

**FISONG 2021**

**« Lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales »**

**Une réunion de concertation à distance avec les ONG est organisée par l’AFD le 22 janvier 2021 à 10h00. Inscription obligatoire sur** [fisong@afd.fr](mailto:fisong@afd.fr)

**Note de cadrage provisoire**

**Table des matières**

[1. Rappel Sur L’instrument FISONG 3](#_Toc60939070)

[2. Cadrage Général De L’appel À Propositions Fisong 2021 : « Lutter Contre Les Violences Gynécologiques Et Obstétricales » 4](#_Toc60939071)

[2.1. L’émergence du concept de violences gynécologiques et obstétricales 4](#_Toc60939072)

[2.2. Des mobilisations sociales en France dans les années 2010 5](#_Toc60939073)

[2.3. Les termes mobilisés pour caractériser ces violences 5](#_Toc60939074)

[2.4. Un contexte institutionnel contribuant à la survenue de violence 6](#_Toc60939075)

[2.5. Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales 7](#_Toc60939076)

[2.6. L’intervention de l’AFD en appui aux violences gynécologiques et obstétricales 7](#_Toc60939077)

[2.7. Le rôle des ONG dans la lutte contre les VGO 8](#_Toc60939078)

[3. Orientations De L’appel A Propositions 8](#_Toc60939079)

[3.1. Finalité 8](#_Toc60939080)

[3.2. Lignes directrices générales 8](#_Toc60939081)

[3.2.1. Périmètre thématique 8](#_Toc60939082)

[3.2.2. Périmètre géographique 11](#_Toc60939083)

[3.2.3 Durée des projets 11](#_Toc60939084)

[3.2.4 Bénéficiaires 11](#_Toc60939085)

[3.2.5 Modes d’intervention transversaux 11](#_Toc60939086)

[3.3. Lignes directrices détaillées 12](#_Toc60939087)

[3.3.1 Cadre d’intervention 12](#_Toc60939088)

[3.3.2 Analyse des risques : les obstacles à la réduction des VGO 12](#_Toc60939089)

[3.4. Evaluation et capitalisation 13](#_Toc60939090)

[3.4.1 Suivi-évaluation 13](#_Toc60939094)

[3.4.2 Capitalisation 13](#_Toc60939095)

[4. Qualification et expérience des ONG 14](#_Toc60939096)

[5. Cadrage budgétaire 14](#_Toc60939097)

[6. Critères d’évaluation des propositions 15](#_Toc60939098)

[7. Calendrier prévisionnel 16](#_Toc60939099)

[8. Références 17](#_Toc60939100)

Rappel Sur L’instrument FISONG

Créée en 2007, la FISONG permet le développement de partenariats entre des ONG françaises ou internationales et l’AFD, autour du cofinancement de projets innovants sur les différents secteurs qui touchent au développement. **Le critère d’innovation constitue la spécificité du financement FISONG** et à ce titre la FISONG se distingue des autres lignes de financements proposés par l’AFD aux ONG pour le cofinancement de leurs initiatives ou la prestation de services. Ainsi, ce mode de financement restreint le panel des projets susceptibles d’être financés à ceux qui proposent l’exploration de nouvelles manières de faire.

Par « innovation », l’AFD entend la recherche de nouveaux modes d’intervention apportant une réelle plus-value dans les procédés techniques, méthodologiques, organisationnels et/ou de partenariats mis en œuvre, susceptibles de créer de nouvelles dynamiques et de jouer un rôle moteur dans un secteur précis du développement.

Ces processus novateurs peuvent correspondre **soit à l’expérimentation d’un changement d’échelle, à partir d’innovations localisées préexistantes, soit au repérage, à la conception et/ou la mise au point d’innovations à petite échelle, susceptibles d’alimenter une réflexion sur des politiques sectorielles, voire de les influencer**. Peuvent être considérées comme :

* **Innovations conceptuelles :** la création de techniques, de formes d’organisations, de dispositifs d’action, etc.
* **Innovations contextuelles :** la greffe d’éléments déjà connus dans un nouveau contexte. Dans ce cas, le contexte de mise en œuvre devra être à la fois radicalement nouveau et présent dans d’autres situations, pour que l’opération novatrice soit porteuse d’enseignements utiles pour d’autres terrains.

La FISONG a pour objet de :

* valoriser et encourager les capacités d’innovation et de capitalisation des ONG ;
* créer des synergies entre l’AFD et les ONG pour améliorer la coordination des politiques publiques avec les initiatives de la coopération non gouvernementale ;
* renforcer le partenariat avec les ONG comme vecteurs d’aide adaptés à des situations d’absence ou de défaillance des maîtrises d’ouvrages publiques.

Depuis 2008, 32 appels à propositions ont été lancés, 85 projets retenus pour un financement total d’environ 55,8 millions d’euros (650 000 euros en moyenne par projet).

Pour en savoir plus sur l’outil FISONG : <https://www.afd.fr/fr/les-financements-des-projets-des-ong>

Cadrage Général De L’appel À Propositions Fisong 2021 : « Lutter Contre Les Violences Gynécologiques Et Obstétricales »

* 1. L’émergence du concept de violences gynécologiques et obstétricales

Depuis les années 2000 et partout dans le monde, une intensification de la médicalisation de l’expérience de l’accouchement est constatée. Entre 1990 et 2014, le taux mondial d’accouchements assistés par un personnel soignant qualifié est passé de 59% à 71%[[1]](#footnote-1). Cette médicalisation de la grossesse et de l’accouchement a indéniablement contribué à la baisse significative des taux de mortalité maternelle et néonatale dans le monde. Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle a diminué de 45% et le taux mondial de mortalité néonatale est passé de 33 décès à 19 décès pour 1000 naissances vivantes[[2]](#footnote-2). L’amélioration de ces indicateurs, du fait notamment d’un meilleur accès aux soins et d’une meilleure qualité des soins, a participé à l’invisibilisation des violences faites aux femmes. Cette nouvelle prise en charge médicale des corps s’est en effet parfois accompagnée de pratiques violentes et irrespectueuses à l’égard des femmes pendant l’accouchement ainsi qu’à des pratiques dites « abusives », c’est-à-dire non-médicalement justifiées.

Les mouvements féministes militants ne sont pas restés passifs face à cette appropriation du corps des femmes par l’institution médicale. Depuis les années 1970, des voix se sont élevées pour dénoncer la domination institutionnelle et praticienne des hommes au détriment des femmes dans la sphère de l’accouchement, la pathologisation de la conception, de la grossesse et de l’accouchement, et la perte d’un savoir-faire féminin[[3]](#footnote-3). En Amérique Latine, ces mouvements se sont rapidement structurés et dès le début des années 2000, les féministes ont publié des données sur les violences psychologiques, verbales, physiques et sexuelles envers les femmes au sein de l’hôpital au moment de l’accouchement, ainsi que des données sur l’usage excessif de certaines pratiques médicales telles que l’épisiotomie ou la césarienne[[4]](#footnote-4). Sous la pression des associations militantes, le Venezuela a été le premier pays au monde à inscrire « les violences obstétricales » dans sa loi nationale. Il définit les violences obstétricales comme une appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel de santé. La loi mentionne que cette appropriation prend la forme d’une déshumanisation des soins, d’un abus de médicalisation et/ou d’une pathologisation des processus naturels, qui entraînent une perte d'autonomie des femmes et une perte de capacité à décider librement de leur corps et de leur sexualité, ce qui a un impact négatif sur leur qualité de vie[[5]](#footnote-5). Plusieurs autres pays d’Amérique Latine comme l’Argentine, le Mexique, le Brésil et l’Uruguay ont suivi la voie juridique du Venezuela[[6]](#footnote-6). Cependant, la mise en œuvre effective de ces lois n’est souvent pas assurée[[7]](#footnote-7) et l’appareil législatif seul ne suffit pas pour lutter contre ces violences.

* 1. Des mobilisations sociales en France dans les années 2010

En Europe, le concept de violences gynécologiques et obstétricales (VGO) attire une attention publique et politique croissante depuis les années 2010. En France, c’est à partir de 2014 que l’on observe des mobilisations sociales fortement relayées par les médias (dénonciations du « point du mari »), dans certains blogs et par les réseaux sociaux (#payetongyneco, #payetonuterus). En 2017, un observatoire des violences gynécologiques et obstétricales (IRASF) est créé et Marlène Schiappa, Secrétaire d’Etat chargée de l’Egalité entre les femmes et les hommes, commande un rapport au Haut Conseil à l’Egalité des femmes et des hommes (HCE) sur les violences gynécologiques et obstétricales. Ce rapport est publié en 2018. Il donne largement la voix aux femmes en publiant de nombreuses paroles de femmes, et il souligne le lien entre sexisme et violences durant le suivi gynécologique et obstétrical : « Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s’inscrivent dans l’histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n’ont pas forcément l’intention d’être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves »[[8]](#footnote-8). Toutes les femmes peuvent être victimes de VGO. Cependant, certaines caractéristiques sociales exposent particulièrement certaines femmes, telles que le jeune âge, la classe sociale, l’ethnie, la race, l’orientation sexuelle, le handicap, la présence de certaines pathologies (VIH/SIDA), le statut marital, la prostitution, le statut migratoire[[9]](#footnote-9). Dans cette FISONG, nous adopterons la définition du HCE.

* 1. Les termes mobilisés pour caractériser ces violences

Les termes utilisés pour décrire ces pratiques sont discutés depuis quelques années dans la littérature. Alors que certain.es auteur.es mobilisent depuis le début des années 2000 le terme de « violences »[[10]](#footnote-10), d’autres chercheur.es ou institutions préfèrent utiliser les termes de « manque de respect et mauvais traitements » (*disrespect and abuse during childbirth*)[[11]](#footnote-11). Bohren propose d’utiliser le terme de « maltraitance des femmes au cours de leur accouchement » (*mistreatment of women during childbirth*)[[12]](#footnote-12). Selon elle, l’utilisation de ce terme permet de placer la femme au centre de l’expérience et ainsi de promouvoir une approche centrée sur elle. A l’inverse, certaines féministes défendent l’utilisation du concept de « violence obstétricale » afin de rendre visible la dimension structurelle de cette violence[[13]](#footnote-13) : il s’agit d’une violence de genre qui s’inscrit dans le continuum des violences faites aux femmes. En effet, les violences gynécologiques et obstétricales s’inscrivent dans un système patriarcal qui s’accompagne d’inégalités systémiques entre les hommes et les femmes au détriment de ces dernières. Les femmes sont victimes de ces violences parce qu’elles sont des femmes et que le corps des femmes est encore trop souvent réifié, associé à un objet dont on peut disposer. Ces violences s’inscrivent donc dans la catégorie des violences basées sur le genre (VBG)[[14]](#footnote-14). Enfin, diverses institutions insistent sur les termes de soins « respectueux » et « bienveillants » afin de promouvoir une « expérience positive de l’accouchement »[[15]](#footnote-15).

* 1. Un contexte institutionnel contribuant à la survenue de violence

Les VGO s’inscrivent dans un contexte de pressurisation des systèmes de santé dans la majeure partie des pays du monde. Les mauvaises conditions de travail, l’absence de services et d’installations de qualité, l’absence de formations adéquates, la logique de rentabilité appliquée aux établissements de santé et les contraintes imposées aux professionnel.les de santé sont des facteurs qui favorisent l’apparition des VGO. De la même façon, dans de nombreux pays, les conditions d’accouchement imposées aux femmes dans des salles communes où elles accouchent sans intimité, sans accompagnant.e et sans prise en charge de leur douleur les placent dans un état de détresse[[16]](#footnote-16). Cette détresse des femmes et la pression institutionnelle exercée sur les soignant.es conduisent parfois à une surmédicalisation de l’accouchement avec certaines pratiques (césarienne, épisiotomie) non médicalement justifiées et/ou réalisées sans consentement. Ces dernières années, l’Organisation Mondiale de la Santé a multiplié les déclarations et les recommandations pour alerter sur les violences faites aux femmes au cours de leur accouchement en institution de santé[[17]](#footnote-17).

Depuis plus de quarante ans, de nombreux pays se sont saisis de la question des violences basées sur le genre à travers différents traités internationaux[[18]](#footnote-18). Cependant, ces engagements n’ont pas permis d’enrayer les VGO qui ont longtemps été ignorées par les gouvernements et la communauté internationale.

* 1. Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales

Les VGO peuvent avoir des conséquences à court et à long terme sur les femmes et leur famille. Elles peuvent avoir notamment des conséquences psychiques (avec un sentiment de culpabilité, une perte de l’estime de soi, et/ou entrainer un état de stress post-traumatique) et physiques. Elles peuvent aussi avoir des conséquences sur le suivi gynécologique et obstétrical, voir médical en général pouvant conduire certaines femmes à renoncer au recours aux soins, voir à une errance médicale[[19]](#footnote-19). Une recherche menée au Sénégal a montré par exemple que lorsqu’une femme a été soumise à des mauvais traitements lors d’un accouchement en institution de santé, elle accouche plus souvent à domicile pour son prochain accouchement[[20]](#footnote-20). De la même façon, les femmes savent que certaines positions comme la position allongée/gynécologique leur sont imposées dans les centres de santé et c’est une des raisons pour lesquelles certaines d’entre elles préfèrent accoucher à domicile[[21]](#footnote-21). Enfin, les VGO ont aussi un impact sur la vie professionnelle, familiale et sur les relations affectives et sexuelles des femmes avec par exemple une possible altération de la relation de couple, une possible altération ou un arrêt de la vie sexuelle, et/ ou une dégradation de la relation avec l’enfant[[22]](#footnote-22).

Ainsi, les VGO ont des conséquences psychiques et physiques directes sur les femmes et leur famille. Elles ont aussi des conséquences indirectes en conduisant parfois à une non-utilisation des services de santé par certaines femmes qui redoutent d’être confrontées à ces violences. Ces violences contribuent ainsi au fait qu’en Afrique subsaharienne, près d’une femme sur deux accouche sans l’assistance d’un personnel de santé[[23]](#footnote-23) et donc indirectement aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile. De la même façon, le suivi gynécologique des femmes en institution de santé est faible dans ces pays et il est possible que les violences subies par les femmes constituent une des raisons de ce faible recours.

* 1. L’intervention de l’AFD en appui aux violences gynécologiques et obstétricales

La France, depuis 2018, s’est engagée dans une stratégie internationale pour l’égalité entre les femmes et les hommes 2018-2022. La diplomatie française défend l’égalité entre les femmes et les hommes, l’accès de celles et ceux-ci aux mêmes droits et aux mêmes libertés, notamment le droit de disposer de son corps, dans toutes les sphères de la vie et dans tous les domaines de la société. Elle s’est fixée comme ambition la mise en œuvre d’une politique de développement pour atteindre l’ODD n°5 en 2030 « Parvenir à l’égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ».

L’AFD est mobilisée depuis plusieurs années sur ces enjeux ; elle s’est dotée depuis 2014 d’un Cadre d’Intervention Transversal pour la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes (CIT Genre 2014-2017). Tenant compte de la dynamique lancée par le CIT genre, un deuxième Plan d’action égalité femmes-hommes (2019-2022) a été mis en place, portant une plus grande ambition en matière de prise en compte du genre dans les opérations de l’AFD en cohérence avec le Plan d’Orientation Stratégique de l’AFD (POS 2018-2022), qui place l’égalité femmes-hommes en tant que socle fondamental de l’engagement « 100% lien social » de l’AFD. Dans cette perspective, l’AFD s’est fixée des priorités d’intervention qui s’articulent autour notamment de la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG).

Ces dernières années, l’AFD a financé de nombreux projets de lutte contre les violences basées sur le genre. Cependant, les VGO constituent un sujet peu traité par l’AFD et par les bailleurs en règle générale.

Dans ce contexte, l’AFD a décidé de s’emparer du sujet en proposant une FISONG dont le but est de promouvoir des projets innovants qui pourraient amorcer un travail dans le domaine des VGO et contribuer à l’amélioration des conditions de prises en charge des femmes lors des suivis obstétricaux et/ou gynécologiques.

* 1. Le rôle des ONG dans la lutte contre les VGO

Les ONG et la société civile ont de nombreuses expériences d’actions de terrain ainsi que de dialogues avec les autorités publiques sur les sujets liés à la santé des mères et notamment à la qualité des soins et aux formations du personnel soignant.

Quelques ONG se sont emparées du sujet des violences obstétricales. Néanmoins, les projets proposés ne remettent pas toujours en cause les violences subies par les femmes en les associant à des violences de genre et aux rapports sociaux inégaux qui s’effectuent sur le corps des femmes.

L’AFD souhaite mobiliser la capacité d’innovation des ONG afin que celles-ci réfléchissent à des actions et proposent des solutions pour lutter contre les VGO en les considérant comme des rapports de pouvoir et de contrôle du corps des femmes par la société.

Orientations De L’appel A Propositions

* 1. Finalité

**La finalité de la FISONG « Lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales » est d’appuyer l’émergence et le développement de projets et de pratiques visant à promouvoir les soins bientraitants et respectueux afin de réduire les violences gynécologiques et obstétricales.** Plus largement, cette FISONG financera des projets qui lutteront durablement contre les facteurs favorisant la survenue de ces violences.

A travers cette FISONG, l’AFD cherche à investir un champ thématique jusqu’alors peu exploré et à tirer des leçons des approches développées par les ONG pour pouvoir mieux intégrer cette problématique dans ces interventions futures.

* 1. Lignes directrices générales
     1. Périmètre thématique

Les propositions présentées par les ONG devront reposer sur les principes suivants :

* **Considérer la spécificité des violences gynécologiques et obstétricales comme des violences de genre**

Cette FISONG adopte la définition du HCE des VGO[[24]](#footnote-24) ce qui implique que les projets appréhendent la dimension sexiste des VGO et les considèrent dans l’historicité de l’appropriation du corps des femmes par l’institution médicale. Les rapports sociaux inégalitaires qui caractérisent les difficiles relations entre soignant.es et soigné.es sont documentés dans la majorité des régions du monde. Ces relations ont été particulièrement décrites depuis une trentaine d’années en Afrique de l’Ouest et spécifiquement dans le domaine de la santé maternelle[[25]](#footnote-25). Ces recherches ont ainsi rendu visibles les violences psychologiques, verbales et physiques subies par les femmes[[26]](#footnote-26), ainsi que la souffrance des soignant.es[[27]](#footnote-27). Loin de nier cette réalité et la nécessité d’agir pour pallier ces souffrances, y compris dans les projets qui seront proposés, **cette FISONG souhaite dépasser ce cadre analytique pour aborder la problématique très spécifique des violences obstétricales comme des violences de genre**.

A ce titre, au-delà des rapports de pouvoir entre soignant.es et soigné.es, cette FISONG intègrera les rapports sociaux inégaux qui s’exercent sur le corps des femmes et qui guident ces pratiques. **Les violences de genre constituent une manifestation des rapports sociaux de domination des hommes sur les femmes. Ces violences de genre peuvent être exercées à la fois par des hommes mais aussi par des femmes, notamment les sages-femmes.** Elles devront être entendues comme la conséquence des rapports de pouvoir qui s’exercent sur le corps des femmes, et le contrôle du corps des femmes par la société. Les projets devront ainsi prévenir et répondre durablement à ces violences structurelles. Ils devront dépasser les seules actions ponctuelles dans le fonctionnement et l’organisation des structures de soins pour travailler plus en profondeur sur les normes sociales et juridiques.

Une attention particulière devra être portée aux femmes qui se situent à l’intersection de plusieurs rapports sociaux de domination et qui sont particulièrement exposées à ces violences, telles que les adolescentes.

* **Dépasser les seules violences obstétricales et prendre en compte également les violences gynécologiques**

Alors que les principales recherches académiques et interventions d’OSC portent aujourd’hui essentiellement sur les violences obstétricales, **cette FISONG souhaite étendre les actions aux violences gynécologiques**, en considérant ces violences subies dans le cadre du suivi et de la surveillance par l’institution médicale du corps des femmes sur un même continuum de violences faites aux femmes. Les projets sont à ce titre fortement encouragés à intégrer les problématiques de la contraception et si possible, de l’avortement, dans leur rapport avec les violences de genre. Les projets pourront par exemple décrire les choix proposés (ou non) aux femmes, les jugements portés par les professionnel.les de santé concernant les demandes des femmes ainsi que les réponses apportées à ces demandes, l’espace d’autonomie laissé aux femmes, et la place du consentement.

* **Intégrer une composante de recherche-action dans les projets**

Les projets devront intégrer un volet de recherche afin de guider leurs différentes actions. Le caractère innovant de la thématique des VGO et le peu de données disponibles sur ce sujet justifient la nécessité de fournir des données sur ce thème afin de guider les actions par la recherche. Elles pourront dans cette optique travailler en partenariat avec des acteurs/actrices du monde de la recherche en menant des enquêtes et terrains de recherche tournés vers l’action.

Afin de guider les alternatives possibles et les actions du projet, les activités de recherche-action pourront approfondir et documenter certaines thématiques telles que les conditions concrètes dans lesquelles les femmes accouchent (salles de naissances communes, absence d’accompagnant.e et absence de prise en charge de la douleur par exemple), les violences psychologiques, verbales et physiques subies par les femmes, le ressenti des femmes et des soignant.es sur ces violences, les pratiques dites « abusives », l’absence d’information et de recueil de consentement auprès des femmes, ou encore le rapport des femmes à la biomédicalisation et aux biotechnologies.

Ces données permettront aux actions mises en place d’être au plus proche du terrain, de répondre de façon adaptée au contexte local et aux besoins des actrices et acteurs locaux. Cette démarche permettra également de limiter les résistances au changement et d’identifier les différents obstacles possibles. Les projets devront insister sur les aspects éthiques de cette recherche-action (co-construction de la recherche, implication des bénéficiaires, restitution aux actrices et aux auteurs).

* **Promouvoir une approche systémique et pérenne**

Les projets pourront cibler un ou plusieurs niveaux de soins (hôpitaux universitaires, hôpitaux de référence, centres de santé communautaires, dispensaires). A l’intérieur de ces structures de santé, différents services pourront être identifiés comme prioritaires pour mettre en place des actions telles que des consultations de planification familiale, des consultations prénatales, les services d’urgence gynécologiques et obstétricales, des cours de préparation à l’accouchement, les salles de « pré-travail » ou de « dilatation », les salles de naissances, les services d’hospitalisation (grossesses à haut risques, postpartum, chirurgie gynécologique).

Les projets pourront adopter une approche systémique en agissant à plusieurs niveaux : au niveau individuel, communautaire et dans la mesure du possible, au niveau institutionnel. A titre d’exemple, les projets pourraient ainsi cibler les professionnel.les de santé à travers la formation (initiale ou continue), l’amélioration des conditions d’exercice, la mise en place d’espaces de paroles (soutien psychologique, groupes de paroles entre soignant.es) mais ils pourront aussi cibler les femmes, leurs accompagnant.es et leurs familles (stratégies d’*empowerment*, approche par les droits), ainsi que les communautés à travers des programmes de sensibilisation et d’informations, changement des comportements, *community based dialogue* impliquant des professionnel.les de santé, et diffusion d’expériences positives. Les projets pourront également appuyer des activités au niveau plus institutionnel, au travers par exemple de stratégie de plaidoyer ou encore d’activités de soutien aux organisations féministes via notamment du renforcement de capacités.

Une attention particulière devra être portée pour que les projets proposés puissent s’inscrire dans la pérennité avec des approches basées sur le changement des attitudes et des comportements à long terme, ou en investissant dans la formation des sages-femmes sur les rapports sociaux de sexe afin de promouvoir une attitude bientraitante dès le début de la formation et pour les futures générations. Ainsi, une attention particulière devra être donnée à la capacité du projet à avoir une action pérenne contre les VGO.

* + 1. Périmètre géographique

Pour cette FISONG, l’AFD a décidé de cibler les pays prioritaires de l’aide publique française au développement : Bénin, Burkina Faso, Comores, Guinée, Haïti, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo, Djibouti, Liberia, Burundi.

* + 1. Durée des projets

**La durée classique d’un projet FISONG est de trois ans,** d’autres durées peuvent être proposées sans toutefois pouvoir **excéder cinq ans.** De plus, **une évaluation à mi-parcours sera nécessaire dès lors que le projet dépasse une durée de trois ans**. Cette évaluation devra être intégrée au plan de financement et au pilotage du projet.

* + 1. Bénéficiaires

Afin de proposer une réponse adaptée à la problématique des VGO, plusieurs catégories de bénéficiaires, d’acteurs et d’actrices pourront être ciblées dans cet appel à propositions :

* Les femmes, leurs accompagnant.es et leur famille (conjoint.e et enfants)
* Le personnel soignant intervenant directement ou indirectement lors de la réalisation de soins gynécologiques ou obstétricaux
* Les communautés
* La société civile
* Les autorités nationales et locales/traditionnelles
  + 1. Modes d’intervention transversaux

Les ONG devront respecter les principes d’action suivants :

* **Concertation au démarrage du projet et au cours de sa mise en œuvre**, pour veiller à l’appropriation par les populations d’une part et les acteurs locaux et actrices locales, d’autre part. La population, la société civile, le personnel soignant et a fortiori les femmes concernées par les soins obstétriques et gynécologiques devront être considérés comme des acteurs et actrices à part entière du projet ;
* **Susciter et contribuer à un dialogue pluri-acteurs sur la thématique des VOG, y compris auprès des acteurs institutionnels.**

Pour cette FISONG, l’AFD a décidé de prendre en considération l’innovation thématique plutôt que l’innovation par l’approche. Toutefois, les ONG devront favoriser des méthodes d’interventions innovantes de diagnostic et de prise en charge des VGO en concertation avec les différents acteurs du projet.

Les projets doivent être conçus sur la base de diagnostics initiaux (issus en partie de la connaissance antérieure du contexte et qui seront complétés tout au long du projet) et participatifs incluant a minima un dialogue avec le personnel soignant, les femmes ciblées par le projet, la société civile et les autorités locales.

**Une approche partenariale est requise avec une institution de recherche ou un/plusieurs chercheur.es, ainsi qu’avec des ONG locales.**

* 1. Lignes directrices détaillées 
     1. Cadre d’intervention

Les porteurs et porteuses de projets sont invités à clairement préciser :

* Les objectifs, en termes de réduction des VOG, ciblés par le projet ;
* Les types de participation envisagés ;
* La ou les échelle(s) d’intervention du projet ;
* Les différentes parties prenantes du projet, en veillant à inclure l’ensemble des acteurs et actrices concerné.es par la problématique.
  + 1. Analyse des risques : les obstacles à la réduction des VGO

Les obstacles à la réduction des VGO sont nombreux.

Les risques possibles identifiés du côté des institutions sont les suivants :

* Manque d’implication politique ;
* Cadre institutionnel insuffisant ;
* Absence ou dysfonctionnement des cadres de dialogue ;
* Manque de diffusion de l’information ;
* Non-pérennisation des démarches engagées ;
* Manque de données fiables et complètes sur les VGO ;
* Absence de formation sur les VGO dans les cycles de formation des études médicales et para-médicales (voire des études juridiques) ;
* Absence de parité dans les étages supérieurs de la pyramide sanitaire (professeur.e, chef.fe de clinique et de service, directeur.trice d’établissement hospitalier).

Les risques possibles du côté des soignant.es et des soignées :

* Manque d’adhésion de la communauté et du personnel soignant ;
* Echec à la création d’un cadre de confiance indispensable au projet ;
* Absence de champion.nes et de rôle modèle sur ces sujets au sein des institutions/organisations de santé.

Les risques opérationnels :

* Se concentrer sur le suivi obstétrical sans intégrer i) le suivi gynécologique et ii) les violences qui peuvent en découler ;
* Se concentrer uniquement sur la formation du personnel soignant et l’équipement des structures. Sans remettre en cause la pertinence de ces investissements, ils ne permettent pas à eux seuls l’amélioration du ressenti et de l’expérience du soin par les femmes.

La proposition de projet qualifiera et analysera ces différents obstacles potentiels dans le contexte spécifique de l’intervention. Des mesures de prise en compte de ces obstacles, qui constituent autant de risques pour le bon déroulement du projet, seront également proposées.

* 1. Evaluation et capitalisation

  4. 1. Suivi-évaluation

Les ONG proposeront un dispositif de suivi-évaluation des activités qu’elles entendent mettre en œuvre. Ce dispositif s’appuiera sur des données quantitatives mais pourra aussi éventuellement s’appuyer sur des données qualitatives. Les ONG sont invitées tout d’abord à prévoir d’établir de façon participative **une situation de référence** au démarrage du projet (en s’appuyant par exemple sur des données collectées concernant les violences subies par les femmes, l’absence de consentement, ou certaines pratiques médicales dites « abusives » (voir 2.1)). La situation de référence devra ensuite nourrir le dispositif de suivi mis en place par les ONG

Pour cela, les ONG définiront avec les parties prenantes les **indicateurs de suivi des actions** ainsi que les **résultats finaux attendus**. Seront encouragés les dispositifs adaptatifs permettant de saisir ce qui est réellement en jeu en cours d’intervention et de révéler la nécessité d’aménagements et de réorientations. Cela suppose d’impliquer fortement les acteurs/actrices concerné.es, et ce sur un mode aussi flexible et peu normatif que possible.

Une évaluation finale devra être proposée ainsi qu’une évaluation à mi-parcours si le projet dépasse une durée de trois ans. Ces évaluations devront être intégrées au plan de financement et au pilotage du projet.

Des lignes budgétaires devront être dédiées dans le budget du projet à ces activités de suivi-évaluation et d’évaluation.

* + 1. Capitalisation

La capitalisation est un objectif important des projets financés par la FISONG. Dans ce cadre, chaque ONG est invitée à expliciter les modalités de capitalisation spécifiques au projet financé. En particulier, les ONG sont invitées à documenter la recherche-action menée dans le cadre du projet (cf. §3.2.1) : la capitalisation pourra permettre de suivre la réalisation des hypothèses formulées, en cherchant à identifier et comprendre les conditions qui ont permis ou pas d'atteindre les objectifs définis ex ante. Ainsi, la capitalisation ne ciblera pas ici les résultats, mais les conditions qui ont permis de les atteindre, quels qu'ils soient par ailleurs.

En parallèle, un ou une prestataire sera recruté.e sur appel d’offres par l’AFD. L’objectif principal sera de capitaliser sur les expériences financées afin d’en faire bénéficier l’ensemble des acteurs et actrices concerné.e.s et ainsi de porter les innovations mises en œuvre au-delà de l’échelle des projets.

Mis en place dans une logique participative, ce dispositif aura pour objectifs de :

* Identifier, stimuler et apprécier les innovations portées par les projets ;
* Apprécier la qualité et les effets liés à chacun des projets financés ;
* Formuler des recommandations à destination des ONG en charge de l’exécution des projets, en termes de méthodologie, de mise en œuvre, de capitalisation interne à chaque projet et le cas échéant d’enrichissement de certaines composantes ou activités du projet.
* Accompagner l’identification des utilisateurs/destinataires des produits de capitalisation et élaborer des livrables en cohérence avec ceux-ci.
* Nourrir une réflexion multi-acteurs et actrices sur la pertinence de l’approche proposée par le projet en fonction des territoires, des acteurs et actrices, des contextes sanitaires, etc.
* Mettre en perspective et enrichir les enseignements sur la FISONG en échangeant avec d’autres projets en dehors du cadre de cette FISONG.

Ce dispositif sera appuyé par un prestataire externe dont la mission aura une durée concomitante avec celle des projets financés.

Aussi, la mise en œuvre de ce dispositif nécessitera que les OSC bénéficiaires des financements prévoient, a minima, un regroupement par an dans l’un des pays d’intervention ou à Paris. Les budgets dédiés à ces regroupements devront être pris en charge par les OSC bénéficiaires.

1. Qualification et expérience des ONG

Toute ONG, quelle que soit sa nationalité, est éligible à la FISONG. Une ONG souhaitant soumettre un projet pourra s’appuyer sur des partenaires des pays d’intervention. Les partenariats (groupements ou consortium) sont requis avec des institutions du domaine de la recherche et encouragés entre ONG.

Cela facilitera le travail de recherche essentiel dans le cadre de ce projet et par la suite la capitalisation sous l’angle de l’innovation et les possibilités de passage ultérieur à une plus grande échelle.

Il est demandé aux ONG de justifier d’une présence de trois années minimum d’intervention dans le ou les pays du projet afin d’assurer leur connaissance du contexte local, notamment sur les plans politique, institutionnel et socio-politique. La compréhension du contexte local doit permettre aux ONG de comprendre et s’insérer dans les jeux d’acteurs et d’actrices.

Les ONG doivent avoir une grande expérience dans les domaines des VBG, SMI et DSSR et appréhender de façon claire les enjeux liés aux VGO.

Les ONG doivent démontrer une expérience dans la conception et mise en œuvre de démarche spécifique visant à réduire les inégalités de genre.

Le dispositif FISONG est destiné à des ONG dotées des capacités et outils nécessaires à la conduite de processus d’innovation et de concertation avec les responsables sectoriels de l’AFD (problématisation, conception, expérimentation, évaluation, capitalisation, diffusion, passage à l’échelle…) dans des domaines de compétences spécialisés.

Les ONG mobiliseront des équipes adaptées aux méthodologies qu’elles proposent. Ces équipes seront placées sous la responsabilité de responsables de mission installés localement.

1. Cadrage budgétaire

Cette FISONG est dotée d’un montant de 2,5 millions d’euros, répartis – à titre indicatif à ce stade – comme suit :

* 2,2 millions d’euros pour financer des projets de terrain ;
* 0,3 million d’euros pour financer le dispositif transversal de capitalisation qui sera assuré par un ou une prestataire recruté.e sur appel d’offres.

Cette FISONG vise à financer 2-3 projet(s) d’un montant minimum de 700 000 €, sachant que la contribution financière de la FISONG ne pourra excéder 90% du coût total du projet.

Le plan de financement soumis par l’ONG devra intégrer un montant forfaitaire minimum de 2% du montant total du projet pour la réalisation d’audits externes. Ce montant sera mobilisé directement par l’ONG qui contractualisera avec un cabinet d’audit externe pour assurer la vérification des dépenses effectuées

1. Critères d’évaluation des propositions

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intitulé | Pts | Seront évalués |
| **Pertinence du projet en termes de connaissance et d’insertion dans le contexte local (20)** | | |
| Connaissance du contexte d’intervention | 10 | L’existence d’un diagnostic sur la situation des VGO et les actions éventuellement déjà mises en place dans le ou les pays d’intervention incluant un argumentaire développé sur cette base pour justifier de l’intervention et de la connaissance du/des pays retenus |
| Pertinence du projet proposé par rapport à la thématique de la FISONG | 10 | - Réponse à des besoins présents et futurs  - Efficacité et efficience dans la réponse à ces besoins  - Acceptabilité et cohérence avec le contexte  - Explicitation de l’intégration du projet proposé dans une approche de violences de genre  - Prise en compte des violences gynécologiques en plus des violences obstétricales, et sur un même continuum  - Proposer une réponse structurelle pour faire face durablement à ces violences de genre |
| **Conduite du projet (40)** | | |
| Processus d’ implémentation et de pérennisation du projet | 10 | La présentation, la clarté, la prise en compte des risques et la faisabilité du projet avec ce qui a été fait en amont et ce qui est envisagé en aval. Préparation du passage à l’échelle, activités de dissémination, pérennisation de l’action. |
| Partenariats pour l’innovation | 10 | La diversité des partenariats proposés, la démarche visant à les consolider et à favoriser l’appropriation du projet et de la thématique, en vue de sa diffusion, les dispositifs de coopération entre les partenaires |
| Recherche action, Suivi-Evaluation et capitalisation | 20 | Qualité des dispositions avancées pour la recherche action, le suivi et l’évaluation des activités mises en place, la capitalisation et la diffusion des acquis |
| **Intégration locale du projet (20)** | | |
| Valorisation des ressources locales | 10 | Valorisation des savoirs, savoir-faire et compétences locales et nationales pour l’implémentation du projet |
| Cohérence / politiques publiques | 10 | La cohérence du processus proposé vis-à-vis du contexte institutionnel, des politiques publiques et sa capacité à les inspirer |
| **Moyens mis en œuvre (30)** | | |
| Budget | 10 | L’adéquation entre les objectifs et les moyens, les justifications avancées, l’efficience, la pérennité |
| Capacités de l’ONG / du consortium | 10 | Capacités à conduire un processus de changement et un dialogue sectoriel avec l’AFD ou dispositions prévues pour les acquérir |
| Méthodologie | 10 | La méthodologie générale de mise en œuvre du projet |

1. Calendrier prévisionnel

Le calendrier prévisionnel indicatif pour cette FISONG est le suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| **Calendrier FISONG 2020 « lutte contre les VOG »** | |
| Lancement de l’appel à proposition | 8 février 2021 |
| Réception des offres | 15 mai 2021 |
| Pré-sélection et demande d’avis ambassadeurs | mi-juin 2021 |
| Annonce des résultats aux ONG | Août 2021 |
| Réception des dossiers - instruction et octroi | Septembre-novembre 2021 |
| Démarrage des projets | 1er trimestre 2022 |

1. Références

Bohren, M. A., Joshua P. Vogel, Bukola Fawole, Ernest T. Maya, Thae Maung Maung, Mamadou Diouldé Baldé, Agnes A. Oyeniran, et al. « Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey ». *BMC Medical Research Methodology* 18, no 1 (15 novembre 2018): 132. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x.

Bohren, Meghan A., Erin C. Hunter, Heather M. Munthe-Kaas, João Paulo Souza, Joshua P. Vogel, et A. Metin Gülmezoglu. « Facilitators and Barriers to Facility-Based Delivery in Low- and Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis ». *Reproductive Health* 11, no 1 (19 septembre 2014): 71. https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71.

Bowser, Diana, et Kathleen Hill. « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth ». Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health, 2010.

Davis, Dána-Ain. « Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing ». *Medical anthropology* 38, no 7 (2019): 560–573.

Diniz, Simone G., et Alessandra S. Chacham. « “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil ». *Reproductive Health Matters* 12, no 23 (2004): 100–110.

Dubravka Šimonović. « Adoption d’une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l’accouchement et les violences obstétricales ». Nations Unies, 11 juillet 2019.

Ehrenreich, Barbara, et English Deirdre. *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. Feminist Press., 1973.

El Kotni, Mounia. « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique ». *Autrepart* N°85, no 1 (2018): 39. https://doi.org/10.3917/autr.085.0039.

Faye, Adama, Mariama Niane, et Ibrahim Ba. « Home Birth in Women Who Have given Birth at Least Once in a Health Facility: Contributory Factors in a Developing Country ». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 90, no 11 (2011): 1239‑43. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01163.x.

Freedman, Lynn P, Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Charity Ndwiga, Charlotte E Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret E Kruk, et Godfrey Mbaruku. « Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda ». *Bulletin of the World Health Organization* 92, no 12 (1 décembre 2014): 915‑17. https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869.

HCE. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». Paris, France, 26 juin 2018.

Jaffré, Yannick. « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin ». *Santé Publique* S1, no HS (30 juillet 2018): 151‑66. https://doi.org/10.3917/spub.180.0151.

Jaffré, Yannick, et Jean-Pierre Olivier de Sardan. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d’Afrique de l’Ouest*. Paris; Marseille: Karthala ; APAD, 2003.

Jaffré, Yannick, et Alain Prual. « « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale ». *Sciences sociales et santé* 11, no 2 (1993): 63‑80. https://doi.org/10.3406/sosan.1993.1265.

Jhpiego. « Les soins de maternité respectueux », 2017, 4.

Nations Unies. « Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015 », 2015.

Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas d’, Simone Grilo Diniz, et Lilia Blima Schraiber. « Violence against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem ». *The Lancet* 359, no 9318 (mai 2002): 1681‑85. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

OMS. « La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins ». Geneve: World Health Organization, 2014. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\_perinatal/statement-childbirth/fr/.

———. « Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement ». World Health Organization, 2018. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/.

———. « Standards pour l’amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé ». Genève, 2017.

Quattrocchi, Patrizia. « Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate ». *Medical Anthropology*, 9 mai 2019. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740.2019.1609471.

República Bolivariana de Venezuela. « Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia ». Caracas, Venezuela, 2007.

Sadler, Michelle, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen, et Jette A Clausen. « Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence ». *Reproductive Health Matters* 24, no 47 (mai 2016): 47‑55. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002.

Schantz, Clémence, Moufalilou Aboubakar, Abou Bakary Traoré, Marion Ravit, Myriam de Loenzien, et Alexandre Dumont. « Caesarean Section in Benin and Mali: Increased Recourse to Technology Due to Suffering and under-Resourced Facilities ». *Reproductive Biomedicine & Society Online* 10 (janvier 2020): 10‑18. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.12.001.

The Boston Women’s Health Book Collective. *Our bodies, ourselves: a new edition for a new area*, 1973.

1. Nations Unies, « Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015 », 2015. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nations Unies. [↑](#footnote-ref-2)
3. Barbara Ehrenreich et English Deirdre, *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*, Feminist Press, 1973; The Boston Women’s Health Book Collective, *Our bodies, ourselves: a new edition for a new area*, 2020 (1ère édition 1973). [↑](#footnote-ref-3)
4. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira, Simone Grilo Diniz, et Lilia Blima Schraiber, « Violence against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem », *The Lancet* 359, no 9318 (mai 2002): 1681‑85, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6; Simone G. Diniz et Alessandra S. Chacham, « “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil », *Reproductive Health Matters* 12, no 23 (2004): 100–110. [↑](#footnote-ref-4)
5. República Bolivariana de Venezuela, « Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia » (Caracas, Venezuela, 2007). [↑](#footnote-ref-5)
6. Patrizia Quattrocchi, « Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate », *Medical Anthropology*, 9 mai 2019, https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01459740.2019.1609471. [↑](#footnote-ref-6)
7. Mounia El Kotni, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart* N°85, no 1 (2018): 39, https://doi.org/10.3917/autr.085.0039. [↑](#footnote-ref-7)
8. HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme » (Paris, France, 26 juin 2018). [↑](#footnote-ref-8)
9. Dána-Ain Davis, « Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing », *Medical anthropology* 38, no 7 (2019): 560–573; HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». [↑](#footnote-ref-9)
10. d’Oliveira, Diniz, et Schraiber, « Violence against Women in Health-Care Institutions ». [↑](#footnote-ref-10)
11. Diana Bowser et Kathleen Hill, « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth », Report of a Landscape Analysis (Harvard School of Public Health, 2010); Lynn P Freedman et al., « Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda », *Bulletin of the World Health Organization* 92, no 12 (1 décembre 2014): 915‑17, https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869; OMS, « La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins » (Geneve: World Health Organization, 2014), https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\_perinatal/statement-childbirth/fr/. [↑](#footnote-ref-11)
12. M. A. Bohren et al., « Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey », *BMC Medical Research Methodology* 18, no 1 (15 novembre 2018): 132, https://doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x. [↑](#footnote-ref-12)
13. Michelle Sadler et al., « Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence », *Reproductive Health Matters* 24, no 47 (mai 2016): 47‑55, https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002. [↑](#footnote-ref-13)
14. Dubravka Šimonović, « Adoption d’une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l’accouchement et les violences obstétricales » (Nations Unies, 11 juillet 2019). [↑](#footnote-ref-14)
15. Jhpiego, « Les soins de maternité respectueux », 2017, 4; OMS, « Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement » (World Health Organization, 2018), http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/. [↑](#footnote-ref-15)
16. Clémence Schantz et al., « Caesarean Section in Benin and Mali: Increased Recourse to Technology Due to Suffering and under-Resourced Facilities », *Reproductive Biomedicine & Society Online* 10 (janvier 2020): 10‑18, https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.12.001. [↑](#footnote-ref-16)
17. OMS, « La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins »; OMS, « Standards pour l’amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé » (Genève, 2017); OMS, « Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement ». [↑](#footnote-ref-17)
18. La Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (CEDAW, adoptée en 1979 et entrée en vigueur en 1981), la Déclaration sur l’élimination de la violence contre les femmes (1993), adoptée par l’Assemblée générale de l’ONU suite à la conférence des droits humains à Vienne, le Protocole de Maputo relatif aux droits de la femme en Afrique adopté le 11 juillet 2003 par l’Union africaine et entré en vigueur le 25 novembre 2005 ou la Convention d’Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l’égard des femmes et la violence domestique, adoptée le 7 avril 2011. [↑](#footnote-ref-18)
19. HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». [↑](#footnote-ref-19)
20. Adama Faye, Mariama Niane, et Ibrahim Ba, « Home Birth in Women Who Have given Birth at Least Once in a Health Facility: Contributory Factors in a Developing Country », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 90, no 11 (2011): 1239‑43, https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01163.x. [↑](#footnote-ref-20)
21. Meghan A. Bohren et al., « Facilitators and Barriers to Facility-Based Delivery in Low- and Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis », *Reproductive Health* 11, no 1 (19 septembre 2014): 71, https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71. [↑](#footnote-ref-21)
22. HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». [↑](#footnote-ref-22)
23. Nations Unies, « Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015 ». [↑](#footnote-ref-23)
24. HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme ». [↑](#footnote-ref-24)
25. Yannick Jaffré et Alain Prual, « « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé* 11, no 2 (1993): 63‑80, https://doi.org/10.3406/sosan.1993.1265. [↑](#footnote-ref-25)
26. Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales d’Afrique de l’Ouest* (Paris; Marseille: Karthala ; APAD, 2003). [↑](#footnote-ref-26)
27. Yannick Jaffré, « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin », *Santé Publique* S1, no HS (30 juillet 2018): 151‑66, https://doi.org/10.3917/spub.180.0151. [↑](#footnote-ref-27)