



Répondre aux besoins de santé et de sûreté des femmes et des filles au Tchad, au Nigeria, au Pakistan, au Soudan du Sud, en Ethiopie, et en RDC pendant la COVID-19

Dossier d'apprentissage

International Rescue Committee | Février 2022

Acronymes

CCSAS	Soins cliniques offerts aux survivants d'agressions sexuelles
GAC	Affaires mondiales Canada
VBG	Violence basée sur le genre
AGR	Activités génératrices de revenus
IRC	International Rescue Committee
S et E	Suivi et évaluation
DM	Directeur de programme
POS	Procédure opérationnelle standard
SSR (R)	Santé (et droits) sexuels et reproductifs
CT	Conseiller technique
VAWG	Violence à l'égard des femmes et des filles
ESFF	Espaces sûrs pour les femmes et les filles
PAF	Protection et autonomisation des femmes
WASH	Eau, assainissement et hygiène

La désignation des Espaces sûrs pour les femmes et les filles (ESFF) varie d'un endroit à l'autre. Ils sont également connus sous les noms tels que Centres de bien-être pour les femmes et les filles, Centres complets pour les femmes et Centres intégrés pour les femmes. Par souci de clarté, le présent rapport utilise uniquement le terme ESFF.

Ce rapport d'évaluation est rédigé en anglais britannique.

Image de couverture – Programme Sud-Soudan de Global Affairs Canada. Adrienne Surprenant.

Cette évaluation a été financée par le partenariat de l'IRC avec Global Affairs Canada (GAC), à travers le projet, Les besoins des femmes et des filles en matière de santé et de sûreté au Tchad, au Nigeria, au Pakistan, au Sud-Soudan, en Éthiopie et en RDC sont abordés et satisfaits pendant le COVID-19 en 2021/22.

Global Affairs Canada ne partage pas nécessairement les opinions exprimées dans ce document. La responsabilité de son contenu revient entièrement à l'auteur

Répondre aux besoins de santé et de sûreté des femmes et des filles au Tchad, au Nigeria, au Pakistan, au Soudan du Sud, en Ethiopie, et en RDC pendant la COVID-19

1. Introduction et mise en scène	2
2. Considérations relatives aux approches transformatrices en matière de genre lors de la programmation	4
3. Une approche de réduction des risques pour lutter contre l'avortement à risque	8
4. Comment la pandémie de COVID-19 a-t-elle affecté les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive et de sécurité des femmes et des filles dans le nord-est du Nigeria ?	14
5. Nos vies sont intégrées, nos besoins sont intégrés, notre programme et notre travail devraient ainsi être intégrés	18
6. Conclusions et prochaines étapes	22
7. Références	24

1. Introduction et mise en scène

Les femmes et les filles ont, aux quatre coins du monde, porté le fardeau de la pandémie de COVID-19¹. Les effets de la COVID-19 et des mesures d'endiguement qui en ont découlé ont été particulièrement prononcés dans les pays confrontés à des crises humanitaires persistantes. En 2019, l'International Rescue Committee (IRC) a publié un rapport sur l'impact de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest, attirant l'attention sur les effets que les urgences de santé publique avaient sur l'accès aux services de SSR vitaux tant pour les femmes que pour les hommes². De même, en mars 2020, au début de la pandémie de COVID-19, un rapport publié par Care International prévoyait que l'épidémie affecterait de manière disproportionnée les femmes et les filles en matière de santé, de protection, d'autonomisation et de bien-être économique, d'éducation, d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), de logement, de sécurité alimentaire et nutritionnelle, avec des répercussions davantage accrues dans les contextes humanitaire³. Tirant partie de leurs expériences antérieures dans la gestion d'autres urgences de santé publique telles que l'épidémie d'Ebola et le virus Zika, l'IRC et CARE ont rapidement anticipé les effets sexospécifiques de la COVID-19.

Ainsi, les données recueillies au cours des premières phases de la pandémie dans les pays à revenu faible et intermédiaire font état de deux tendances parallèles : une montée en flèche des cas de violence basée sur le genre (VBG) et une réduction simultanée de l'accès des femmes et des filles aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et ceux de lutte contre la VBG au cours des phases aiguës de la pandémie, lorsque des mesures de confinement strictes étaient en place⁴. La SSR et la VBG sont profondément liées – la VBG conduit à des résultats négatifs en ce qui concerne la SSR pour les femmes et les filles, tels que la douleur pendant les rapports sexuels⁵, les infections sexuellement transmissibles (IST)⁶, le VIH⁷ et les grossesses non désirées⁸, qui peuvent conduire à des avortements à risque. De plus, le manque d'accès aux services de lutte contre la VBG et de SSR est ancré dans les structures et les normes patriarcales.

La pandémie de COVID-19 a accentué le chevauchement des besoins en matière de SSR (et de droits) et de VBG dans les contextes humanitaires. En raison des restrictions imposées à la suite de la COVID-19, les femmes et les filles étaient souvent confinées chez elles, chargées de s'occuper des enfants ou d'autres membres de la famille, ainsi que de mener des tâches ménagères. Accablées par le travail de soins non rémunéré, elles n'ont généralement pas pu se consacrer à des activités génératrices de revenus. Elles ont donc été confrontées à des difficultés financières et ont perdu le contact avec leurs réseaux sociaux. Les filles ne pouvaient non plus se rendre à l'école⁹. L'isolement social et économique, qui en a résulté, a conduit à l'augmentation de la violence basée sur le genre sous forme de violence entre partenaires intimes (VPI), de violence sexuelle et de rapports sexuels transactionnels, ainsi que de grossesses non désirées, d'IST, de VIH et d'autres complications liées à la santé sexuelle¹⁰. Cette situation s'est produite à un moment où les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que ceux de lutte contre la VBG de manière globale ont été réduits parce qu'ils étaient perçus comme « non essentiels », où les fonds alloués à la prévention, à l'atténuation des risques et à la réponse à la VBG étaient

réduits, et où la crainte de contracter la COVID-19 empêchait de nombreuses femmes et filles d'accéder aux services¹¹. L'absence ou l'interruption de services vitaux pour les femmes et les filles, y compris les soins obstétriques et néonataux d'urgence, la contraception, la gestion des cas de VBG, la prise en charge des complications liées à l'avortement, le soutien psychosocial (PSS) pour les femmes et les filles et les soins cliniques pour les survivants d'agressions sexuelles (CCSAS) ont conduit à des résultats médiocres en matière de santé et de sécurité pour les femmes et les filles, y compris des pics de mortalité maternelle le long de la phase initiale de l'épidémie.

Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie de COVID-19, le fossé entre les besoins et la prestation de services est devenu de plus en plus prononcé. Parallèlement, la nécessité de promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles dans le but de les aider à prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et reproductive, leurs droits, leur bien-être et leur accès aux services, ainsi que d'influer sur l'ensemble de la programmation, s'est avérée urgente. Pour combler ces lacunes, avec le soutien financier d'Affaires mondiales Canada (GAC), l'IRC a lancé le **projet intitulé les « besoins des femmes et des filles en matière de santé et de sécurité au Tchad, au Nigeria, au Pakistan, au Sud-Soudan, en Éthiopie et en RDC sont pris en compte et satisfaits lors de la pandémie de COVID-19 en 2021 / 22 »**, une initiative multi-pays axée sur des services intégrés de SSR et de PAF (protection et autonomisation des femmes). Ce document informatif s'appuie sur l'expérience des interventions intégrées de l'IRC dans des contextes humanitaires, en mettant particulièrement l'accent sur la mise en œuvre du projet GAC au cours de la COVID-19. **L'objectif principal est d'identifier les principaux points à retenir et les leçons apprises pour guider et améliorer la programmation intégrée en matière de SSR et de PAF dans les zones touchées par la crise, en particulier en ce qui concerne la prestation de services pendant et après la pandémie de COVID-19.**



Programme Sud-Soudan de Global Affairs Canada. Adrienne Surprenant.

ENCADRÉ 1 | LE PROJET GAC EN UN COUP D'ŒIL

Objectif ultime : L'objectif est de veiller à ce que les femmes et les filles soient en bonne santé et en sécurité et qu'elles influencent leurs communautés pendant et après la pandémie de COVID-19.

Objectif intermédiaire : s'assurer que les femmes et les filles sont protégées et prises en charge quant aux conséquences de la VBG et bénéficient de services de santé sexuelle et reproductive et de droits y afférents tout au long de la pandémie de COVID-19.

3 voies pour y parvenir :

- Assurer la prestation des services de SSR / de lutte contre la VBG accessibles, sûrs et de qualité pour les femmes et les filles pendant la COVID-19.
- Soutenir socialement les femmes et les filles pour qu'elles aient l'information, le pouvoir et les ressources nécessaires pour décider si elles souhaitent recourir aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre la VBG pendant la COVID-19.
- Augmenter la capacité de démonstration de la participation des femmes et des filles dans la programmation de COVID-19 en matière de VBG/SRH.

Durée : 12 mois (avril 2021 - mars 2022)

Lieu(x) d'intervention : Il s'agit des pays confrontés à une série de défis, dont les déplacements, les conflits, les catastrophes naturelles et les problèmes liés à la protection des femmes et des enfants, à savoir le Tchad, la RDC, l'Éthiopie, le Nigeria, le Pakistan et le Soudan du Sud.

Activités : Activités : a) formation et supervision à distance concernant le paquet minimum de services initiaux (MISP), le CCSAS et la gestion des cas de VBG ; b) poursuite de la mise en œuvre du MISP, y compris la santé sexuelle et reproductive et les droits y afférents en situation d'urgence et les soins complets en cas d'avortement ; c) renforcement des compétences et ateliers sur l'intégration à l'intention du personnel ; d) fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) pour tous les points de prestation de services et amélioration de la prévention et du contrôle des infections (PCI) en ce qui concerne les services destinés aux femmes et aux filles ; e) l'autonomisation des femmes en vue de la réalisation d'analyses de risques, d'audits de sécurité à distance et de l'identification des obstacles à l'accès à l'aide aux femmes et aux filles ; f) des campagnes de sensibilisation conjointes ; g) la création d'espaces sécurisés pour les femmes et les filles (ESFF) ; i) des actions de sensibilisation impliquant tant les hommes que les garçons en s'inspirant des contributions des femmes et des filles.

2. Considérations relatives aux approches transformatrices en matière de genre lors de la programmation

Une analyse sexospécifique de la santé sexuelle et reproductive et de l'utilisation de la planification familiale parmi les populations déplacées.

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR

Défis liés à la prestation de services de SSR et de PF :

- Une série de normes sociales, de facteurs économiques et d'attitudes de la part des prestataires de services entravent la PF ;
- Le fait d'être jeune a un impact négatif sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles ;
- La violence basée sur le genre affecte la SSR et la PF ; et
- Le déplacement peut renforcer la violence basée sur le genre.

Opportunités pour une programmation transformatrice en matière de genre :

- Le déplacement peut faciliter l'accès aux services de SSR ;
- Les ONGI et les chefs religieux qui les soutiennent peuvent permettre de promouvoir l'accès aux services de planification familiale et son acceptation en général ;
- L'engagement des hommes est crucial et nécessite une approche stratégique ;
- Le déplacement peut permettre de tirer parti des aspects positifs de la masculinité ;
- Les services adaptés aux jeunes peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité et de la portée de la prestation de services ; et
- Une plus grande représentation des jeunes femmes parmi les agents de santé communautaires (ASC) et le personnel de l'IRC est nécessaire.

Une programmation transformatrice en matière de genre dans les contextes humanitaires, c'est-à-dire celle qui « s'attaque aux causes des inégalités fondées sur le genre et s'efforce de transformer les rôles, les normes et les relations de pouvoir néfastes entre les sexes » présente de nombreux défis, ainsi

que des opportunités. Cette section se penche davantage sur l'expérience de l'IRC dans la mise en œuvre de programmes de SSR / PF en Éthiopie (zone de Fafan et région Somali) et au Soudan du Sud (comté de Jamjang), deux pays prenant part au projet GAC. Bien que l'analyse ne se concentre pas sur la mise en œuvre du programme lors de la pandémie de COVID-19, les idées glanées peuvent aider à orienter les futurs programmes en matière de SSR / PF tant dans la Corne de l'Afrique que dans d'autres contextes humanitaires, pendant et après les urgences de santé publique.

DÉFIS LIÉS À LA PRESTATION DES SERVICES DE SSR ET DE PF

Les normes sociales, les facteurs économiques et les attitudes des prestataires de services entravent la PF.

Une série de facteurs entravent l'accès des femmes et des filles à des services de PF en Éthiopie et au Soudan du Sud. Il s'agit notamment de normes sociales répandues, de facteurs économiques et d'attitudes de la part des prestataires de services, qui affectent conjointement les perceptions et la compréhension de la PF par les femmes et les filles, ainsi que leur capacité à accéder à un soutien.

Les normes sociales qui constituent un obstacle pour les femmes et les filles tiennent aux croyances suivantes :

- Les hommes ayant des familles plus grandes sont davantage respectés ;
- Les femmes qui recourent aux services de planification familiale sont des prostituées / les épouses qui recourent à la planification familiale deviendront des femmes aux mœurs légères ;

- La religion n'autorise pas le recours à la planification familiale moderne ;
- Il incombe à l'homme de repeupler son clan ;
- Les femmes nouvellement mariées doivent commencer à avoir des enfants dès la première année de mariage pour prouver la fertilité de leur mari ; et
- Une femme qui n'a pas d'enfants sera divorcée, ou son mari prendra une autre femme.

Les facteurs de nature économique qui inhibent la PF comprennent la notion selon laquelle disposer d'une grande famille permet de croître l'accès des ménages aux rations alimentaires. En effet, au Soudan du Sud, cette situation est aggravée par la conviction qu'une famille plus grande sert à répartir les risques.

Les attitudes des prestataires de services qui affectent l'accès au soutien comprennent la croyance selon laquelle les adolescentes mariées ne devraient pas du tout accéder à la PF, ou qu'elles ne peuvent le faire *que* si leurs parents y consentent. Au Soudan du Sud, les prestataires de services affirment que les femmes ne devraient pas avoir accès à la PF sans l'autorisation de leur mari.

Le fait d'être jeune a un impact négatif sur l'accès des femmes et des hommes aux services de SSR et de PF

Les adolescentes et les jeunes femmes d'Éthiopie et du Soudan du Sud ont du mal à accéder aux services de SSR et de PF. Au niveau individuel, les obstacles se traduisent par le manque de confiance en soi chez les femmes et les filles et par les difficultés que celles-ci rencontrent en négociant les options de SSR et de PF avec leurs partenaires, en particulier en cas de faible niveau d'alphabétisation. Au niveau social, par contre, cela se manifeste principalement par une pression liée à la nécessité de prouver la fertilité au sein de leur mariage et par des obstacles à l'accès aux services dans les cas où les prestataires dissuadent les adolescentes et les jeunes filles de recourir aux services de PF.

La violence basée sur le genre affecte la SSR et la PF

Les taux de VBG en Éthiopie et au Soudan du Sud sont élevés¹³ et sont profondément liés à la PF. Beaucoup de femmes et de filles atteintes par les programmes de l'IRC ont révélé des expériences de violence entre partenaires intimes (VPI) sous forme de violence économique (par exemple, des ressources qui leur sont retirées par leur partenaire) et de violence physique (par exemple, le fait d'être poussé ou bousculé). En effet, la VBG est souvent liée à la fécondité et de nombreuses adolescentes ont déclaré avoir subi des pressions pour démontrer qu'elles pouvaient donner naissance. En outre, elles étaient victimes de mauvais traitements de la part de la famille du mari ou étaient menacées de divorce si elles ne le faisaient pas. La recherche de services de PF sans l'accord du partenaire entraîne souvent des représailles violentes. Au Soudan du

Sud, il y a des preuves selon lesquelles les maris avaient commencé à retirer de force les dispositifs de planification familiale de leurs femmes. Des adolescentes dans ce pays ont expliqué que le fait d'accéder à la planification familiale sans le consentement de leur mari pouvait entraîner des conséquences violentes si celui-ci en prenait connaissance. Plus généralement, si les femmes et les filles ne se sentaient pas en sécurité dans leurs relations, elles sont moins susceptibles de s'exprimer et de parler de PF avec leur mari ou leur partenaire. Il existe un lien évident entre l'agencement des femmes (par exemple, leur voix au sein du foyer), leur expérience de la violence basée sur le genre et leur capacité à accéder à la PF.

Le déplacement peut alimenter la violence basée sur le genre

Les masculinités frustrées sont souvent à l'origine de la VBG ; de nombreux hommes s'en prenant à leur partenaire lorsqu'ils ont l'impression de ne pas avoir rempli le rôle sexospécifique qui leur a été assigné¹⁴. Les programmes doivent tenir compte des pressions exercées par le déplacement tant sur les femmes que sur les hommes et s'efforcer de prévenir les conséquences négatives, en particulier la VIP dont sont victimes les femmes et les filles.

OPPORTUNITÉS POUR UNE PROGRAMMATION TRANSFORMATRICE EN MATIÈRE DE GENRE

Le déplacement peut faciliter l'accès aux services de planification familiale

Dans les régions d'Éthiopie et du Soudan du Sud où l'IRC était actif, une grande partie des clients célibataires, hommes et femmes, considéraient que les services de PF étaient comparativement plus accessibles qu'avant le déplacement. Du point de vue de la prestation de services, il y avait plus d'agences offrant une gamme plus large de services de SSR / PF que dans le lieu d'origine des clients. Une plus grande concentration d'organisations non gouvernementales internationales (ONGI), d'agences des Nations Unies, de services gouvernementaux et d'agents de santé communautaires (ASC) avait contribué à un meilleur accès aux services. Cela représente une opportunité d'atteindre les femmes et les filles qui, auparavant, n'étaient pas en mesure de bénéficier de ce type de soutien.

Les ONGI et les chefs religieux solidaires peuvent promouvoir l'accès à la SSR et à la planification familiale et leur acceptation générale.

La planification familiale est devenu plus accepté et plus accessible dans les zones où opérait l'IRC. Ceci est largement dû à l'influence croissante des ONGI. Cependant, bien que le rôle des chefs religieux ait partiellement diminué, ils ont toujours un rôle important à jouer dans la promotion



Programme Sud-Soudan
de Global Affairs Canada.
Adrienne Surprenant.

de l'accès aux services de SSR et de PF. Étant donné que la religion reste un facteur important qui empêche les réfugiés et les PDI de recourir aux services de SSR, de PF ou de pratiquer l'espacement des naissances, la sensibilisation des chefs religieux à l'importance de ces services constitue une priorité essentielle. Le renforcement des alliances avec les autorités religieuses qui soutiennent les interventions de l'IRC peut contribuer à éliminer les obstacles à l'accès des femmes et des filles à l'assistance.

L'engagement des hommes est crucial et nécessite une approche stratégique

Selon les données recueillies par l'IRC dans les zones cibles en Éthiopie et au Soudan du Sud, il est toujours courant que les hommes prennent la décision finale quant à l'accès ou non d'une femme aux services de santé sexuelle et reproductive, à la PF ou à l'espacement des naissances. Dans de nombreux cas, les femmes hésitent à soulever la question de la PF par crainte d'être mal comprises ou de réactions violentes de la part de leurs partenaires masculins. Il est donc difficile pour les couples de parler des besoins en SSR des femmes et des filles. Il est nécessaire d'impliquer les hommes afin de démystifier les croyances erronées au sujet de la SSR et de la PF et de veiller à ce que les femmes et les filles aient accès aux services. Grâce à l'approche mondiale fondée sur des preuves intitulée « Engager les hommes à travers les pratiques redevables (EMAP) », l'IRC fait participer les hommes à un processus de changement de comportement individuel transformateur dans le but de mettre fin à la violence contre les femmes, en se fondant sur les contributions des femmes. Dans la Corne de l'Afrique, l'IRC a fait des progrès dans le domaine de l'engagement des hommes par le biais de groupes « Hommes à Hommes », de l'approche EMAP et du programme « Partenaires égaux », une intervention transformatrice pour les couples qui promeut les méthodes modernes de planification familiale, les compétences de communication positive, la prise de décision partagée et l'égalité des sexes. Bien que le programme EMAP soit mis en œuvre dans différents contextes depuis un certain nombre d'années, cette approche n'est pas systématiquement intégrée aux programmes axés sur la SSR / PF. De plus, comme le souligne une étude de la Banque mondiale, si l'EMAP contribue à faire évoluer les attitudes, les comportements sont plus résistants au changement¹⁵. Par conséquent, les futurs programmes de SSR / PF devraient tenir compte du temps nécessaire pour modifier les comportements.

De manière plus générale, une approche stratégique de l'EMAP devrait prendre en compte les éléments suivants :

- la nécessité d'interventions intégrées, où la SSR et la PF sont intégrées dans la Protection et l'autonomisation de la femme (PAF) et favorisent une meilleure égalité entre les hommes et les femmes ;
- le temps, l'argent et la réflexion sur le changement nécessaires pour faire évoluer des normes sociales complexes et profondément enracinées chez les hommes et au sein des communautés ;

- la mise en œuvre d'interventions à long terme promettant un meilleur rapport qualité-prix ;
- la nécessité de s'attaquer aux obstacles systémiques intersectoriels auxquels les femmes et les filles sont confrontés en ce qui concerne l'accès aux services et à l'aide grâce à la collaboration entre les programmes de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre la violence basée sur le genre, d'égalité des sexes et de redressement et de développement économiques ;
- la réalisation des évaluations rapides, efficaces et perspicaces, en fournissant au personnel des conseils pratiques qui peuvent être facilement mis en œuvre ; et
- La collaboration avec les hommes de manière à permettre la redevabilité envers les femmes par le biais des organisations de défense des droits des femmes (WRO), des femmes leaders au niveau local ou du personnel spécialisé issu des équipes de l'IRC chargées de l'égalité des sexes (GE) et de la PAF.

L'application du programme EMAP aux interventions futures devient davantage plus pertinente dans le contexte de la pandémie de COVID-19, étant donné que dans toute l'Afrique de l'Est, le personnel humanitaire de l'IRC signale un risque accru de VBG pour les femmes et les filles¹⁶.

Le déplacement peut contribuer au renforcement de la masculinité positive

Si le déplacement s'accompagne de risques accrus de violence basée sur genre, il représente également une chance de réinitialiser les relations entre les sexes et de renégocier de nouvelles normes sociales plus positives (par exemple, une meilleure communication entre les couples, une prise de décision plus partagée en matière de SSR / PF, et une répartition plus égale du travail au sein du ménage). L'engagement des hommes dans les contextes de déplacement est donc d'autant plus urgent et nécessaire, car il peut grandement contribuer à prévenir la violence et à promouvoir l'égalité des sexes.

Les services adaptés aux jeunes peuvent améliorer la qualité et la portée de la prestation de services.

Pour que les services répondent de manière exhaustive aux besoins des femmes et des filles, y compris des adolescentes, il est essentiel de contribuer à renforcer les capacités de négociation des jeunes en ce qui concerne les questions relatives à la PF. Afin d'assurer un accès facile et rapide aux services pour les jeunes clients, il est conseillé d'impliquer les établissements scolaires, tout en consultant les jeunes sur les heures et les lieux préférés aux fins de la prestation des services. Les groupes de pilotage de jeunes femmes peuvent contribuer à améliorer la qualité du service et à lui conférer une plus grande légitimité, tout comme le recrutement de jeunes agents de santé communautaires, hommes et femmes. L'obtention d'un retour d'information de la part des jeunes peut servir de base à l'amélioration des services – par exemple, les utilisatrices des espaces sûrs

pour les femmes et les filles (ESFF) devraient être impliquées dans les processus décisionnels relatifs aux services qui devraient leur être offerts dans ces espaces. Les jeunes peuvent également être impliqués en tant que chercheurs lors de l'évaluation des programmes. La supervision, le mentorat et le soutien permanents des ASC sont nécessaires pour qu'ils puissent continuer à fournir des services de qualité aux jeunes clientes.

Une plus grande représentation des jeunes femmes parmi les agents de santé communautaires (ASC) et le personnel de l'IRC est nécessaire.

Le recrutement de jeunes femmes en tant qu'agents de santé communautaires, auxquelles les adolescentes et les jeunes femmes peuvent s'identifier plus facilement, peut favoriser l'accès aux services pour les groupes d'âge plus jeunes. Pour y parvenir, l'IRC peut s'efforcer d'identifier et d'éliminer les obstacles au recrutement et à la fidélisation des femmes / jeunes, et veiller à ce que des femmes plus jeunes fassent également partie de son personnel. Le fait de mettre les femmes en contact avec des mentors masculins et féminins, de prévoir des horaires de travail flexibles, de créer des systèmes de partage de poste et de demander aux équipes de fixer des objectifs de recrutement sont des exemples de stratégies éprouvées permettant de faire croître le nombre de femmes dans l'emploi.

À la lumière des défis et des opportunités identifiés, deux stratégies clés devraient guider la programmation de l'IRC en matière de transformation sexospécifique en Éthiopie, au Soudan du Sud et dans d'autres contextes humanitaires :

Stratégie 1 : engager les hommes, améliorer la communication au sein du foyer et nouer des partenariats égaux en vue d'améliorer l'accès des femmes et des filles aux services de planification familiale. Cela signifie travailler en partenariat avec les agents de changement masculins (ACM), les organisations de défense des droits des femmes (WRO) et la communauté au sens large pour élaborer, tester et déployer un programme d'enseignement approprié au niveau local, adapté du travail d'engagement des hommes réalisé par l'IRC en RDC et au niveau mondial par le biais de l'approche EMAP.

Stratégie 2 : soutenir les changements positifs en ce qui concerne les systèmes de croyance et les attitudes des agents de santé communautaires. Promouvoir un mentorat régulier et permanent, et le soutien entre pairs pour les ASC, recruter des équipes égales d'ASC masculins et féminins et embaucher des ASC plus jeunes. Seul un changement d'attitude permettra aux ASC de fournir un service efficace et impartial à tous les clients.

3. Une approche de réduction des risques pour lutter contre l'avortement à risque

Études de cas issues du Nigeria, du Pakistan et de la RDC

Les avortements à risque représentent environ 4,7 à 13,2 % de la morbidité et de la mortalité maternelles dans le monde¹⁷. Les données montrent que les restrictions à l'avortement ne réduisent pas son incidence : les pays où l'avortement est interdit ou autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme présentent des taux d'avortement plus élevés que les pays qui autorisent l'avortement sur demande (37 avortements contre 34 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans, respectivement). Cependant, les restrictions à l'avortement ont pour effet la hausse de la proportion d'avortements à risque : les pays dont les paramètres juridiques entourant l'avortement sont les moins restrictifs comptent moins de 1 % d'avortements « moins sûrs »¹⁸ alors que les pays dont les paramètres juridiques sont restrictifs en comptent 31 %¹⁹. L'IRC s'est engagé à améliorer la sécurité de la grossesse et de l'accouchement dans les pays touchés par une crise. Ces dernières années, il a fourni des soins liés à l'avortement sans risque en RDC (Nord-Kivu, Sud-Kivu et Tanganyika), au Nigeria (État de Borno) et au Pakistan (province de Khyber Pakhtunkhwa – KPK). Toutes les zones cibles sont caractérisées par des taux élevés d'avortements à risque, en raison des difficultés à obtenir des moyens de contraception, de croyances culturelles ou religieuses profondément ancrées et des obstacles à l'accès aux services de santé.

Dans le nord-est du Nigeria, l'insurrection de Boko Haram est à l'origine de déplacements de population à grande échelle, ce qui a conduit à des viols, des agressions sexuelles et des mariages précoces et forcés, souvent suivis de grossesses non désirées, pour de nombreuses femmes et filles.²⁰ En effet, on estime qu'en 2018, il y avait 45,8 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer, dont environ deux tiers étaient à risque.²¹ Les avortements à risque sont particulièrement répandus chez les jeunes femmes vivant en milieu rural.

Au cours des dernières décennies, la RDC a connu des conflits, des troubles et des déplacements, exacerbés par l'épidémie d'Ébola, qui ont eu des répercussions sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles ainsi que sur leur expérience de la VBG de différentes manières.²² Une étude récente estimant l'incidence de l'avortement dans la capitale Kinshasa a révélé que 146 700 avortements avaient eu lieu en 2016, ce qui équivaut à 56 interruptions de grossesse pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Sur ce nombre, 61 % seraient des avortements non désirés.²³ Selon le Plan stratégique national de planification familiale de la RDC (PSNPF-RDC), 80 % des grossesses chez les femmes mariées ou ayant un partenaire stable sont considérées à risque.²⁴ L'accès à l'avortement sans risque est une priorité compte tenu des taux élevés de mortalité maternelle enregistrés dans le pays. Sur la base des données recueillies en 2017, on estime que pour 100 000 naissances vivantes, 473 femmes meurent de causes liées à la grossesse, un taux plus élevé que la moyenne régionale de 445.²⁵

Le Pakistan accueille environ 3 millions de sans-papiers et de réfugiés afghans²⁶, dont beaucoup vivent dans la province de Khyber Pakhtunkhwa, où l'IRC est présent et actif depuis 2016. L'accès à la santé au Pakistan n'est pas simple - le Pakistan consacre 0,9 % de son PIB aux dépenses publiques de santé, et de nombreux individus et familles doivent assumer leurs dépenses de santé de leur propre poche²⁷. Les difficultés d'accès à la santé sont particulièrement prononcées parmi les personnes déplacées, surtout lorsqu'il s'agit des femmes et des filles, qui sont confrontées à des problèmes spécifiques de santé sexuelle et reproductive ainsi que ce de violence basée sur le genre. Les données les plus récentes concernant le Pakistan font état d'un taux d'avortement de 50 pour 1000 femmes²⁸. De nombreux professionnels de la santé continuent de recourir à des pratiques dangereuses, notamment la dilatation et le curetage (DC). Dans les zones rurales, les avortements sont souvent pratiqués par des professionnels non formés dans des conditions de sécurité et d'hygiène problématiques²⁹.

Grâce au projet GAC, l'IRC a pu offrir un accès permanent aux services d'avortement sans risque (SAC) pour les femmes et les filles dans les zones ciblées durant la pandémie de COVID-19. Toutes les interventions relatives à ces services s'inscrivent dans une perspective de réduction des risques. L'objectif de la réduction des risques est de diminuer l'incidence et les conséquences de l'avortement à risque en fournissant des informations correctes sur les procédures d'avortement sans risque aux femmes et aux filles ayant une grossesse non désirée. Les trois principes fondamentaux de la réduction des risques sont les suivants :

- **Pragmatisme** : de nombreuses femmes auront recours à un avortement à risque si on ne leur propose pas une méthode sûre ;
- **Neutralité** : les prestataires de soins de santé sont censés fournir les soins de santé nécessaires en dehors de tout jugement moral. La réduction des risques se concentre sur la réduction des risques associés à l'avortement, sans juger si l'avortement lui-même est bon ou mauvais ; et
- **Humanisme** : toutes les femmes ont le droit de voir leurs besoins de santé satisfaits, que ces besoins soient ou non conformes aux normes ou lois religieuses et sociales.

Les cadres juridiques régissant l'avortement dans les trois pays cibles diffèrent de manière importante, ce qui nécessite des approches et des solutions taillées sur mesure. En **RDC**, depuis l'approbation du Protocole de Maputo en 2018, l'avortement est possible en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste et / ou lorsque la santé mentale ou physique de la mère ou la vie de la femme ou du fœtus est en danger. En outre, la diffusion des informations sur l'autogestion de l'avortement est autorisée en vertu de la loi.

Au **Nigeria**, l'avortement n'est autorisé que « de bonne foi dans le but de sauver la vie de la femme ». Cependant, l'accès à des soins liés à l'avortement sûrs est limité et, s'il en existe dans l'État de Borno, la qualité du service varie et est souvent médiocre.

Au **Pakistan**, l'avortement est autorisé s'il est pratiqué « de bonne foi, dans le but de sauver la vie de la femme ou de lui fournir un traitement nécessaire ». Dans le cadre de l'interprétation de la loi, l'avortement est permis pour des raisons de bien-être physique et physiologique, tandis que l'avortement en cas d'inceste et de viol est considéré sur une base circonstancielle. L'autorisation d'un tiers n'est pas nécessaire pour offrir les services d'avortement, la Cour fédérale de la Shariat de 1984 ayant déclaré que l'État avait « la charge de prouver qu'un avortement illégal a été pratiqué ». Cependant, les organismes religieux ne sont généralement pas favorables à l'interruption de la grossesse après 120 jours, ce qui coïncide avec l'« apparition de l'âme » selon l'enseignement islamique. Le consentement du conjoint ou celui parental quant aux mineures n'est pas légalement requis pour bénéficier d'un avortement, bien que dans la pratique les prestataires puissent demander le consentement du mari ou des parents.

Spécificités du programme

À la lumière de ces différents scénarios, l'IRC a adapté ses programmes aux besoins et aux possibilités de chaque pays et de chaque zone cible spécifique.

RDC

L'IRC travaille en RDC depuis 1996 et est désormais opérationnel au niveau de trois provinces : Nord-Kivu, Sud-Kivu et Tanganyika. Le programme comprend la santé, la protection et l'autonomisation des femmes (PAF), la protection des enfants, WASH et les moyens de subsistance. Le programme de santé sexuelle et reproductive (SSR) a débuté en 2006 grâce à un programme complet de santé reproductive dans le cadre de RAISE et s'est poursuivi sous forme d'un programme de PF et de SPA en situation d'urgence (PF-SPACE) à compter de 2011, tous deux financés par un important donateur anonyme. Ce dernier programme s'est, dans un premier temps, concentré sur l'élargissement de l'accès et l'institutionnalisation de la planification familiale (PF) et des soins post-avortement (SPA), et a finalement introduit les soins d'avortement sans risque (SASR) et l'approche de réduction des risques en 2019. Actuellement, le programme soutient 29 établissements de santé de l'État au moyen de médicaments, de fournitures et de matériel. De plus, il leur apporte un soutien financier pour les allocations et les frais de fonctionnement, la formation et la supervision. En ratifiant le protocole de Maputo en 2018, la RDC a permis à l'IRC d'introduire les services d'avortement sans risque (ASR) dans son programme préexistant de PF et de PAC opérant dans 29 établissements du ministère de la Santé (MDS). L'équipe de l'IRC en RDC a conçu un modèle de programme basé sur les droits et à deux volets qui a permis à toutes les femmes et les filles ayant besoin de services d'y accéder.

Les femmes et les filles qui souhaitaient interrompre leur grossesse et qui répondaient aux critères du protocole de Maputo (cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste et / ou lorsque la santé mentale ou physique de la mère ou la vie de cette dernière ou du fœtus était en danger) ont pu accéder à des services d'avortement sûrs dans un centre de santé soutenu par l'IRC. L'IRC a reconnu qu'il était également important de répondre aux besoins des clientes désirant une interruption de grossesse mais ne répondant pas aux critères du protocole de Maputo. Par conséquent, il a soutenu les travailleurs de santé en vue de les aider à offrir à de telles clientes des conseils sur l'autogestion sûre de l'avortement, conformément à la loi. Le Misoprostol nécessaire pour les avortements médicamenteux est souvent disponible dans les pharmacies locales ; l'IRC a donc établi un partenariat avec les pharmacies locales pour garantir la disponibilité de Misoprostol de qualité au niveau de la communauté. Il est important de noter que l'autogestion de l'avortement est désormais accessible à toutes les femmes qui y ont recours. La cliente pouvait ainsi choisir d'autogérer son avortement au moyen de Misoprostol dans un site pharmaceutique parce que, selon le protocole de Maputo, elle n'est pas éligible au SAR dans un établissement de santé ou tout simplement du fait qu'elle préférerait procéder à un avortement autogéré et ne souhaitait pas accéder aux services cliniques d'un établissement.

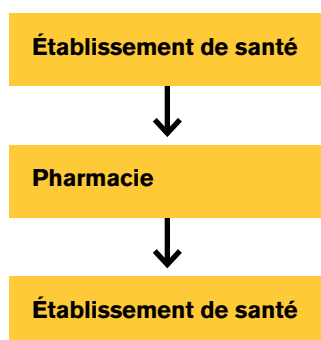


IRC Nigeria. Etinosa Yvonne

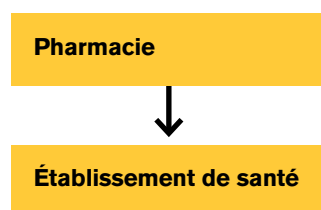
Cela a permis de créer plusieurs voies d'accès, en fonction du point d'entrée des femmes et des filles :

RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CLIENTES

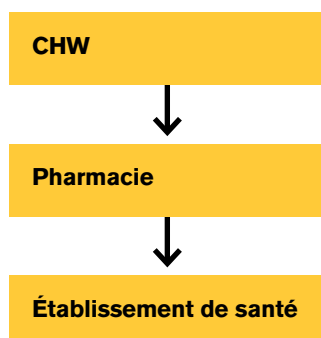
1^{er} parcours



2^e parcours



3^e parcours



Nigeria

Au Nigeria, l'IRC a fourni des services de santé reproductive complets aux femmes et aux filles de l'État de Borno par le biais de divers établissements du ministère de la Santé, d'une clinique de santé reproductive de l'IRC située au camp de déplacés de Bakassi dans les zones de gouvernement local (ZGL) de MMC / Jere, de six centres complets pour les femmes (CCF) et d'un soutien itinérant dans d'autres postes avancés de l'IRC tels que les Centres de nutrition et de santé primaire. Les CCF offrent aux femmes et aux filles des communautés déplacées et d'accueil un espace sûr où elles peuvent jouir de services intégrés de santé sexuelle et reproductive ainsi que de ceux de protection et d'autonomisation des femmes (PAF), ce qui les aide à se rétablir et à se remettre de certaines des difficultés qu'elles ont rencontrées depuis le début de la crise. Les services fournis dans ces centres comprennent la planification familiale (PF), la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), les soins post-avortement (SPA), les soins prénatals, les soins post-natals et les accouchements sans risque, les soins cliniques pour les survivantes d'agressions sexuelles et la sensibilisation de la communauté. Ces services sont également offerts aux adolescentes et adaptés à leurs besoins. Les services en matière de PAF comprennent la gestion des cas de VBG, des activités de soutien psychosocial ainsi que celles d'autonomisation et d'acquisition de compétences pour les adolescentes (Girl Shine). À Gwoza, l'IRC travaille aux côtés de Médecins Sans Frontières (MSF), qui gère l'hôpital secondaire de la ville, lequel offre également des services de santé sexuelle et reproductive complets et sert de centre de référence pour les deux CCF.

Le modèle du programme diffère légèrement entre les milieux urbains et ruraux, compte tenu de la disponibilité variable des services de soins d'avortement sans risque (SAR). À Gwoza, les sages-femmes offrent des informations sur l'utilisation du Misoprostol et / ou orientent les clientes vers l'hôpital de MSF, qui propose des services d'avortement médical ou chirurgical pour les femmes dont la grossesse ne dépasse pas 22 semaines. Les femmes ont alors la possibilité de se procurer leur propre Misoprostol auprès de pharmacies locales ou d'accéder aux services de SAR à l'hôpital de MSF. MSF reçoit toutes les femmes qui demandent ce service dans une pièce séparée de la maternité afin de préserver la confidentialité et l'intimité. L'IRC et MSF se réunissent sur une base mensuelle pour discuter de ce processus de référence, aplanir les difficultés éventuelles et comparer le nombre de références faites par l'IRC à celui reçu par MSF. À Maiduguri, aucune voie de référence n'a été établie avec une organisation ou un établissement qui fournit des services d'avortement sans risque (SAC). De ce fait, lors des sessions de conseil, les sages-femmes de l'IRC donnent des informations sur la manière dont on peut autogérer un avortement en achetant du Misoprostol en vente libre ou sur la manière d'accéder aux services de soins d'avortement sans risque dans les cliniques privées identifiées lors de l'évaluation des soins d'avortement sans risque mentionnée ci-dessus.

MODÈLE DE RÉDUCTION DES RISQUES À GWOZA

Voie 1



Voie 2



MODÈLE DE RÉDUCTION DES RISQUES À MAIDUGURI

Voie 1



Voie 2



Pakistan

L'IRC au Pakistan a démarré la prestation de services de planification familiale et de soins post-avortement dans les situations d'urgence (PF-PACE) en 2011 afin d'améliorer l'accès et la qualité de ces services offerts aux femmes et aux filles touchées par le conflit et déplacées dans la province de Khyber Pakhtunkhwa (KPK) dans le pays. Les principales activités du programme comprennent une formation axée sur les compétences pour les prestataires de soins de santé, une supervision de soutien, la fourniture de matériel et d'équipement, le suivi et l'évaluation et la sensibilisation de la communauté. Le programme était initialement axé uniquement sur la prestation de services de planification familiale et de soins post-avortement (SPA) dans les établissements de santé publics, mais a commencé à déployer des efforts pour accroître l'accès aux soins d'avortement sans risque (SSR) en 2016. En 2018, ce programme s'est vu rebaptisé « Contraception et soins complets en matière d'avortement dans les situations d'urgence » (ConCACE) afin de refléter l'orientation plus large du programme.



IRC RDC. O. Acland.

Résultats

Les programmes de réduction des risques de l'IRC en RDC, au Nigéria et au Pakistan ont abouti à des résultats remarquables, témoignant des immenses avantages d'investir dans des interventions d'avortement sans risque pour les femmes et les filles.

- En **RDC**, 4 388 femmes et filles ont bénéficié de soins d'avortement sans risque (ASR) par le biais des services soutenus par l'IRC entre janvier 2019 et novembre 2020. Parmi elles, 31 % (1 377) y ont directement accédé dans un établissement du ministère de la Santé soutenu par l'IRC et 69 % (3 011) ont été orientées vers l'autogestion de leur avortement et l'achat de Misoprostol dans une pharmacie soutenue par l'IRC. Parmi ces clients bénéficiant de la réduction des risques, 78 % (2 360) ont suivi une méthode de PF dans un centre de santé. Les trois provinces ont connu une forte augmentation du nombre de clients accédant aux services de réduction des risques au cours des premiers mois de 2020. Cependant, le fait que cette tendance soit également observée au Tanganyika suggère qu'elle pourrait également être corrélée à l'apparition de la crise de pandémie de Covid-19, qui a pu accroître les obstacles réels ou perçus auxquels se heurtent les femmes et les filles quant à l'accès aux services dans les établissements de santé et les a donc encouragées à se tourner vers les pharmacies pour bénéficier de services d'avortement. Pourtant, les données sur la prestation de services directs ne font pas apparaître la diminution escomptée.
- Au **Nigéria**, entre septembre 2019 et novembre 2020, 384 femmes et filles ont bénéficié des séances de conseil en matière de réduction des risques : 204 à Maiduguri et 180 à Gwoza. Parmi elles, 13 %, soit 49 femmes, sont revenues pour bénéficier de services de SPA (44 à Maiduguri et 5 à Gwoza – la différence s'explique par le fait que la plupart des femmes ont reçu un SAC complet et des soins de suivi de la part de MSF à Gwoza) ; et à Gwoza, 58 femmes et filles ont suivi leur orientation pour recevoir des soins ASR de la part de MSF entre janvier et novembre 2020.
- Au **Pakistan**, 365 femmes ont bénéficié de services d'avortement sans risque (ASR) par l'intermédiaire d'établissements de santé soutenus par l'IRC dans la province KPK. Parmi les femmes et les filles qui ont reçu des services entre juillet 2017 et décembre 2018, 19 % ont accepté une méthode de PF avant de quitter l'hôpital tandis que 61 % l'ont acceptée dans les deux semaines qui ont suivi. Cependant, aucune donnée sur l'Avortement sans risque (ASR) n'a été rapportée de janvier 2018 à juin 2018 en raison de l'absence de soutien et de documentation officiels en la matière au cours de cette période. La plupart de ces cas ont été signalés par des établissements gouvernementaux. De l'autre part, les prestataires privés en ont relativement peu déclarés. D'avril à septembre 2019, 141 clientes ont bénéficié de services d'avortement sans risque dans des établissements de santé nouvellement soutenus et 30 % ont accepté une contraception avant la sortie. En effet, 58 % ont été traitées à l'aide du Misoprostol, 41 % au moyen

de l'aspiration manuelle par le vide et 1 % par la dilatation et la curetage (DC). Les prestataires sont souvent plus à l'aise quant à l'administration du Misoprostol, étant donné qu'elle requiert moins de compétences que l'AMIU. De nombreuses femmes et jeunes filles préfèrent également le Misoprostol en raison de l'option d'auto-administration à domicile. En mai 2019, un traitement par dilution et curetage a été administré, ce qui représente moins de 1 % des méthodes d'évacuation en cas d'ASR. Les données relatives à l'avortement sans risque ventilées par méthode d'évacuation utérine n'étaient pas disponibles avant 2019.

Outre le nombre de blessés et de malades ayant accès aux services de réduction de risques, il convient de noter que dans les trois pays, l'IRC a investi dans la sensibilisation et la formation des principales parties prenantes, notamment le personnel de l'IRC, les agents de santé communautaires, les prestataires de soins et les pharmaciens, par le biais de la clarification des valeurs et de la transformation des attitudes (CVTA). Les avantages de la formation et de la sensibilisation survivront aux interventions de l'IRC.

Leçons apprises :

- **Les adolescents et les femmes célibataires se heurtent à des obstacles plus importants en ce qui concerne l'accès aux services**, ce qui nécessite une approche stratégique spécifique et une sensibilisation ponctuelle à l'avortement à risque et aux services de santé sexuelle et reproductive disponibles ;
- **Veiller à la confidentialité des clients** est primordiale ;
- **La mise en place de partenariats communautaires solides est essentielle pour créer un environnement propice aux services d'ASR ;**
- La **CVTA (Clarification des valeurs et transformation des attitudes)** est nécessaire pour entamer les discussions sur des sujets tabous, surmonter les attitudes négatives et faire accepter l'intervention à l'intérieur et à l'extérieur d'une organisation ;
- **Au Pakistan, le soutien par les pairs et le coaching ont permis d'améliorer les compétences cliniques pour l'évacuation utérine** – on a offert un soutien aux prestataires non formés à l'AMIU et au Misoprostol et qui se livraient à des pratiques obsolètes ou incorrectes, telles que la dilatation et le curetage ;
- **Au Pakistan, il est préférable d'éviter de travailler avec des prestataires privés**, car cela pose des problèmes pour garantir la qualité des soins, le caractère abordable des services et la cohérence des rapports ;
- **En RDC, la collaboration avec les pharmacies s'est avérée essentielle** pour garantir l'accès au Misoprostol ;
- **En RDC, l'inclusion des autorités sanitaires et des établissements de santé dans le processus de planification et de mise en œuvre a permis aux autorités sanitaires zonales d'intégrer cette nouvelle approche dans le cadre des soins de santé primaires ;** et
- **Dès que vous avez commencé, vous ne pouvez plus vous arrêter** – s'assurer de la continuité est une priorité.



Muna et sa sœur aînée Kumis ont fui leur maison dans les montagnes de Nuba en 2016. Aujourd'hui, elles suivent les cours de l'IRC sur la prévention des violences basées sur le genre, qui ont tendance à connaître un pic en période de crise. *Adrienne Surprenant.*

4. Comment la pandémie de COVID-19 a-t-elle affecté les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive et de sécurité des femmes et des filles dans le nord-est du Nigeria ?

Une évaluation des perspectives des femmes et des filles.

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR :

- La COVID-19 a exacerbé les obstacles existants et en a créé de nouveaux en ce qui concerne l'accès aux services de SSR et de PAF.
- La COVID-19 a eu des répercussions financières non négligeables sur les femmes et les filles.
- La pandémie a entraîné une augmentation de l'exploitation sexuelle commercialisée chez les adolescentes, tandis que les femmes adultes ont eu des expériences contradictoires quant aux relations avec leur partenaire intime au cours de la période de confinement.

Au Nigeria, la pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve le système de santé. Les services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre la violence basée sur le genre ont été largement mis de côté, l'essentiel des ressources étant consacré aux interventions d'urgence. Comme dans d'autres endroits en proie à des conflits ou à des catastrophes naturelles entraînant des déplacements massifs, les restrictions imposées à la suite de la COVID-19 par rapport aux déplacements, à l'accès à l'éducation et au travail ont alimenté la VBG et exercé une pression financière sur les services de santé et de bien-être³⁰. Le nord-est du Nigeria n'est pas seulement touché par la violence des milices, mais aussi dominé par des normes de genre patriarcales qui entravent souvent l'accès des femmes et des filles aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre la VBG, ce qui rend l'autonomisation d'autant plus nécessaire et urgente. Les souvenirs relatifs à la phase aiguë de la pandémie recueillis par les femmes et les adolescentes

de l'État de Borno - plus précisément dans le camp GSS accueillant des personnes déplacées à Gwoza et au sein de la communauté d'accueil de Bakassi du Maiduguri Metropolitan Council – mettent en lumière les difficultés rencontrées par les femmes et les adolescentes sur le terrain et les enseignements tirés des interventions intégrées durant la pandémie.

COVID-19 a eu des répercussions financières non négligeables sur les femmes et les filles

Avant la pandémie, les femmes et les filles pouvaient se livrer à une série d'activités rémunératrices qui leur permettaient de subvenir à leurs besoins essentiels tout en conservant un peu d'argent aux fins d'autres nécessités. La COVID-19 a réduit l'accès aux revenus, ce qui a rendu de plus en plus difficile la prise en charge des besoins essentiels. Les femmes ont passé plus de temps à la maison et ont modifié leurs habitudes quotidiennes, en particulier durant la phase aiguë de la pandémie. À cette époque, la scolarité s'est brutalement arrêtée, de nombreuses filles ne pouvant plus se rendre à l'école. Certaines femmes et filles ont fait état de résultats positifs découlant des confinements, tels que la possibilité de passer plus de temps avec leur mari ou leurs parents, et l'opportunité d'acquérir de nouvelles compétences. Ce dernier point s'applique particulièrement aux jeunes filles.

La pandémie a entraîné une augmentation de la VPI et de l'exploitation sexuelle commercialisée chez les femmes et les filles.

Bien que la COVID-19 ait ouvert de nouvelles opportunités pour plusieurs femmes et filles, le confinement à la maison a souvent conduit à une augmentation des risques de VPI. De plus, l'augmentation du chômage et des difficultés de subsistance a exacerbé l'exploitation sexuelle commercialisée des adolescentes par ceux qui détiennent l'argent. L'effondrement des barrières sociales résultant des restrictions imposées par la COVID-19 a eu pour effet d'isoler davantage les filles, qui ont eu de plus en plus de mal à se confier à leurs amis.

COVID-19 a exacerbé les obstacles existants et en a créé de nouveaux pour l'accès aux services de SSR et de PAF.

« Même les prestataires de services ne sont pas disponibles. Les gens ont peur d'aller à l'hôpital parce qu'on pourrait leur dire qu'ils ont la Covid. » - Femme adulte dans le nord-est du Nigeria

Dans les zones ciblées par l'intervention de l'IRC au Nigeria, les femmes et les filles sont confrontées à de multiples obstacles pour accéder aux services de SSR et de PAF, même en dehors des périodes de pandémie. Cela est dû en grande partie aux normes culturelles et religieuses, ainsi qu'au manque de sensibilisation sur l'éligibilité aux services.

Par exemple, de nombreux adolescents ne savent pas que la planification familiale et l'avortement sans risque ne sont pas réservés aux femmes mariées. Cela signifie qu'elles optent souvent pour des alternatives risquées afin d'interrompre une grossesse non désirée. Il existe également des préoccupations très répandues concernant la confidentialité des prestataires et leur tendance à la discrimination fondée sur l'âge. Les jeunes femmes craignent d'être jugées et méprisées en raison de leur âge.

Dans ce contexte, pendant la phase aiguë de COVID-19, les femmes ont généralement réussi à accéder discrètement aux services de SSR et de PAF mais n'ont pas toujours pu revenir pour les rendez-vous de suivi. Cela a conduit à des grossesses non désirées et à l'occasion, à des VPI suite à la découverte de l'utilisation de contraceptifs par les conjoints. Bien que l'accès à l'accouchement en clinique soit relativement facile par rapport aux autres services de SSR, de nombreuses femmes et filles ont fini par accoucher à la maison et pendant la nuit dans des conditions peu sûres. Les soins prénatals étaient soumis à des retards importants, tandis que les soins postnatals étaient perçus comme étant généralement facilement accessibles.

En ce qui concerne les services les plus stigmatisés, tels que les soins post-avortement (SPA), la planification familiale et la prise en charge des survivantes de VBG, leur accès était de plus en plus difficile au plus fort de COVID-19, et encore plus dans les zones rurales. En outre, les prestataires ont manqué de contraceptifs et de fournitures médicales pour les IST, ce qui s'est répercuté sur le bien-être des femmes et des filles.

TABLEAU 1 | OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES INTÉGRÉS DE SSR/PAF MENTIONNÉS PAR LES FEMMES ET LES FILLES

OBSTACLES AVANT LA COVID-19	OBSTACLES SPÉCIFIQUES À LA COVID-19
• Manque de connaissance des avantages de la planification familiale (exacerbé par la COVID)	• Restrictions de voyage
• Niveau élevé d'analphabétisme chez les femmes et les filles	• Crainte de contracter la COVID
• Manque d'argent (exacerbé par la COVID)	• Soutien limité de l'accompagnateur choisi lors de l'accouchement dans le centre de santé
• Manque de soutien de la part du conjoint	• Moins de patients autorisés dans les établissements à un moment donné.
• Peur des effets secondaires des contraceptifs	• Absence du personnel de santé dans les établissements.
• Attitudes des agents de santé	• Manque de services de SSR [pendant le confinement].
• Services non disponibles (exacerbé par COVID)	
• Services non disponibles 24 heures sur 24	
• Prestataires demandant des formulaires de consentement des conjoints ou des parents	
• Craintes liées aux procédures d'avortement	

LEÇONS APPRISES

Les expériences des femmes et des filles au plus fort de COVID-19 ainsi que les points de vue du personnel de l'IRC sur le terrain, soulignent la nécessité d'une plus grande préparation face à des conditions pandémiques extrêmes, afin de mieux répondre aux besoins complexes des femmes.

Plus précisément, le travail futur dans le nord-est du Nigeria et dans des contextes humanitaires similaires lors des urgences de santé publique devrait donner la priorité :

... FOURNIR :

- un engagement communautaire intégrant la SSR et la PAF afin de réduire la stigmatisation liée aux services et de protéger les femmes de la VBG, y compris en tant que conséquence du recours aux services.
- des numéros gratuits que les femmes peuvent appeler pour demander des services de SSR et de VBG ainsi que pour bénéficier de conseils et d'orientations gratuits (par exemple, pour les services de VBG/PAF).
- des services disponibles 24 heures sur 24.
- des services à domicile reposant sur des agents de santé formés pour fournir des services de SSR aux femmes qui en ont besoin.
- des périodes de prescription prolongées pour les pilules contraceptives.
- des tricycles placés dans des endroits stratégiques pour permettre aux femmes de se rendre facilement à l'hôpital, notamment en cas d'urgence (disposition suggérée par le gouvernement).
- des équipements de protection individuelle (EPI) pour que les femmes et les filles puissent accéder facilement aux établissements de santé.
- des informations sur la santé et les droits sexuels et reproductifs pour les femmes et les filles dans le cadre des activités de communication des risques et d'engagement communautaire.

... SOUTENIR :

- l'autonomisation socio-économique des femmes et des filles par le biais d'interventions monétaires polyvalentes afin de les protéger contre les stratégies d'adaptation préjudiciables et exploitantes résultant de la perturbation des moyens de subsistance.

... PLAIDER :

- pour que les installations et les espaces sécurisés pour les femmes et les filles restent ouverts pendant les fermetures, étant donné que les services de SSR et de VBG (et pas seulement les services de SD, de soins prénatals et de soins prénatals) peuvent sauver des vies.
- pour l'accès à la contraception sans besoin d'ordonnance ou de consentement du partenaire, et la prestation de services au niveau communautaire³¹.



5. Nos vies sont intégrées, nos besoins sont intégrés, notre programme et notre travail devraient ainsi être intégrés

une évaluation externe de l'opinion du personnel sur la programmation de l'IRC en matière d'intégration de la SSR et la PAF

PRINCIPAUX POINTS À RETENIR :

- L'intégration de la SSR et la PAF est vitale.
- Les efforts d'intégration réussis doivent être globaux, multi-niveaux et multi-parties prenantes.
- L'engagement de la communauté est essentiel au succès.
- Bien qu'il existe à la fois des obstacles et des facteurs favorables à l'intégration, les facteurs favorables dépassent les obstacles.
- Bien que la COVID-19 pose des défis uniques en matière de prestation de services, ceux-ci peuvent être relevés grâce à un programme bien structuré et réactif.

L'intégration de la SSR et de la PAF est vitale.

Le personnel de l'IRC impliqué dans la mise en œuvre du projet GAC a considéré l'intégration comme le pilier du travail humanitaire, reconnaissant son importance particulière lors des urgences de santé publique. L'intégration, ancrée dans une approche centrée sur la femme, peut contribuer à garantir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre la VBG, ce qui contribue à une amélioration générale de la santé et de la sécurité des femmes et des filles. Dans les contextes humanitaires, le service de SSR de l'IRC fait partie du secteur de la santé, tandis que les services de VBG relèvent de la Prévention et Réponse à la Violence (Protection). Cependant, dans les sociétés où la VBG est répandue en raison des croyances patriarcales, des inégalités et des idées fausses sur le rôle des femmes et des filles dans la société, les besoins en matière de SSR et de PAF sont inextricablement liés. Cela signifie que les femmes et les filles ont souvent besoin d'accéder à la fois aux services de SSR et de PAF et que des voies d'orientation solides doivent être mises en place pour garantir qu'elles bénéficient d'un soutien adéquat.

« Une grande partie des conséquences de la VBG touche la SSR... L'éducation et les services en matière de SSR sont une composante essentielle de la prévention de la VBG. Dans de nombreux contextes dans lesquels nous travaillons, les sociétés sont plus conservatrices ou religieuses, et les informations et services de SSR sont stigmatisés et tabous. Si les services de SSR et de PAF sont intégrés dans des espaces sûrs, où les femmes et les filles peuvent recevoir différents types de services, d'informations et participer à des activités diverses, il y aura plus de confidentialité et de protection sur qui reçoit/ fait quoi dans les centres (...) En outre, les unités sont plus efficaces lorsqu'elles sont intégrées et que nous pouvons travailler avec la même population cible, fournir des références plus efficaces, utiliser les mêmes installations pour les services » - membre du personnel de l'IRC cité dans l'évaluation externe de la programmation de l'intégration des services de SSR et de PAF de l'IRC

Les efforts d'intégration réussis doivent être globaux, multiniveaux et multipartites.

Pour être réellement efficace, l'intégration doit couvrir **tous les niveaux de l'organisation** - y compris la gestion et la coordination - ainsi que **chaque phase de la programmation**, du tout début de la planification aux activités de collecte de fonds. L'expérience du projet GAC a mis en évidence que les éléments clés de la réussite d'une programmation intégrée de la SSR et de la PAF comprennent la fourniture de services intégrés de SSR/VBG et de PAF, la collaboration entre les personnels formés, l'engagement communautaire, l'optimisation des ressources existantes pour éviter les doublons et la collaboration avec les partenaires et les donateurs.

L'engagement communautaire est essentiel au succès

Parmi les aspects susmentionnés, une attention et des efforts particuliers ont été consacrés à la sensibilisation de la communauté. Celle-ci est considérée comme essentielle pour instaurer la confiance avec les dirigeants de la communauté et les utilisateurs potentiels des services. À cette fin, le personnel a souligné la nécessité de :

Engager :

- des femmes et des hommes en créant des groupes de soutien communautaires
- des chefs religieux et communautaires
- des femmes leaders
- des hommes et des garçons
- enseignants

Fournir :

- une éducation à la sexualité complète hebdomadaire pour les femmes et les filles dans des espaces sécurisés
- des sessions d'apprentissage adaptées à l'âge des enfants et des adolescents sur la SSR et la VBG
- formation de groupes et de dirigeants communautaires pour qu'ils deviennent des défenseurs de la cause.

Communiquer :

- via la radio locale, les médias sociaux et les espaces sûrs

Lorsque la sensibilisation de la communauté fait mouche, les dirigeants communautaires eux-mêmes sont proactifs et insistent pour que l'organisation offrant une programmation intégrée reste dans leur région et continue à fournir des services. C'était le cas de l'IRC dans les territoires où il opérait.

Bien qu'il existe à la fois des obstacles et des facteurs favorables à l'intégration, les facteurs favorables dépassent les obstacles

L'intégration s'accompagne de gains immenses, mais aussi de défis. Aux yeux du personnel travaillant sur le projet GAC, les obstacles à l'intégration étaient à la fois internes et externes, bien que les premiers aient été perçus comme plus prépondérants. Cela ne devrait pas être une surprise, car il est courant d'identifier les difficultés dans la vie professionnelle quotidienne comme dominantes. En particulier, les membres du personnel ont déploré le manque de compréhension et de priorité accordée à l'intégration par les superviseurs travaillant dans le secteur de la santé et de la protection, les deux secteurs ayant tendance à travailler en silos. Une lutte de pouvoir entre les responsables des deux secteurs a également été fréquemment mentionnée par le personnel, ainsi que la conviction que les responsables nationaux ne donnent pas la priorité à l'intégration. Le fait que les ressources et le personnel soient financés par des secteurs différents a été identifié comme un obstacle et peut



IRC Nigeria. KC.

faire partie de ce problème. En outre, la logistique est apparue comme un problème pour la programmation de l'intégration, donnant lieu à des désaccords sur le secteur devant fournir tel ou tel véhicule. Dans l'ensemble, les tensions internes ont été considérées comme contribuant à l'absence d'une approche de gestion universelle/de planification universelle à tous les niveaux. En outre, il a été estimé qu'une formation et un développement des compétences accrus du personnel bénéficieraient grandement aux opérations sur le terrain, parallèlement à un accent accru sur la confidentialité des services. Enfin, l'attention disproportionnée accordée aux résultats à court terme, plutôt qu'aux résultats à long terme, a été considérée comme préjudiciable à une intégration réussie. Pour la plupart des obstacles internes à l'intégration identifiés par le personnel, des facteurs favorables ont également été mis en évidence, ce qui laisse entendre qu'il existe des voies claires et praticables pour combler les lacunes.

En ce qui concerne les défis externes, ils coïncident avec le fait que le personnel de santé du gouvernement n'a pas une compréhension approfondie de l'intégration - ce qui signifie souvent qu'elle n'est pas considérée comme une priorité. Ils ne disposent pas non plus des compétences nécessaires pour la soutenir. La politique gouvernementale a souvent été décrite comme ambiguë ou inexistante. En outre, le court délai du projet GAC a été interprété comme un obstacle non négligeable. Il n'est pas surprenant que le financement soit considéré par de nombreux membres du personnel comme essentiel à l'intégration. Le financement de GAC a permis aux conseillers techniques (CT) de se concentrer exclusivement sur l'intégration, et c'est la raison la plus importante pour laquelle les équipes de SSR/PAF ont pu canaliser leur

expertise pour réaliser l'intégration malgré le fait que les cadres supérieurs n'en aient pas fait une priorité. La fin du financement du GAC a été perçue par le personnel comme un facteur de risque, qui pourrait potentiellement compromettre la durabilité de l'intégration dans les zones cibles.

En ce qui concerne les facteurs favorables, le simple enthousiasme et la croyance des membres du personnel en l'intégration ont été essentiels pour promouvoir l'intégration. Comme mentionné précédemment, le soutien continu apporté par les CT est propice à la réussite du projet ; le personnel a souligné que le fait de pouvoir rencontrer les CT en personne de temps en temps, dans la mesure où le contexte sécuritaire et sanitaire le permet, ainsi que le fait de s'entretenir régulièrement avec eux par appels vidéo en ligne, sont d'une grande aide. En outre, les réunions communes, les moments de réflexion et les débriefings entre les secteurs de la santé et de la protection ont été considérés comme un moyen de surmonter la séparation, avec des gains globaux pour le service. La relation forte avec la communauté, en accord avec l'approche décrite précédemment, a été réaffirmée comme indispensable - des tensions entre l'IRC et les communautés où il opère auraient un impact sérieux sur la prestation de services intégrés. De même, malgré les défis que représente la liaison avec les représentants du gouvernement et les organisations externes, la collaboration reste une priorité, étant donné les contextes difficiles où se

déroule la mise en œuvre des projets. Une intégration réussie a un effet multiplicateur, car elle ouvre la voie à une intégration future.

Dans l'ensemble, les membres du personnel ont identifié un plus grand nombre de facteurs favorables que d'obstacles - ce qui témoigne de leur expérience positive de travail avec l'IRC, de leur confiance dans la faisabilité de la programmation intégrée et de leur conviction des avantages de l'intervention pour les femmes et les filles, ainsi que pour les communautés locales.

Bien que la COVID-19 pose des défis uniques à la prestation de services, ceux-ci peuvent être abordés par le biais d'un programme bien structuré et réactif.

Il est intéressant de noter qu'en dépit du fait que la COVID-19 constitue un obstacle évident rendant l'accès aux médicaments, à l'argent et les déplacements plus difficiles, elle n'a pas été perçue comme le principal problème par le personnel de l'IRC. Cela peut s'expliquer par le fait que le personnel est habitué à travailler dans des contextes difficiles et qu'il a l'habitude de plaider pour la nécessité d'interventions intégrées avec les autorités sanitaires et locales, même lorsque l'essentiel des ressources et de l'attention est détourné ailleurs, comme cela a été le cas pendant la pandémie.



IRC Pakistan.

TABLEAU 2 | OBSTACLES ET FACTEURS FAVORABLES À L'INTÉGRATION

FACTEURS FAVORABLES	OBSTACLES
• Enthousiasme et croyance en l'intégration du personnel	• L'intégration n'est pas une priorité pour les cadres supérieurs des deux secteurs.
• Soutien des conseillers techniques (ou d'autres cadres supérieurs, le cas échéant)	• L'intégration n'est pas une priorité pour les prestataires de services et les gouvernements.
• Réunions partagées/ conjointes	• Court délai d'exécution du projet GAC
• Relations solides avec la communauté	
• Relations solides avec des organisations externes	
• L'intégration réussie et ses résultats	

LEÇONS APPRISES

Le travail futur dans les contextes humanitaires devrait donner la priorité à :

... GARANTIR

- un financement pluriannuel pour soutenir et approfondir l'intégration dans tous les domaines où elle a déjà été mise en place.

... METTRE EN ŒUVRE

- l'intégration à tous les niveaux de la hiérarchie et à toutes les étapes du projet en se référant étroitement aux théories du changement et à leurs sous-résultats alignés, y compris des indicateurs communs centrés sur les femmes tout au long du cycle du projet.

... INCLURE

- des approches participatives et féministes à la conception et à la mise en œuvre de projets axés sur les résultats pour les femmes et les filles.
- un soutien pratique, en personne, aux Directeurs de Programmes (DP) par des Conseillers Techniques (CT) (si les restrictions de Covid le permettent).

... TIRER PARTI

- de l'expertise des DP et les soutenir pour qu'ils partagent leurs connaissances au sein de l'IRC. Explorer la mise en place de forums et de possibilités de communication entre les membres du personnel du programme d'intégration à l'échelle mondiale.
- des connaissances acquises sur le terrain pour développer une boîte à outils contenant des modèles d'intégration et des études de cas³².

6. Conclusions et prochaines étapes

L'expérience de l'IRC dans la mise en œuvre des interventions de SSR/PAF dans les contextes humanitaires a prouvé qu'il y a un besoin urgent de continuer à promouvoir une approche intégrée et sensible au genre dans la programmation dans les zones affectées par les crises. Le projet GAC a réitéré l'importance et la valeur du modèle d'intégration de l'IRC, dans lequel l'organisation a continué à investir et à affiner au fil des ans grâce à son travail dans divers pays du monde. COVID-19 a souligné que les prestataires de services doivent être préparés et prêts à adapter les services de SSR/PAF aux conditions de pandémie, en garantissant avant tout une disponibilité et un accès permanents aux services à tout moment, y compris au plus fort des urgences de santé publique. Cela va dans le sens d'une vision de la SSR/PAF comme étant essentielle et de l'importance que les services de SSR/PAE soient centrés sur les femmes à tout moment.

Enfin, le projet GAC a mis l'accent sur la nécessité de consacrer plus de temps et de ressources au plaidoyer (interne et externe), à la formation du personnel, au partage des connaissances et à la communication à plusieurs niveaux, tout en soulignant que la durabilité du projet devrait être une priorité clé à réaliser grâce à un

financement pluriannuel durable. Toutes les leçons tirées de l'expérience du projet GAC et de la programmation antérieure, telles que présentées dans ce dossier d'apprentissage, serviront à façonner des interventions futures plus informées, fondées sur des preuves et durables.



7. Références

LIENS VERS LES RAPPORTS QUI ONT ALIMENTÉ CE DOCUMENT

Les parties externes sont priées de contacter leur point focal de l'IRC pour y accéder

- [Évaluation de l'intégration GAC \(français\)](#)
- [Évaluation de l'intégration GAC \(anglais\)](#)
- [Évaluation de Packard COVID sur les W&Gs \(français\)](#)
- [Évaluation du Packard COVID sur les W&Gs \(anglais\) en PDF](#)

RÉFÉRENCES

- Alsibiani, S. A., & Rouzi, A. A. (2010). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93, 722–724.
- Anand, E., Unisa, S., & Singh, J. (2017). Intimate partner violence and unintended pregnancy among adolescent and young adult married women in South Asia. *Journal of Biosocial Science*, 49, 206–221. doi:10.1017/s0021932016000286.
- Andersson, N. et al. (2008). Gender-Based Violence and HIV: Relevance for HIV Prevention in Hyperendemic Countries of Southern Africa. *AIDS*, 22(4), 73–86. doi: 10.1097/01.aids.0000341778.73038.86.
- Banke-Thomas, A., Yaya, S. (2021). Looking ahead in the COVID-19 pandemic: emerging lessons learned for sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries. *Reproductive Health*, 18, 248, 1-8. doi: 10.1186/s12978-021-01307-4.
- Bell, S.O., Omoluabi, E., OlaOlorun, F. et al. (2020). Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria. *BMJ Global Health*, 5, 1-11. doi:e001814. doi:10.1136/bmjgh-2019-001814.
- CARE. (2020). GENDER IMPLICATIONS OF COVID-19 OUTBREAKS IN DEVELOPMENT AND HUMANITARIAN SETTINGS. Available at: <https://bit.ly/3HZs2Wm>
- Democratic Republic of the Congo Ministry of Health. (2014). Family Planning - National Multisectoral Strategic Plan (2014-2020). Political Advocacy Committee and Permanent Multisectoral Technical Committee. Available at: http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/PSN_PF_2014-2020_english_20140916'.pdf
- Erez, E., Adelman, M., and Gregory, C. (2009). Intersections of Immigration and Domestic Violence. *Feminist Criminology*, 4(1), 32–56. Doi: 10.1177/1557085108325413.
- Gender Innovation Lab, IRC & The World Bank.(2020). Engaging men to transform gender attitudes and prevent intimate-partner violence in the DRC. Available at: <https://bit.ly/3HxCNhC>
- Grose, R.G., Chen, J.S., Roof, K.A., Rachel, S. & Yount, K.M. (2020). Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews. *The Journal of Sex Research*. 58:1, 1-20. doi: 10.1080/00224499.2019.1707466
- Guttmacher Institute and Population Council. (2013). Postabortion care in Pakistan: in brief. Available at: <https://bit.ly/3sA4Ylx> [Accessed 14 May 2020]
- Hernández, R.L., Valladolid, U.A., Ferrero, B.O.L., Díez, S.C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019, 37(3): 187-194.
- IFRC.(2022). Regional Population Movement - Afghanistan: Preparedness and Response - Operation Update #2, DREF Operation n° MDRAFRPM21. Available at: <https://bit.ly/3hkbdJT>
- International Rescue Committee. (2020). What Happened? How the Humanitarian Response to COVID-19 Failed to Protect Women and Girls. Available at: <https://bit.ly/3rSwsIH>
- Lince-Deroche et al. (2019). Unintended Pregnancy and Abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Challenges and Progress. Guttmacher Institute. Available at: <https://bit.ly/3pivNhV> [Accessed 25 February 2022]
- McKay G., Black B., Mbambu Kahamba S., Wheeler E., Mearns S., Janvrin A. (2019). Not All That Bleeds Is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu? New York, USA: The International Rescue Committee.

- Sathar, Z., Singh, S., Rashida, G., Shah, Z. and Niazi, R. (2014). Induced abortions and unintended pregnancies in Pakistan. *Studies in Family Planning*, 45:(4)471-491. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00004.x.
- Say, L. et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2(6), 323-333. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
- Singh S., Remez L., Sedgh G., Kwok L. and Onda T. (2017). Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute. Available from: <https://bit.ly/3sovDI4>
- The World Bank. (2020). Democratic Republic of Congo, Human Capital Index 2020. Available at: <https://bit.ly/36Oe6Rn> [Accessed 23 February 2022]
- The World Bank. (2020). Pakistan, Human Capital Index 2020. Available at: <https://bit.ly/3sl3TUI> [Accessed 23 February 2020]
- Tran, N.T. et al. (2021). A Call to Safeguard Sexual and Reproductive Health Information and Services during Ebola Outbreaks. *Conflict and Health*, 15(1), 15- 57. doi: 10.1186/s13031-021-00392-3.
- UN. (2020). The impact of COVID-19 on women. Policy brief. Available at: <https://bit.ly/3gSoyZC>
- UNHCR. (2018). UNHCR Ethiopia: Sexual & Gender-Based Violence Factsheet. Available at: <https://bit.ly/3hoAfYd> [Accessed 25 February 2022]
- UNICEF. (2021). Gender Based Violence in South Sudan Briefing note. Available at: <https://uni.cf/3sqZM9N> [Accessed 25 February 2022].
- UNICEF. (2020). RESPONDING TO THE SHADOW PANDEMIC: Taking stock of gender-based violence risks and responses during COVID-19. Child Protection Learning Brief #1, available at: <https://uni.cf/3GOYsBv>
- UNICEF, UNFPA & UN Women. (2020). TECHNICAL NOTE ON GENDER-TRANSFORMATIVE APPROACHES IN THE GLOBAL PROGRAMME TO END CHILD MARRIAGE PHASE II: A SUMMARY FOR PRACTITIONERS. Available at: <https://uni.cf/3srlSb5>
- UN Women. (2020). UN Trust Fund assesses COVID-19 impact on violence against women and front line organizations. UN Women 5 October 2020. Available at: <https://bit.ly/3GOZFsx> [Accessed 15 February 2022]

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

1. UNICEF. (2020). RÉPONDRE À LA PANDÉMIE DE L'OMBRE : faire le point sur les risques de violence sexiste et sur les moyens de les combattre. Réponses au cours de la pandémie de COVID-19. Dossier d'apprentissage relatif à la protection de l'enfance #1, disponible sur : <https://uni.cf/3GOYsBv> ; ONU Femmes. (2020). Le fonds d'affectation spéciale de l'ONU évalue l'impact de la COVID-19 sur la violence contre les femmes et les organisations de première ligne. ONU Femmes, 5 octobre 2020. Disponible sur : <https://bit.ly/3GOZFsx> [consulté le 15 février 2022].
2. McKay G., Black B., Mbambu Kahamba S., Wheeler E., Mearns S., Janvri A. (2019). Tout ce qui saigne n'est pas Ebola : comment l'épidémie d'Ebola en RDC a-t-elle impacté la santé sexuelle et reproductive au Nord-Kivu ? New York, États-Unis : l'International Rescue Committee.
3. CARE. (2020). IMPLICATIONS DE GENRE DES ÉPIDÉMIES DE LA COVID-19 DANS LES CONTEXTES DE DÉVELOPPEMENT ET D'AIDE HUMANITAIRE. Disponible sur : <https://bit.ly/3HZs2Wm>
4. Banke-Thomas, A., Yaya, S. (2021). Looking ahead in the COVID-19 pandemic: emerging lessons learned for sexual and reproductive health services in low- and middle-income countries. *Reproductive Health*, 18(248), 1-8. D oi :
5. Alsibiani, S. A., & Rouzi, A. A. (2010). Fonction sexuelle chez les femmes ayant subi des mutilations génitales féminines. *Fertilité et stérilité*, 93, 722-724.
6. Hernández, RL, Valladolid, UA, Ferrero, BOL, Díez, SC. Infections sexuellement transmissibles dans le contexte d'une agression sexuelle. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019, 37(3) : 187-194.
7. Andersson, N. et al. (2008). Violence sexiste et VIH : Relevance for HIV Prevention in Hyperendemic Countries of Southern Africa. *AIDS*, 22(4), 73-86. doi : 10.1097/01.aids.0000341778.73038.86.
8. Anand, E., Unisa, S., & Singh, J. (2017). Violence entre partenaires intimes et grossesse non désirée chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes mariées en Asie du Sud. *Journal of Biosocial Science*, 49, 206-221. doi: 10.1017/s0021932016000286.
9. ONU. (2020). L'impact de la COVID-19 sur les femmes. Document de politique. Disponible sur : <https://bit.ly/3gSoyZC>
10. Ibid.
11. International Rescue Committee. (2020). Que s'est-il passé ? Comment la réponse humanitaire à la COVID-19 n'a pas réussi à protéger les femmes et les filles. Disponible sur : <https://bit.ly/3rSwsIH>

12. UNICEF, UNFPA et ONU Femmes. (2020). NOTE TECHNIQUE SUR LES APPROCHES TRANSFORMATRICES EN MATIÈRE DE GENRE DANS LE CADRE DE LA 2E PHASE DU PROGRAMME MONDIAL POUR METTRE FIN AU MARIAGE DES ENFANTS : UN RÉSUMÉ À L'INTENTION DES PRATICIENS. p. 1. Disponible sur : <https://uni.cf/3srlSb5>
13. HCR. (2018). HCR Éthiopie : Fiche d'information sur la violence sexuelle et sexiste. Disponible sur : <https://bit.ly/3hoAfYd> [consulté le 25 février 2022] ; UNICEF. (2021). La violence basée sur le genre au Soudan du Sud : note d'information. Disponible sur : <https://uni.cf/3sqZM9N> [Consulté le 25 février 2022].
14. Erez, E., Adelman, M., et Gregory, C. (2009). Intersections de l'immigration et de la violence domestique. *Feminist Criminology*, 4(1), 32-56. doi:10.1177/1557085108325413
15. Gender Innovation Lab, IRC & World Bank. (2020). Engaging men to transform gender attitudes and prevent intimate-partner violence in the DRC. Available at: <https://bit.ly/3HxCNhC>
16. International Rescue Committee. (2020). Que s'est-il passé ? Comment la réponse humanitaire à la pandémie de COVID-19 n'a pas réussi à protéger les femmes et les filles. Disponible sur : <https://bit.ly/3rSwsIH>
17. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.B., Daniels J., Gülmezoglu A.M., Temmerman M., Alkema L. (2014). Les causes mondiales de décès maternels : une analyse systématique de l'OMS. *Lancet Global Health*, 2 (6), 323-333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
18. L'avortement est *sûr* lorsqu'il est pratiqué par une personne formée utilisant les méthodes recommandées par l'OMS, *moins sûr* lorsqu'une seule de ces conditions est remplie et *moins sûr* lorsqu'aucune n'est remplie.
19. Singh S., Remez L., Sedgh G., Kwok L. et Onda T. (2017). L'avortement dans le monde en 2017 : Des progrès inégaux et un accès inégal. Institut Guttmacher. Disponible à l'adresse: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf
20. International Rescue Committee. (2020). Que s'est-il passé ? Comment la réponse humanitaire au COVID-19 n'a pas réussi à protéger les femmes et les filles. Disponible sur : <https://bit.ly/3rSwsIH>
21. Bell, S.O., Omoluabi, E., OlaOlorun, F. et al. (2020). Inégalités dans l'incidence et la sécurité de l'avortement au Nigeria. *BMJ Global Health*, 5, 1-11. doi:e001814. doi:10.1136/bmjgh-2019-001814.
22. Tran, N.T. et al. (2021). Un appel à la sauvegarde des informations et des services de santé sexuelle et reproductive pendant les épidémies d'Ebola. *Conflit et Santé*, 15 (1), 15- 57. doi : 10.1186/s13031-021-00392-3.
23. Lince-Deroche et al. (2019). Grossesse non désirée et avortement à Kinshasa, République démocratique du Congo : Défis et progrès. Institut Guttmacher. Disponible sur : <https://bit.ly/3pjvNhV> [consulté le 25 février 2022].
24. Ministère de la santé de la République démocratique du Congo. (2014). Planification familiale – Plan stratégique national multisectoriel (2014-2020), Comité de plaidoyer politique et Comité technique permanent multisectoriel. Disponible sur : http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/PSN_PF_20142020_english_20140916'.pdf.
25. Banque mondiale. (2020). République démocratique du Congo, Indice du capital humain 2020. Disponible sur : <https://bit.ly/36Oe6Rn> [consulté le 23 février 2022].
26. FICR. (2022). Mouvement régional de population - Afghanistan : Preparedness and Response - Operation Update #2, opération DREF n° MDRAFRPM21. Disponible sur : <https://bit.ly/3hkbdJT>
27. La Banque mondiale. (2020). Pakistan, Indice du capital humain 2020. Disponible sur : <https://bit.ly/3sl3TUI> [consulté le 23 février 2020].
28. Sathar, Z., Singh, S., Rashida, G., Shah, Z. et Niazi, R. (2014). Avortements provoqués et grossesses non désirées au Pakistan. *Studies in Family Planning*, 45 : (4)471-491 doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00004.x.
29. Guttmacher Institute and Population Council. (2013). *Postabortion care in Pakistan: in brief*. Disponible sur: <https://bit.ly/3sA4Ylx> [Consulté le 14 mai 2020]
30. Comité international de secours. (2020). Que s'est-il passé ? Comment la réponse humanitaire au COVID-19 n'a pas réussi à protéger les femmes et les filles. Disponible sur : <https://bit.ly/3rSwsIH>
31. Pour plus d'informations sur cette section, veuillez-vous référer à : IRC. (2021). How did Covid-19 affect women and girl's Sexual and Reproductive Health and safety outcomes in North-East Nigeria? (Comment la pandémie de Covid-19 a-t-elle affecté la santé sexuelle et reproductive et la sécurité des femmes et des filles dans le nord-est du Nigeria ?)
32. Pour plus d'informations sur cette section, veuillez vous référer à : IRC.2022. « NOS VIES SONT INTÉGRÉES, NOS BESOINS SONT INTÉGRÉS ; NOTRE PROGRAMME ET NOTRE TRAVAIL DEVRAIENT AINSI ÊTRE INTÉGRÉS ». ÉVALUATION EXTERNE DES PROGRAMMES DE L'IRC EN MATIÈRE D'INTÉGRATION DE LA SSR ET PAF.



New York

122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
USA

Amman

ABldg. 6 Khalil Dabbas Street.
P.O.Box. 850689,
Amman – Jordann

Bangkok

888/210–212 Mahatun
Plaza Bldg., 2nd Floor
Ploenchit Road
Lumpini, Pathumwan
Bangkok 10330
Thailand

Berlin

Wattstraße 11,
13355 Berlin,
Germany

Brussels

Square de Meeûs 5-6
De Meeûssquare 5-6
1000 Brussels
Belgium

Geneva

7, rue J.-A Gautier
CH-1201
Geneva
Switzerland

London

100 Wood Street,
London EC2V 7AN
England, UK

Nairobi

Galana Plaza, 4th Floor
Galana Road, Kilimani
Nairobi, Kenya

Sweden

The Park,
Magnus Ladulåsgatan 3,
118 65 Stockholm,
Sweden

Washington, D.C.

1730 M Street, NW
Suite 505
Washington, DC 20036
USA

GET INVOLVED
SPREAD THE WORD
VOLUNTEER
DONATE

RESCUE-UK.ORG
44 (0)20 7692 2764