputo sont remarquables ; jusqu'à présent, on peut attribuer une grande partie de cet effort et de cette participation au manque d'hommes qualifiés, étant donné que le génocide a vu la mort de millions d'hommes, laissant aux femmes peu d'autres options que de rejoindre la population active. En ce qui concerne les mutilations génitales féminines, le terme «mutilation» comporte d'intenses connotations négatives. Au contraire, le gouvernement rwandais soutient l'allongement des petites lèvres et l'utilisation de plantes pour procurer du plaisir aux femmes et aux hommes, ce qui constitue une force positive dans leur vie.⁶⁵ Par conséquent, il n'y a pas de MGF au Rwanda, ce qui est conforme au protocole de Maputo. Cependant, la tendance au mariage des mineurs existe toujours dans le pays. Au Rwanda, 7 % des filles sont mariées avant d'avoir atteint l'âge de dix-huit ans⁶⁶. Le mariage des enfants est motivé par l'inégalité des sexes et la croyance tradition-

nelle selon laquelle les jeunes filles sont inférieures aux garçons.

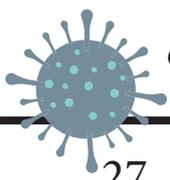
État des droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Rwanda

Le gouvernement rwandais utilise un modèle de prévention des maladies pour promouvoir la SSR chez les filles et les femmes. L'approche du modèle de prévention des maladies est efficace dans les pays où les gens sont habilités et ont les attitudes, les connaissances et les compétences nécessaires pour utiliser les services de SSR.⁶⁷ Jusqu'à présent, les femmes et les filles au Rwanda sont fortement influencées par les croyances religieuses existantes sur leur façon de penser et leurs choix. Par conséquent, l'utilisation de ce modèle a créé une lacune dans l'accès et l'utilisation des services de SSR. En outre, le modèle ne tient pas compte des acteurs essentiels de la SSR au Rwanda, à savoir les parents, la communauté et l'école.

La pauvreté et la stigmatisation sociale sont d'autres obstacles à la SSR des femmes rwandaises. Selon Asiimwe, les personnes vivant dans la pauvreté ont difficilement accès aux services de SSR en raison d'un manque de connaissances appropriées et adéquates sur ce qui est disponible, où et comment accéder à ces services⁶⁸. Par conséquent, l'absence d'accès aux services de planification familiale conduit à des familles nombreuses, ce qui est insupportable pour les parents. De plus, la société rwandaise pense que les questions sexuelles et reproductives sont privées et ne doivent pas être discutées en public. C'est pourquoi les femmes et les jeunes filles hésitent à se rendre dans les différents centres de santé.

Bien que les femmes occupent plus de postes au sein du gouvernement que les hommes, le concept de santé sexuelle et reproductive ne semble pas totalement in-

- 64 Pierce, Caroline. (2020) Le statut des droits de la femme au Rwanda. <https://borgenproject.org/womens-rights-in-rwanda/#:~:text=Women%20in%20Government,a%20standard%20for%20other%20countries>.
- 65 Koster, M., & Price, L. L. (2008) Modification génitale féminine rwandaise : L'allongement des petites lèvres et l'utilisation d'espèces botaniques locales. *Culture, santé et sexualité*, 10(2), 191-204.
- 66 Les filles pas les mariées. (n.d) Taux de prévalence du mariage précoce au Rwanda. <https://www.girlsnotbrides.org/learning-resources/child-marriage-atlas/regions-and-countries/rwanda/#:~:text=7%25%20of%20girls%20in%20Rwanda,inferior%20to%20men%20and%20boys>.
- 67 Asiimwe, F. (2019). Droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) des femmes au Rwanda : Défis et perspectives. *Journal biomédical de recherche scientifique et technique*.
- 68 Ibid., 1.

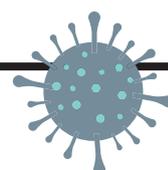




tegré. Au Rwanda, plus de 25 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont leur première expérience sexuelle à 15 ans, et 15 % des naissances ont lieu chez des mères adolescentes⁶⁹. En outre, 15 % des naissances au Rwanda ont lieu chez des mères de moins de vingt ans, principalement en raison de grossesses non planifiées ou non désirées. En raison des croyances culturelles et religieuses, de nombreuses familles rwandaises abordent les questions de sexualité et de santé reproductive de manière délicate, en choisissant de ne pas en parler. En conséquence, les voix des filles et des femmes ne sont pas écoutées pour comprendre leurs désirs, ce qui entraîne des suppositions sur leurs besoins en matière de SSR. Selon Asiimwe, la plupart des jeunes femmes fondent leurs décisions en matière de SSR sur des informations médiatiques inexacts et sur leurs pairs, ce qui entraîne des problèmes qui affectent négativement leur vie future⁷⁰. Un pourcentage important de femmes au Rwanda ne comprend pas leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive et sont incapables de solliciter les services nécessaires. Le Rwanda connaît des inégalités entre les sexes et un manque d'autonomisation des femmes, ce qui entraîne la pauvreté et l'exploitation subséquente des filles et des femmes. Les adolescentes s'engagent avec des hommes mariés alias «sugar daddies», des opérateurs de boda-boda et de vélos, des chauffeurs de taxi et d'autres hommes séduisants⁷¹. La pauvreté conduit à l'échange de rapports sexuels contre des gains matériels. Avec l'abus d'alcool, de nombreuses adolescentes se retrouvent dans des mariages précoces, des viols et la prostitution, qui sont fréquents, faisant subir aux victimes une stigmatisation sociale. Depuis 2005, l'utilisation des contraceptifs a triplé au Rwanda. Le Rwanda est un exemple de système

public de prestation de services de planification familiale bien coordonné, avec des agents de santé communautaires et des infirmières jouant des rôles divers et complémentaires pour répondre aux besoins des clients en matière de planification familiale au niveau local.⁷² Au Rwanda, l'intégration du planning familial dans les autres services de santé maternelle et infantile est la norme. Entre 2005 et 2015, l'utilisation des contraceptifs est passée de 17 à 53 %. Par conséquent, les femmes rwandaises comprennent leur espace et ont les connaissances nécessaires pour accéder aux services de contraception. Le taux de mortalité a considérablement diminué de 77 % entre 200 et 2013, pour atteindre 320 décès pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité des enfants de moins de 5 ans a également diminué de plus de 70 %, ce qui constitue une étape cruciale vers la réalisation de l'objectif de 54 décès pour 1000 naissances vivantes⁷³. En outre, malgré les restrictions légales et la forte stigmatisation entourant l'avortement, le Rwanda signale au moins 22 grossesses non désirées qui se terminent par un avortement provoqué. Les maris prennent les décisions en matière de santé reproductive pour leurs épouses, ce qui montre que les femmes n'ont aucun droit sur leur corps. Les relations entre personnes de même sexe sont autorisées au Rwanda et n'ont pas été criminalisées. Le taux annuel de séropositivité chez les individus âgés de 15 à 64 ans au Rwanda est de 0,08%. Les IST touchent également la population rwandaise. La prévalence de la syphilis est de 0,8 % chez les personnes séronégatives et de 4,8 % chez les femmes séropositives. Depuis 2008, la VBG est criminalisée et est actuellement discutée dans la loi n° 68/2018 du 30/08/2018. Statistiquement, 35 % des femmes subissent des violences physiques et 22 % des violences sexuelles⁷⁴.

- 69 Asiimwe, F. (2019). Droits à la santé sexuelle et reproductive (DSSR) des femmes au Rwanda : Défis et perspectives. *Journal biomédical de recherche scientifique et technique*.
- 70 Ibid., 1.
- 71 Scanteianu, A., Schwandt, H. M., Boulware, A., Corey, J., Herrera, A., Hudler, E., ... & Feinberg, S. (2022). "... la disponibilité des contraceptifs est partout" : prestation coordonnée et intégrée des services publics de planification familiale au Rwanda. *Santé reproductive*, 19(1), 1-9.
- 72 Ibid., 1.
- 73 Worley, Heidi. (2015) Le premier succès du Rwanda dans l'amélioration de la santé maternelle. <https://www.prb.org/resources/rwandas-success-in-improving-maternal-health/#:~:text=Rwanda's%20maternal%20mortality%20ratio%20decreased,deaths%20per%201%2C000%20live%20births>.
- Care. (n.d) Note de politique générale: Mise à jour de la politique du Rwanda en matière de violence sexuelle. https://www.careneland.org/content/uploads/2021/09/GBV-Policy-Revision-Briefing_-Rwanda_clean.pdf.





Réponse de l'Etat à la situation du COVID 19 au Rwanda

Le couvre-feu est l'une des réponses du Rwanda pour combattre la propagation du COVID-19. Le gouvernement rwandais a décrété un couvre-feu entre minuit et 4 heures du matin. Initialement, le pays avait instauré un couvre-feu de 18 heures à 4 heures du matin. Cependant, à mesure que les cas de coronavirus diminuaient, le président Paul Kagame a revu sa position, l'ajustant à minuit pour accélérer la reprise de l'économie détériorée. Le Rwanda a imposé un couvre-feu à Kigali, sa capitale, en raison de cas élevés de coronavirus.⁷⁵ Le Rwanda a signalé que 74 patients se trouvaient dans un état critique dans différents hôpitaux de Kigali, ce qui a conduit le président Kagame à prendre une décision immédiate pour sauver cette situation épouvantable après une réunion fructueuse du cabinet. Le confinement a été mis en place dans les hôpitaux de Gicumbi, Rubavu, Rwamagana, Rutsiro, Kamonyi, Musanze et Burera. Le Rwanda a adopté les directives de l'OMS, notamment en rendant le port du masque obligatoire, en procédant à une désinfection, en encourageant la distanciation sociale en public et en installant des points d'eau dans différentes stations pour que les civils puissent se laver les mains. Le Rwanda a imposé des restrictions aux voyages en provenance de différents pays, dont l'Italie et le Canada, qui ont enregistré un nombre élevé de cas de coronavirus positifs et de décès. En outre, le Rwanda a exigé que les visiteurs présentent un certificat de COVID-19 négatif pris dans les 72 dernières heures. Le gouvernement a encouragé les gens à travailler à domicile pour éviter la chaîne de propagation du coronavirus.

Effets des mesures de contrôle du COVID 19 sur la vie des femmes au Rwanda

La fermeture des écoles et la décision des employés d'offrir leurs services virtuellement depuis leur do-

micile ont accru le rôle des femmes à la maison. Les hommes rwandais ont toujours cette attitude égo-centrique, laissant toutes les tâches domestiques à leur femme. De plus, le confinement et la fermeture des écoles ont bouleversé la vie des adolescentes, provoquant des grossesses sans précédent, des taux élevés d'abandon scolaire et des mariages précoces. Entre janvier et décembre 2020, environ 19 701 filles ont donné naissance à un enfant, contre 15 431 en 2000⁷⁶. Grâce au COVID-19, les jeunes filles ont plus de temps libre et s'adonnent donc à ces pratiques qui ruinent leur vie et freinent la croissance économique future du Rwanda en raison des niveaux élevés d'analphabétisme et de chômage, qui entraînent une pauvreté absolue. En outre, entre mars 2020 et mars 2021, le nombre de décès liés à la maternité a augmenté de 6,3 %, une augmentation liée au fait que les professionnels de la santé ont consacré toute leur attention à la lutte contre la menace du COVID-19, oubliant d'autres patients ayant des besoins différents⁷⁷. La VBG est une autre épreuve engendrée par les mesures prises par le Rwanda pour combattre le COVID-19. Statistiquement, 28% des femmes rwandaises déclarent que la VBG touche plus que 10% des hommes⁷⁸. Les femmes rwandaises signalent des incidences d'abus physiques et verbaux. De même, 49 % des femmes et des filles signalent des incidences de harcèlement sexuel, contre 30 % en 2019, ce qui se traduit par une augmentation des tendances en matière de VIH/sida et d'IST.

COVID 19, le Protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive au Rwanda.

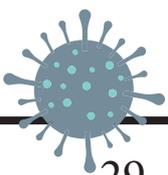
L'engagement du Rwanda à faire en sorte que plus de 30 pour cent des créneaux gouvernementaux soient partagés entre les femmes est un engagement exceptionnel envers le protocole de Maputo. Les femmes au

75 Iliza, Ange. (2021) COVID-19: Kigali sous confinement total alors que le Rwanda lutte contre la troisième vague du virus.. <https://www.theeastafrican.co.ke/tea/news/east-africa/kigali-total-lockdown-3473688>.

76 Maombi, Delphine. (2021) Rwanda: Les problèmes liés aux grossesses chez les adolescentes. <https://allafrica.com/stories/202106250626.html>.

77 Ibid., 1.

78 Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille. (2020). Points saillants d'une évaluation rapide des effets sexistes de la pandémie de COVID-19 sur les ménages au Rwanda. https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/RGA_Summary%20Report_02%20February%202021.pdf.





pouvoir ont fait un pas de géant dans la lutte pour les droits des jeunes filles et des femmes, en particulier celles des zones périurbaines et rurales. Par exemple, les législatrices rwandaises ont mis en place une campagne «Girls Not Brides» (GNBC) qui préconise que les filles terminent leur éducation avant de se marier. La CNGB coordonne des campagnes publiques visant à sensibiliser les adolescentes à ne pas se laisser entraîner dans des mariages précoces. Au cours de cette période COVID-19, la GNBC a coordonné plus de 50 campagnes de sensibilisation du public, une étape essentielle qui a empêché l'escalade des grossesses précoces pendant le confinement et la fermeture des écoles. Ces liens montrent que les jeunes filles et les femmes comprennent mieux leur santé sexuelle et reproductive, qu'elles comprennent leurs droits et qu'elles signalent avec courage les cas d'agression aux autorités compétentes. Par conséquent, ces liens peuvent être amplifiés en formant et en transmettant aux officiers de police les connaissances nécessaires pour mener des enquêtes authentiques et fiables qui peuvent conduire à la condamnation et à l'incarcération des coupables de harcèlement féminin.

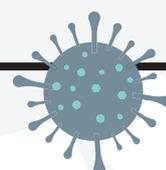
La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre de COVID 19 au Rwanda

Le plan à long terme du Rwanda pour lutter contre le COVID-19 consiste à construire davantage de salles de classe et d'établissements de santé et à les doter des équipements nécessaires. Pour la seule année 2021, le Rwanda a construit 25 214 salles de classe, alors qu'il avait pour ambition d'en avoir 22 505⁷⁹. Il est fascinant de constater que le Rwanda a atteint son objectif, ce qui signifie que les filles auront la possibilité d'étudier, ce qui les sensibilisera à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. La construction d'hôpitaux et leur équipement en matériel adéquat signifie que les services de santé seront satisfaisants, réduisant ainsi les taux de mortalité maternelle et infantile du pays. En outre, les femmes et les adolescentes auront l'occasion de découvrir les différentes méthodes de contraception et de PF.

Le Rwanda poursuit son plan stratégique de planification familiale/santé sexuelle et reproductive des adolescents (2018-2024). Le plan stratégique s'appuie sur, fusionne et remplace deux stratégies distinctes arrivant à échéance : le Plan stratégique de planification familiale (2012-2016) et le Plan stratégique national pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents (2011-2015).⁸⁰ Le plan stratégique du FPASRH vise à faire en sorte que les femmes et les filles rwandaises exercent pleinement leur droit à la santé sexuelle et reproductive et aient accès aux services de leur choix, en améliorant la santé sexuelle et reproductive et en permettant une augmentation globale de la préférence contraceptive d'ici 2024.

79 Ashimwe, Edwin. (2021) Rwanda : Construction de nouvelles salles de classe à plus de 95%. <https://allafrica.com/stories/202110190050.html>.

80 Ministère de la santé de la République du Rwanda. (2018) Plan stratégique national de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive des adolescents. https://fp2030.org/sites/default/files/Rwanda%20FP-ASRH_Strategic%20Plan%202018%20-2014%20final.pdf.





Etude de cas pays 5 : Tanzanie

Situation du COVID 19 en Tanzanie

Le premier cas de COVID-19 en Tanzanie a été signalé le 16 mars 2020. Ce premier cas a été signalé à Arusha, se propageant inexorablement à d'autres régions du pays. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la Tanzanie a enregistré 33 773 cas, dont 800 victimes ont succombé au virus le 11 mars 2021⁸¹. Les taux d'infection au COVID-19 en Tanzanie restent incessants et constants. Entre le 1er mars et le 19 avril 2022, le pays a enregistré 33 861 cas positifs et 803 décès.⁸² Le nombre de cas signalés au début de 2021 et 2022 montre que les taux d'infection restent stables, quels que soient les efforts déployés par le gouvernement tanzanien et les bienfaiteurs, y compris l'OMS, pour enrayer la propagation. En outre, les statistiques actuelles indiquent qu'au 22 mars 2022, 5 031 070 doses de vaccin ont été administrées en République de Tanzanie.⁸³ Les données de l'OMS indiquent qu'entre janvier 2020 et décembre 2021, 2 664 373 personnes ont été vaccinées. Le gouvernement tanzanien a réagi en adoptant différentes stratégies pour atténuer la propagation du virus COVID-19 et s'assurer que sa population, en particulier les plus vulnérables, est en sécurité, un paradigme qui a réduit les taux de mortalité. Parmi les nombreux protocoles adoptés par le gouvernement figurent la réduction des déplacements des personnes, la promotion de la distanciation sociale, le lavage des mains, la désinfection et l'éducation civique pour que les gens connaissent leur statut vis-à-vis du COVID-19.

L'Organisation mondiale de la santé précise que les femmes et les personnes âgées sont les victimes les plus vulnérables du COVID-19. Selon les données de l'OMS pour 2021, les femmes et les enfants courent un risque plus élevé que les hommes de contracter le virus en Tanzanie. Le contexte culturel dans lequel les femmes interagissent avec les enfants est la raison concrète des taux d'infection élevés chez les enfants et la jeune population. Les mesures prises par le gouvernement tanzanien ont des effets régressifs sur l'économie du pays. La réduction des déplacements et des connexions et l'approbation de la certification de l'absence de COVID-19 dans les différents points frontaliers donnent l'image d'une économie ralentie, initialement en plein essor. Le déclin de la productivité économique a rendu difficile pour la Tanzanie la gestion de ses secteurs socio-économiques, notamment l'éducation, la santé et les infrastructures, et le pays a opté pour des prêts étrangers de pays comme la Chine pour amortir la baisse de son économie. La pandémie a fait grimper les niveaux de pauvreté en Tanzanie, en particulier chez les femmes, qui reçoivent des salaires inégaux par rapport aux hommes.

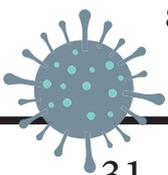
État de la mise en œuvre du protocole de Maputo

Les taux d'adoption du protocole de Maputo sont faibles en Tanzanie, compte tenu du traitement dégradant que subissent les femmes et le genre féminin en général au sein de leurs communautés respectives. La Banque mondiale estime qu'en dépit des nombreuses opportunités prudentes qui existent en Tanzanie, les taux élevés de violence sexiste restent extrêmes, ce qui est très

81 Organisation mondiale de la santé. (2022) République-Unie de Tanzanie, Situation. <https://covid19.who.int/region/afro/country/tz>.

82 Organisation mondiale de la santé. (2022). La Tanzanie marque les deux ans du premier cas de COVID-19. <https://www.afro.who.int/countries/ united-republic-of-tanzania/news/tanzania-marks-two-years-first-covid-19-case#:~:text=Dar%20es%20Salaam%2C%2016%20March,report%20of%2011%20March%202021>.

83 Faria, J. (2022) *Cas confirmés de COVID-19 en Tanzanie 2022*. Disponible sur <https://www.statista.com/statistics/1258560/confirmed-covid-19-cases-in-tanzania/>





préoccupant.⁸⁴ Elle appelle le gouvernement tanzanien à continuer de renforcer l'environnement juridique et les politiques pour protéger les femmes et les filles du pays. L'évaluation de la situation des femmes en Tanzanie en 2022 et l'évaluation de la violence sexiste en Tanzanie en 2022 s'accordent à dire qu'il existe des écarts importants entre les sexes en matière de dotations humaines, de propriété et de contrôle des actifs, et d'opportunités économiques. L'analyse révèle qu'en dépit de la large structure de prévention et de réponse à la VBG et à la VCG par le biais du Plan d'action national (NPA 2017- 2022) et de la mise en place d'amples mécanismes de coordination gouvernementale, la violence contre les enfants et les femmes reste un défi à l'échelle nationale. Selon les recherches, plus de 20 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques au cours de l'année écoulée. Pour illustrer la gravité de la situation, 40 % des femmes ont subi des violences physiques au cours de leur vie⁸⁵. En outre, 75 % des enfants ont subi des violences physiques avant l'âge de 18 ans. Il est intéressant de noter que 58 % des femmes et 40 % des hommes ont une attitude rétrograde selon laquelle un mari a le droit de battre sa femme dans certains cas spécifiques. La recherche attribue les taux élevés de violence liée au sexe, y compris la violence à l'égard du partenaire intime, à deux facteurs clés : les normes sociales et le fait que les femmes ont un faible pouvoir d'action et de décision en raison de leur faible participation à l'emploi, de leurs revenus inférieurs, de l'écart d'âge élevé entre les épouses et les maris et de leur mariage polygame. La loi sur le mariage est l'une des lois visant à mettre fin à la GBC et à la VAC. Elle fixe l'âge minimum du mariage à 15 et 18 ans pour les filles

et les garçons, respectivement.⁸⁶ Jusqu'à présent, la décision de la Cour d'appel de 2019 a donné au gouvernement un délai d'un an pour changer et faire de 18 ans le minimum du mariage pour les garçons et les filles, réformes qui sont toujours en attente à l'heure actuelle. La mise en œuvre en suspens fait que différents sujets remettent en question le dévouement du gouvernement à mettre fin à la VBG et aux VAC dans la société. D'un point de vue global, la Tanzanie doit encore adopter la résolution du Conseil de sécurité des Nations unies (RCSNU).

État des droits en matière de santé sexuelle et génésique en Tanzanie

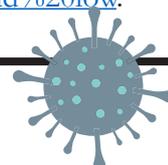
La Tanzanie souffre d'indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR) extrêmement défavorables, tels que des taux élevés de naissances chez les adolescentes, de mortalité maternelle, de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de violence entre partenaires intimes, la persistance des mariages d'enfants et d'adolescentes, des taux élevés d'abandon scolaire pour cause de grossesse et une faible prévalence de la contraception. Les programmes de SSR sont peu orientés vers les populations clés et il existe peu de preuves d'interventions intégrées en matière de SSR et de VIH/SIDA. Même si la Tanzanie atteint son objectif de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, les décès infantiles sont responsables de 40 % des décès d'enfants de moins de cinq ans et constituent donc un sujet de préoccupation majeur⁸⁷. Le handicap fait partie des nombreux obstacles à l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs en Tanzanie, en particulier pour les adolescents handicapés qui doivent faire

84 La Banque mondiale. (2022) La Tanzanie peut faire plus pour protéger ses femmes et ses filles et promouvoir l'égalité des sexes. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/04/05/tanzania-can-do-more-to-protect-its-women-and-girls-and-promote-gender-equality>.

85 La Banque mondiale. (2022) La Tanzanie peut faire plus pour protéger ses femmes et ses filles et promouvoir l'égalité des sexes. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/04/05/tanzania-can-do-more-to-protect-its-women-and-girls-and-promote-gender-equality>.

86 Ibid. 1.

87 Eldis.org. (2015) *Santé et droits sexuels et reproductifs : Fiche pays de la Tanzanie*. <https://www.eldis.org/document/A73933#:~:text=Tanzania%20suffers%20high%20adverse%20sexual,du%20to%20pregnancy%2C%20and%20low>.



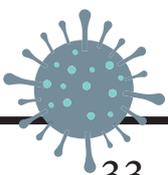


face à des difficultés pour y accéder⁸⁸. En raison de la discrimination sociétale et culturelle à l'encontre des personnes handicapées, ces dernières finissent par ne pas obtenir des articles de première nécessité comme les serviettes hygiéniques, car elles ne peuvent pas se rendre seules dans les différents centres de distribution. De même, des prestataires de services (PS) insuffisamment qualifiés en matière de santé sexuelle et reproductive constituent des obstacles à l'accès à la santé sexuelle et reproductive. Le manque de PS qualifiés a conduit à une éducation médiocre, à des conseils et des tests volontaires, et à un planning familial inefficace parmi les femmes et les filles de la société, en utilisant Mtwara comme étude de cas, où les filles commencent à avoir des rapports sexuels à l'âge de 9-12 ans⁸⁹. Enfin, les structures sociétales et les croyances selon lesquelles les maris sont les seuls décideurs empêchent la plupart des femmes tanzaniennes d'adopter le planning familial. En collaboration avec MSI Tanzanie, le gouvernement tanzanien a mis en œuvre des programmes concrets pour atteindre les femmes périurbaines et rurales les plus mal desservies avec des services de contraception à court terme, à long terme et également permanents. En outre, grâce à un partenariat avec le DFID et USAID, Marie Stopes Tanzanie a réussi à réduire le nombre élevé de grossesses non désirées dans le pays. MSI a innové en matière de prestation de services mobiles afin d'élargir les choix et l'accès au planning familial pour cette pop-

ulation vulnérable. La Tanzanie connaît un taux de natalité élevé chez les adolescentes. Les recherches indiquent que 22 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont accouché avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Trois cent soixante mille filles âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année, et 57 % d'entre elles ont un besoin non satisfait ou n'utilisent pas de moyens de contraception modernes⁹⁰. Les taux de natalité élevés en Tanzanie ont poussé l'ancien président de ce pays, Joseph Pombe Magufuli, à lancer un avertissement selon lequel aucun élève n'irait à l'école après l'accouchement. La Tanzanie est l'un des pays où le taux de prévalence du mariage des enfants est le plus élevé au monde. En moyenne, deux filles sur cinq se marient avant d'atteindre l'âge de dix-huit ans en Tanzanie⁹¹.

En Tanzanie, les femmes et les filles sont susceptibles de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. La syphilis, la chlamydia et la gonorrhée ont un taux de préférence de 0,4 à 5,0 %, plus élevé chez les filles que chez les garçons. Statistiquement, 15 % des élèves du secondaire ont une connaissance adéquate des symptômes des IST. La moitié des hommes de 15 à 30 ans et un tiers des femmes sont conscients de la transmission du VIH/sida et des IST⁹². Les efforts visant à mettre fin aux MGF portent progressivement leurs fruits en Tanzanie. La prévalence des MGF est tombée à environ 10 % en 2021, contre 18 % en 1999. Les communautés considèrent les MGF comme un rituel

- 88 Mesiäislehto, Virpi, Hisayo Katsui, and Richard Sambaiga. "Disparités dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à l'intersection du handicap et de l'adolescence féminine en Tanzanie". *Journal international de la recherche environnementale et de la santé publique* 18, no. 4 (2021): 1657.
- 89 Mbeba, R.M., Mkuye, M.S., Magembe, G.E., Yotham, W.L., obeidy Mellah, A. and Mkuwa, S.B., 2012. Barrières aux services et droits en matière de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes du district de Mtwara, Tanzanie : une étude qualitative. *Journal médical panafricain*, 13(Suppl 1).
- 90 Human Rights Watch. (2021) Tanzanie : L'interdiction des étudiantes enceintes nuit à des milliers de personnes.. <https://www.hrw.org/news/2021/10/06/tanzania-pregnant-student-ban-harms-thousands>.
- 91 FNUAP. (2014) Fiche d'information sur le mariage des enfants. https://tanzania.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Child%20Marriage%20fact%20sheet%20English%202014_0.pdf.
- 92 Abdul, Ramadhani, Annette AM Gerritsen, Mary Mwangome, and Eveline Geubbels. "Prévalence des symptômes autodéclarés d'infections sexuellement transmissibles, connaissances et comportement sexuel chez les jeunes de Tanzanie semi-rurale pendant la période de mise en œuvre de la stratégie de services de santé adaptés aux adolescents." *BMC maladies infectieuses* 18, no. 1 (2018) : 1-10.





ei qui marque un rite de passage. Actuellement, de nombreuses filles participent à des rites de passage alternatifs, et de plus en plus de cas de MGF sont signalés et traités par la police tanzanienne en collaboration avec des organisations non gouvernementales et des militants. La Tanzanie a interdit les MGF en 1998, en adoptant la loi sur le plan national d'action pour mettre fin à la violence contre les femmes et les enfants (NPAEVAWC), qui s'engage à mettre fin à la violence sous toutes ses formes contre les femmes et les enfants d'ici 2030⁹³.

Réponse de l'Etat à la situation du COVID 19 en Tanzanie

En avril 2021, la Tanzanie a annoncé de nouvelles mesures pour lutter contre la propagation du COVID-19, rompant ainsi avec l'approche de l'ancien président John Pombe Magufuli. Les voyageurs arrivant en Tanzanie doivent présenter un certificat de test COVID-19 négatif effectué au cours des 72 dernières heures. Les passagers en provenance de pays connaissant des taux d'infection élevés doivent subir un test antigénique supplémentaire. Les Tanzaniens arrivant de pays connaissant des tendances élevées de COVID-19 doivent subir une quarantaine obligatoire de 14 jours. Il faut savoir que sous la direction de John Magufuli, il n'existait pas de statistiques précises sur l'infection par le COVID-19, ce qui a conduit à un total de 509 cas dont 16 décès depuis avril 2020, date à laquelle la maladie a été découverte dans le pays.⁹⁴ Magufuli est mort de complications cardiaques, mais ses adversaires ont déclaré qu'il avait succombé au virus COVID-19. Cette conspiration pourrait être exacte en raison des précautions sévères prises par la présidente Samia Suluhu Hassan après le décès de Magufuli.

Effets des mesures de contrôle du COVID 19 sur la vie des femmes en Tanzanie

Les différentes mesures du COVID-19 que la Tanzanie a adoptées de l'OMS ont eu des effets négatifs et positifs sur la vie des femmes en Tanzanie. La plupart des femmes du pays travaillent dans le secteur informel. Les statistiques mondiales indiquent que 60 % de la population mondiale gagne sa vie dans le secteur informel.⁹⁵ En Tanzanie, le secteur informel représente 75 % de l'emploi total et 80 % du PIB du pays.⁹⁶ Le COVID-19 a rendu la plupart des travailleurs de l'économie informelle vulnérables en Tanzanie en raison de l'insuffisance des mécanismes de soutien et de la couverture de la protection sociale. L'épidémie de COVID-19 a eu un effet rétroactif sur les femmes, les obligeant à effectuer des tâches ménagères supplémentaires, notamment la garde des enfants, surtout après la fermeture des écoles par le gouvernement. Les femmes, en particulier les mères célibataires, admettent que le COVID-19 les a affectées négativement dans le secteur informel. Statistiquement, 40 % de ces femmes notent qu'elles n'ont pas réussi à faire face aux coûts de la scolarisation de leurs enfants.⁹⁷ Cette situation les a poussées à accumuler des dettes. En outre, 45 % des femmes tanzaniennes qui se livrent à de petits commerces admettent une baisse des bénéfices rendue nécessaire par la pandémie de COVID-19. Jusqu'à présent, la pandémie a entraîné des innovations qui ont créé plus d'opportunités pour les femmes que pour les hommes. Par exemple, la plupart des femmes tanzaniennes ont adopté la pratique de la fabrication et de la vente de masques et de savons liquides pour le lavage des mains. Elles se sont également lancées dans la fabrication d'aliments sains et de produits à base de plantes, notamment le tamarin, le poivre et le citron, qui

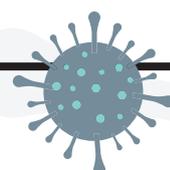
93 Organisation mondiale de la santé. (2021) Éliminer les mutilations génitales féminines en Tanzanie. <https://www.afro.who.int/news/rooting-out-female-genital-mutilation-tanzania/>

94 Africa News. (2021) La Tanzanie annonce des mesures dans le cadre d'un changement majeur sur la pandémie. <https://www.africanews.com/2021/05/04/covid-19-tanzania-announces-measures-in-major-shift-on-pandemic//>.

95 Yalla Africa. (2021) Tanzanie: Les grossesses chez les adolescentes sont associées à la fermeture des écoles. <https://allafrica.com/stories/202104280154.html>.

96 George, C. (2021) L'impact de COVID-19 sur les aspects de genre du secteur informel en Tanzanie. Mémoire de Repoa. <https://media.africaportal.org/documents/Impact-of-Covid-19-PB.pdf>.

Ibid. 1.





renforcent l'immunité du corps humain⁹⁸.

La fermeture des écoles a provoqué une hausse soudaine des grossesses chez les adolescentes, menaçant d'interrompre la poursuite de l'éducation des filles scolarisées et les transformant en petites vendeuses. Mme Kajito (ce n'est pas son vrai nom) admet qu'elle était censée passer son examen national de quatrième année cette année, mais que la grossesse a entravé son parcours. Pourtant, la grossesse a fait de cet examen un cauchemar car elle manque de soutien familial et est stigmatisée par la société. Elle a souligné la fermeture des écoles dans son village de Pemba lorsque les écoles ont fermé en raison du COVID-19 laissé à sa grossesse, et l'homme derrière a depuis disparu, la forçant à s'occuper seule de l'enfant. Mme Kajito représente la grossesse chez les adolescentes parmi les nombreux autres défis auxquels les filles scolarisées sont confrontées pendant cette pandémie, les obligeant à abandonner l'école, approuvant l'étude de l'UNESCO selon laquelle de nombreuses filles dans différents pays africains sont tombées enceintes en raison de la fermeture des écoles à cause du COVID-19. Selon Yalla Africa, dans 15 écoles (dont 10 écoles secondaires) de Tanzanie et de Zanzibar, 69 filles ont abandonné l'école, 15 sont tombées enceintes, deux ont été mariées, quatre ont été victimes de harcèlement sexuel et 23 ont travaillé comme enfants⁹⁹.

COVID 19, le protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Tanzanie

Les priorités du protocole de Maputo et les droits des femmes et des filles sont liés à la situation du COVID-19, car le gouvernement tanzanien et le FNUAP continuent de répondre aux besoins fondamentaux des femmes et des filles mariées dans le pays. Selon l'ONU, le gouvernement tanzanien, en collaboration avec le FNUAP, a veillé à ce que les femmes aient rapidement accès au planning familial pendant la pandémie de COVID-19. Différentes agences d'aide humanitaire ont lancé des campagnes publiques et des programmes d'éducation, afin de sensibiliser les femmes et les familles en général à la nécessité d'envisager le planning familial. Par conséquent, le programme de planification familiale pendant cette situation de COVID-19 est susceptible de conduire

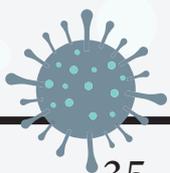
à une meilleure santé reproductive chez les parents et à des soins adéquats pour les nouveau-nés, un impact positif sur la santé et les droits sexuels et reproductifs. En outre, dans le cadre d'un programme financé par Plan International Australia, des groupes de femmes tanzaniennes ont commencé à fabriquer des serviettes réutilisables, ce qui leur permet de prospérer pendant cette pandémie de COVID-19. Si l'eau, l'assainissement et l'hygiène constituent le premier mécanisme de défense contre le COVID-19, la concentration sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles occupe le devant de la scène, rétablissant leur dignité, leur égalité et leur inclusion sociale. De toute évidence, ces liens peuvent être amplifiés par le gouvernement tanzanien et les bienfaiteurs qui s'efforcent d'atteindre le niveau zéro de besoins non satisfaits en matière d'informations et de services de planification familiale, le niveau zéro de violence sexuelle et sexiste et de pratiques nuisibles à l'encontre des femmes et des filles, et le niveau zéro de décès maternels évitables.

La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre de COVID 19 en Tanzanie

Le renforcement des services de santé fondamentaux pendant cette épidémie de COVID-19 est l'une des stratégies majeures du gouvernement tanzanien. Dans le cadre du paquet de services de santé fondamentaux (EPHS), le gouvernement tanzanien couvre la santé reproductive et infantile. Pendant cette pandémie de COVID-19, le gouvernement s'efforce de faire en sorte que les mères accouchent dans des hôpitaux avec moins de risques de contracter le virus mortel qui pourrait mettre en danger leur vie et celle de leurs nouveau-nés, ce qui correspond aux SDSR. Un autre plan que le gouvernement tanzanien a intégré est l'adoption de salles de classe supplémentaires pour répondre aux besoins de distanciation sociale des étudiants. Le gouvernement a consacré Tsh. 4,51 milliards de shillings tanzaniens pour l'exercice 2019/20, contre 4,64 milliards de shillings tanzaniens pour l'exercice 2018/20. 4,64 trillions au cours de l'exercice 2018-19.¹⁰⁰. Le

98 Ibid., 10.

99 Yalla Africa. (2021) *Tanzanie : Les grossesses chez les adolescentes sont associées à la fermeture des écoles.* <https://allafrica.com/stories/202104280154.html>.

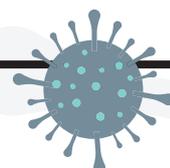




gouvernement tanzanien a promis de continuer à consacrer davantage de moyens financiers à la réalisation de l'objectif de 30 élèves par classe et d'un ratio enseignant-étudiant de 1 pour 40 dans l'enseignement secondaire d'ici 2030.¹⁰¹. Cette approche reflète les principes de la santé et des droits sexuels et reproductifs, car elle protège les enseignantes contre les complications de la grossesse qui pourraient conduire à une interruption de grossesse sans précédent, tout en leur donnant suffisamment de temps pour se rendre dans les cliniques de santé maternelle et les soins prénataux généraux. La réduction des contacts entre les enseignants et les élèves permettra de garantir la santé des enseignantes pendant la grossesse et après l'accouchement, car la contamination par le COVID-19 peut entraîner des fausses couches et d'autres complications dévastatrices.

100 UNICEF. (2020) *Résumé du budget de l'éducation*. <https://www.unicef.org/esa/media/8421/file/UNICEF-Tanzania-Mainland-2020-Education-Budget-Brief-revised.pdf>.

101 UNICEF. (2020) *Résumé du budget de l'éducation*. <https://www.unicef.org/esa/media/8421/file/UNICEF-Tanzania-Mainland-2020-Education-Budget-Brief-revised.pdf>.





Etude de cas pays 6 : Zambie

Situation de COVID 19 en Zambie

La république de Zambie a confirmé son premier COVID-19 le 18 mars 2020. Le Président Edgar Lungu a confirmé les deux premiers cas de COVID-19 en Zambie. Les patients étaient un couple qui revenait de France et qui a été immédiatement emmené à Chilanga pour y être soigné¹⁰². En appliquant la quarantaine de 14 jours le 13 mars, le ministère de la santé a découvert ces deux cas positifs le 18 du même mois. Selon les statistiques du compteur mondial, la Zambie a enregistré 318 640 cas de coronavirus et 3 973 décès.¹⁰³ Plus de 313 836 personnes se sont remises de la maladie, grâce au travail louable des agents de santé zambiens. 34,5 % des cas positifs de COVID-19 en Zambie sont des femmes, tandis que 5,4 % sont des jeunes filles.¹⁰⁴ Le ministère zambien de la santé indique que le SRAS-Co V-2 est plus répandu chez les hommes que chez les femmes. L'économie de la Zambie est tombée dans une profonde récession en raison des effets néfastes de la pandémie de COVID-19. Selon le groupe de la Banque africaine de développement, le PIB de la Zambie a gelé de 4,9 % après avoir augmenté de 4,0 et 1,9 % en 2018 et 2019.¹⁰⁵ Les économistes soulignent que cette baisse résulte de la détérioration sans précédent de tous les secteurs critiques de l'économie zambienne, y

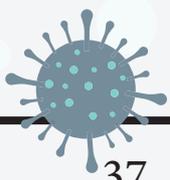
compris le secteur privé qui emploie la majorité

de ses citoyens. 5,2 millions de doses du vaccin COVID-19 ont été administrées, ce qui signifie que 2,34 millions de personnes sont entièrement vaccinées. Statistiquement, 12,7 % de la population zambienne est entièrement vaccinée. Soixante-dix pour cent de la population zambienne appartient à la catégorie des pauvres¹⁰⁶.

Etat de la mise en œuvre du Protocole de Maputo

La Zambie a ratifié le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo) le 2 mai 2006. La République de Zambie compte 13,2 millions d'habitants, dont 50,48 % sont des femmes. Quels que soient les efforts déployés par le gouvernement zambien pour faire progresser l'égalité entre les sexes, le droit coutumier lui sert de base en raison de ses règles qui déterminent les droits des femmes dans divers contextes. La représentation des femmes dans la prise de décision est encore faible dans le pays. Ces dernières années, le VIH-sida est devenu un problème de santé majeur en Zambie, les femmes étant particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH en raison de leur position subordonnée et de leur manque de contrôle sur leur sexualité.¹⁰⁷ La culture dicte que toutes les tâches domestiques doivent être coordonnées et effectuées par les femmes. Le gouvernement de la

- 102 Crise. (2020) Zambie : Le pays confirme les deux premiers cas de COVID-19. <https://crisis24.garda.com/alerts/2020/03/zambia-country-confirms-first-cases-of-covid-19-march-18-update-1>.
- 103 Worldometer. (2022) Zambie. <https://www.worldometers.info/coronavicountry/zambia/>.
- 104 Groupe de la Banque africaine de développement. (2022) Zambie Economic Outlook. <https://www.afdb.org/en/countries-southern-africa-zambia/zambia-economic-outlook>.
- 105 Ibid., 1.
- 106 Blystad, A., Moland, K.M., Munsaka, E., Sandøy, I. and Zulu, J., 2020. Vanilla biscuits and lobola bridewealth: discours parallèles sur la grossesse précoce et la scolarisation en Zambie rurale. BMC santé publique, 20(1), pp.1-11.
- 107 MEWC. (2022) Zambie. <https://www.mewc.org/index.php/countries/east-africa/zambia#:~:text=Zambia%20ratified%20the%20Protocol%20to,the%2021st%20of%20June%201985>.





Zambie a gagné la guerre contre les MGF puisque aucun cas de MGF n'a été signalé dans le pays. Par ailleurs, bien que l'avortement soit légal en Zambie, les femmes sont confrontées à divers obstacles pour accéder à un avortement sûr. Les insuffisances des professionnels de santé et la stigmatisation sociale sont les principaux problèmes liés à l'avortement. Peu de femmes en Zambie savent qu'elles ont droit à un avortement sans risque et savent où trouver des services d'avortement sans risque. Par conséquent, l'avortement à risque est un problème important en Zambie. Le ministère zambien de la Santé estime notamment que plus de 30 % des décès liés à la grossesse peuvent être causés par un avortement à risque. Des études menées en milieu hospitalier indiquent que les complications consécutives à un avortement non sécurisé sont à l'origine de 30 à 50 % des admissions gynécologiques aiguës.¹⁰⁸ La loi zambienne sur le mariage fixe à 21 ans l'âge minimum du mariage. Jusqu'à présent, un enfant peut décider de se marier à partir de seize ans avec le consentement écrit de son tuteur légal. Selon l'UNICEF, 9 % des femmes âgées de 25 à 49 ans ont été mariées pour la première fois avant 15 ans.¹⁰⁹ 29 pour cent des femmes âgées de 20 à 24 ans ont déclaré avoir été mariées à 18 ans en 2021, soit une légère baisse par rapport à 31 pour cent en 2014. En termes d'écart salarial, il existe un écart salarial entre les sexes de 28 pour cent chez les individus âgés de 20 à 14 ans et de plus de 30 pour cent chez les travailleurs âgés de 25 à 29 ans¹¹⁰.

État des droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Zambie

La situation des droits en matière de santé sexuelle et génésique en Zambie est marquée par de nombreux défis. Les attitudes négatives à l'égard des prestataires et de la société sont un défi auquel les femmes sont confrontées dans l'adoption des SDSR. Par exemple, en Zambie, un prestataire de soins de santé a demandé à une femme handicapée

pourquoi elle avait besoin de contraceptifs puisqu'elle était handicapée.¹¹¹ Des prestataires insuffisamment formés constituent un autre défi. L'inaccessibilité des installations est le dernier obstacle auquel les femmes zambiennes sont confrontées en matière de SDSR. Le coût élevé des transports empêche les femmes pauvres de se rendre dans les centres de soins éloignés. Avant tout, le gouvernement zambien devrait poursuivre son plan à long terme de construction de nouveaux hôpitaux et d'embauche de personnel supplémentaire afin d'augmenter les taux de planification familiale et de préférence pour la contraception, assurant ainsi au pays une population maîtrisable, saine et productive.

En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement a affirmé que la santé et les droits sexuels et génésiques (SDSG) sont des droits de l'homme. Depuis cette période, le gouvernement zambien s'est engagé à respecter les DSSR des femmes par le biais de différents instruments juridiques internationaux. Cependant, les femmes sont confrontées à divers obstacles qui les empêchent de jouir de leurs droits SDSR. 10,9 % des filles en phase d'adolescence utilisent des contraceptifs.¹¹² Les contraceptifs sont associés à l'âge, au niveau d'éducation et à la situation matrimoniale. En Zambie, les adolescentes plus âgées et celles ayant un niveau d'éducation élevé sont plus susceptibles d'utiliser la contraception que les plus jeunes et celles ayant un faible niveau d'éducation. Les adolescentes mariées sont plus susceptibles d'utiliser la contraception que les célibataires. La majorité des femmes mariées n'ont pas la liberté de prendre des décisions en matière de santé sexuelle et reproductive. Les hommes sont les principaux décideurs, comme le prévoit le droit coutumier. En Zambie, les femmes ont une faible probabilité d'accéder aux services de contraception, étant donné que 42 % de la population féminine indique qu'il leur faut plus de 30 minutes pour se rendre au centre de santé le plus

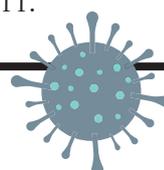
108 Ipas. (2022) *Unsafe Abortion in Zambia*. <https://www.ipas.org/where-we-work/zambia/>.

109 UNICEF. (2021). *Case Study on Ending Child Marriage in the Republic of Zambia*. <https://www.unicef.org/esa/media/8941/file/Zambia-Case-Study-Child-Marriage-2021.pdf>.

110 Nsokolo, D.S., (2021). *Gender wage and labour supply differences in Zambia: evidence from the school-to-work transition survey* (Doctoral dissertation, The University of Zambia).

111 Yalla Africa. (2021) *Zambia: Sexual, Reproductive Health Rights for Women With Disabilities*. <https://allafrica.com/stories/202107260291.html>.

112 Chola, M., Hlongwana, K. and Ginindza, T.G., 2020. Modèles, tendances et facteurs associés à l'utilisation de la contraception chez les adolescentes en Zambie (1996 à 2014) : une analyse multiniveau. *BMC Women's Health*, 20(1), pp.1-11.





proche.¹¹³. Un tiers des femmes zambiennes ont accouché à 18 ans et plus de la moitié à 20 ans.¹¹⁴ Dans les zones rurales, les grossesses chez les adolescentes sont plus nombreuses que dans les zones urbaines, avec respectivement 30 % et 17 %.¹¹⁵ Les grossesses précoces sont liées à l'abandon scolaire et aux mariages. Le VIH a un niveau de prévalence élevé chez les femmes zambiennes, soit 14 et 28 % dans les zones rurales et urbaines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. En outre, plus d'un tiers des femmes et des filles zambiennes ont subi des violences physiques au cours de leur vie, et 17 % des femmes ont subi des violences sexuelles¹¹⁶.

Réponse de l'État à la situation du COVID-19 en Zambie

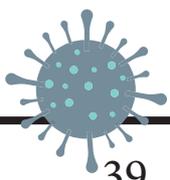
Depuis l'émergence du COVID-19, la Zambie a connu trois vagues, la dernière étant la plus sévère. Le gouvernement zambien a réagi positivement avec l'aide des partenaires de coopération. La Zambie a adopté les recommandations de l'OMS, notamment le port d'un masque en public, l'hygiène des mains, éviter les endroits encombrés et la distanciation physique. En outre, la surveillance du COVID-19 a été renforcée, ce qui a permis une détection précoce des cas. Cependant, la Zambie connaît une forte hésitation à se faire vacciner, ce

qui fait qu'elle est en dessous de son objectif de 10 % de la population adulte.¹¹⁷ Par l'intermédiaire de l'USAID, le gouvernement américain a injecté plus de 28 millions de dollars en Zambie pour soutenir l'opération de vaccination du pays¹¹⁸. L'USAID a aidé la Zambie à mettre en place des centres de soins mobiles, facilitant ainsi le processus de vaccination contre le COVID-19. Le gouvernement a demandé aux personnes voyageant en Zambie de présenter leur certificat de négativité au COVID-19 pour les échantillons prélevés dans les 72 heures précédant le départ. Le 999 est le numéro gratuit de la Zambie pour les services d'urgence et pour signaler les problèmes liés au COVID-19.

Effets des mesures de contrôle du COVID-19 sur la vie des femmes en Zambie

Les mesures COVID-19, notamment la fermeture des écoles et la réduction de la présence physique sur le lieu de travail, entraînent une augmentation des tâches domestiques des femmes. Les jeunes filles, en particulier celles issues de communautés marginalisées et celles souffrant de handicaps, ont été touchées par les impacts secondaires de l'épidémie de COVID-19. Les filles ont été exposées au travail des enfants, aux mariages précoces et forcés, à la violence, aux grossesses précoces et à l'exploitation sexuelle. Les femmes

- 113 Muzyamba, C., 2021. Caractérisation locale de la réponse COVID-19 : le cas d'un confinement à Lusaka, Zambie. *Recherche et politique en santé mondiale*, 6(1), pp.1-8.
- 114 Blystad, A., Moland, K.M., Munsaka, E., Sandøy, I. and Zulu, J., 2020. Vanilla biscuits and lobola bridewealth: discours parallèles sur la grossesse précoce et la scolarisation en Zambie rurale. *BMC public health*, 20(1), pp.1-11.
- 115 Blystad, A., Moland, K.M., Munsaka, E., Sandøy, I. and Zulu, J., 2020. Vanilla biscuits and lobola bridewealth: discours parallèles sur la grossesse précoce et la scolarisation en Zambie rurale. *BMC public health*, 20(1), pp.1-11.
- 116 Oxford Policy Management. (2021). *Lutte contre la violence sexiste en Zambie*. <https://www.opml.co.uk/blog/combating-gender-based-violence-in-zambia#:~:text=More%20than%20a%20third%20of,based%20violence%20in%20the%20world>.
- 117 Mudenda, S., Chileshe, M., Mukosha, M., Hikaambo, C.N.A., Banda, M., Kampamba, M., Mwila, K., Banda, D.C., Mufwambi, W. and Daka, V., 2022. La réponse de la Zambie à la pandémie de COVID-19 : Analyse des leçons, des défis et des implications pour les politiques et stratégies futures. *Pharmacologie & Pharmacie*, 13(1), pp.11-33.
- 118 African Business. (2022) *Coronavirus-Zambia: U.S. Government's Initiative for Global Vaccine Access (Global Vax) to Partner with Zambia to Boost COVID-19 Vaccination*. <https://african.business/2022/03/apo-newsfeed/coronavirus-zambia-u-s-governments-initiative-for-global-vaccine-access-global-vax-to-partner-with-zambia-to-boost-covid-19-vaccination/>.





ont été confrontées à de graves chocs économiques, prenant des risques sanitaires pour leur survie économique. Selon Ngoma-Simengwa, plus de 4,4 % des femmes mariées en Zambie ont subi des violences physiques ou verbales.¹¹⁹ La concentration du gouvernement sur le COVID-19 a laissé de nombreuses femmes avec des grossesses non planifiées. Par exemple, depuis le début de la pandémie, la Zambie a enregistré une diminution de 50 % de l'accès des femmes au planning familial et de 47 % de l'accès des adolescentes aux services de santé et de droits sexuels et reproductifs.¹²⁰ Cette épreuve a eu un effet rétroactif sur la taille souhaitée de la famille des femmes zambiennes, compromettant ainsi leur qualité de vie.

COVID 19, le Protocole de Maputo et les droits en matière de santé sexuelle et reproductive en Zambie

Pendant la pandémie de COVID-19, la tentative de la Zambie de mettre en œuvre le Programme mondial pour mettre fin au mariage des enfants (GPECM) montre que la violence accrue, les grossesses chez les adolescentes et le mariage des enfants sont les principaux obstacles à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des adolescents et des femmes¹²¹. Les femmes n'ont reçu que peu ou pas de reconnaissance pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a aggravé leur santé sexuelle et reproductive en augmentant la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales. La perte d'emplois et de revenus de la plupart des femmes par rapport aux hommes en Zambie enfreint le protocole de Maputo pour l'égalité des sexes. En conséquence, ces femmes ont du mal à se permettre une meilleure santé sexuelle et reproductive pour leurs jeunes filles, y compris l'achat de serviettes hygiéniques et l'aspect WASH, en particulier les femmes qui font du petit commerce, y compris la vente à la sauvette. Le COVID-19 et le protocole de Maputo peuvent être amplifiés en encourageant le gouvernement et les autres partenaires à mettre l'accent sur la santé reproductive en ces temps difficiles. Le gouvernement zambien devrait investir davantage dans la fourniture de planning familial et d'autres contraceptifs afin de réduire le calvaire des grossesses sans précédent. Le gouvernement devrait adopter des lois pour garantir l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes sur le lieu de travail pour le travail effectué et déclarer nulles les lois coutumières qui font des femmes des subordonnés. De cette manière, les femmes de toute la Zambie décideront des différents services de santé reproductive.

La voie à suivre : Stratégies, politiques et plans dans le cadre de COVID 19 en Zambie

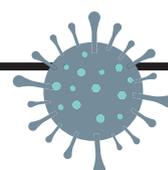
Le plan à long terme de la Zambie pour faire face à la COVID-19 consiste à construire davantage de centres de soins et à employer plus de prestataires. Le gouvernement zambien a pour objectif de construire 70 nouveaux centres de soins et d'employer plus de 1000 nouveaux travailleurs de la santé par an d'ici 2030.¹²² Les Zambiens ont la garantie de bénéficier d'excellents services de santé à proximité de leur lieu de résidence. On peut soutenir que cette stratégie à long terme a un impact positif sur les femmes et les jeunes filles en Zambie, car elle leur garantit des informations sur le planning familial et la contraception. Par exemple, d'ici 2030, après la construction des établissements de santé, le nombre de femmes adoptant le planning familial et la contraception augmentera de façon exponentielle grâce à une information adéquate. De même, les femmes auront confiance dans la sécurité de l'avortement et de l'accouchement, ce qui réduira

119 Ngoma-Simengwa, Jessie. (2020). Zambia: Quarantined with an Abuser. *Yalla Africa*. <https://allafrica.com/stories/202006020318.html>.

120 UNFPA. (2021) *How COVID-19 Has Increased Fertility, Adolescent Pregnancy and Maternal Deaths in East and Southern Africa Counties*. <https://zambia.unfpa.org/en/news/how-covid-19-has-increased-fertility-adolescent-pregnancy-and-maternal-deaths-east-and-southern>.

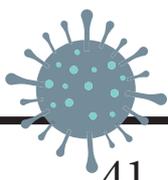
121 Reliefweb International. (2022) *Impact of COVID-19 on gender Equality and Women's Empowerment in East and South Africa*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Impact%20of%20COVID-19%20on%20Gender%20Equality%20and%20Women%E2%80%99s%20Empowerment%20in%20East%20and%20Southern%20Africa.pdf>.

122 United Nations Conference on Trade and Development. (2021). *COVID-19 and the Challenge of Developing Productive Capacities in Zambia*. https://unctad.org/system/files/official-document/ser-rp-2021d6_en.pdf.





le nombre de décès maternels sans précédent. Le gouvernement zambien a l'intention de consacrer plus d'un million de dollars à la réalisation de ce plan au cours de chaque année fiscale.





CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

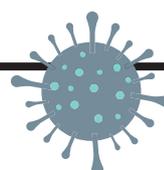
Presque tous les pays africains ont commencé à enregistrer les cas de COVID-19 en mars 2020. L'expérience africaine du COVID-19 a rappelé aux pays que les pandémies et les épidémies suivent les contours des inégalités de genre et de pouvoir, affectant ainsi différemment les femmes, les hommes, les filles et les garçons en fonction de la construction et du positionnement contextuel et structurel des caractéristiques de genre et de leur interaction avec d'autres déterminants sociaux¹²³. L'expérience a montré aux gouvernements que les pandémies ne sont pas seulement synonymes de perte d'emploi, mais qu'elles ont également un impact négatif sur la santé reproductive des femmes. Les femmes, principalement, subissent d'immenses souffrances, allant de l'augmentation des risques de contracter le VIH/sida aux grossesses précoces chez les adolescentes, en passant par les grossesses non planifiées chez les femmes adultes. La pandémie a montré que les femmes continuent d'être inégales par rapport aux hommes en ce 21^e siècle. Les différents problèmes, notamment ceux liés à la santé des femmes mariées, sont provoqués par leurs maris. Par exemple, les tendances croissantes enregistrées en matière de VIH/SIDA sont principalement transmises par des relations sexuelles multiples et des pratiques sexuelles non protégées, notamment par les partenaires masculins.

La pandémie de COVID-19 a exacerbé les inégalités de manière sans précédent. Jusqu'à présent, les groupes systématiquement marginalisés (tels que les femmes, les filles et les personnes extrêmement pauvres) sont confrontés à des vulnérabilités, des violences et des expositions aux risques qui se chevauchent. La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence et souligné la dépendance de la société à l'égard des femmes, tant en première ligne qu'à la maison, tout en exposant simultanément les inégalités structurelles dans tous les domaines, de la santé à l'économie et de la sécurité à la protection sociale.¹²⁴ La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence l'incapacité de la plupart des pays africains à adopter des garanties et des structures solides en matière d'égalité des sexes pour renforcer la participation, l'autonomie et l'action des femmes. Même après la fin de la période de pointe de la pandémie et la reprise des activités normales, y compris l'ouverture des écoles, les gouvernements font peu d'efforts pour suivre les apprenants, en particulier les filles qui ont abandonné l'école, et pour faire face à l'augmentation des grossesses chez les filles. La recrudescence de l'abandon scolaire chez les filles au cours de la pandémie actuelle laisse supposer un nombre accru de jeunes mères, avec une augmentation probable de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, des résultats scolaires médiocres et, en fin de compte, un écart croissant entre les sexes.

En outre, la pandémie de COVID-19 a entraîné une déstabilisation des familles en Guinée, au Liberia, en Tanzanie, au Mozambique, au Rwanda et en Zambie - une étude de cas pour l'ensemble du continent africain. La perte d'emploi et les épreuves qui en découlent ont entraîné des ruptures et une détresse mentale chez les victimes et leurs familles. Les niveaux sans précédent d'interactions intimes dans des espaces limités, en particulier pour ceux qui ont des familles nombreuses et pauvres, entraînent du stress, des tensions et des angoisses. Cela a contribué à la violence domestique, au divorce ou à l'augmentation des risques de contracter des IST. De même, les facteurs de fermeture et de travail à domicile ont contribué à l'inégalité des ménages, en donnant aux femmes des tâches supplémentaires sans augmentation proportionnelle de leur salaire. Par exemple, la présence d'enfants après la fermeture des écoles signifie que les femmes ont des responsabilités domestiques supplémentaires. La pandémie de COVID-19 a directement affecté la santé et le bien-être des ménages africains ainsi que leur niveau de pauvreté en ayant un impact sur la capacité de production des travailleurs infectés et en voie de guérison. Étant donné que les femmes travaillent principalement dans le secteur informel de la sous-région, les quarantaines, les fermetures d'entreprises jugées non essentielles et les couvre-feux ont eu un impact négatif supplémentaire sur elles. La pandémie a entraîné des dépenses de santé non budgétisées qui ont consommé l'épargne des ménages et les dépenses personnelles souvent contrôlées par les femmes, augmentant ainsi les niveaux de pauvreté et les inégalités. Dans de nombreux ménages, l'augmentation de la charge de travail non rémunéré des femmes pendant la pandémie a réduit leur capacité à participer à des activités productives, à étudier et à

123 UNWomen, 2020.

124 [UN Women | Explainer: How COVID-19 impacts women and girls](#) (accessed 20th February 2022).



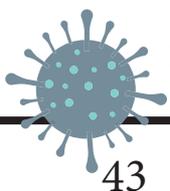


se reposer. La pandémie a eu des répercussions négatives sur leur santé mentale et physique, en particulier dans les ménages dirigés par des femmes, et a accru l'insécurité alimentaire, le travail domestique, les charges de survie et la violence sexiste.¹²⁵

Les effets de la pandémie sur le continent africain se font sentir dans le contexte des efforts déployés par l'Union africaine pour lutter contre l'inégalité entre les sexes, qui se manifeste par les restrictions imposées aux femmes africaines dans l'exercice de divers droits fondamentaux, notamment le manque d'accès à la terre et à d'autres ressources productives. La lutte contre la discrimination à l'égard des femmes par des mesures législatives, institutionnelles et autres appropriées a été résumée dans le protocole de 2003 à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le protocole de Maputo) adopté par les États membres de l'Union africaine. Dans l'ensemble, l'étude reconnaît que l'accès et la jouissance des droits à la santé sexuelle et reproductive (SDSR) en Afrique ont une relation étroite et insidieuse avec l'inégalité systémique, sociale et comportementale entre les sexes, la pauvreté des femmes, la faible capacité économique et la violence sexuelle et sexiste, y compris les mutilations génitales féminines (MGF). Il est donc préférable d'aborder ces questions et leurs facteurs déterminants dans le cadre d'un continuum croisé qui relie les politiques régionales, telles que le protocole de Maputo, à la dynamique des ménages, notamment le contrôle des ressources de la maison et l'autonomie corporelle individuelle. Le Covid-19 a perturbé les systèmes de santé et réduit à néant les efforts déployés pour répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans le monde entier, les femmes et les filles ont déclaré avoir un accès réduit aux services, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées, de maladies sexuellement transmissibles et de complications pendant la grossesse, l'accouchement et l'avortement. On prévoit jusqu'à 7 millions de grossesses non désirées dans le monde à cause de Covid-19 et de ses mesures.

Enfin, ces études de cas tirent la sonnette d'alarme : l'Afrique est mal préparée à gérer les futures pandémies. Tous les pays africains devraient adopter le protocole de Maputo afin d'habiliter toutes les femmes, en leur donnant la capacité nécessaire pour se gérer dans les moments difficiles. Le protocole de Maputo donne aux femmes un sentiment de conscience et de réalisation de soi, ce qui permet de réduire les incidences actuelles telles que les grossesses non planifiées et les difficultés économiques dans lesquelles la pandémie de COVID-19 a plongé la plupart des femmes africaines. Les organisations non gouvernementales devraient également éduquer les jeunes filles sur leurs droits et créer la prise de conscience nécessaire. Les organisations non gouvernementales et d'autres bienfaiteurs devraient mener des campagnes d'éducation publique dans les pays respectifs, afin d'éclairer les adolescents, et même les femmes adultes, sur les différents moyens de prévenir les grossesses non planifiées et les grossesses chez les adolescentes. Si l'on considère les tendances actuelles en matière de grossesse, on peut conclure que les femmes ont une connaissance insuffisante de leur santé sexuelle et reproductive. Parmi les adolescentes et les femmes adultes qui connaissent les exigences en matière de santé sexuelle et génésique, il leur est toujours difficile d'accéder aux établissements de santé. Par conséquent, les gouvernements doivent donner la priorité à l'accès aux services de santé génésique et doter les adolescentes et les femmes adultes des connaissances et de l'autonomie économique nécessaires pour leur permettre de gérer et de surmonter les futures pandémies, compte tenu de la mondialisation actuelle, où une situation d'urgence dans un pays se propage dans le monde entier en peu de temps.

125 African Development Bank

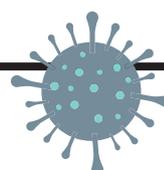


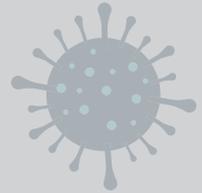
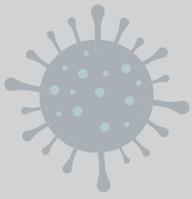


ANNEXES

Annexe 1 : Les dimensions de l'analyse et les indicateurs utilisés pour saisir le statut despays

Dimension SDR	Indicateurs clés
État des systèmes et structures de santé	
Financement de la santé	La proportion du produit intérieur brut national allouée aux dépenses courantes des services de santé
Ressources humaines en santé	La densité du personnel de santé pour 10 000 habitants
Orientations et lois réglementaires	Présence de lois et de politiques facilitant l'accès des adolescents aux services de SSR sans autorisation d'un tiers
	L'âge minimum légal de consentement au mariage
Accès Aux Services De Santé Sexuelle Et Reproductive	
Services et droits intégrés en matière de SSR	La proportion de la population du pays ayant accès à des services intégrés de santé sexuelle et reproductive.
Accès aux services d'avortement légal	Le statut juridique de l'avortement et les circonstances de la demande et de la fourniture de services d'avortement.
Accès aux services de planification familiale et de contraception	La proportion de femmes en âge de procréer dont le besoin de planification familiale n'est pas satisfait.
Restrictions liées à l'âge pour l'accès aux services	Présence de lois et de politiques facilitant l'accès des adolescents à la SSR sans autorisation d'un tiers
État De L'inégalité Entre Les Sexes, De La Violence Sexuelle Et Sexiste	
Contrainte et violence sexuelles	La proportion de filles et de femmes qui déclarent avoir été violées ou avoir subi d'autres formes d'activité sexuelle forcée.
Consentement sexuel et matrimonial	la proportion de filles mariées avant l'âge de 18 ans
Grossesse	L'incidence des grossesses chez les adolescentes
Violence à l'égard du partenaire intime	La proportion de filles et de femmes âgées de 15 ans et plus ayant déjà subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire actuel ou d'un ancien partenaire au cours des douze derniers mois
Résultats En Matière De Santé Sexuelle Et Reproductive	
Mortalité maternelle	Nombre de mères mourant après l'accouchement pour 100 000 accouchements par an
Taux de natalité chez les adolescents	Nombre de naissances chez les femmes âgées de moins de 18 ans pour 1000 femmes.
Complications obstétriques et gynécologiques	Proportion de toutes les admissions en obstétrique et en gynécologie dues à un avortement





**Réseau de Développement
et de Communication des
Femmes africaines**

12 Masaba Road, Lower Hill

P.O. Box 54562 - 00200 Nairobi, Kenya

Tel: +254 20 2712971/2 Cell: + (254)725.766932

Email: admin@femnet.co.ke

website: www.femnet.org

 FEMNETSecretariat

 @femnetprog

 FEMNETSecretariat

 FEMNET1