

10 mai 2021

J'ai l'honneur de vous écrire en ma qualité de Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en vertu de la résolution 42/16 du Conseil des droits de l'homme.

Je souhaiterais vous inviter à répondre au questionnaire ci-dessous. Les contributions reçues renseigneront mon prochain rapport thématique sur le droit de chacun à la santé sexuelle et procréative - défis et opportunités pendant le COVID-19, qui seront présentés à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2021.

Le questionnaire est disponible sur le site Internet du HCDH en anglais (langue originale) ainsi qu'en français, et en espagnol, (traductions non officielles) :
(<https://www.ohchr.org/EN/Issues/health/pages/srrihealthindex.aspx>).

Toutes les contributions reçues seront publiées sur le site Internet susmentionné, à moins qu'il soit indiqué que le questionnaire doit rester confidentiel.

Votre contribution est limitée à 3000 mots. Veuillez envoyer le questionnaire complété à l'adresse suivante: srhealth@ohchr.org. La date limite de soumission est fixée au **10 juin 2021**.

Tlaleng Mofokeng

Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

Coordonnées

Veuillez indiquer vos coordonnées au cas où nous aurions besoin de vous contacter dans le cadre de cette enquête. Veuillez noter que cette démarche est facultative.

Type de partie prenante (veuillez choisir une réponse)	<input type="checkbox"/> État membre <input type="checkbox"/> État observateur <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : Organisation de la société civile
Nom d'État / Nom du répondant	Equipop
Courriel	kate.hart@equipop.org elise.fouillet@equipop.org

	lucie.daniel@equipop.org nicolas.rainaud@equipop.org elise.petitpas@equipop.org kaya.sy@equipop.org
Pouvons-nous attribuer publiquement à votre État ? * *Sur le site Internet du HCDH, sous la section RS sur santé	Oui Non Commentaires (le cas échéant) :

QUESTIONNAIRE

Contexte

Le droit à la santé sexuelle et procréative fait partie intégrante du droit à la santé consacré par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et constitue un thème prioritaire pour le travail de la Rapporteuse spéciale sur le droit à la santé physique et mentale au cours de son mandat.

La Rapporteuse spéciale, Tlaleng Mofokeng, axera son prochain rapport thématique à l'Assemblée générale sur "Le droit à la santé sexuelle et procréative - défis et opportunités durant la pandémie de la COVID-19."

Objectifs du rapport

Avec son rapport, la rapporteuse spéciale entend éclairer l'état actuel/le degré de réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative et sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services connexes, pendant la pandémie de la COVID-19. En s'appuyant sur le travail et les rapports précédents du mandat, elle vise à mieux comprendre les problèmes structurels et systémiques qui empêchent toutes les personnes de jouir librement et pleinement de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative.

Elle se concentrera sur des éléments historiquement négligés, notamment l'impact du colonialisme et du racisme sur le plein exercice de ces droits, avec une approche intersectionnelle, et analysera également l'impact de la COVID -19 et des politiques, développements juridiques et pratiques connexes sur l'accès aux services de santé sexuelle et procréative. Elle s'attachera également à présenter les défis et les opportunités de l'opérationnalisation du droit à la santé sexuelle et procréative dans le contexte actuel de pandémie.

Pour les besoins de ce questionnaire :

Le droit à la santé sexuelle et procréative implique le droit de prendre des décisions et de faire des choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, concernant les questions relatives à son propre corps et à sa propre santé sexuelle et procréative. Il implique également le droit d'accéder sans contrainte à toute une gamme d'établissements de santé, de biens, de services et d'informations en matière de santé, qui garantissent à tous la pleine exercice du droit à la santé sexuelle et procréative, conformément à l'article 12 du CDESCR.

Les soins de santé sexuelle et procréative font référence à des services, des biens et des établissements de santé, notamment :

- les services liés à la grossesse et à la période postnatale ;*
- la planification familiale et la contraception, y compris l'accès à l'avortement sécurisé ;*
- la prévention, le diagnostic des cancers liés à la procréation, des infections sexuellement transmissibles et du VIH/sida, la protection contre les infections sexuellement transmissibles, les vaccins contre le papillomavirus humain, la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH ;*
- les traitements hormonaux ;*
- les traitements d'affirmation du genre ;*
- l'accès à l'information sur tous les aspects des questions de santé sexuelle et procréative.*

Questions

Pays ciblés : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger et Sénégal.

1. Depuis le début de la pandémie de la COVID-19, les Etats ont adopté de nouvelles politiques, lois et autres mesures en réponse à la crise. Veuillez mentionner les mesures pertinentes dans votre pays (ou dans les pays ciblés) et leur impact sur le droit à la santé sexuelle et procréative. Veuillez partager des informations sur les opportunités et les défis.

En Afrique de l'Ouest, les réponses à la pandémie de Covid-19 se sont faites pour la plupart sans prise en compte des problématiques liées au genre. Quasiment aucune mesure gouvernementale spécifique aux femmes, qu'elle soit pour soutenir les femmes du secteur informel, pour sensibiliser contre les violences faites aux femmes, ou encore pour diminuer la charge domestique des femmes, n'a été mise en avant par nos partenaires malgré de nombreuses interventions de la société civile (peu ou pas consultée par les autorités). Au contraire, les mesures prises pour protéger les populations et limiter la propagation ont finalement conduit beaucoup de femmes et de filles dans une précarité, ou aggravé des situations précaires, à travers un manque de ressources, une réduction d'autonomie, une augmentation de leur charge de travail, ou des violences domestiques et sexistes). En plus, des mesures prises pour ré-allouer des financements ou des services ou du personnel de santé à la gestion de la pandémie, au dépens des DSSR, ont eu un impact très fort sur ces droits et services.

2. Veuillez également préciser les mesures juridiques ou autres introduites pendant la pandémie visant à reconnaître, ou à restreindre, interdire ou criminaliser : a) l'accès à l'avortement légal; b) les relations sexuelles consenties entre adultes ; c) les relations sexuelles entre personnes du même sexe ; d) les relations sexuelles consenties entre adolescents du même âge; e) le travail sexuel ; f) le mariage entre personnes du même sexe; g) l'information sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative; h) la transmission du VIH/sida ; et i) l'autonomie et la liberté de décision concernant son corps et sa santé sexuelle et procréative.

La pandémie a fortement perturbé les services de santé dédiés ou fournissant un accès ou des informations sur les DSSR, notamment aux jeunes (par exemple les centres de santé situés près ou dans les établissements scolaires).

Lors de notre enquête, nos partenaires dans les différents pays ont témoigné de plusieurs obstacles rendant difficile l'accès aux services de PF, parlant d'un manque de produits contraceptifs mais également de services fermés, de personnel médical absent.

Il est aussi ressorti que les usager.e.s - notamment les femmes et les jeunes - ont eu tendance à moins fréquenter les centres de santé restés ouverts, que ce soit par parce qu'ils étaient moins faciles d'accès que les lieux habituels, parce qu'elles.ils se sentaient moins à l'aise dans ces centres, parce qu'elles.ils étaient moins libres d'accéder à ce type de services (du fait de l'augmentation de la surveillance des faits et gestes de chacun.e), ou par crainte d'attraper le virus.

Les mesures de couvre-feu et de fermeture de certains lieux publics, qui ont entraîné un repli sur la cellule familiale et la présence de toute la famille au sein du foyer ont également pu augmenter les situations de violences sexuelles.

Sans informations, sans contraception, sans possibilité de maîtriser sa fécondité, parfois sans possibilité de refuser les relations sexuelles, beaucoup de personnes se sont retrouvées à risque de transmission d'IST ou de grossesse non-désirée, mais aussi de violences sexuelles.

3. En ce qui concerne les soins de santé sexuelle et procréative, quels services, biens et informations sont fournis dans votre pays (ou dans les pays ciblés), pendant la pandémie?

3.1. Des changements par rapport à la période pré-COVID 19 ? Des services, des biens ou des informations en matière de santé sexuelle et procréative ont-ils été dépriorisés ou privés de financement ? Qui cela affecte-t-il en particulier ?

Dans certains pays, comme au Sénégal ou au Niger, une partie des ressources habituellement dirigées vers la santé a été réaffectée sur les unités de traitement Covid-19, menant à la fermeture de plusieurs services, jugés moins urgents ou essentiels. A Niamey par exemple, la plus grande maternité de la ville (l'Hôpital Maternité Poudrière) a dû fermer temporairement suite à la découverte de plusieurs cas parmi le personnel. Au Bénin, certains centres de santé publics ont limité les services d'accouchement par césarienne. Pour limiter

les interactions, et parfois par manque d'agent·e·s, plusieurs centres de dépistage pour le VIH/sida ont aussi été temporairement fermés.

De plus, les structures d'aides aux victimes de violences sexuelles sont partiellement ouvertes, les services juridiques limités. Par exemple, au niveau du tribunal de Niamey, il était impossible de porter plainte : les juges et personnels, mais aussi les plaignant·e·s avaient trop peur d'attraper le virus.

Certaines associations ou ONG ont également redirigé leurs ressources et leurs projets sur la lutte contre le Covid-19. La mise à l'arrêt des activités communautaires et des rassemblements, et la mise en quarantaine de certaines villes, a freiné également les activités de distribution et de sensibilisation menées par les équipes mobiles dans les régions rurales, déjà peu dotées en structures de santé.

Nos partenaires indiquaient également que des ruptures concernant certains produits contraceptifs (implants, tests de grossesse en Côte d'Ivoire par exemple, produits contraceptifs et traitements des IST au Bénin) leur ont été signalées, notamment à cause de problèmes d'acheminement depuis la capitale ou de l'étranger. Les zones rurales, qui faisaient déjà face à des problèmes de gestion des stocks avant la pandémie, se retrouvent parfois délaissées par les autorités sanitaires, notamment lorsqu'elles se trouvent en dehors des cordons sanitaires.

Le manque d'équipement dans les centres de santé, qui se faisait déjà ressentir avant la crise, semble avoir empiré.

3.2. Veuillez expliquer s'il y a eu des impacts sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité ou la qualité des services en matière de santé sexuelle et procréative pendant la pandémie de la COVID-19.

Avec le couvre-feu et les fermetures de beaucoup d'établissements et lieux publics, une bonne partie des jeunes et des femmes est restée au sein du foyer et de la cellule familiale, et a réduit ses déplacements ou ses interactions extérieures. Ce repli forcé sur le foyer a fait que leurs faits et gestes sont devenus beaucoup plus visibles, avec le risque d'être plus surveillé·e·s par les membres de leur famille. Les possibilités d'échapper au contrôle social et familial, par exemple pour recourir à des produits de contraception sans l'accord de leur mari, des parents ou de leur belle famille, ou pour avoir accès à des informations fiables, ont été amoindries.

Les témoignages recueillis ont souligné que la situation a été aussi particulièrement préoccupante pour certaines autres catégories de la population aux prises avec différentes formes d'oppression ou de vulnérabilité.

Nos partenaires ont ainsi relevé que la situation des femmes et des filles en milieu rural était très difficile. Leur accès, parfois déjà limité, aux services de santé néonataux, aux produits contraceptifs et aux médicaments contre les IST, a été très entravé avec la fermeture des services, l'arrêt des services mobiles, et les difficultés de fourniture des produits. Elles ont également été peu touchées par les nouvelles activités en ligne mises en place par les associations pour tenter de sensibiliser les jeunes.

Les femmes enceintes ou venant d'accoucher ont également été citées par un grand nombre de nos partenaires comme des populations particulièrement mises en danger par la pandémie. Beaucoup d'entre elles ne pouvaient pas bénéficier d'un suivi médical de la grossesse, faute de services ouverts ou par peur de la contamination. Au Sénégal par exemple, de nombreux cas d'accouchements à la maison ont été relevés, avec des conséquences sur la santé de l'enfant et de la mère en cas de complication. Le calendrier de vaccination des nouveaux-nés et enfants en bas-âge en a également pâti.

Les travailleurs·euses du sexe, dont l'activité s'exerce essentiellement la nuit, ont été décrites comme extrêmement impact·ées par le couvre-feu, qui a pu entraîner une perte totale de revenus, les plongeant alors dans des situations de vulnérabilité économique extrêmes. Celles-ci et ceux-ci ont rencontré les mêmes difficultés que le reste de la population pour avoir accès aux services de PF, mais aussi de dépistage, services pourtant essentiels pour leur bien-être et leur sécurité.

Les personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi que d'autres malades chroniques, comme les personnes atteintes de tuberculose, ont vu également leur vulnérabilité augmenter avec la difficulté pour elles d'accéder aux lieux dans lesquels leurs traitements sont délivrés. Certaines personnes séropositives n'ont plus accès à leurs antirétroviraux, ni au suivi régulier dont elles ont besoin.

Les conséquences directes pour les bénéficiaires des projets ont pu être importantes, surtout pour les actions qui ne pouvaient pas être remplacées par des activités en ligne ou à distance, par exemple l'accompagnement des femmes victimes des violences aux tribunaux ou aux parquets, ou la distribution de produits contraceptifs.

Dans le domaine des DSSR, notamment, le prix à payer pour l'annulation de certaines activités apparaît lourd, avec :

- ▶ des jeunes et des adolescent·e·s qui n'ont pas pu accéder à des informations ou des produits SSR/PF,
- ▶ des femmes qui n'ont pas pu sortir pour se procurer leur méthode de contraception,
- ▶ des leaders communautaires ou religieux privés des efforts de sensibilisation pour l'acceptation de l'éducation complète à la sexualité.

En somme, toutes les conditions sont réunies pour une augmentation des grossesses non désirées dans les mois à venir et, en parallèle, d'avortements à risque.

Si malgré tout, une partie des centres de santé sont restés ouverts, les associations interrogées ont constaté également une forte baisse de la fréquentation de ces centres, notamment en matière de services de PF ou de SSR, dès le début de la crise du Covid-19. Pour elles, cette réaction de la population s'explique notamment par la peur d'y côtoyer des personnes touchées par le virus, et donc d'être contaminées, et également par la peur de devoir se soumettre au dépistage si elles présentent des symptômes, et de risquer de fait une stigmatisation en cas de résultat positif.

3.3. Veuillez également communiquer les informations sur d'autres obstacles ou défis pratiques à l'accès aux services en matière de santé sexuelle et procréative pendant la pandémie, et indiquer qui a été le plus touché.

Les retours de nos partenaires pour la sous-région décrivaient les obstacles à l'accès aux services SSR comme étant physiques (centres fermés, personnel ré-affecté, produits manquants) mais aussi financiers (manque de moyens pour se procurer sa méthode de contraception, pression sur les foyers) mais aussi socio-culturels (manque d'intimité ou d'autonomie pour sortir de la maison pour se rendre dans les centres de santé, forte réduction d'activités de sensibilisation ou d'information à l'échelle locale). Les VBG sont un cas en particulier à souligner. Le manque d'outils pratiques mis à la disposition des femmes victimes des violences, notamment le manque de places dans des structures de mise à l'abri, ou l'absence et le mauvais fonctionnement des numéros verts.

3.4. Veuillez également faire part des bonnes pratiques et des opportunités en matière de fourniture de soins de santé sexuelle et procréative pendant la pandémie.

Nos partenaires n'ont pas relevé de bonnes pratiques en particulier, mais un aspect positif de la pandémie a été au moins le développement de nouvelles compétences ou façons de travailler (à distance, avec de nouveaux outils ou applications technologiques) pour nos partenaires, qui ont conduit à une innovation d'approche ou de réalisation et valorisation de leurs activités.

4. En relation avec les questions 1 à 3, veuillez également partager d'autres informations pertinentes sur les changements juridiques, politiques ou autres affectant les droits en matière de santé sexuelle et procréative et les soins de santé associés dans votre pays ou dans les pays concernés, sans lien avec la pandémie de la COVID-19.

Le manque d'engagement politique : malgré des prises de paroles fortes au niveau des instances onusiennes et des recommandations au niveau des instances régionales, les gouvernements n'ont pas pris position publiquement pour rappeler que les droits des femmes étaient un réel enjeu dans leur pays, même - et surtout - en période de crise.

5. Veuillez indiquer si votre pays, donneur, institution ou organisation a diminué son soutien financier ou son aide à un autre Etat donateur ou à une institution ou un programme dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative, y compris par le biais de la coopération internationale, par rapport à la période pré-Covid.

6. Veuillez indiquer si votre pays, donneur, institution ou organisation a été affecté par une diminution du soutien ou de l'aide financière, y compris par le biais de la

coopération internationale, par rapport à la période pré-Covid, et comment cela a affecté les soins de santé sexuelle et procréative.

Nos partenaires nous ont fait part de leurs craintes, et dans certaines situations leur constat, d'un désengagement des bailleurs ou d'une réallocation de budget et de priorisation pour les DSSR. Certains ont témoigné de bailleurs qui ne répondaient plus au téléphone, qui ne voulaient plus signer un accord de projet prévu, ou qui refusaient toute souplesse pour ajuster les projets, activités et budgets existants, aux nouvelles circonstances. Au Mali par exemple, les salaires d'une de nos organisations partenaires ont été suspendus par le bailleur car l'organisation ne pouvait plus mener les activités. L'organisation a dû couvrir avec ses fonds propres.

Par ailleurs, certains cadres contractuels existants se sont révélés complètement inadaptés, en particulier quand l'association avait des financements basés sur les résultats, avec plus ou moins de souplesse des bailleurs pour l'adapter.