

Les impacts de la réponse COVID-19 sur les femmes et les filles en République Démocratique du Congo

■ Introduction

Les apprentissages tirés des crises sanitaires passées nous éclairent sur les conséquences potentielles des épidémies, non seulement sur la santé des femmes et des filles, mais sur tous les aspects de leur vie. Aujourd'hui, confrontés à la COVID-19, seuls 52 % des pays fournissent des données ventilées par sexe sur la morbidité et la mortalité liées à la COVID-19. Quant aux analyses concernant les impacts plus larges de la pandémie et des mesures de santé publique mises en place pour contrôler sa propagation sur les femmes et les filles, elles demeurent trop rares.

Partout dans le monde, les données indiquent que les femmes sont touchées de manière disproportionnée par les impacts sanitaires et socio-économiques des mesures d'intervention appliquées pour contrôler la COVID-19. Les femmes représentent la majeure partie du secteur du travail informel et sont plus susceptibles de perdre leur emploi ou de subir des baisses de revenus en raison de la fermeture des frontières, des marchés et de la limitation des mouvements. Les services de santé sexuelle et reproductive sont souvent les premiers à être confrontés à des restrictions en termes de disponibilité et d'accès. Les fermetures d'écoles font peser une charge supplémentaire sur les femmes, qui assument les responsabilités de la garde des enfants, notamment pour leur assurer une alimentation suffisante. Les filles qui ne peuvent pas aller à l'école courent un risque accru de violence sexuelle, de grossesse et de mariage précoce - une tendance largement observée dans les zones touchées par le virus Ebola lors de l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest. Les risques sont exacerbés pour les femmes et les filles vivant dans les ménages les plus pauvres, dans les zones rurales éloignées.

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19 en République Démocratique du Congo (RDC) en mars 2020, les données de méthodes mixtes produites par la Cellule d'Analyse en Sciences Sociales (CASS) et ses partenaires montrent une dynamique où les disparités préexistantes entre hommes et femmes en termes de santé, de protection et de statut économique sont exacerbées par l'épidémie de COVID-19. Ce rapport présente une analyse multidisciplinaire intégrée de l'impact de la COVID-19 et de sa réponse sur les femmes et les filles en RDC, en soulignant les changements survenus depuis le début de l'épidémie. L'objectif de ce rapport est de fournir des données probantes pour soutenir la prise de décision concernant les stratégies de réponse à l'épidémie, afin de garantir que la santé et la sécurité des femmes et des filles soient prioritaires.

■ Méthodologie : Analyses Multidisciplinaires Intégrées des Epidémies (AMIE)

Cette analyse utilise le processus AMIE (Analyses Multidisciplinaires Intégrées des Epidémies), qui consiste à combiner des données de différents types et sources pour obtenir une image complète de la dynamique sanitaire et des impacts secondaires de l'épidémie de COVID-19 en RDC. Depuis avril 2020, la CASS mène des entretiens qualitatifs avec des informateurs clés chaque mois à Goma et à Kinshasa, afin d'expliquer les tendances observées dans le DHIS2 (rapport sur l'utilisation des services de santé) et d'autres sources de données des services sanitaires. Les données de la CASS sont analysées chaque mois et intégrées aux résultats des recherches et des programmes des partenaires travaillant avec et autour de la réponse à la COVID-19 en RDC; afin de trianguler et vérifier l'évolution des tendances, leurs causes et leurs impacts. Cette approche d'AMIE éclaire la prise de décision fondée sur des données probantes en fournissant des analyses solides et complètes aux personnes impliquées dans la réponse, en facilitant l'élaboration d'actions visant à établir de nouveaux programmes et à renforcer les programmes existants.

Insuffisance de données sexospécifiques

Bien que la CASS et de nombreux partenaires collectent des données sur les impacts de la COVID-19 sur les filles et les femmes, une grande partie des données concernant les impacts de la COVID-19, en RDC et dans le monde, continuent d'être analysées et présentées sans être désagrégées par genre. Les données sur la sécurité alimentaire sont rarement ventilées par sexe, ce qui rend difficile la pleine compréhension de l'étendue du problème et la manière dont l'insécurité alimentaire croissante causée par les mesures de réponse à l'épidémie de COVID-19 pourrait affecter différemment les femmes et les filles. Cette insuffisance de données et d'analyses sexospécifiques signifie que ces impacts ne peuvent être mesurés correctement. En conséquence, les interventions spécifiques visant à atténuer et répondre à ces impacts ne peuvent pas être développées ni mises en œuvre.

■ Principaux résultats des analyses intégrées des impacts de la COVID-19 et sa réponse sur les femmes et filles en RDC

Situation socio-économique

- La **plupart des femmes travaillent dans le secteur informel**, fortement touché par les fermetures de frontières et les restrictions de circulation de la population.
- Le **prix élevé** des denrées alimentaires, la **baisse des revenus** et le taux de change élevé **limitent la capacité des femmes à satisfaire les besoins essentiels du ménage, y compris la nourriture pour les enfants.**



Santé maternelle, sexuelle et reproductive

- **Augmentation de l'utilisation des services de planning familial** par les femmes (depuis juin) : peur de tomber enceinte liée au coût de l'éducation d'un enfant ; augmentation de l'activité sexuelle chez les adolescent.e.s.
- **Réduction des visites de soins prénatals (CPN)** : elles ne sont pas considérées comme urgentes, en particulier par les femmes qui ont déjà accouché.
- **Augmentation du nombre de grossesses** et du nombre de femmes et d'adolescentes cherchant à se faire avorter.



Santé générale et nutrition des femmes .

- **Délai accru dans l'accès aux services de santé** : les femmes **crainent l'infection par la COVID-19 et le risque d'être mises en quarantaine** (et séparées de leurs enfants).
- Les femmes sont **les premières du ménage à adopter des stratégies d'adaptation pour réduire la consommation alimentaire** personnelle et assurer une quantité et une qualité suffisantes aux enfants.



Protection des femmes et des jeunes filles

- **Risque accru de violence sexuelle et sexiste (VSS)** à l'intérieur et à l'extérieur du foyer (hommes et femmes sans travail; écoles fermées).
- **Accroissement de la charge de travail en tant que soignantes primaires et collectrices d'eau** : augmentation de l'exposition à la COVID-19 et à la VSS.
- **Les fermetures d'écoles et les difficultés financières** poussent les adolescentes vers des **activités sexuelles transactionnelles.**



■ Événements relatifs à la réponse de la COVID-19 qui ont un impact sur les femmes



Évolution de la situation sanitaire, sociale et économique des femmes et des filles en RDC de mars 2020 à novembre 2020 durant la période COVID-19

	Thème	Mars 2020	Novembre 2020	Sources des données
Économie et finances 	Emploi et opportunités d'affaires	Pertes d'emploi et réduction de la capacité de travail signalées	Peu de femmes déclarent pouvoir retourner au travail ; plus d'hommes disent qu'ils ont recommencé à travailler"	CASS (données qualitative) ELAN (enquête des entreprises)
	Coût de la vie et taux de change	Augmentation des prix des denrées alimentaires (non contrôlée), taux de change élevé	Coût de la vie toujours élevé (bien que certains commerçants aient réduit les prix des denrées alimentaires)	CASS ELAN (Enquête des ménages) REACH HHI-UNDP
	Difficultés à nourrir les enfants	Difficultés à fournir de la nourriture en qualité et en quantité suffisantes (les enfants à la maison résultent en des exigences supplémentaires en matière de ressources)	Défis accrus : début de la nouvelle année scolaire, mais les prix des denrées alimentaires restent plus élevés et les revenus des familles diminuent	CASS Banque Mondiale / INS
	Accessibilité et utilisation de transport	Accès réduit aux transports en raison d'une disponibilité réduite et d'un coût accru	Transports plus disponibles, mais les coûts restent élevés	CASS
Santé générale et nutrition des femmes 	Accès et utilisation des services de santé	Réduction de l'utilisation des services de santé et retards dans l'accès aux soins	Utilisation constante/réduite des services	CASS CARE International DHIS2: - Ministère de la santé - Université de Hong Kong - Bluesquare
	Nutrition et stratégies d'adaptation	Donner la priorité aux enfants en réduisant la fréquence des repas et la quantité de nourriture consommée (stratégies d'adaptation)	Réduction de la fréquence des repas et la quantité de nourriture (stratégies d'adaptation)	CASS REACH
Santé maternelle, sexuelle et reproductive 	Utilisation de la contraception et du planning familial	Réduction de l'utilisation des services (pas considérés comme urgent)	Augmentation de l'utilisation des services (la peur d'avoir des grossesses non-désirées – implications financières)	CASS CARE International DHIS2 Marie Stopes
	Accès et utilisations des consultations prénatales (CPN)	Utilisation régulière des services (sont considérés comme essentiels)	Réduction perçue/observée des visites aux CPN (non considérées comme essentielles)	CASS DHIS2
	Accès et utilisation de la contraception d'urgence et aux soins post-avortement	Pas d'indication de changement	Demande et utilisation accrues des services	CASS Marie Stopes
	Grossesse	Pas de changement remarqué	Augmentation observée chez les femmes et les filles	CASS Marie Stopes
Protection des femmes et des filles 	Grossesse des adolescentes	Pas de changement remarqué	Augmentation observée chez les adolescentes	CASS Marie Stopes
	Rapports sexuels transactionnels	Rapports d'incidents	Augmentation signalée	CASS
	Violence sexuelle et sexiste	Augmentation des cas de VSS reçus dans les centres de santé	Augmentation des cas de VSS observés au niveau national, particulièrement grave au Nord-Kivu (et à Goma)	Médecins du Monde France UNICEF CARE International
	Enfants vivant dans la rue	Aucun changement n'a été signalé en ce qui concerne le nombre d'enfants vivant dans la rue	Augmentation observée du nombre de filles et de garçons vivant dans la rue Rapports d'augmentation des abus/viols d'enfants	CASS CARE International AJVDC GHOVODI
	Charge mentale et pression du ménage	Difficulté accrue à fournir de la nourriture et des divertissements aux enfants et aux partenaires à la maison	Adaptation au mode de vie ("rythme de COVID")	CASS ELAN (Enquête des ménages)

Impacts économique et financier de la réponse COVID-19 sur les femmes et les filles



L'emploi des femmes en RDC se concentre dans l'agriculture et les petites entreprises du secteur du commerce informel (où elles occupent 64% des emplois), principalement dans la vente de denrées alimentaires et de produits périssables de faible valeur. Ce secteur est généralement non réglementé, soumis à de fortes taxations informelles et ne bénéficie d'aucune sécurité sociale ni d'autres avantages offerts par le gouvernement. Les fermetures des frontières et des marchés mises en œuvre dans le cadre de la réponse à la COVID-19 ont limité les possibilités commerciales des femmes, dont beaucoup ont perdu l'accès à leur lieu de travail, à leurs clients et à leurs marchandises. La majorité des femmes interrogées dans le cadre des recherches de la CASS à Goma et à Kinshasa en octobre 2020 ont déclaré qu'elles n'avaient pas encore repris le travail, bien que les restrictions de confinement aient été levées en juin. La plupart des hommes interrogés dans le cadre de la même étude à Kinshasa avaient au moins partiellement repris le travail.

Les analyses intégrées en cours depuis le début de l'épidémie de la COVID-19 en RDC mettent en évidence l'augmentation des prix du marché, la baisse des revenus, la réduction de l'accessibilité des transports et la détérioration du taux de change entre le franc congolais et le dollar américain comme étant les principaux facteurs ayant un impact sur la sécurité socio-économique. 70% des ménages interrogés dans le cadre d'une enquête du Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 (PERC) à travers la RDC en août (n=1351) ont déclaré avoir des revenus inférieurs par rapport à la même période en 2019.

Les enquêtes ménages menée par ELAN à travers la RDC entre août et septembre 2020 ont révélé que 87 % des femmes contre 76 % des hommes ont signalé une diminution des revenus de leur ménage. Une enquête de suivi réalisée en octobre a révélé que 79 % des ménages (n=2200) ont déclaré avoir subi une augmentation significative des prix de la nourriture et 59 % des femmes contre 38 % des hommes interrogés ont déclaré qu'elles devaient, depuis la COVID-19, aller chercher de la nourriture ou des articles ménagers auprès du gouvernement ou d'autres organisations (n=2200). L'enquête menée en novembre par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) et la Harvard Humanitarian Initiative à Bunia, Bukavu et Goma a révélé que 90 % des femmes contre 80 % des hommes ont signalé une aggravation de leur situation financière depuis la COVID-19 (n=2327).

Les impacts socio-économiques ayant un impact sur la protection et la santé

La réduction des revenus des ménages combinée avec la fermeture des écoles eu un impact supplémentaire sur la protection et la santé des enfants et des adolescentes. Les femmes interrogées dans le cadre des recherches de la CASS ont fait état de difficultés à fournir une alimentation suffisante à leurs enfants. D'autres rapports de la CASS suggèrent qu'un nombre croissant de filles s'engagent dans des relations sexuelles transactionnelles, car les familles ont une capacité réduite à les soutenir financièrement, et elles n'ont pas la structure et la sécurité fournies par les écoles, ainsi qu'une augmentation du nombre d'enfants, y compris des filles, vivant dans les rues.

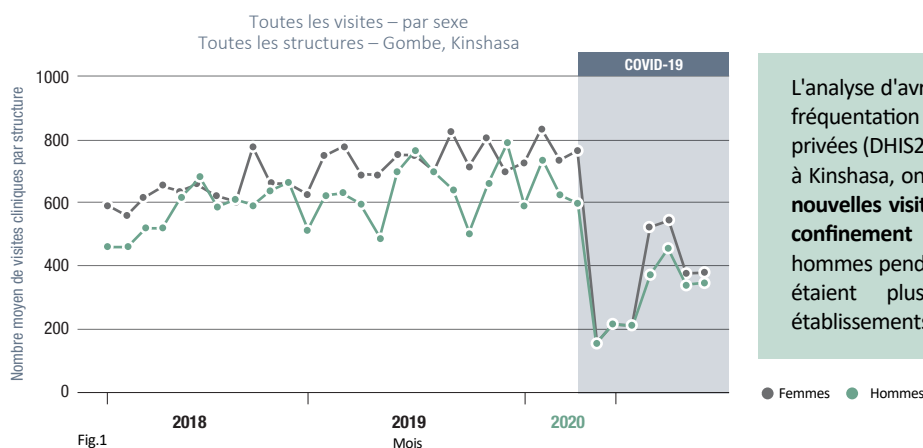


Prendre action sur la base des données pour répondre aux impacts économiques et financiers de la COVID-19 sur les femmes et les filles

- Plaider pour une priorisation appropriée des subventions gouvernementales afin de garantir que les besoins primaires des femmes et des filles les plus vulnérables soient satisfaits (ex. loyer, nourriture, services publics, soins de santé). Travailler par l'intermédiaire des organisations de femmes existantes spécialisées dans ce type de soutien afin d'atteindre les personnes qui en ont le plus besoin.
- Promouvoir et soutenir la mise en place de programmes durables d'activités génératrices de revenus pour les femmes et les filles, surtout celles qui n'ont pas pu être scolarisées de manière continue.
- Encourager les femmes (commerçantes, paysannes) à se regrouper dans des structures auto-gérées (type coopératives) avec un accompagnement (gestion d'un capital, épargne, gestion d'entreprise) pour développer leur résilience économique.

Santé générale et nutrition des femmes et des filles

Délais et réductions dans l'utilisation des services sanitaires



L'analyse d'avril et mai a montré une diminution de la fréquentation des structures de santé publiques et privées (DHIS2). Les structures sanitaires de La Gombe, à Kinshasa, ont enregistré une réduction de 90 % des nouvelles visites des femmes pendant la période de confinement (75 % de réduction des visites des hommes pendant la même période). NB : Les femmes étaient plus nombreuses à fréquenter les établissements de santé avant la COVID-19.

La forte baisse du nombre de visites des hommes et des femmes est en **corrélation avec le début d'une période de confinement de trois mois**, ce qui suggère que la principale raison des retards et de la réduction des demandes de soins de santé était la **restriction des déplacements, empêchant les personnes d'accéder physiquement aux services**. Les données qualitatives ont identifié comme obstacles principaux à l'accès aux soins pour les femmes les difficultés d'accès au transport pendant la période de confinement, la crainte d'être diagnostiquée à tort comme un cas de COVID-19, la crainte d'être mise en quarantaine forcée indéfiniment et le manque de moyens financiers.

Malgré une reprise partielle du nombre de visiteurs, qui a coïncidé avec la fin de la période de confinement de trois mois et avec la reprise des activités dans la Gombe, la moyenne mensuelle enregistrée en octobre était encore inférieure de 50 % aux chiffres communiqués avant le confinement. L'analyse de la CASS suggère que la **réduction des visites cliniques constatée à nouveau à partir du mois d'août**, en dépit de la levée des restrictions de mouvement dans la ville, s'explique principalement par une **pression financière croissante sur les ménages, et par une réorientation des priorités**.

Des recherches qualitatives menées pour comprendre les tendances différentielles dans les données DHIS2 ont montré que **les craintes liées à la réponse COVID-19, y compris la quarantaine forcée**, étaient plus souvent citées par les **femmes de Goma qui avaient récemment été exposées à des interventions similaires durant la réponse à l'épidémie d'Ebola de 2018-20**. Les données qualitatives de Goma ont montré que davantage de femmes ont déclaré avoir une **compréhension limitée des mesures qui seraient prises si une personne était testée positive** au COVID-19, ce qui a également accru les craintes liées aux visites médicales. Les femmes ont rapporté que, à cause de ces peurs, elles attendaient plus longtemps avant de recourir aux soins lorsqu'elles présentaient des symptômes qu'elles associaient à la COVID-19, comme la fièvre et la toux., par exemple la fièvre ou la toux. Depuis août 2020, les mentions de la COVID-19 et des risques associés sont devenues moins fréquentes chaque mois dans les données de la CASS, ce qui suggère que la peur de la maladie ou des facteurs associés n'est plus une considération importante, ni le principal obstacle à l'accès aux soins.

De plus en plus, les données soulignent que **l'argent est le principal facteur limitant l'accès et l'utilisation des services** par les femmes, car l'impact financier de l'épidémie prolongée les oblige à modifier leurs priorités en matière de dépenses. La majorité des femmes interrogées à Goma et à Kinshasa ont déclaré que **la nourriture et la capacité à nourrir leurs enfants étaient leur priorité** et qu'elles avaient des préoccupations pour les mois à venir concernant l'accessibilité de la nourriture. Aucune femme n'a déclaré avoir mis de l'argent de côté pour les soins de santé, préférant s'occuper des problèmes de santé et trouver un moyen de les payer s'ils surviennent.

■ Insécurité alimentaire et stratégies d'adaptation



En août, le Programme alimentaire mondial (PAM) a estimé que plus de 40 millions de personnes en RDC avaient une consommation alimentaire insuffisante - une augmentation de près de six millions par rapport aux chiffres de mai. **Ces données sont préoccupantes et d'une importance cruciale, mais dans leur état actuel, elles ne fournissent pas d'informations désagrégées par âge ou genre.**

Les données de la CASS d'octobre ont montré que les femmes de Goma ont déclaré avoir été **contraintes de réduire la taille et la fréquence des repas qu'elles prennent chaque jour pour pouvoir nourrir correctement leurs enfants**. **55% des femmes de l'enquête ménage d'ELAN** en octobre ont également déclaré avoir réduit la consommation d'eau embouteillée et de nourriture du ménage (n=2200). Une étude de **l'Institut National de Statistique (INS) et de la Banque Mondiale** réalisée en juin et juillet 2020 à Kinshasa a révélé que 87,8 % des ménages s'inquiètent de ne pas avoir assez de nourriture et que 80,4 % ont déclaré avoir réduit le nombre de repas par jour (n=1596).



« ...Je passe toute la journée sans manger quand j'ai un bébé à allaiter...même les voisins qui pouvaient aider n'avaient pas de nourriture non plus...COVID-19 est une maladie qui est venue nous tuer de notre vivant. **Au lieu de souffrir comme ça, il vaut mieux que la corona nous tue directement...** »

Mère, Goma, Octobre 2020

Cas de malnutrition chez les enfants en Ituri - toutes les structures

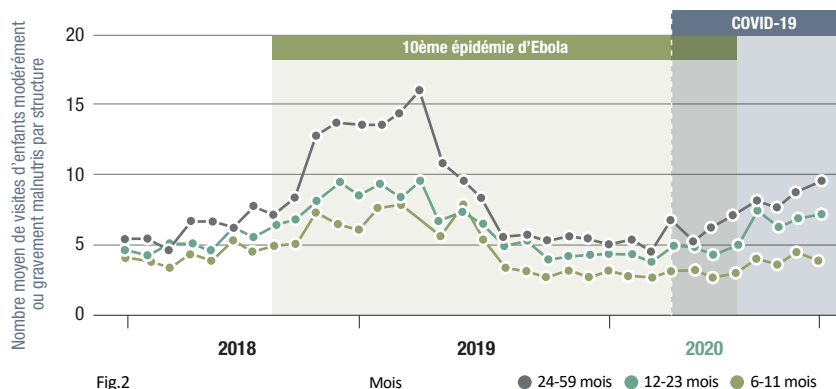


Fig.2

Données DHIS2 - Analyses séries temporelles

Les données de DHIS2 de la province d'Ituri montrent une **augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition** modérée et sévère dans les structures sanitaires depuis le début de l'épidémie de COVID-19. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les nourrissons de 2 à 5 ans.

Les recherches de la CASS suggèrent que **les femmes font passer les besoins sanitaires et nutritionnels de leurs enfants avant les leurs**. **Étant donné les liens intrinsèques** avérés entre l'état nutritionnel d'une mère et de son enfant, ces tendances peuvent signifier que les femmes elles-mêmes ne sont pas en mesure d'accéder à une nourriture en quantité suffisante ou de qualité nutritionnelle.



Prendre action sur la base des données pour répondre aux impacts de la COVID-19 sur l'insécurité alimentaire des femmes et des filles

- **Plaider pour un compte rendu complet des données sur la sécurité alimentaire ventilées par sexe** afin d'améliorer la compréhension de l'étendue du problème, et des impacts différentiels pour les femmes et les filles.
- Appuyer la fourniture de soins gratuits ou subventionnés en centres de santé pour les services de médecine générale pour les femmes et les enfants (vers la Couverture Santé Universelle).
- **Renforcer la prestation de services de proximité**, notamment les campagnes de vaccination et de distribution de vitamine A, les moustiquaires, le traitement vermifuge.
- **Soutenir la fourniture de denrées alimentaires subventionnées aux familles les plus pauvres** afin d'éviter que l'alimentation ne devienne une priorité par rapport aux soins de santé, y compris la **fourniture de repas scolaires gratuits**.
- Assurer une **communication claire et adaptée au contexte concernant la prise en charge de la COVID-19** et le processus suivi lorsqu'une personne est testée positive.

Santé maternelle, sexuelle et reproductive

Grossesse



Le personnel de santé et les membres des communautés interrogés dans le cadre des recherches de la CASS à Kinshasa et à Goma en octobre ont déclaré avoir observé **davantage de femmes et de filles enceintes** dans leurs quartiers, leurs églises et leurs structures de santé. Cette constatation a été reprise lors des entretiens avec les prestataires de soins de santé des cliniques mobiles soutenues par l'organisation humanitaire Marie Stopes à Kinshasa et dans le district de Tshopo, qui ont signalé à la fois une augmentation du nombre de femmes et de filles enceintes se rendant dans leurs cliniques pour consultation, et dans le quartier environnant.

Les **mesures de confinement, les licenciements et les restrictions de mouvement** ont été cités comme les **principales explications à l'augmentation des grossesses**, car ils signifient que les hommes et les femmes passent beaucoup de temps ensemble à la maison, ce qui entraîne une augmentation de l'activité sexuelle. En outre, les **fermetures d'écoles** ont supprimé l'environnement structuré qui assurait généralement la sécurité des enfants et des adolescent.e.s, ainsi qu'une supervision régulière par les enseignant.e.s. Cela a **augmenté le risque de grossesse chez les adolescentes et a réduit les possibilités de recevoir une éducation à la santé sexuelle qui pourrait normalement être dispensée à l'école**.

Contraception et planning familial



Les données DHIS2 de mars à mai montrent une **réduction de l'utilisation des services de planning familial à Kinshasa**. Les données qualitatives suggèrent que de nombreuses femmes **ne considéraient pas la contraception comme un besoin urgent ou prioritaire** durant une période où les visites aux structures sanitaires suscitaient des inquiétudes.

Les données DHIS2 à partir de mai montrent une **augmentation de l'utilisation des services de planning familial**. Les données qualitatives suggèrent que la raison de ce changement était une préoccupation croissante chez les femmes mariées concernant les **implications financières à long terme d'avoir un enfant supplémentaire, à un moment où les finances sont tendues**.

Le personnel de santé a signalé une **augmentation du nombre d'adolescentes cherchant à avoir accès à des contraceptifs**, et pensent généralement que cela reflète l'augmentation de l'activité sexuelle - une conséquence des fermetures d'écoles selon eux. Les données de **CARE International dans le Nord-Kivu** montrent aussi une **augmentation de 74 % du nombre d'adolescentes (<19 ans)** se rendant pour la première fois **dans leurs structures de santé pour bénéficier de services de planning familial entre mars et octobre 2020**.

Les prestataires de soins des cliniques soutenues par **Marie Stopes à Kinshasa ont mis en évidence les difficultés à faire participer les adolescentes à leurs services depuis le début de l'épidémie de la COVID-19**. Le personnel a rapporté avoir observé des femmes plus âgées critiquant les jeunes femmes et les adolescentes qui avaient recours aux services de planning familial et de santé reproductive, et ne pratiquaient pas l'abstinence avant le mariage. D'autres soignant.e.s ont reçu des filles qui craignaient de croiser lors de leurs visites dans les cliniques de planning familial des femmes qu'elles connaissent et qui pourraient faire un rapport à leurs parents.



"...les jeunes filles sont parfois frustrées lorsqu'elles rencontrent des femmes qui les connaissent, ou qui ont le même âge que leur mère et qui leur parlent mal parce qu'elles utilisent déjà le service de planification..."

Personnel de santé, Kinshasa, Octobre 2020

Certains prestataires de soins de santé considèrent que la pandémie est responsable de l'aggravation de la stigmatisation des adolescentes, car la demande et l'utilisation accrues des services augmentent le risque que les femmes et les filles rencontrent des personnes qu'elles connaissent.

L'argent influence la prise de décision en matière de santé maternelle, sexuelle et reproductive

Marie Stopes International (MSI) fournit des **services gratuits de santé sexuelle et reproductive** à Kinshasa et dans la province de Tshopo par le biais de **cliniques mobiles**, ciblant les femmes dans les zones isolées et défavorisées sélectionnées par le ministère de la santé (zones où la plupart des habitants vivent avec moins d'un dollar par jour). Ces cliniques **permettent aux femmes et aux jeunes filles d'accéder facilement à des services qui, autrement, ne seraient disponibles que dans des établissements fixes nécessitant un transport pour les atteindre**. En outre, si certains centres de santé publics offrent des contraceptifs gratuits, ils sont généralement payants.

Les femmes qui utilisent les cliniques mobiles citent l'importance de la gratuité des soins :



« Si ce service coûtait de l'argent, je ne pourrais pas être ici... c'est difficile pour moi étant donné la charge que représente élever mes enfants actuellement. »

Cliente, clinique mobile, Kinshasa, Octobre 2020

Les données de MSI montrent une **augmentation de 350 % du nombre de visites dans les cliniques mobiles entre avril et juillet** (période de l'état d'urgence national) (de 1643 à 5819). Entre **mars et octobre**, l'organisation **CARE International** a également signalé une **augmentation de 44 % du nombre** de nouvelles femmes et de jeunes filles qui se rendent dans les structures de santé pour **obtenir des services de planning familial**.

Les données qualitatives suggèrent que la décision de chercher des moyens contraceptifs pendant la COVID-19 pourrait être considérée comme un **compromis entre les coûts à court terme, et les coûts à plus long terme** d'élever un enfant. Les entretiens avec le personnel de santé de MSI ont mis en évidence une **augmentation du nombre de femmes se rendant en consultation pour des méthodes contraceptives accompagnées de leur mari**, et certains ont également cité un changement général dans la préférence des femmes pour les méthodes de contraception à court terme au profit des méthodes à plus long terme (DIU ; implant).

Consultations prénatales (CPN)

Les données de la CASS de Kinshasa et de Goma d'avril à août 2020 suggèrent qu'outre la maternité et l'accouchement, les consultations prénatales (CPN) sont considérées comme un service essentiel pour assurer la santé de la mère et de l'enfant à naître, qui ne doit et ne sera jamais compromis. Ces informations ont été complétées par les données des registres de patients dans lesquels l'utilisation de ces services est restée constante (DHIS2). Cependant, les analyses qualitatives de mois d'octobre 2020 suggèrent que **les femmes sont moins nombreuses à fréquenter les séances de CPN à Kinshasa ou à Goma**. Plusieurs femmes primipares ont indiqué qu'**elles préféreraient recevoir le soutien de parentes expérimentées ou d'autres femmes de leur communauté**, tandis que d'autres qui avaient déjà accouché ont estimé qu'**elles ne pouvaient rien apprendre de nouveau pendant les CPN**.

Les données soulignent que, bien que les femmes considèrent les séances de CPN comme un service essentiel, **à cause des ressources financières limitées, elles se sentent obligées d'ajuster leurs priorités**, et beaucoup voient une option plus accessible au sein de la famille ou du quartier pour recevoir ce qu'elles considèrent comme un soutien suffisant. Les données qualitative suggèrent que ce changement de préférence est lié à **la restructuration des services de la CPN mise en œuvre lorsque, dans le cadre de la réponse nationale à la COVID-19 en RDC, la taille des rassemblements a été limitée**. La plupart du personnel de santé a indiqué que leurs structures avaient suspendu le volet de promotion de la santé maternelle et infantile en groupe lors des séances de CPN, ce qui, selon de nombreuses femmes, était la principale raison de leur participation. En plus d'offrir des informations spécifiques et de promouvoir les meilleures pratiques en matière de soins pré et post-natals pour les mères, **les données suggèrent** que par rapport aux séances individuelles, les séances de la CPN en groupe contribuent à des taux plus élevés d'accouchement en établissement de santé - un facteur important dans la **réduction de la mortalité maternelle et néonatale**. Les impacts de la COVID-19 sur ces sessions doivent donc être suivis de près, non seulement pour la participation mais aussi pour la qualité des services fournis pendant les sessions.

Contraception d'urgence, avortement et soins post-avortement

Les données qualitatives recueillies auprès des professionnel.le.s de la santé et des communautés de Kinshasa et de Goma indiquent une **augmentation du nombre de femmes et de jeunes filles qui souhaitent avorter, et faute d'options disponibles, se tournent vers des pratiques clandestines ou cherchent à se faire avorter elles-mêmes en utilisant des médicaments achetés en pharmacie**. Certain.e.s répondant.e.s ont émis l'hypothèse que **le personnel de santé pratique des avortements clandestins pour compléter leurs revenus**, qui ont considérablement diminué depuis le début de l'épidémie de de la COVID-19, en raison d'une diminution du nombre de patients.

Il est difficile de quantifier l'impact que les mesures de la réponse COVID-19 ont eu jusqu'à présent sur la fréquence des avortements dans un contexte où cet acte est illégal dans la plupart des circonstances et donc mal documenté. Les rapports d'inventaire des pharmacies montrant les changements dans la vente de médicaments connus pour provoquer l'avortement du fœtus pourraient être utilisés comme indicateur, tout comme la fréquentation des structures de santé par les femmes cherchant des soins post-avortement. Par exemple, le personnel des cliniques mobiles **Marie Stopes à Kinshasa a indiqué en octobre que les femmes et les adolescentes étaient plus nombreuses à utiliser les contraceptifs d'urgence et les services de soins post-avortement qu'en avril et mai**. Toutefois, ces indicateurs ne constituent pas à eux seuls des données suffisantes.

Prendre action sur la base des données pour répondre aux impacts de la COVID-19 sur la santé maternelle, sexuelle et reproductive des femmes et des filles

- Promouvoir et **soutenir une approche centrée sur la communauté pour la fourniture de services de santé maternelle** - par exemple la CPN (canalisé par le ministère de la santé et les organisations fournissant des services de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile).
- **Fournir des services de santé sexuelle et reproductive par le biais de cliniques mobiles**, accéder aux zones les plus difficiles à atteindre, les plus démunies financièrement, **fournir les services gratuitement** (en particulier pour les groupes vulnérables, pour les services les plus touchés).
- **Impliquer les hommes dans des programmes de promotion de la santé autour du planning familial**, en expliquant les avantages sanitaires et financiers de la planification familiale. Concevoir des messages pour les hommes, sur l'importance du planning familial et l'usage de la contraception comme protection pour eux et leurs compagnes.
- Envisager le développement de mutuelles communautaires (système de cotisation) pour l'accès des femmes et enfants à la santé (en lien avec les projets de Couverture santé universelle).
- Prévoir des **horaires distincts pour les femmes et les adolescentes** pour l'accès au planning familial.
- Utiliser une **méthode sensible pour informer les femmes sur la contraception d'urgence et les services post-avortement** (en fonction du contexte) - ex, le bouche à oreille par les réseaux communautaires de femmes.
- Identifier et **travailler avec des praticiens informels pratiquant des avortements non médicaux** pour s'assurer que les procédures sont menées en toute sécurité, afin de réduire au minimum les risques pour les femmes et les filles.

■ Protection des femmes et des filles



Impacts des fermetures d'écoles sur la protection des filles et des adolescentes

Une étude menée en octobre 2020 par REACH a examiné les changements dans la fréquentation scolaire par le biais d'entretiens avec des informateurs clés au début de la nouvelle année scolaire dans les provinces du Sud-Kivu et du Tanganyika, après la fermeture de sept mois imposée dans le cadre de la stratégie nationale de la réponse COVID-19. Plus des deux tiers (67 %) des enseignant.e.s interrogé.e.s au Sud-Kivu ont signalé une réduction de la fréquentation scolaire (n=99), contre 39 % au Tanganyika (n=76). Au Sud-Kivu, parmi les enseignant.e.s dans le secondaire, 35 % ont déclaré que le nombre de filles de 12 à 17 ans fréquentant l'école avait diminué, contre 13 % qui ont déclaré que le nombre de garçons de 12 à 17 ans fréquentant l'école était inférieur à ce qu'il était avant la fermeture des écoles. La principale raison invoquée par les filles âgées de 12 à 17 ans pour quitter l'école est qu'elles ont été mariées pendant la période de fermeture de l'école.

Les adolescent.e.s qui ne disposent pas de la structure et de l'espace de sécurité qu'offre l'école sont plus susceptibles de se livrer à des activités sexuelles, notamment des rapports sexuels transactionnels et relevant de l'exploitation, ce qui augmente le risque de violences, de grossesse et de transmission d'infections sexuellement transmissibles. En RDC, il n'existe pas de loi ou de politique protégeant spécifiquement la continuité de l'éducation des filles enceintes et des mères adolescentes. Par conséquent, toute fille étant tombée enceinte depuis le début de la COVID-19 (qui n'a pas pu accéder à la contraception d'urgence ou aux services d'avortement) peut être exclue de la rentrée scolaire.

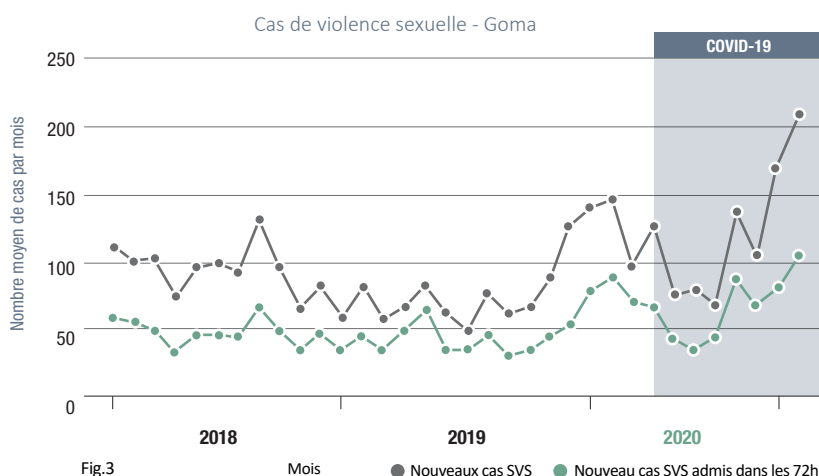


« ...au cours des cinq derniers mois, les enfants sont restés à la maison sans rien faire... J'ai personnellement vu trois jeunes filles de mon quartier tomber enceintes pendant cette période et ne sont pas retournées à l'école »

Jeune femme, Goma, Octobre 2020

Violence sexuelle et sexiste

Une ligne d'assistance téléphonique opérée par le Forum des Femmes Citoyennes et Engagées pour la Gouvernance la Démocratie et le Développement à Kinshasa et offrant un soutien aux victimes des violences domestiques a enregistré 20 fois plus d'appels de femmes que d'hommes entre avril et juillet (pendant la période de l'état d'urgence) ¹. L'organisation humanitaire non gouvernementale Médecins du Monde a rapporté une multiplication par deux des cas de VSS reçus dans ses centres de santé à Kinshasa entre avril et juin.



Les données DHIS2 de la province du Nord Kivu, montrent une forte augmentation des nouveaux cas de VSS signalés depuis juillet 2020, avec une augmentation particulièrement importante à Goma. Tout en sachant que les hommes peuvent également être exposés à la violence sexuelle et sexiste, la grande majorité des cas sont perpétrés par des hommes envers des femmes.

Les données du DHIS2 montrent que moins de 50% des survivant.e.s de VSS se présentent dans les structures de santé dans les 72 heures suivant l'incident. Cela peut avoir des implications considérables pour les survivant.e.s qui ont pu être exposé.e.s à l'infection par le VIH, car la prophylaxie post-exposition (PPE) n'est efficace que durant les 72h premières heures après l'exposition (en plus d'être la fenêtre pendant laquelle une grossesse non désirée peut être facilement évitée).

Chercher à mieux comprendre les données : hypothèses

Pourquoi constate-t-on une réduction des cas au début de l'épidémie de la COVID-19 ?

- Les chiffres reviennent à des niveaux moyens "normaux" après un pic au début de 2020.
- Pendant la période de confinement, les victimes de violence domestique ont pu avoir des difficultés à quitter la maison ou leurs agresseurs pour signaler un incident ou pour demander des soins.

Pourquoi observe-t-on une forte augmentation des cas à partir de juin/juillet ?

- Levée partielle du confinement de Goma en juin, levée de l'état d'urgence nationale en juillet : magasins, bars, marchés ouverts, circulation accrue des personnes, alcool, exposition des femmes et des jeunes filles aux environnements de risque accru de VBG/ VSS.
- Retards dans la recherche de soins de santé par les victimes de VBG/ VSS pendant la période de confinement, durant laquelle elles étaient incapables d'accéder les structures de santé.
- Les femmes survivantes de VSS se rendent dans les structures de santé pour signaler la VSS seulement si ou quand elles découvrent qu'elles sont enceintes.

1 78 % des appels reçus par la ligne d'assistance téléphonique pendant la période d'urgence nationale concernaient des cas de violence physique et sexuelle contre des enfants de moins de 14 ans.

- En raison des difficultés financières des ménages, les femmes qui travaillent dans le petit commerce ambulatoire du secteur informel restent plus longtemps dans la rue et s'aventurent potentiellement plus loin que d'habitude dans l'espoir de vendre davantage - ce faisant, elles sont exposées à des risques accrus de VSS dans l'espace public. Les femmes peuvent également avoir recours à des relations sexuelles transactionnelles pour augmenter leurs revenus, ce qui les expose davantage à la VSS.



Prendre action sur la base des données pour répondre aux impacts de la COVID-19 sur la protection et la sécurité des femmes et des filles

Fermeture des écoles

- Mettre en place et soutenir des **structures de soutien alternatives pour les adolescentes qui n'ont pas accès à l'école** (soit en cas de future fermeture de l'école, soit si elles n'ont pas repris le chemin de l'école) - par exemple des centres conviviaux pour les adolescent.e.s (sur le modèle Espace Amis des Enfants) qui donnent accès à des informations sur la santé sexuelle et reproductive, à des services de planning familial, et en lien avec des associations de la société civile.
- Plaider en faveur d'un enseignement secondaire gratuit ou fortement subventionné**, en veillant à ce que les enseignant.e.s et les écoles soient financés de manière appropriée pour garantir le maintien de la qualité (la gratuité de l'enseignement primaire dans certaines écoles publiques a été décrétée en septembre 2019).
- Inciter les familles pauvres à renvoyer leurs filles à l'école**, en mettant en avant les bénéfices pour la santé des filles, de leurs futurs enfants et pour le développement économique du ménage.
- Soutenir la fourniture de repas scolaires gratuits** pour les enfants qui retournent à l'école afin de soulager les familles d'un certain nombre de contraintes financières.
- Renforcer les programmes d'apprentissage technique** (menuiserie, mécanique, etc.), pour les jeunes, en **intégrant fortement les filles et jeunes femmes**.

Violence sexuelle et sexiste

- Établir et renforcer les stratégies d'engagement communautaire pour **promouvoir et faciliter l'accès rapide aux soins pour les survivants** de la violence sexuelle (<72 heures).
- Mettre en place des mécanismes de signalement des cas de VSS adaptés au contexte**, en tenant compte des méthodes de communication préférées et accessibles aux différents groupes cibles.
- Soutenir les programmes locaux de la société civile qui s'adressent aux communautés autour du thème de **VSS** afin d'établir et de **renforcer les mécanismes de surveillance communautaire**.
- Faciliter l'accès au soutien médical pour les survivant.e.s de VSS**, en garantissant des soins confidentiels, dispensés par un personnel spécialement formé à la prestation de soins dans le cadre **des VSS**.
- Renforcer la formation du personnel de santé sur la détection, prise en charge, référencement des violences sexuelles et sexistes** et sur leur rôle de sensibilisation auprès de leurs patients (hommes et femmes).

Résumé et réflexion

Il existe un nombre croissant de données et d'analyses concernant **les aspects sexospécifiques des épidémies et les considérations qui doivent être prises en compte pour s'assurer que les besoins des femmes en matière de santé, de protection et de conditions socio-économiques sont satisfaits**.

Cette analyse intégrée a montré que **les mesures d'intervention contre COVID-19 ont un impact disproportionné sur la santé, la sécurité et la stabilité socio-économique des femmes et des filles en RDC, et exacerbent les inégalités existantes**. Bon nombre des répercussions sanitaires et financières plus larges des mesures d'intervention COVID-19 sur les femmes ne se feront pas sentir immédiatement, mais lorsqu'elles se feront sentir, elles seront durables.

En reconnaissant que la COVID-19 est **une syndémie**, plutôt qu'une urgence de santé publique isolée, et que des mesures doivent être prises par les acteurs de réponse pour atténuer les impacts plus larges de la COVID-19 en RDC, plutôt que de se concentrer exclusivement sur la maladie elle-même, **cette analyse et le corpus de données existantes nous incitent à agir en faveur des femmes et des filles en RDC**.

Bien que les données jouent un rôle essentiel dans la compréhension des impacts de la COVID-19 sur les femmes et les filles, nous ne devons pas attendre davantage d'analyses pour agir. Il est essentiel que des programmes et des stratégies soient élaborés pour faire face aux impacts actuels et atténuer les risques futurs pour les femmes et les filles. Les programmes et les fonds nécessaires pour les soutenir doivent être réorientés afin de renforcer et d'élargir l'accès et la disponibilité des services aux femmes et aux filles, d'identifier les possibilités pour les femmes de retrouver un emploi et pour les filles de retourner à l'école.

Partenaires et contributeurs



Si vous ou votre organisation souhaitez travailler avec la CASS, la Commission de Gestion des Informations et la Réponse, si vous avez des données pertinentes que vous voulez partager, ou si vous avez besoin de données supplémentaires qui peuvent être incluses dans de futures analyses, veuillez contacter :

Simone Carter
 Coordinatrice, Social Sciences Analytics Cell, UNICEF (scarter@unicef.org)
Izzy Scott Moncrieff
 Spécialiste de la Recherche en Sciences Sociales, CASS (isscott@unicef.org)

Ce travail fait partie d'une étude en cours qui examine les impacts de la COVID-19 sur les communautés et la santé communautaire en RDC. L'autorisation éthique pour ce projet de recherche a été accordée à la CASS, l'INRB et la KSPH.