

A photograph of a woman in a colorful patterned dress and headscarf carrying a young child on her back. They are standing in a doorway or hallway. The image is partially obscured by a blue overlay at the bottom.

La santé reproductive, maternelle, néonatale et adolescente en temps de pandémie

Leçons apprises et conseils pratiques

Remerciements

Le présent rapport, commandé par le Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et élaboré avec le soutien de UNFPA Supplies et du Fonds français Muskoka, examine la réponse apportée aux grandes épidémies.

Ce rapport a été préparé par Macodou Sall, professeur et consultant indépendant, à l'instigation de Mabingue Ngom, Directeur régional de l'UNFPA, et coordonné par Fenosa Ratsimanetrimanana, avec la contribution substantielle de nombreux membres du personnel de l'UNFPA, dont Zalha Assoumana, Edouard Talnan, Idrissa Ouedraogo, Jacob Enoh Eben, Aymar Narodar Some, Celine Adotevi, Aminata Sow et Habibou Dia.

Nous souhaitons en outre rendre hommage aux efforts déployés sans relâche par les gouvernements, les institutions régionales, les organisations de la société civile et les partenaires de développement pour garantir la continuité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents, y compris l'aide contre la violence basée sur le genre, pendant des pandémies comme celle du COVID-19.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	6
Les grandes épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes	8
Santé maternelle et néonatale en temps de pandémie	12
Santé sexuelle et reproductive en temps de pandémie	18
Violence domestique et basée sur le genre en temps de pandémie	22
Conclusion	29
Références	30

Résumé

Le présent rapport passe en revue les principales épidémies survenues depuis 2003, dont le SRAS-CoV, le VIH/sida, et les virus Ebola, Zika et MERS-CoV. Les réponses à ces épidémies ont souvent eu une incidence négative sur les services de santé maternelle, reproductive et infantile. Pour que les pays mettent en place des réponses efficaces et équitables, il est essentiel de déterminer comment et dans quelle mesure les épidémies affectent les femmes, les enfants et les autres populations vulnérables.

Nous exposons ici les enseignements tirés des épidémies passées, en mettant l'accent sur la manière de garantir que la continuité des services de santé reproductive, maternelle, infantile et des adolescents pendant la pandémie actuelle de COVID-19.

Santé maternelle et néonatale

L'ampleur et la gravité de l'épidémie d'Ebola (2013-2016) ont révélé que les pays et les systèmes de santé qui en ont souffert se trouvaient alors en territoire inconnu. Il en va de même pour le COVID-19. Voici quelques enseignements tirés de la réponse apportée à l'épidémie d'Ebola et à d'autres crises similaires :

- il est essentiel de diffuser des messages cohérents, qui aideront les femmes et leurs familles à obtenir des conseils à un stade précoce et à prendre des décisions en temps utile ;
- il est également essentiel de veiller à ce que les maternités soient toujours perçues comme des lieux sûrs ;
- les travailleurs de la santé devraient suivre une formation adéquate sur les pratiques de contrôle et de prévention des infections, ainsi que sur l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle (EPI) ;
- l'établissement d'une « prime de risque » claire peut contribuer à motiver et à augmenter les effectifs de travailleurs de la santé ;
- il conviendrait de tester régulièrement toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals afin de pouvoir leur offrir un suivi et une protection adéquats ;
- les femmes dont les résultats du test de dépistage du COVID-19 sont positifs, y compris celles qui allaitent, ne devraient pas être séparées de leurs enfants. Elles devraient plutôt respecter les mesures barrières, comme le port du masque, lorsqu'elles allaitent leur bébé ;

- des interventions devraient être mises en œuvre pour soutenir les établissements, les sages-femmes et les membres du personnel de santé qui travaillent à titre privé au sein des communautés, afin qu'ils deviennent des alternatives sûres pour les femmes pendant les crises.

Santé sexuelle et reproductive

La réorientation des ressources financières et des prestataires de soins de santé vers la lutte contre la pandémie risque d'entraîner une pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé qui fournissent des services de santé sexuelle et reproductive. Il est primordial que nous appliquions DÈS MAINTENANT des mesures pour réduire ce déséquilibre. Dès lors :

- un représentant des équipes de santé sexuelle et reproductive devrait occuper un siège à la table des équipes de coordination des réponses au COVID-19 ;
- l'accès à la contraception devrait être étendu au-delà des établissements de santé habituels ;
- la présence de prestataires de services qualifiés peut accroître l'utilisation de tels services par les adolescents et contribuer à prévenir les grossesses non désirées ;
- des campagnes de promotion de la santé permettraient aux communautés de s'informer sur la contraception et sur les moyens d'y accéder.

Violence domestique et basée sur le genre

Il existe un risque élevé d'augmentation de la violence basée sur le genre pendant la pandémie actuelle en raison des restrictions de déplacement qui obligent les femmes et les enfants à rester chez eux. En outre, certaines mesures de lutte contre les maladies qui ne tiennent pas compte des besoins et des vulnérabilités spécifiques des femmes et des enfants peuvent accroître les risques concernant la protection de ces derniers et donner lieu à des mécanismes d'adaptation néfastes. Dès lors :

- il est important de renforcer les systèmes de réponse initiale contre la violence. Les premiers intervenants devraient anticiper une flambée de violence basée sur le genre dès le début d'une pandémie et se préparer en conséquence, notamment en augmentant le personnel et les ressources ;
- nous devrions étudier de quelle manière la technologie peut aider les personnes en quarantaine qui ont besoin d'accéder aux services de lutte contre la violence basée sur le genre ;
- nous devrions veiller à ce que la violence basée sur le genre soit intégrée dans les interventions des systèmes de santé. Tous les prestataires de soins de santé devraient être formés à l'identification des femmes et des enfants exposés à la violence et être présents dans tous les lieux de test et de dépistage ;
- nous devrions collaborer avec des réseaux sociaux formels et informels, tels que des groupes de femmes, des groupes communautaires, des organisations de la société civile et des organisations de défense des droits des femmes.

Pour répondre à la pandémie actuelle et pour faire en sorte que nous soyons correctement préparés à en affronter d'autres à l'avenir, il importe également d'élaborer des méthodes fiables et rapides de collecte de données qui seront ensuite analysées par des experts et notifiées en temps utile. Il est essentiel de tenir compte de tous ces éléments dès le début d'une pandémie afin de déployer rapidement des mesures pour y répondre. En outre, la mise au point d'une application pouvant être utilisée dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour collecter l'ensemble des données liées au COVID-19 ainsi que des données spécifiques à la santé reproductive, maternelle, néonatale et adolescente serait une contribution bienvenue dans ce combat épineux.

Introduction

Le nouveau coronavirus, ou COVID-19, apparu en Chine en décembre 2019, s'est aujourd'hui répandu dans pratiquement tous les pays du monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le 5 mai 2020, on dénombrait plus de 3,5 millions de cas et plus de 243 000 décès.

Ce virus n'est que le plus récent d'une longue liste de maladies infectieuses qui ont provoqué des épidémies et des pandémies aux effets dévastateurs.

On peut citer en guise d'exemple la peste noire, un fléau qui a causé plus de 75 millions de morts au XIV^{ème} siècle, suivie de diverses épidémies de choléra à partir du XVII^{ème} siècle. Le choléra touche encore plus de 2 millions de personnes par an. De nombreuses épidémies de variole ont également sévi, entraînant bien des morts et des souffrances. Parmi les autres exemples figurent la grippe espagnole de 1918, que l'on considère comme la pire pandémie de l'histoire moderne et qui a tué plus de 50 millions de personnes, mais aussi, depuis 1981, le VIH/sida, qui a fait plus de 35 millions de victimes.

Le présent rapport examine les principales épidémies survenues depuis 2003, dont le SRAS-CoV, le VIH/sida, et les virus Ebola, Zika et MERS-CoV, qui ont en commun leur étiologie, le caractère exceptionnel de leur survenance et la gravité de leurs conséquences. Les systèmes de santé ont donc besoin de réponses rapides et spécifiques, guidées par l'épidémiologie et accompagnées de mesures de santé publique mondiales. Si l'épidémie de COVID-19 devenait aussi grave en Afrique occidentale et centrale qu'elle l'est en Europe et aux États-Unis, ses conséquences seraient dévastatrices. Bien que quelques pays d'Afrique de l'Ouest aient conservé certaines des mesures sanitaires mises en place lors de l'épidémie d'Ebola de 2013, la région comprend certains des pays les plus pauvres du monde. En outre, les systèmes de santé de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest manquent de ressources et ne sont donc pas en mesure d'intensifier rapidement leurs réponses aux épidémies.

Les mesures d'intervention déployées ont souvent eu une incidence négative sur les services de santé maternelle, reproductive et infantile. Il est essentiel de déterminer comment et dans quelle mesure les épidémies affectent les femmes, les enfants et les autres populations vulnérables pour pouvoir mettre en place des réponses efficaces et équitables.



Jusqu'à présent, face au COVID-19, les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats sont ceux qui ont tiré les leçons de leurs expériences passées.

La principale épidémie d’Ebola, qui a sévi entre 2013 et 2016 en Afrique de l’Ouest, a mis en évidence la nécessité d’aborder les questions de genre liées à la propagation et au contrôle des maladies infectieuses. En effet, le genre ajoute une couche supplémentaire de susceptibilité à l’infection : les femmes seraient exposées de manière disproportionnée aux maladies infectieuses directement transmises en raison de leur rôle traditionnel de soignantes.

Jusqu’à présent, face au COVID-19, les pays qui ont obtenu les meilleurs résultats sont ceux qui ont tiré les leçons de leurs expériences passées. La Corée du Sud a appris à ses dépens l’importance de la préparation et des tests en laboratoire lors de l’épidémie de MERS-CoV en 2015. Singapour a été l’une des zones les plus touchées par l’épidémie de SRAS-CoV de 2003. Depuis, la cité-État s’est fermement préparée, notamment en élaborant un plan national de lutte contre les pandémies basé sur des évaluations des risques et des mesures d’intervention proportionnelles au risque.

Le présent rapport vise à exposer certaines des leçons apprises des épidémies passées, en mettant l’accent sur la manière de garantir que les services de santé reproductive, maternelle, infantile et des adolescents continuent à fonctionner efficacement pendant la pandémie de COVID-19. Nous proposons également des stratégies de prévention, de traitement et de gestion tirées d’expériences passées, qui peuvent être appliquées pendant la crise actuelle.



Les grandes épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes

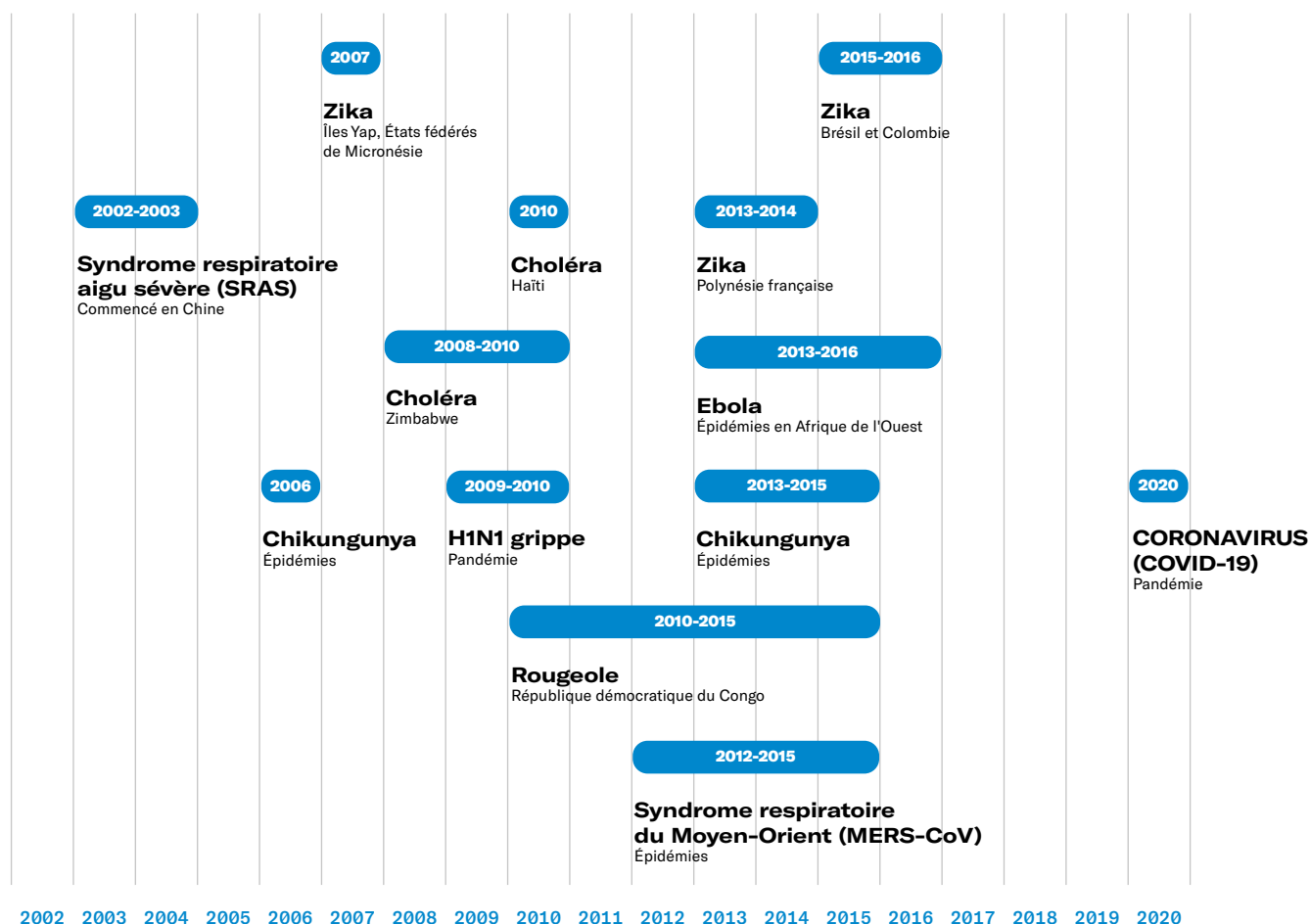


Figure 1
Principales épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes, de 2002 à 2020.²⁵

SRAS-COV

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est une maladie infectieuse causée par un virus appartenant à la famille des coronavirus, le SRAS-CoV. Une chauve-souris a été identifiée comme étant le réservoir animal du SRAS-CoV.

Le SRAS-CoV est apparu pour la première fois en novembre 2002 dans la province chinoise de Guangdong, avant de se propager au Canada, à Singapour et au Viêt Nam par le biais de voyageurs ayant transité par Hong Kong en février et mars 2003¹². **À ce jour, 8 422 personnes ont été infectées par le SRAS-CoV dans 32 pays, et 919 (11 %) d'entre elles sont décédées.**

Les principales caractéristiques cliniques de l'infection par le SRAS-CoV sont une fièvre persistante, des frissons, des myalgies (douleurs musculaires), une toux sèche, des maux de tête, une sensation générale de malaise et un essoufflement. Le mal de gorge, l'écoulement nasal, la production d'expectorations, les nausées, les vomissements et les vertiges en sont d'autres caractéristiques moins fréquentes. On a aussi observé des diarrhées aqueuses devenues importantes chez 40 % à 70 % des patients atteints du SRAS une semaine après le début de la maladie. La plupart des patients qui sont morts du virus avaient d'autres problèmes médicaux chroniques, étaient âgés ou immunodéprimés.

Le SRAS-CoV, le virus responsable de la maladie du COVID-19, se transmet principalement, comme de nombreux virus respiratoires, par le biais de minuscules gouttelettes émises par le nez et la bouche d'une personne infectée lorsqu'elle tousse ou éternue. Ces particules peuvent être propulsées jusqu'à près d'un mètre de distance et atterrir sur le visage et les vêtements d'autrui (ainsi que sur d'autres surfaces), certaines des plus petites particules restant dans l'air pendant un certain temps.

Le virus peut également être transmis en serrant la main d'une personne infectée, en touchant un objet ou une surface infectés, en se touchant fréquemment le nez ou la bouche ou en entrant en contact avec les selles d'une personne porteuse du virus. On a en outre observé des cas de « transmission cachée » par des personnes infectées asymptomatiques qui transmettent le virus à d'autres personnes sans le savoir.^{13,14}

EBOLA

Les virus Ebola appartiennent à la famille des Filoviridae. L'origine de ces virus est inconnue, mais les données disponibles actuellement suggèrent que des chauves-souris frugivores pourraient en être des hôtes.¹⁸

Le premier foyer documenté d'une maladie à virus Ebola (MVE) est apparu dans la ville de Yambuku, en République démocratique du Congo (RDC), en 1976. Depuis lors, ces virus ont provoqué des épidémies d'ampleur variable dans plusieurs pays d'Afrique occidentale et équatoriale. Lors de la plus grande épidémie survenue en Afrique de l'Ouest, **entre 2013 et 2016, environ 28 000 cas ont été confirmés et jusqu'à 11 000 décès ont été signalés, démontrant ainsi le taux de létalité élevé de cette maladie.** L'épidémie la plus récente (2018-2019), survenue dans l'est de la RDC, s'est révélée très complexe, l'insécurité ayant des conséquences délétères sur les interventions de santé publique.

Le virus Ebola se propage par transmission interhumaine, par contact (lésion cutanée ou muqueuses) avec :

- le sang ou d'autres fluides corporels d'une personne atteinte ou décédée du virus Ebola ;
- des objets contaminés par des fluides corporels (comme le sang, la salive, les matières fécales, les vomissures) d'une personne atteinte d'Ebola ou du corps d'une personne décédée des suites de cette maladie.

Les travailleurs de la santé sont souvent infectés en traitant des cas suspects ou confirmés de MVE. Une telle infection se produit lors de contacts étroits avec les patients, lorsque les précautions anti-infectieuses ne sont pas strictement appliquées. Les rites funéraires impliquant un contact direct avec le corps du défunt peuvent également contribuer à la propagation du virus Ebola. Les personnes atteintes restent contagieuses tant que le virus est présent dans leur sang, et les femmes enceintes qui guérissent de la maladie peuvent

rester porteuses du virus dans leur lait maternel ou dans d'autres fluides et tissus liés à la grossesse, ce qui pose un risque de transmission au fœtus ainsi qu'à d'autres personnes. Les femmes qui tombent enceintes après avoir survécu à la maladie d'Ebola ne transmettent pas le virus.¹⁷

MERS-CoV

Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) est causé par un nouveau coronavirus, le MERS-CoV, détecté pour la première fois en Arabie saoudite en 2012. Les informations disponibles indiquent que les dromadaires sont des hôtes réservoirs du virus¹¹

Les caractéristiques cliniques de l'infection par le MERS-CoV sont extrêmement variables, allant de l'absence de symptômes à un syndrome pseudo-grippal, une pneumonie et un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Les trois symptômes les plus fréquents sont la fièvre (77 %), la toux (90 %) et l'essoufflement (68 %). De nombreux autres symptômes secondaires ont été signalés, tels que la production d'expectorations, une déglutition douloureuse, des symptômes gastro-intestinaux, l'expectoration de mucus teinté de sang, des douleurs musculaires et des maux de tête. Comme d'autres maladies respiratoires causées par les coronavirus, le MERS-CoV tend à être plus grave chez les personnes âgées, les sujets immunodéprimés et les personnes atteintes de maladies chroniques, telles qu'une insuffisance rénale, un cancer, une maladie pulmonaire chronique ou le diabète.

Il est essentiel de renforcer la sensibilisation en matière de prévention et de lutte contre l'infection et de mettre en place des mesures de mise en œuvre à cet égard pour éviter la propagation du MERS-CoV, en particulier dans les établissements de santé. Il n'est pas toujours possible d'identifier à un stade précoce les patients atteints du MERS-CoV car certains présentent des symptômes légers ou non spécifiques. Il est donc important que tous les établissements de santé établissent et mettent en œuvre des stratégies de triage claires pour dépister et évaluer rapidement les cas potentiels de MERS-CoV et, plus largement, tous les cas de symptômes respiratoires aigus. Il est également important que les travailleurs de la santé appliquent des précautions standard de manière cohérente avec tous les patients, quel que soit leur diagnostic, dans toutes leurs pratiques de travail et en permanence. Des mesures de protection contre les gouttelettes devraient compléter les précautions de base lors de la prise en charge d'un patient présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë.

En attendant que davantage d'informations soient disponibles sur le MERS-CoV, les personnes particulièrement vulnérables aux formes graves de la maladie, mentionnées ci-dessus, devraient prendre des précautions lorsqu'elles visitent des fermes ou des marchés dans lesquels se trouvent des dromadaires (surtout au Moyen-Orient et en Afrique). Il est par exemple recommandé d'éviter tout contact avec des chameaux, de ne pas boire de lait cru ou d'urine de chameau et de ne pas consommer de viande de chameau mal cuite.^{9,10,11}



Jusqu'à présent, on a recensé
plus de 2 000 cas
et plus de 800 décès
dans 27 pays

ZIKA

Le virus Zika a été découvert en 1947 chez des singes rhésus dans la forêt de Zika, en Ouganda, mais n'a été détecté pour la première fois chez l'homme qu'en 1952, en Tanzanie.

Depuis lors, des épidémies surviennent de façon sporadique en Afrique, en Amérique, en Asie et dans le Pacifique. **Jusqu'en 2007, seuls 14 cas avaient été documentés chez l'homme au niveau mondial.**²²

La première grande flambée ayant touché les humains a été signalée sur l'île de Yap (États fédérés de Micronésie, Pacifique) en 2007. La source la plus probable de cette épidémie a été l'introduction du virus par une personne infectée ou un moustique infecté à l'occasion d'un voyage ou d'un échange commercial. Une autre flambée importante a été observée dans les îles du Pacifique (Polynésie française, île de Pâques, îles Cook, Nouvelle-Calédonie) en 2013/2014. Il s'agit de la première épidémie où des malformations congénitales (comme la microcéphalie, lorsque la tête du bébé est plus petite que la normale) et des complications neurologiques, dont le syndrome de Guillain-Barre (lorsque le système immunitaire du corps attaque par erreur une partie du système nerveux), ont été associées au virus, bien qu'a posteriori.

Lors de la dernière flambée de Zika, au Brésil, les premiers cas de transmission locale du virus ont été signalés en mai 2015, même si, d'après certaines données, ce virus pourrait être apparu dans le pays entre octobre 2012 et mai 2013. Depuis lors, 86 pays et collectivités territoriales et régionales ont rapporté des preuves de transmission du virus Zika par les moustiques. La transmission du virus se poursuit dans les Amériques, dans les régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, et en Afrique.²³

Le virus Zika est généralement transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique infecté, principalement le moustique vecteur de la fièvre jaune (*Aedes aegypti*). Le moustique tigre d'Asie (*Aedes albopictus*) peut également transmettre le virus.²⁴



Santé maternelle et néonatale en temps de pandémie

Malheureusement, la santé maternelle est déjà un problème majeur pour les femmes du monde entier. L'OMS rapporte que plus de la moitié des décès maternels surviennent en Afrique subsaharienne, la majorité d'entre eux dans des États fragiles, dont beaucoup sont touchés par des conflits et des catastrophes naturelles récurrentes.²⁶

En outre, il a souvent été observé que, lors d'épidémies, les ressources normalement réservées à la santé reproductive et sexuelle sont réaffectées à l'intervention d'urgence. De telles dispositions contribuent à accroître les conséquences négatives, dont la mortalité maternelle, les grossesses et les avortements à risque. De nombreux cas de morbidité et de mortalité évitables chez les enfants et les femmes enceintes ont été documentés au cours de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016. Ces cas s'expliquent en grande partie par le fait que les établissements de santé concentraient leur activité sur le traitement de la MVE, au détriment d'autres services.

Par exemple, la fermeture des cliniques de santé maternelle a entraîné une augmentation considérable (à hauteur de 70 %) du taux de mortalité maternelle dans la région, qui était déjà l'un des plus élevés au monde. De plus, de nombreuses grossesses non planifiées ont été signalées dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés par le virus Ebola à la suite de l'interruption des prestations de services de santé non liés à la MVE pendant l'épidémie, réduisant ainsi considérablement l'accès aux services de planification familiale. Lors de l'épidémie d'Ebola qu'a connue l'Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016, Médecins Sans Frontières (MSF) a fermé ses installations de soins obstétriques et pédiatriques dans les zones touchées, « privant la population locale de services essentiels ».³⁷



En outre, de nombreuses personnes ont renoncé à se rendre dans des établissements de santé par crainte de contracter le virus Ebola, et notamment des femmes enceintes qui avaient besoin d'un traitement ou étaient sur le point d'accoucher, ce qui a sérieusement mis en danger la santé maternelle et néonatale et entraîné une augmentation de la morbidité et de la mortalité.

Augmentation considérable, à hauteur de 70 %, du taux de mortalité maternelle

Cette diminution du recours aux services de santé vitaux s'est traduite par 3 600 décès maternels.

En Amérique du Sud, l'épidémie de Zika illustre l'importance que revêtent les services de santé reproductive pour l'efficacité de la réponse aux épidémies. Dans la plupart des cas, le Zika ne provoque que des infections bénignes. Il peut cependant avoir de graves répercussions sur la santé reproductive et provoquer des malformations congénitales chez les enfants nés de mères infectées. La meilleure solution est donc de proposer une planification familiale visant à garantir la prise de précautions avant et pendant la grossesse.

Il a également été rapporté que dans les zones touchées par le virus Ebola, les femmes qui accouchent font souvent l'objet d'un « triage » et sont prises en charge non pas par le système de santé officiel, mais par le système informel, car les travailleurs de la santé, ne sachant pas qui est infecté et qui ne l'est pas, ont peur d'entrer en contact avec les fluides corporels des femmes enceintes.³⁷

D'après les conclusions d'une étude concernant les conséquences indirectes de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone sur les décès maternels et néonataux, les effets indirects d'une crise sur la mortalité, dans le cadre d'un système de santé trop fragile pour s'adapter, peuvent être aussi importants que les effets directs de cette crise sur la mortalité. Les chercheurs ont constaté que les soins prénatals étaient ceux qui avaient le plus reculé pendant l'épidémie, suivis par le recours à la planification familiale, l'accouchement en maternité et les services de soins postnatals. Cette diminution du recours aux services de santé vitaux s'est traduite par 3 600 décès maternels, néonataux et mort-nés supplémentaires en 2014-2015.⁴¹

En 2003, une épidémie communautaire de SRAS à Hong Kong a entraîné l'infection d'un nombre important de femmes enceintes, dont certaines ont ensuite dû subir des césariennes d'urgence en raison de la dégradation de leur état de santé. Comme aucun praticien néonatal n'avait d'expérience dans la prise en charge de ce type de nourrissons à haut risque, l'application de mesures strictes de contrôle des infections visant à prévenir les infections croisées entre les patients et le personnel a été primordiale pour préserver le bien-être de la main-d'œuvre et éviter toute propagation nosocomiale (dans le cadre de l'hôpital) du SRAS au sein de l'unité néonatale.¹⁴

Grossesse et COVID-19

Plus de 200 millions de femmes enceintes dans le monde sont potentiellement exposées au risque d'infection par le COVID-19. On sait que le MERS et le SRAS ont tous deux des conséquences néfastes sur la grossesse, comme des fausses couches, des naissances prématurées, un retard de croissance du fœtus ou la mort de la mère.

L'expérience actuelle en ce qui concerne le COVID-19 pendant la grossesse est limitée, mais certaines études commencent à donner une idée du degré de danger que représente le virus pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. Les données initiales sont rassurantes, bien que la prudence soit de rigueur. Cependant, de nombreuses autres études de plus grande envergure sont nécessaires pour mieux comprendre les effets de ce nouveau virus sur la grossesse et l'issue de la grossesse. Ces connaissances sont absolument vitales, car un nombre croissant de femmes enceintes cherchent à éviter d'accoucher dans les hôpitaux en raison du risque perçu d'exposition au COVID-19.

En général, les femmes enceintes sont plus vulnérables aux infections respiratoires que de nombreuses personnes, ce qui les rend plus susceptibles de contracter un coronavirus et les expose au risque de COVID-19. De nombreuses études concluent qu'il n'existe aucune preuve de transmission verticale intra-utérine. Cependant, accoucher alors que l'on souffre du COVID-19, comme dans le cas de toute maladie respiratoire, peut augmenter la probabilité d'autres complications, dont notamment une naissance prématurée.⁴⁹

De même qu'au sein de la population en général, une absence de symptômes a été signalée chez des femmes enceintes atteintes du COVID-19. Il convient donc d'accorder une plus grande attention à la grossesse et l'issue périnatale des femmes atteintes du COVID-19, car il est probable que de nombreuses femmes enceintes qui reçoivent un diagnostic positif au COVID-19 après l'accouchement n'aient pas eu de fièvre auparavant. Les premières manifestations de symptômes constatées sont, dans de nombreux cas, une simple fièvre post-partum de faible intensité ou des symptômes respiratoires légers.⁵⁰

En outre, les mesures d'isolement et de quarantaine prises dans le monde entier en réponse au COVID-19, qui viennent s'ajouter aux difficultés inhérentes à la grossesse dans des situations complexes, rendent les femmes enceintes susceptibles de souffrir de troubles post-traumatiques. Il faudrait donc prendre davantage conscience de la nécessité de prévoir, pour ce groupe de la population, un soutien psychologique ainsi qu'une intervention psychosociale rapide et continue.

La faible envergure des épidémies de SRAS et de MERS, deux autres maladies causées par les coronavirus, n'a permis de recueillir que peu de données sur les femmes enceintes, bien que certaines de ces données soient inquiétantes. En effet, on a constaté que les femmes enceintes atteintes du SRAS étaient plus susceptibles d'avoir besoin d'une ventilation mécanique et présentaient un taux de mortalité plus élevé que les autres patients, et les deux virus ont été associés à des taux plus élevés de fausses couches et de naissances prématurées.

Une étude évaluant l'incidence potentielle du COVID-19 sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible et intermédiaire a estimé qu'une diminution de 10 % de la couverture des services de soins essentiels liés à la grossesse et aux nouveau-nés entraînera 1 745 000 cas supplémentaires de femmes souffrant de complications obstétriques majeures sans recevoir de soins, 28 000 décès maternels supplémentaires, 2 591 000 cas supplémentaires de nouveau-nés souffrant de complications majeures sans recevoir de soins et 168 000 décès supplémentaires de nouveau-nés.⁴³

Leçons apprises et conseils pratiques



L'épidémie la plus semblable à celle du COVID-19 est l'épidémie d'Ebola qui a sévi entre 2013 et 2016 en Afrique de l'Ouest. Même si les virus qui les ont provoqués ne sont pas les mêmes et ne se transmettent pas de la même façon, ils se rejoignent au niveau de leur incidence sur le fonctionnement régulier des services de santé et de leurs conséquences pour les personnes les plus vulnérables de la société. L'ampleur et la gravité de l'épidémie d'Ebola ont révélé que les pays et les systèmes de santé qui en ont souffert se trouvaient alors en territoire inconnu. Il en va de même pour le COVID-19.

L'épidémie d'Ebola a particulièrement mis en avant la nécessité d'aborder les questions de genre liées à la propagation et au contrôle des maladies infectieuses. Des mesures de confinement visant à restreindre les déplacements de la population ont été adoptées pour limiter la propagation du virus Ebola. Ces mesures ont été efficaces, mais la vigueur avec laquelle elles ont été appliquées a généré une grande anxiété et a aggravé la stigmatisation des personnes infectées. Il apparaît donc clairement que les restrictions de déplacement liées au COVID-19 doivent tenir compte des besoins des différents groupes vulnérables, car

L'épidémie la plus semblable à celle du COVID-19 est l'épidémie d'Ebola qui a sévi entre 2013 et 2016 en Afrique de l'Ouest, ils se rejoignent au niveau de leur incidence sur le fonctionnement régulier des services de santé et de leurs conséquences pour les personnes les plus vulnérables de la société.

les mesures de quarantaine et de confinement peuvent empêcher les femmes enceintes d'accéder à des soins. En outre, les responsabilités domestiques des femmes les rendent plus vulnérables et augmentent leur risque d'infection.

Le taux de mortalité des femmes enceintes atteintes d'Ebola avant l'épidémie en Afrique de l'Ouest était de 90 %, et de 100 % chez les nouveau-nés ; avec l'accès à une aide et à un traitement, leur taux de survie est passé à 46,8 %, c'est-à-dire plus ou moins le même que pour toutes les femmes en âge de procréer, et un nouveau-né atteint d'Ebola a survécu.⁴²

Il est essentiel que les enseignements tirés de cette expérience intègrent l'importance du genre dans la propagation et le contrôle des maladies. Dans le contexte d'Ebola, la similitude entre les symptômes de la MVE et ceux indiquant des complications de la grossesse a constitué un dilemme éthique pour les travailleurs de la santé. Cette similitude les empêche en effet de différencier une femme présentant une urgence obstétricale exigeant des soins vitaux d'un cas d'Ebola, pour lequel il est impératif de limiter les procédures invasives.

Il conviendrait, dans le cadre des efforts de communication, de faire appel aux chefs des communautés et à tout média communautaire disponible afin d'accéder plus facilement et de façon plus personnalisée à la population ciblée.

- En raison de la nouveauté du COVID-19 et des nombreuses inconnues qui entourent ce virus, il serait pertinent de mener des campagnes visibles pour sensibiliser et rassurer la population quant à la sûreté des établissements de soins pour les femmes enceintes pendant la pandémie. Ces campagnes pourraient s'appuyer sur des femmes qui ont déjà eu des expériences et des résultats positifs. Au niveau communautaire, il est envisageable de faire appel aux femmes enceintes qui fréquentent déjà les établissements de santé pour inciter d'autres femmes à s'y rendre également.
- Il est essentiel de diffuser des messages cohérents. Cette communication aidera les femmes et leurs familles à obtenir des conseils à un stade précoce et à prendre des décisions en temps utile, et en particulier pour les femmes qui se trouvent dans des zones de quarantaine ou en auto-isollement, ou dont les possibilités de transport sont réduites. Pour les femmes qui ont des complications pendant la grossesse, des soins médicaux trop tardifs peuvent avoir de graves conséquences.
- Il est essentiel que les maternités soient toujours perçues comme des lieux sûrs.
- Les travailleurs de la santé constituent un élément crucial de la lutte contre le COVID-19, tout comme ils l'ont été durant l'épidémie d'Ebola. Ils devraient suivre une formation adéquate sur les pratiques de contrôle et de prévention des infections, ainsi que sur l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle (EPI). Ils doivent avoir confiance envers les directives et les pratiques de gestion des cas en matière de soins aux femmes enceintes. Ces directives et pratiques devraient comprendre des indications claires sur la manière d'expliquer aux patients toutes les mesures de sécurité et les procédures, ainsi que sur la manière d'insuffler une confiance pleine et entière dans la sûreté et l'efficacité des EPI.

- Les travailleurs de la santé ont souffert d'un taux élevé d'infection et de mortalité dû au virus Ebola, ce qui s'est traduit par un taux d'abandon élevé parmi le personnel au début de l'épidémie. Des tendances similaires sont observées dans le cadre de la lutte contre le COVID-19. Outre les mesures de contrôle des infections et les mesures de prévention ainsi que la disponibilité des EPI, l'établissement d'une « prime de risque » a constitué un facteur particulièrement motivant lors de l'épidémie d'Ebola. Proposer une telle prime pendant la pandémie actuelle pourrait accroître la disponibilité des travailleurs de la santé dont nous avons tant besoin.
- Une détection précoce et une action rapide sont essentielles dans les efforts de lutte contre le COVID-19. Elles sont plus cruciales encore pour les femmes enceintes atteintes de maladies respiratoires, qui risquent davantage de souffrir de conséquences délétères. La majorité des personnes infectées, y compris les femmes enceintes, sont asymptomatiques. Il conviendrait de tester régulièrement toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals afin de pouvoir leur offrir un suivi et une protection adéquats.
- Il y a lieu de veiller à ce que les femmes enceintes dont l'infection par le COVID-19 est suspectée, probable ou confirmée, y compris les femmes qui pourraient devoir passer un certain temps en isolement, aient accès à des soins spécifiques, qualifiés et respectueux des femmes, y compris des tests de dépistage obstétrique maternel, des soins de médecine fœtale et des soins néonataux, ainsi qu'à un appui psychosocial et en matière de santé mentale assorti d'une disposition à prendre en charge toute complication maternelle et néonatale.
- Toutes les maternités doivent préparer des espaces dédiés aux femmes enceintes atteintes du COVID-19 pour qu'elles y accouchent.
- Pour garantir la continuité des services de soins prénatals et postnatals, quelle que soit l'ampleur ou la gravité de la pandémie, des établissements/cliniques mobiles de soins prénatals et postnatals spécialisés peuvent être créés et dotés d'effectifs adéquats, y compris pour réaliser des consultations et des suivis à distance.
- Il est essentiel de mettre au point des directives cliniques claires sur la manière de soigner les femmes enceintes atteintes du COVID-19. Le personnel de santé, y compris les sages-femmes, devrait avoir accès à ces directives et être formé à leur application. L'annexe 1 contient un protocole détaillé pour la gestion des cas possibles et avérés de COVID-19 chez les femmes enceintes. Ce protocole a été élaboré par des médecins français.
- Il est également essentiel de garantir la disponibilité de toutes les fournitures nécessaires à tout moment. Toutes les installations doivent être pleinement approvisionnées, y compris en médicaments et en EPI. Les travailleurs de la santé ne doivent pas craindre d'être à court de fournitures si le nombre de cas augmente. Dans le cadre de sa réponse à l'épidémie d'Ebola, l'UNFPA a fourni aux trois pays concernés des milliers de kits de lutte contre les infections, des kits d'accouchement propre, des kits de précautions universelles, des kits de transfusion sanguine, des kits post-viol et du matériel pour les soins obstétricaux néonataux d'urgence.
- Il n'existe aucune preuve de la présence du virus dans le lait maternel des femmes atteintes de COVID-19. Une femme qui allaite ne doit donc pas être séparée de son nouveau-né, mais elle doit prendre des précautions, y compris en portant un masque lors de l'allaitement.

- Les sages-femmes jouent un rôle d'intermédiaire important entre les sphères publique et privée. Pendant l'épidémie d'Ebola, elles ont contribué à combler les lacunes dans la prestation de services, même si elles manquaient souvent de formation. Des interventions devraient être mises en œuvre pour soutenir les établissements privés ainsi que pour les sages-femmes et les membres du personnel de santé qui travaillent à titre privé au sein des communautés en temps de crise, dans l'espoir que ces acteurs soient considérés comme des alternatives sûres pour les femmes au cours de leur grossesse et au moment de l'accouchement.



Santé sexuelle et reproductive en temps de pandémie

Les conséquences de la pandémie sur la santé sexuelle et reproductive ne sont pas toujours immédiatement visibles au milieu du chaos, mais il apparaît rapidement que les ruptures dans les chaînes d'approvisionnement peuvent entraîner des pénuries de produits tels que les contraceptifs, les antirétroviraux pour le VIH/sida et les antibiotiques utilisés pour traiter les infections sexuellement transmissibles.

Dans le cas du COVID-19, la fermeture des usines de fabrication de médicaments en Chine a également contribué à retarder la disponibilité des fournitures.

En outre, la réorientation des ressources financières et des prestataires de soins de santé vers la lutte contre la pandémie risque d'entraîner une pénurie de cliniciens capables de fournir des services de santé sexuelle et reproductive. Ces réductions de services ont un effet plus important sur les patients qui dépendent de soins gratuits ou subventionnés, en particulier les femmes, les filles et/ou d'autres groupes marginalisés vivant dans la pauvreté et/ou les personnes déjà confrontées à d'autres obstacles.⁵¹

En 2016, suite aux premiers cas de troubles neurologiques détectés chez des bébés dont la mère avait été infectée par le virus Zika pendant sa grossesse, l'OMS a déclaré un état d'urgence sanitaire. Plusieurs pays d'Amérique latine ont conseillé aux femmes de retarder leur grossesse. Aux États-Unis, le Center for Disease Control and Prevention (Centre pour le contrôle et la prévention des maladies) a recommandé aux femmes de discuter de leur planification familiale avec leurs prestataires de soins de santé.²³ Dans de nombreux pays pauvres, les conseils visant à différer la grossesse ont des effets limités, car la plupart des personnes dépendent des systèmes de santé nationaux pour accéder à la contraception gratuite. Il est donc crucial que les gouvernements prennent des mesures spéciales pour garantir l'accès à une contraception de haute qualité pour tous et à tout moment.



Par ailleurs, les fermetures d'écoles entraînent souvent une augmentation de l'activité sexuelle chez les adolescents, et un accès insuffisant à la contraception peut aboutir à une augmentation des grossesses non désirées ainsi qu'à une demande accrue de services d'avortement.

Autre fait inquiétant, la méfiance à l'égard des travailleurs de la santé et des établissements publics a eu une incidence négative sur les comportements en matière de sollicitation de soins lors de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016. Certaines personnes ont affirmé avoir peur de se rendre dans des établissements pour recevoir des injections ou des implants dans le cadre de la planification familiale, craignant qu'on ne leur injecte le virus Ebola.⁵² De même, les rumeurs persistantes sur la mise au point de « vaccins » qui viseraient à réduire la population africaine pendant la pandémie de COVID-19 risquent de dissuader les gens de se rendre dans les centres de santé reproductive.



Il est absolument primordial d'appliquer immédiatement des mesures afin de limiter toute perturbation des services de santé sexuelle et reproductive.

Leçons apprises et conseils pratiques

Les systèmes de santé sont aujourd'hui de plus en plus sollicités, comme ce fut le cas lors de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016. Pendant cette crise, la santé et les droits sexuels et reproductifs avaient été mis de côté. Le même phénomène s'est produit lors de la crise du virus Zika en 2015-2016 : les restrictions draconiennes des droits reproductifs ont alors nui à l'efficacité de la réponse du Brésil, et les restrictions de déplacement croissantes ainsi que les injonctions à « rester chez soi » ont encore aggravé les obstacles aux soins de santé sexuelle et reproductive.³⁸

Néanmoins, la réponse à l'épidémie d'Ebola survenue en République démocratique du Congo en 2018 a intégré d'importantes leçons tirées de l'épidémie de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest, bien que les enseignements sur la manière d'assurer la continuité de l'accès et du recours aux services de santé reproductive aient été moins systématiquement appliqués.³⁹

- L'un des principaux enseignements tirés de la réponse à l'épidémie d'Ebola est que les besoins et les services de santé sexuelle et reproductive doivent être intégrés dès le départ dans la réponse à la pandémie de COVID-19.
- Un représentant des équipes de santé sexuelle et reproductive devrait occuper un siège à la table des équipes de coordination des réponses au COVID-19. Il est difficile de faire en sorte que la santé sexuelle et reproductive soit une priorité pendant une épidémie, l'objectif principal étant de mettre fin à la transmission du virus ou de la maladie. Le rôle du coordinateur des services de santé sexuelle et reproductive doit donc être de veiller à ce que les besoins en la matière soient évalués et à ce que l'accès à la santé sexuelle et reproductive soit pris en compte et planifié dans le cadre de la prise de décision stratégique.

- Donner accès à toute la gamme des moyens de contraception pour les personnes qui le souhaitent devrait constituer une priorité et faire partie de la réponse à l'épidémie. À cet égard, il conviendrait notamment de déployer des campagnes de promotion de la santé informant les communautés sur les moyens de contraception auxquels leurs membres peuvent avoir accès et sur les lieux qui les dispensent.
- L'accès à la contraception devrait être étendu au-delà des établissements de santé habituels.
- Il est important de garantir en permanence une offre suffisante des différents types de contraceptifs. Le système d'information sur la gestion logistique (LMIS) peut être utilisé pour surveiller les niveaux des stocks.
- La limitation des rendez-vous présentiels imposée par les mesures d'isolement peut créer un autre obstacle à l'accès aux contraceptifs oraux, car il faut prendre rendez-vous pour obtenir la première ordonnance ainsi que pour les renouvellements ultérieurs.
- Il convient d'envisager la distribution d'articles d'hygiène et de salubrité essentiels (par exemple des serviettes hygiéniques, du savon, des désinfectants pour les mains, entre autres) aux travailleuses de la santé ainsi qu'aux autres femmes et jeunes filles, en particulier celles qui sont placées en quarantaine à des fins de prévention, de dépistage ou de traitement.
- Dans les pays sur lesquels le COVID-19 exerce une pression importante, le ministère de la santé doit recevoir un appui qui lui permette de fournir des services adéquats et efficaces de présélection en ligne, d'éducation et de conseil en matière de santé reproductive et de contraception, par l'intermédiaire d'applications de messagerie pour téléphones portables comme WhatsApp.
- Il convient de dissiper les rumeurs et les malentendus, et de consolider la confiance entre les membres de la communauté et les travailleurs de la santé. Il sera ainsi plus facile d'éliminer les obstacles qui limitent le recours des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive.
- Il convient de veiller à ce que des mesures soient mises en place pour prévenir toutes les formes de violence, de stigmatisation et de discrimination à l'égard des adolescents et des jeunes (en particulier des filles et des jeunes femmes) pendant les processus et procédures de quarantaine et d'auto-isolement, ainsi que pour protéger ces personnes et pour atténuer les conséquences de ces actes.
- La présence de prestataires de services qualifiés peut accroître l'utilisation des services par les adolescents et contribuer à prévenir les grossesses. Ces prestataires devraient être formés sur la manière d'atténuer et d'éradiquer la stigmatisation, de façon à pouvoir ensuite encourager les adolescentes, en particulier les très jeunes, à se rendre dans un centre de santé en début de grossesse pour éviter les complications.
- Il est essentiel de protéger les travailleurs de la santé afin d'assurer la continuité des services. Il est tout aussi important d'organiser des services hospitaliers sûrs et respectueux afin que les gens gardent confiance dans leur système de santé.
- Des stratégies complémentaires doivent être déployées pour répondre aux besoins spécifiques des populations adolescentes.

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive est articulé autour de six activités clés pour réduire la morbidité et la mortalité associées à la santé sexuelle et reproductive pendant une crise humanitaire, à savoir :

1. **déterminer l'organisme chargé de diriger la mise en œuvre du DMU ;**
2. **prévenir la violence sexuelle et en gérer les conséquences ;**
3. **réduire la transmission, la mortalité et la morbidité liées au VIH et autres infections sexuellement transmissibles ;**
4. **prévenir la surmortalité et la surmorbidity maternelles et néonatales ;**
5. **prévenir les grossesses non désirées ;**
6. **planifier l'intégration de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires.**

Violence domestique et basée sur le genre en temps de pandémie

Les exigences de distanciation sociale et l'intensification des mesures de confinement sont nécessaires pour lutter contre la propagation du virus, mais ont souvent pour conséquence indésirable de piéger certaines personnes dans des relations violentes et abusives. Pour ces personnes, la violence augmente souvent en temps de crise, mais quitter le domicile familial peut sembler impossible.

Les crises exacerbent les inégalités liées à l'âge, au genre et au handicap, et exposent les femmes, les filles et les autres groupes vulnérables à un risque accru de violence basée sur le genre et de violence conjugale. De fait, la violence conjugale pourrait être le type de violence le plus courant que les femmes et les filles subissent dans des situations d'urgence.³⁷

Il est fondamental de reconnaître à quel point les épidémies touchent différemment les femmes et les hommes pour comprendre les effets primaires et secondaires d'une urgence sanitaire sur les différents individus et communautés ainsi que pour concevoir des politiques et des interventions efficaces et équitables.

Pendant une pandémie, les personnes vulnérables (généralement les femmes et les enfants) sont de surcroît touchées, notamment, par l'exploitation et les atteintes sexuelles commises par certains agents des organismes d'aide humanitaire et d'aide au développement. Dans l'ensemble, l'exploitation et les atteintes sexuelles ont commencé à être mieux reconnues et prises en compte, mais elles demeurent un sujet de préoccupation grave, que ce soit ou non dans le contexte d'une pandémie. Les statistiques sur la prévalence de l'exploitation et des atteintes sexuelles font souvent défaut et varient selon les lieux et les contextes, mais il est indubitable que de tels actes peuvent entraîner de graves complications sur le plan de la santé émotionnelle et physique. Les informations disponibles sur l'épidémie d'Ebola survenue en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016 et sur celle qui a sévi en République démocratique du Congo entre 2018 et 2020 indiquent, malheureusement, que les incidents d'exploitation et d'atteintes sexuelles augmentent lors des urgences de santé publique.

Par ailleurs, les effets économiques d'une épidémie peuvent entraîner une aggravation des risques d'exploitation sexuelle pour les femmes et les enfants, ce qui est tout aussi alarmant. Ce phénomène a été observé pendant les épidémies d'Ebola. À l'heure actuelle, alors que les familles font face à des tensions accrues, à des incertitudes financières et à d'autres pressions, les femmes et les filles sont confrontées à des vulnérabilités accrues.³⁹

Cette année, les défenseurs des droits des femmes en Chine ont signalé une augmentation spectaculaire des cas de violence domestique tandis que les personnes étaient placées en quarantaine, potentiellement avec leurs agresseurs, dans une grande partie du pays pendant l'épidémie de coronavirus. Les statistiques montrent que 90 % de cette violence est liée à la pandémie de COVID-19.⁵³

Il existe un risque élevé d'augmentation de la violence basée sur le genre pendant la pandémie de COVID-19 en raison des restrictions de déplacement qui obligent les femmes et les filles à rester chez elles. La perte potentielle de revenus en raison de l'auto-isollement, l'éventuel manque d'informations sur les services de lutte contre la violence basée sur le genre qui restent disponibles et la crainte de contracter le virus dans les points de prestation de tels services créent de multiples obstacles. Les femmes et les filles peuvent se retrouver dans une situation apparemment inextricable, ne pouvant ni chercher un soutien, ni accéder aux services, ni quitter leur agresseur.

L'illustration 2 résume les conclusions d'une étude menée par le Center for Global Development (Centre pour le développement mondial), qui recense au moins neuf manières par lesquelles les conséquences des pandémies semblables au COVID-19 et les réponses à celles-ci peuvent entraîner ou accroître la violence à l'égard des femmes et des enfants.⁵⁴

- **Insécurité économique et stress lié à la pauvreté** : ces facteurs sont associés à des stratégies d'adaptation inadéquates (par exemple la toxicomanie) et peuvent entraîner une augmentation de la violence conjugale et de la maltraitance des enfants.
- **Quarantaine et isolement social** : la promiscuité, en particulier dans des conditions de tension, entraîne une aggravation du stress, de l'anxiété, une mauvaise santé mentale ainsi que des troubles mentaux. Ces facteurs sont susceptibles d'augmenter le risque de violence.
- **Troubles et instabilité liés aux catastrophes et aux conflits** : les pandémies peuvent détruire les infrastructures sociales, ce qui aggrave les faiblesses existantes dans les situations de conflit et de catastrophe. Cela peut conduire à une augmentation des séparations familiales, de la violence intrafamiliale et de l'exposition des femmes et des enfants à des conditions dangereuses, comme la violence et le harcèlement sexuels, lorsqu'ils essaient de se procurer des produits de base, comme de la nourriture, du bois de chauffage et de l'eau.



Les crises exacerbent les inégalités liées à l'âge, au genre et au handicap, et exposent les femmes, les filles et les autres groupes vulnérables à un risque accru de violence basée sur le genre et de violence conjugale

- **Exposition à des relations d'exploitation dues à l'évolution démographique** : la hausse des taux de mortalité implique que des réseaux familiaux élargis se retrouvent à s'occuper des enfants dont les parents sont décédés, ce qui crée de nouvelles tensions au sein des familles ; les jeunes risquent ainsi de ne pas être pris en charge comme ils le devraient, voire d'être exposés à la violence.
- **Réduction de la disponibilité des services de santé et de l'accès aux premiers intervenants** : les prestataires de soins de santé et les premiers intervenants en cas d'urgence sont souvent le premier point de contact des victimes, et constituent en outre une source de protection physique à court terme pour les femmes et les enfants. En raison de la mobilisation générale nécessaire pour répondre aux pandémies, les ressources des premiers intervenants et les moyens d'orientation sur lesquels les victimes peuvent s'appuyer ne sont pas toujours disponibles.
- **Sources de violence liées aux virus** : pendant la pandémie de COVID-19, nous avons d'ores et déjà observé la manière dont certaines personnes exploitent la désinformation sur le virus, les tactiques alarmistes et des comportements manipulateurs afin de garder pour eux des équipements de protection. Dans le cadre d'autres pandémies, notamment le VIH/sida, la divulgation du statut sérologique (que la personne concernée ait ou non des anticorps dans son sang) a constitué une source de violence. Les personnes peuvent également être confrontées à un risque accru d'exposition à la violence tout au long de leur vie en raison de handicaps dus à certains virus, comme la microcéphalie due à l'épidémie de Zika.
- **Incapacité des femmes à échapper temporairement à un partenaire violent** : les femmes sont déjà confrontées à des décisions complexes et à de nombreux et divers obstacles qui les empêchent d'échapper en toute sécurité à leur partenaire violent. En temps de pandémie, ces difficultés sont exacerbées par la restriction des déplacements, par les mesures de distanciation sociale imposées, par l'augmentation de la vulnérabilité économique et par la réduction des services juridiques (services sociaux).
- **Exposition à la violence et à la coercition dans le cadre des efforts de réponse** : il est avéré que des travailleurs humanitaires chargés d'aider des populations vulnérables en temps de crise ont commis des actes de violence contre des femmes et des enfants. Une dynamique de pouvoir inégale donne à ceux qui sont censés aider (y compris, comme on l'a constaté lors de l'épidémie d'Ebola, des travailleurs de la santé, des chauffeurs de taxi et même des membres d'équipes funéraires) la possibilité d'imposer une relation d'exploitation avec les personnes en échange de transport, de nourriture, d'argent ou de vaccins.



La perte potentielle de revenus en raison de l'auto-isollement, l'éventuel manque d'informations sur les services de lutte contre la violence basée sur le genre qui restent disponibles et la crainte de contracter le virus dans les points de prestation de tels services créent de multiples obstacles.

→ **Violence envers les travailleuses de la santé** : les femmes, qui représentent près de 70 % du personnel de santé au niveau mondial, sont régulièrement victimes d'abus et de harcèlement de la part de leurs collègues et de leurs patients. Les risques peuvent s'accroître en cas de pandémie, ce qui porte préjudice aux femmes et compromet l'efficacité des systèmes de santé.



Figure 2

Les neuf manières dont sont liées les pandémies et la violence envers les femmes et les enfants.

Leçons apprises et conseils pratiques

Bien qu'il soit difficile de mesurer l'ampleur de problèmes tels que la violence basée sur le genre dans le contexte d'épidémies, les travailleurs de première ligne ont témoigné de certains risques liés à la violence sexuelle. En Sierra Leone, pendant l'épidémie d'Ebola, un grand nombre de filles ont été agressées sexuellement par des membres de la communauté censés faire respecter la quarantaine ainsi que par des chauffeurs de taxi transportant des biens et des personnes. Certaines mesures de lutte contre les maladies qui ne tiennent pas compte des besoins et des vulnérabilités spécifiques des femmes et des filles peuvent accroître les risques auxquels elles sont confrontées et donner lieu à des mécanismes d'adaptation néfastes. Les enfants et les familles qui sont déjà vulnérables en raison de leur exclusion socio-économique ou qui vivent dans un environnement surpeuplé sont particulièrement exposés.

La mise au point de méthodes de collecte de données numériques permettra également de saisir des informations sur les femmes et les filles en situation de risque élevé. Ces applications contribueront à accélérer la détection, la notification, la surveillance active et les réponses rapides en renvoyant les données aux autorités compétentes.

Dans l'ensemble, il convient de prendre les mesures suivantes :

- anticiper une augmentation des cas de violence basée sur le genre et/ou une augmentation de la vulnérabilité et des besoins des victimes de violence basée sur le genre, renforcer la fourniture de systèmes et de services locaux d'orientation centrés sur les victimes de violence basée sur le genre, et combler les lacunes que présentent ces systèmes et services ;
- veiller à ce que la prise en charge clinique des victimes de violence basée sur le genre puisse se faire au moyen de kits médico-légaux, de kits de suture des déchirures cervicales et vaginales, de kits de traitement post-viol et de kits de dignité ;
- renforcer les systèmes de réponse initiale contre la violence. Les premiers intervenants devraient anticiper une flambée de violence basée sur le genre dès le début d'une pandémie et se préparer en conséquence, notamment en augmentant le personnel et les ressources d'appui ; dans la mesure du possible, proposer des options virtuelles gratuites de soutien à la santé mentale ;
- étudier de quelle manière la technologie peut aider les personnes en quarantaine qui ont besoin d'accéder aux services de lutte contre la violence basée sur le genre ; s'appuyer sur les initiatives existantes qui fournissent une aide juridique et un soutien psychosocial en ligne, en tenant compte des disparités entre les sexes vis-à-vis de l'accès à la technologie ;
- collaborer avec des réseaux sociaux formels et informels, tels que des groupes de femmes, des groupes communautaires, des organisations de la société civile et des organisations de défense des droits des femmes, afin de soutenir leur travail en tant que premiers intervenants et les efforts qu'ils déploient pour prévenir l'isolement social ;

- veiller à ce que la violence basée sur le genre soit intégrée dans les interventions des systèmes de santé. Des prestataires de soins de santé formés à l'identification des femmes et des enfants exposés à la violence devraient être présents dans tous les lieux de test et de dépistage, et évaluer la sécurité de ces personnes lorsqu'il leur est recommandé de rester en quarantaine ou confinées chez elles. En parallèle, les systèmes de santé doivent protéger les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé, en atténuant les risques de harcèlement et de violence sexuels ;
- étendre et renforcer les filets de protection sociale qui tiennent compte de l'égalité des genres, tels que les propositions de paiements directs en espèces ou en nature ;
- augmenter le nombre d'abris et de logements temporaires pour les victimes. Il est nécessaire de veiller à ce que des logements soient disponibles pour les femmes et les jeunes filles qui courent un risque élevé de violence dans leur foyer en temps de pandémie. Par exemple, le gouvernement canadien a annoncé un programme d'aide qui comprend une augmentation du financement affecté aux refuges pour les victimes de violence basée sur le genre et aux refuges pour les victimes d'agression sexuelle ;
- veiller à ce que les messages tiennent compte de l'âge des personnes concernées et s'appuient sur une compréhension des conditions socioculturelles et des comportements liés à la connaissance et à la perception du virus ou de la maladie, aux mesures de prévention et de contrôle et aux habitudes de sollicitation de soins ;
- tenir compte du fait que les messages destinés aux adultes peuvent également être vus et entendus par des jeunes qui ne sont peut-être pas prêts, sur le plan du développement ou sur le plan émotionnel, à en comprendre le contenu ; travailler avec d'autres secteurs pour veiller à ce que les messages d'importance vitale, même ceux qui s'adressent uniquement aux adultes, sont formulés de manière à éviter de causer une angoisse inutile aux enfants ou d'ébranler leur avenir ;
- mettre en place des systèmes pour surveiller la situation des filles qui peuvent être plus exposées à la violence, aux abus et à la négligence, comme les filles handicapées ou atteintes de maladies chroniques ou d'albinisme, les enfants victimes et survivants du virus ou de la maladie en question, et les enfants dont des membres de la famille ou du foyer ont contracté le virus ou la maladie ;
- former les enseignants à soutenir la réinsertion sociale des élèves à la réouverture des écoles et offrir à ces jeunes la possibilité de surmonter les difficultés qu'ils ont rencontrées, notamment le deuil de parents et d'amis perdus à cause du virus/de la maladie ;
- identifier les filles dont le statut d'« exclusion » les rend particulièrement vulnérables en cas d'épidémie. Il peut s'agir de filles privées de protection familiale ou de filles vivant et/ou travaillant dans la rue à proximité de sources de transmission.



Conclusion

La pandémie de COVID-19 frappe durement les systèmes de santé, altère les économies nationales et perturbe la vie de l'ensemble de l'humanité. À mesure que le virus continue de se propager, à des rythmes différents selon les pays, il devient de plus en plus évident que nos vies ne seront plus les mêmes et que les décideurs concernés de chaque pays doivent à la fois continuer à pourvoir aux besoins d'avant et répondre aux nouveaux besoins des populations, notamment en ce qui concerne la santé et les droits des femmes et des filles.

Dans cette perspective, les enseignements tirés des épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes sont instructifs, en particulier pour ce qui est d'assurer la continuité des services de santé reproductive, néonatale et adolescente ainsi que de formuler des conseils pratiques pour y parvenir.

En effet, nous devons tirer des leçons de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 et de la crise du Zika de 2013-2016, au cours desquelles la santé et les droits sexuels et reproductifs n'ont pas été suffisamment pris en compte. Parmi les problèmes qui ont affecté la santé des femmes et des filles figurent, entre autres, les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, les avortements non médicalisés, les décès maternels et le manque de soins prodigués en temps utile pour les grossesses difficiles.

Pour y remédier, dans le cadre de leurs stratégies de réponse à la pandémie de COVID-19, les pays doivent, avec l'appui des partenaires de développement :

- 1. assurer la continuité des services de santé reproductive, maternelle, néonatale et adolescente, y compris en protégeant le personnel de santé ;**
- 2. lutter contre la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes ; et**
- 3. garantir la fourniture de produits de santé essentiels en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale et adolescente, y compris des contraceptifs modernes.**



Références

1. N. Zhu, D. Zhang, W. Wang, et al. **A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019** *N Engl J Med*, 382 (8) (2020), pp. 727-733
2. C. Huang, Y. Wang, X. Li, et al. **Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China** *Lancet*, 395 (10223) (2020), pp. 497-506
3. N. Chen, M. Zhou, X. Dong, et al. **Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study** *Lancet*, 395 (10223) (2020), pp. 507-513
4. R. Lu, X. Zhao, J. Li, et al. **Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding** *Lancet*, 395 (10224) (2020), pp. 565-574
5. P. Zhou, X.L. Yang, X.G. Wang, et al. **A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin** *Nature* (2020)
6. **WHO Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Interim guidance** <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>
7. L. Zou, F. Ruan, M. Huang, et al. **SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients** *N Engl J Med* (2020)
8. Zaki A.M., van Boheemen S., Bestebroer T.M., Osterhaus A.D., Fouchier R.A. **Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia** *N. Engl. J. Med.* 2012;367(19):1814–1820. [PubMed]
9. **WHO, 2019. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)** <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/2019> Available: [Google Scholar]
10. Hemida M.G., Chu D.K., Poon L.L., Perera R.A., **Alhamadi M.A., Ng H.Y. MERS coronavirus in dromedary camel herd, Saudi Arabia.** *Emerg. Infect. Dis.* 2014;20(7):1231–1234. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
11. Azhar E.I., El-Kafrawy S.A., Farraj S.A., Hassan A.M., Al-Saeed M.S., Hashem A.M. **Evidence for camel-to-human transmission of MERS coronavirus.** *N. Engl. J. Med.* 2014;370(26):2499–2505. [PubMed] [Google Scholar]
12. Peiris J.S., Guan Y., Yuen K.Y. **Severe acute respiratory syndrome.** *Nat. Med.* 2004;10(12 Suppl):S88–S97. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. Wang M., Yan M., Xu H., Liang W., Kan B., Zheng B. **SARS-CoV infection in a restaurant from palm civet.** *Emerg. Infect. Dis.* 2005;11(12):1860–1865. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
14. Cheng V.C., Chan J.F., To KK, Yuen K.Y. **Clinical management and infection control of SARS: lessons learned.** *Antivir. Res.* 2013;100(2):407–419. [PubMed] [Google Scholar]
15. <http://www.nytimes.com/2014/10/23/world/africa/ebola-liberiavideo-inside-the-ward.html>
16. [at http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/us-hospitalpreparedness.html](http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/us-hospitalpreparedness.html)
17. Technical guidelines are available at www.paho.org/ebola
18. <https://www.who.int/emergencies/diseases/ebola/frequently-asked-questions>
19. Centers for Disease Control and Prevention **Swine Influenza A (H1N1) infection in two children, Southern California, March–April 2009** *MMWR*, 58 (2009), pp. 400-402
20. A.L. Vincent, W. Ma, K.M. Lager, B.H. Janke, J.A. Richt **Swine influenza viruses: a North American perspective** *Adv Virus Res*, 72 (2008), pp. 127-154
21. **WHO. Epidemic and Pandemic Alert and Response (EPR): Influenza A (H1N1)—update 62.** http://www.who.int/csr/don/2009_08_19/en/index.html; 2009
22. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. **Zika virus outbreak, Bahia, Brazil.** *Emerg Infect Dis* 2015; 21:1885–1886.
23. Zanluca C, Melo VC, Mosimann AL, et al. **First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil.** *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2015; 110:569–572.
24. <https://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/epidemiology-fact-sheets/zika-virus-disease/>
25. https://alliancecpha.org/en/system/tdf/library/attachments/cp_during_ido_guide_0.pdf?file=1&type=node&id=30184
26. https://www.who.int/gho/maternal_health/en/
27. B.J. Coburn, B.G. Wagner, S. Blower **Modeling influenza epidemics and pandemics: insights into the future of swine flu (H1N1)** *BMC Med*, 7 (2009), p. 30
28. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867420302622>
29. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.058>
30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6715958/>
31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840604/>
32. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163445320301389>
33. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.012>
34. UNFPA. (2015). **Rapid Assessment of Ebola Impact on Reproductive Health Services and Service Seeking Behaviour in Sierra Leone.** Freetown: UNFPA.
35. UNFPA. (2020). **Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic UNFPA Global Response Plan April 2020**
36. **Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response - UNFPA Technical Briefs V March 23_2020**

37. Smith J **Overcoming the “tyranny of the urgent”:
integrating gender into disease outbreak preparedness
and response.** Gender Develop. 2019; **27**: 355-369
38. Davies SE Bennett B **A gendered human rights analysis
of Ebola and Zika: locating gender in global health
emergencies.** Int Aff. 2016; **92**: 1041-1060
39. Aruna A. Mbala P. Minikulu L. et al. **Ebola virus disease
outbreak – Democratic Republic of the Congo, August
2018–November 2019.** MMWR Morb Mortal Wkly
Rep. 2019; **68**: 1162-1165
40. Hoffman S.J. Silverberg S.L. **Delays in global disease
outbreak responses: lessons from H1N1, Ebola, and Zika.**
Am J Public Health. 2018; **108**: 329-333
41. Sochas L, Channon AA, Nam S. **Counting indirect crisis-
related deaths in the context of a low-resilience health
system: the case of maternal and neonatal health
during the Ebola epidemic in Sierra Leone.** Health Policy
Plan. 2017 Nov 1;**32**(suppl_3)
42. N. Kapata et al. **Is Africa prepared for tackling the
COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past
outbreaks, ongoing pan-African public health efforts,
and implications for the future** International Journal of
Infectious Diseases 93 (2020) 233–236
43. [https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-
outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-
and-rights](https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights)
44. **The Alliance for Child Protection in Humanitarian
Action, Technical Note: Protection of Children during the
Coronavirus Pandemic,** Version 1, March 2020.
45. The Lancet. **COVID-19: The Gendered Impacts of the
Outbreak.** 6 March 2020 [https://www.thelancet.com/
action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2)
46. [http://www.rfi.fr/en/africa/20200403-lack-of-covid-19-
treatment-and-critical-care-could-be-catastrophic-for-
africa](http://www.rfi.fr/en/africa/20200403-lack-of-covid-19-treatment-and-critical-care-could-be-catastrophic-for-africa)
47. Peyronnet V, et al. **Infection par le SARS-CoV-2 chez les
femmes enceintes: état des connaissances et proposition
de prise en charge par CNGOF.** Gynecologie Obstetrique
Fertilite & Senologie (2020),
<https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.014>
48. Patricia E. Bailey, Emily Keyes, Allisyn C. Moran, Kavita
Singh, Leonardo Chavane and Baltazar Chilundo, **The triple
threat of pregnancy, HIV infection and malaria: reported
causes of maternal mortality in two nationwide health
facility assessments in Mozambique,** 2007 and 2012, BMC
Pregnancy and Childbirth, 10.1186/s12884-015-0725-7,
15, 1, (2015).
49. H.Liu, et al. **Why are pregnant women susceptible to
COVID-19? An immunological viewpoint** Journal of
Reproductive Immunology 139 (2020) 10312
50. [https://www.uptodate.com/contents/
coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues](https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-pregnancy-issues)
51. [https://www.carefrance.org/ressources/themas/1/93a8e81-
8640-Global-RGA_COVID_RDM_3.31.2.pdf](https://www.carefrance.org/ressources/themas/1/93a8e81-8640-Global-RGA_COVID_RDM_3.31.2.pdf)
52. [https://www.linkedin.com/pulse/coronavirus-19-lessons-
learned-from-ebola-outbreak-sierra-monasch/](https://www.linkedin.com/pulse/coronavirus-19-lessons-learned-from-ebola-outbreak-sierra-monasch/)
53. [https://www.researchgate.net/publication/340033411_
Covid19_Pandemic_Lessons_to_Learn_from_China](https://www.researchgate.net/publication/340033411_Covid19_Pandemic_Lessons_to_Learn_from_China)
54. [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17250/
pdf/pandemics-and-vawg.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17250/pdf/pandemics-and-vawg.pdf)



Assurer les droits et les choix pour tous

**FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION
BUREAU RÉGIONAL POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST ET
DU CENTRE**

Route du King Fahd Palace,
Almadies – PO Box 21090 Dakar

www.unfpa.org
wcaro.unfpa.org
@UNFPA_WCARO