



DESTINS ENTREMÊLÉS, LEURS D'ESPOIR

Mettre fin aux inégalités
dans la santé et les droits
sexuels et reproductifs



UNFPA état de la population mondiale 2024

Rapport État de la population mondiale 2024

Ce rapport a été élaboré sous l'égide de la Division de la communication et des partenariats stratégiques de l'UNFPA.

RÉDACTEUR EN CHEF

Ian McFarlane

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédactrice principale : Rebecca Zerzan

Production/direction artistique :

Katherine Black

Révision des reportages : Richard Kollodge

Rédaction des reportages : Katherine Black,

Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,

Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan

Soutien et conseil éditorial : Jacqueline Daldin,

Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein

Responsable de l'édition numérique :

Katherine Black

Conseillère pour l'édition numérique : Enes Champo

Vérification des faits : Ralph Hakkert

CONSEILLÈRE PRINCIPALE À LA RECHERCHE

D^{re} Gita Sen

AUTEURS ET CHERCHEURS

Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger,

D^{re} Taleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane,

Gilda Sedgh, Claire Thomas

CONSEILLÈRES TECHNIQUES PRINCIPALES UNFPA

Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang

ARTISTES ET CONSEILLERS

ARTISTIQUES

Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles,

Iain Guest (The Advocacy Project), Nadia Hamid

(International Folk Art Market), Rosie James,

Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia Sciortino,

Pankaja Sethi, la Sussex Archaeological Society

(www.sussexpast.co.uk), le Collectif de femmes

Tally Assuit, Woza Moya

CARTES ET DÉSIGNATIONS

Les désignations retenues et la présentation générale des cartes contenues dans le présent rapport n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'UNFPA concernant le statut juridique de tout pays, territoire, ville ou région ni de leurs autorités, non plus que la délimitation de leurs frontières.

Réalisation de la chronologie : American Association of University Women, Conférence des Nations Unies sur la population et le développement/Robert Rauschenberg

Première de couverture : Nneka Jones (@artyouhungry)

Sauf indication contraire, toutes les autres illustrations sont de Rosie James (@rosiejamestextileartist)

REMERCIEMENTS

L'UNFPA remercie les personnes suivantes d'avoir partagé des moments de leur vie privée et professionnelle dans le cadre du présent rapport : Alia, Turkménistan ; Ellen Amster, Canada ; Adel Botros, Égypte ; Eira Carrera, Panama ; Isaac Chirwa, Malawi ; Francisca Córdoba, Colombie ; Carolyn DeFord, États-Unis d'Amérique ; Maimouna Déné, Burkina Faso ; Duha, République arabe syrienne ; Eneida, Panama ; D^{re} Eda Gülüm, Türkiye ; Ceylan Güzey, Türkiye ; Sharron Hinchliff, Royaume-Uni ; Seif Kuchengo, République-Unie de Tanzanie ; Jonas Lubago, République-Unie de Tanzanie ; Shirley Maturana Obregón, Colombie ; Thivya Rakini, Inde ; Rama, République arabe syrienne ; Humberto Rodríguez, Panama ; Syrah Sy Savané, Côte d'Ivoire ; Nandita Shivakumar, Inde ; Gertrudis Sire, Panama ; Audrey Tang, Royaume-Uni ; Luhui Whitebear, États-Unis d'Amérique ; Jose Luis Wilches Gutiérrez, Colombie.

Seline Dulckey, responsable du Service des médias et des communications de l'UNFPA, a livré de précieuses observations sur les versions préliminaires de ce rapport, de même que les membres de la Division technique de l'UNFPA, notamment Michael Herrmann, Priscilla Idele, D^{re} Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi et D^r Willibald Zeck. Arthur Erken et D^r Nkeiruka Didigu, de la Division des politiques et de la stratégie de l'UNFPA, ainsi que divers membres du Bureau de la Directrice exécutive, notamment Teresa Buerkle, Samuel Choritz, D^{re} Nigina Muntean, Alana Ngoh et Horst Rutsch ont également fourni leur appui. Les membres des bureaux de la directrice exécutive adjointe Diene Keita et du directeur exécutif adjoint Andrew Saberton ont apporté leur contribution, de même que des collègues de l'UNFPA chargés du projet SWEDD, à savoir Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez et Waly Sene.

Plusieurs collègues de l'UNFPA et d'autres personnes à travers le monde ont participé à la rédaction des reportages et d'autres textes, ou ont dispensé des conseils techniques : Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atilgan, Adolfo Ballina, Ana De Baldia, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy Leoncio, Nouran Makhoul, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo et Siaka Traore.

Ann Garbett, autrice, a dirigé l'analyse des données issues des enquêtes démographiques et de santé afin d'évaluer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations dans ce domaine en fonction de l'origine ethnique et de la catégorie socio-économique.

Conception des versions imprimée et interactive : Prographics, Inc.

Les rédacteurs tiennent à remercier les différents partenaires pour leur contribution : les chercheurs du Guttmacher Institute, en particulier Jacqueline Darroch et Elizabeth Sully ; les experts de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, en particulier Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová et Karoline Schmid ; les experts du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), en particulier Nicolas Fasel et Yekaterina Spassova ; les experts du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), en particulier Lilian Barajas, Jaspreet Kindra, April Pham et Barbara Wachter ; l'Expert indépendant des Nations Unies chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre Victor Madrigal-Borloz ; et les experts du Centre de ressources et de recherche pour les femmes de l'Asie-Pacifique (ARROW), en particulier Sivananthi Thanenthiran.

NOTE CONCERNANT LA TERMINOLOGIE

Dans le présent rapport, le terme « personnes noires » fait référence à des groupes ou à des individus caractérisés par leur origine ou leur appartenance ethnique ou culturelle. Ce terme est souvent associé à une histoire et une identité communes, ce qui est beaucoup moins le cas pour le terme « personnes blanches ». Par ailleurs, ce rapport mentionne généralement les femmes et les filles lorsqu'il est question de violences sexuelles ou de grossesse, par exemple ; les données relatives à ces questions sont en effet souvent tirées d'enquêtes et d'études identifiant les personnes participantes à l'aide de ces termes. Il est important de signaler que les hommes transgenres et les personnes non binaires peuvent également connaître une grossesse, et que les individus à l'identité de genre différente sont confrontés à la violence sexuelle et aux obstacles aux soins de santé sexuelle et reproductive dans des proportions démesurées et inacceptables.

NOTE CONCERNANT LES ILLUSTRATIONS

Depuis des millénaires, les femmes et les communautés autochtones utilisent le tissage et la broderie pour brouiller les frontières entre art et fonctionnalité, entre aspect pratique et dimension esthétique. Pourtant, leur travail a longtemps été dévalorisé et considéré comme de l'artisanat plutôt que comme une œuvre artistique, et donc tenu à l'écart des institutions et des marchés officiels de l'art. C'est pour cette raison que des mouvements de femmes et des populations autochtones se sont emparés de cette forme artistique pour attirer l'attention sur les problèmes liés à leur exclusion, notamment la violence basée sur le genre, la justice en matière de reproduction et le racisme systémique, mais aussi pour appeler à la solidarité entre les communautés. Les artistes et les collectifs textiles dont le travail figure dans le présent rapport poursuivent cette tradition en exprimant des problèmes contemporains par le biais d'un savoir-faire transmis entre femmes de génération en génération. Collectivement, leurs œuvres montrent à quel point les droits, la dignité et le destin de chaque femme sont entremêlés à ceux de ses sœurs, de ses filles, de ses aïeules et de ses amies.



DESTINS ENTREMÊLÉS, L'UEURS D'ESPOIR

Mettre fin aux inégalités dans la santé
et les droits sexuels et reproductifs

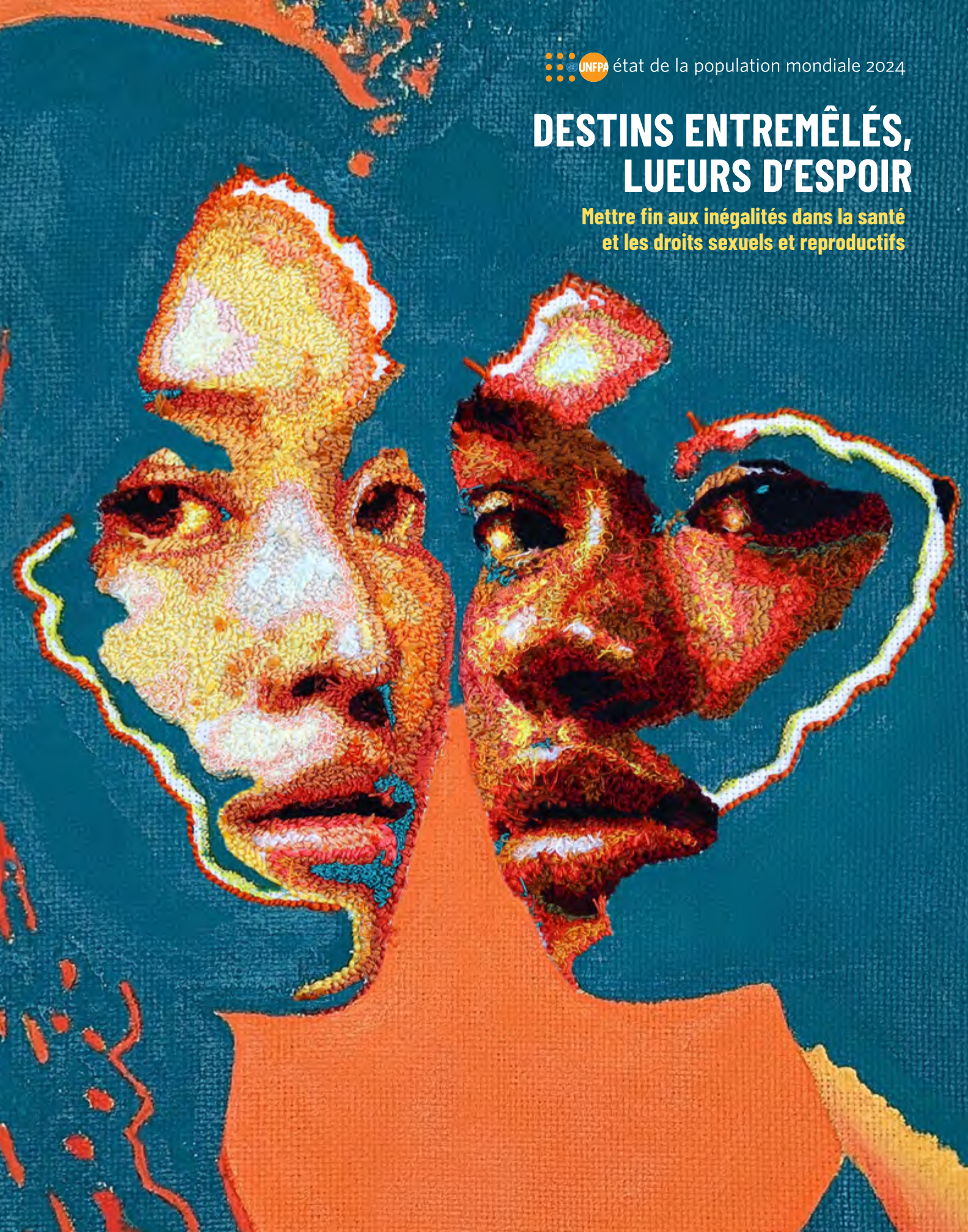
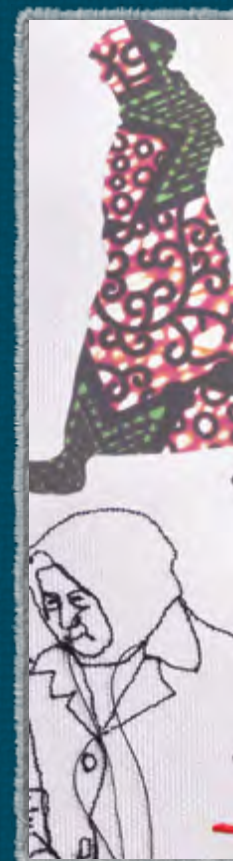
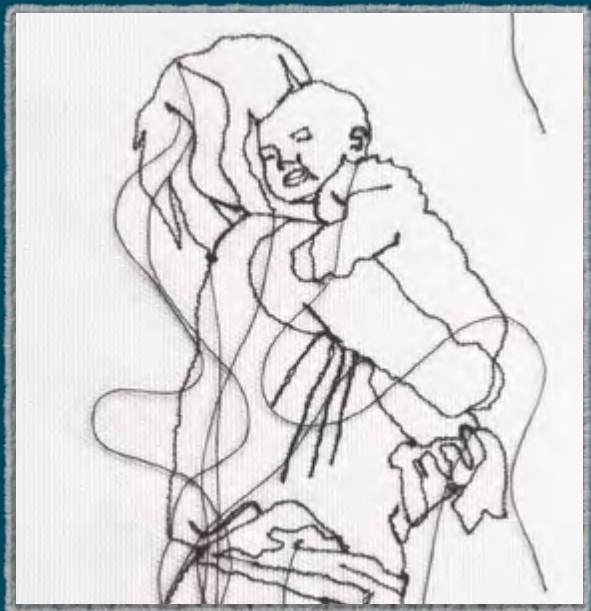


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 4



CHAPITRE 1

Un travail de longue haleine

PAGE 6

REPORTAGE : Mise à mal par les crises, la continuité des services de santé est assurée par les membres de la communauté 16

REPORTAGE : Les travailleuses de l'industrie textile s'organisent contre les violences basées sur le genre 22

GROS PLAN : Évolution des difficultés d'accès aux soins de santé signalées par les personnes interrogées selon leur situation socio-économique et leur origine ethnique..... 28

CHRONOLOGIE 34-39

CHAPITRE 2

Démêler l'écheveau des inégalités

PAGE 32

REPORTAGE : Les femmes afrodescendantes de Colombie enfin libres de vivre un accouchement en toute sécurité 46

REPORTAGE : Des activistes locaux dénoncent l'inertie autour des meurtres et disparitions de femmes autochtones 52

GROS PLAN : Décoloniser les normes sexuelles et de genre 60



CHAPITRE 3

Relier les points

PAGE 62

REPORTAGE : Au Turkménistan, les femmes en situation de handicap font valoir leurs droits .. 70

REPORTAGE : Vers des recensements plus inclusifs sur le continent africain 76

GROS PLAN : Qui est suffisamment important pour être compté ? Le cas des mères adolescentes 82

CHAPITRE 4

Les femmes tissent la trame de la société

PAGE 86

REPORTAGE : La syphilis, révélatrice des effets redoutables de la stigmatisation sur la santé et les droits fondamentaux 92

REPORTAGE : Les figures locales au service des filles les plus démunies..... 104

CHAPITRE 5

Tisser notre avenir collectif

PAGE 110

REPORTAGE : La santé sexuelle des seniors, la fin d'un tabou 118

REPORTAGE : Les femmes Ngäbe insufflent un vent révolutionnaire en faveur de la santé des femmes et de l'égalité des genres 124

INDICATEURS 133

NOTES TECHNIQUES 152

RÉFÉRENCES 156



AVANT-PROPOS

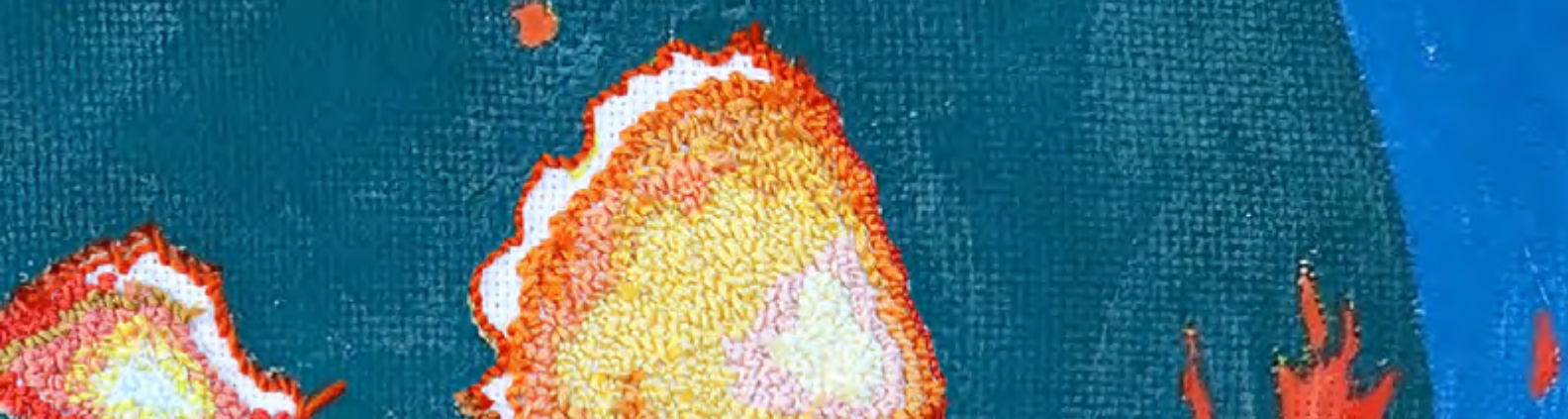
Il y a 30 ans, des gouvernements du monde entier ont convenu que la santé et les droits en matière de reproduction jouaient un rôle fondamental dans le développement international – un consensus inédit, qui a ouvert la voie à plusieurs décennies de progrès. Depuis lors, le taux de grossesses non désirées a chuté de près de 20 % à l'échelle mondiale. Le nombre de femmes ayant recours à des moyens de contraception modernes a doublé. À l'heure actuelle, au moins 162 pays ont adopté des lois permettant de lutter contre la violence domestique et le nombre de décès maternels a baissé de 34 % depuis 2000.

Toutefois, les progrès sont encore trop lents et trop restreints. La violence basée sur le genre demeure endémique dans presque tous les pays et toutes les communautés du monde. La mortalité maternelle n'a plus baissé depuis 2016 et augmente même dans un nombre alarmant de pays. Près de la moitié des femmes ne sont toujours pas en mesure de prendre leurs propres décisions concernant leur corps ni de jouir d'une bonne santé sexuelle et reproductive et de l'exercice de leurs droits en la matière.

Les inégalités jouent un rôle notable dans cette situation. Selon les nouvelles données factuelles présentées dans ce rapport, les femmes, toutes catégories socio-économiques et origines ethniques confondues, estiment que les obstacles aux soins de santé ont diminué avec le temps. Toutefois, les femmes les plus marginalisées

sont aussi les moins concernées par cette amélioration. En d'autres termes, tous les pays du monde se sont concentrés sur les catégories de population les plus faciles à atteindre, sans prendre la peine de s'attaquer aux inégalités et aux disparités qui caractérisent nos systèmes et nos sociétés, creusant ainsi les écarts existants.

Partout à travers le monde, des personnes qui souhaitent accéder à des soins essentiels de santé sexuelle et reproductive sont systématiquement confrontées à une accumulation d'obstacles liés à des facteurs tels que le genre, le statut économique, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle ou encore le handicap. Dans les rares pays où des données sont collectées à ce sujet, on constate que les femmes d'ascendance africaine sont plus exposées que les autres aux violences obstétricales et aux mauvais résultats en matière de santé maternelle. Lorsqu'elles tentent d'accéder à des soins de santé maternelle en phase avec leur culture, les femmes autochtones essuient souvent un refus et leurs propres pratiques en matière d'accouchement sont parfois criminalisées, exacerbant ainsi les risques de décès pendant la grossesse ou l'accouchement. Les infrastructures de santé restent marquées par des inégalités en matière de normes de genre, notamment un sous-investissement chronique en faveur de la profession de sage-femme, très majoritairement exercée par des femmes, à l'échelle mondiale. Les femmes et les filles handicapées sont jusqu'à dix fois plus exposées



que les autres à la violence basée sur le genre et ont également plus de difficultés à accéder à des informations et à des soins en matière de santé sexuelle et de reproduction. En plus des situations de discrimination et de stigmatisation qu'elles subissent – et du fait même de ces situations –, les personnes LGBTQIA+ sont également confrontées à de graves disparités en matière de santé.

Pour honorer la promesse de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, à savoir l'universalité de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction, il est évident que nous devons d'abord débarrasser nos systèmes et nos politiques de santé de toute forme d'inégalité et concentrer nos efforts sur les femmes et les jeunes les plus marginalisés et les plus exclus.

Nous avons besoin de soins de santé complets, universels et inclusifs, respectueux des droits fondamentaux et fondés sur des solutions qui ont déjà fait leurs preuves. Cet objectif, à la fois juste et atteignable, revêt une importance capitale. Le présent rapport offre de nombreux exemples de programmes et d'initiatives qui ont permis d'élargir l'accès et le recours à des soins de qualité, le plus souvent grâce à des interventions conçues par et pour les plus démunis. Pour accélérer les progrès, nous avons besoin de données plus nombreuses et plus fiables, mais aussi mieux désagrégées – de manière à identifier avec précision les

catégories de population laissées pour compte – et collectées en toute sécurité, avec la participation des personnes concernées.

Des groupes autochtones aux mouvements féministes en passant par les défenseurs de la cause climatique et les jeunes militants, de nombreuses organisations laissent entrevoir un avenir commun plus juste.

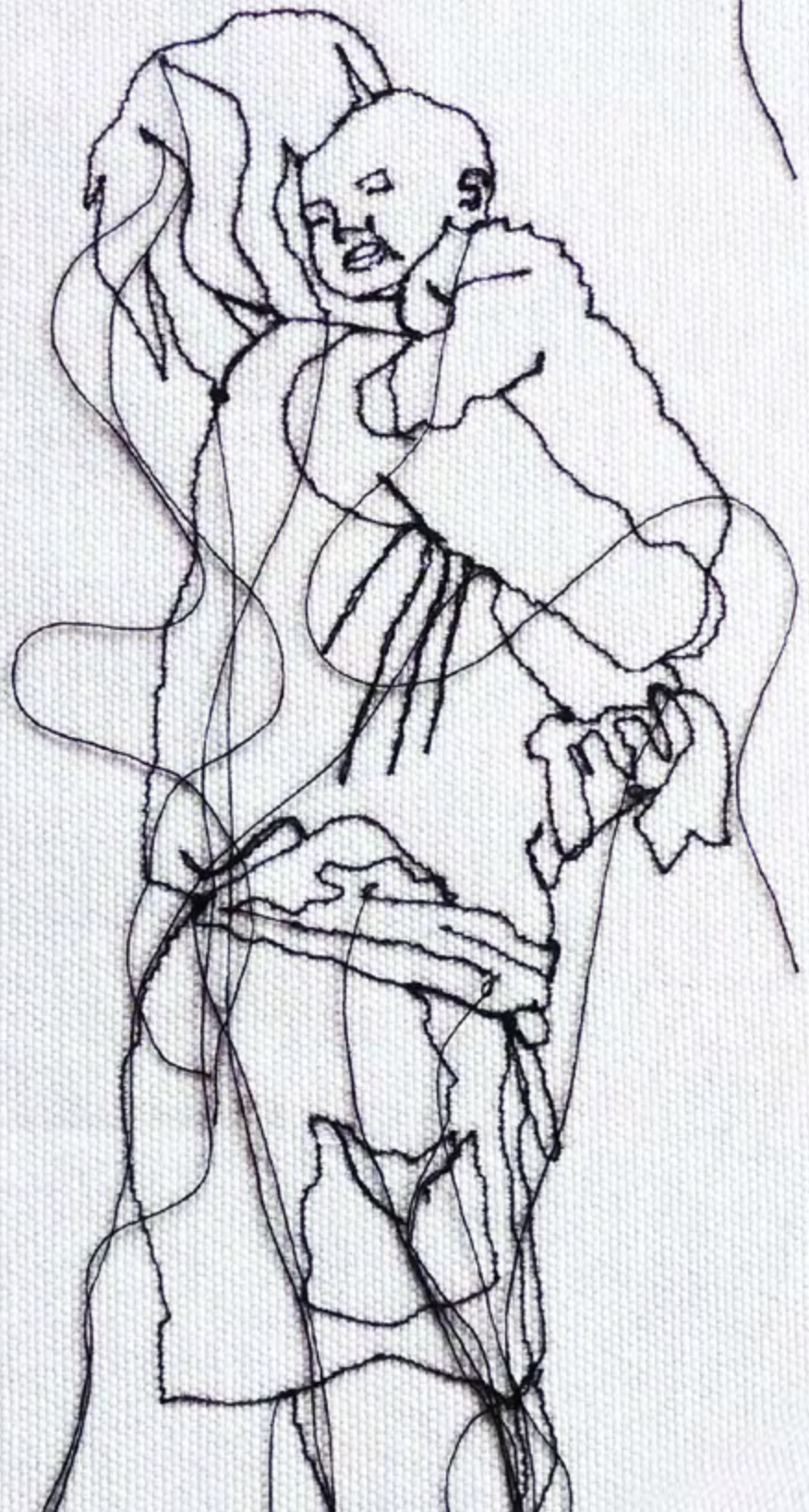
À terme, l'accomplissement de progrès équitables profitera à l'ensemble de la société. L'avènement d'un monde plus juste et plus respectueux de l'égalité des genres est une fin en soi, mais peut également permettre d'injecter plusieurs milliards de dollars dans l'économie mondiale.

Notre humanité constitue un tout noble et harmonieux, une trame composée de 8 milliards de fils qui ne cessent de se multiplier sans jamais perdre leur singularité. Notre résilience ne tient pas à un seul de ces fils, mais à leur entrelacement et à l'ensemble qu'ils forment. C'est là notre force, notre mode opératoire et le fondement de toutes nos réussites – notre capacité à agir collectivement.

D^{re} Natalia Kanem

Directrice exécutive

Fonds des Nations Unies pour la population



CHAPITRE 1

Un travail de
LONGUE
HALEINE



Accoucher en toute sécurité. Avoir le choix entre différents moyens de contraception. Bénéficier d'une protection contre la violence basée sur le genre. Jamais autant d'êtres humains n'ont fait valoir ces droits essentiels et vitaux. Toutefois, certaines personnes continuent d'en être privées, alors que nous pouvons et devons remédier à cette situation.

De manière générale, les gens vivent aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé. Pourtant, des millions d'individus restent éloignés du progrès, pris au piège par de multiples formes de marginalisation et de discrimination qui s'exacerbent mutuellement. Dans un monde doté de richesses considérables et de solutions éprouvées dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ces disparités laissent supposer un manque de volonté, et non une carence d'idées ou de ressources. Il convient de garder cette réalité à l'esprit – preuve qu'il est non seulement souhaitable, mais aussi possible d'accélérer dès à présent les progrès vers l'élimination de la marginalisation et de la discrimination.

En cette année, nous célébrons le 30^e anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994. Cette conférence a abouti à l'adoption d'un accord mondial décisif qui place les individus au centre du développement et dans lequel les signataires se sont engagés à garantir des avancées en matière de santé, de respect des droits et de liberté de choix pour toutes et tous. Elle a permis de définir une vision du potentiel humain qui a dès lors ouvert la voie à des progrès substantiels, lesquels ont été consolidés dans le cadre du Programme mondial de développement durable à l'horizon 2030 adopté en 2015.

Cependant, les objectifs du programme de la CIPD, en particulier ceux relatifs aux personnes les plus marginalisées, n'ont été que partiellement concrétisés. Les inégalités touchent toutes les sociétés et empêchent certains êtres humains d'accéder à des services essentiels de santé sexuelle et reproductive et d'exercer leurs droits fondamentaux en la matière.

Les différences de pouvoir et de perspectives liées au genre, à l'origine et à l'appartenance ethniques et à bien d'autres facteurs, qu'elles soient considérées isolément ou conjointement, continuent de restreindre considérablement les choix des personnes et leur accès aux services. Ces dynamiques se manifestent par exemple lorsqu'une femme handicapée se voit refuser l'accès à des informations sur la santé sexuelle, lorsqu'une fille originaire d'un village pauvre est mariée durant son enfance ou lorsqu'une femme ou personne enceinte issue d'une minorité ethnique est victime de pratiques abusives sans que les systèmes de santé ne s'interrogent à leur sujet.

Agir plus rapidement pour concrétiser les engagements en faveur des personnes mises de côté, formulés dans le cadre de la CIPD constitue l'une des priorités les plus urgentes au niveau mondial. C'est une priorité car, pour tous les individus, l'autonomie corporelle (autrement dit, la capacité et les moyens de faire des choix concernant son corps et son avenir, sans violence ni contrainte [UNFPA, 2021]) dépend de l'accès à la santé sexuelle et reproductive ainsi que de la réalisation des droits en la matière. L'autonomie corporelle détermine les avancées dont les personnes peuvent tirer parti au cours de leur existence, dans les domaines de la santé mais aussi de l'éducation, de l'emploi et de la participation politique. Par ailleurs, pour être pacifiques, résilientes et justes, les sociétés doivent reposer sur des populations en bonne santé et autonomes où personne n'est exclu.

Des principes de base solides ont été établis pour concrétiser les engagements universels qui ont été pris dans le cadre de la CIPD. La communauté internationale a désormais toutes les cartes pour éliminer les obstacles et les formes de discrimination qui subsistent. Depuis des décennies, elle reconnaît que le développement centré sur l'humain exige de garantir l'accès universel à des soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, et se rapproche de plus en plus des objectifs globaux du mouvement en faveur de la justice reproductive (McGovern *et al.*, 2022). Le présent rapport souligne que le 30^e anniversaire

De nombreuses possibilités s'offrent à nous pour mobiliser un appui en faveur de l'égalité des genres et des droits en matière de reproduction.

de la CIPD est l'occasion d'orienter les systèmes sociaux et de santé vers la prestation de services qui favorisent l'autonomisation de tous les individus, le respect de leur diversité, la préservation de leur dignité ainsi que l'exercice de leurs droits et de leur autonomie corporelle. Il appelle en outre à renouveler les engagements en faveur de l'élimination des disparités et des inégalités qui continuent de diviser les sociétés. Ces inégalités créent des obstacles systémiques et structurels et les renforcent, ce qui entraîne une marginalisation chronique des femmes et d'autres groupes de personnes dans quasiment tous les aspects de leur vie, que ce soit en matière d'emploi, d'éducation ou de participation politique. Le moment est venu de prendre des mesures décisives pour éliminer ces entraves.

La polarisation politique et sociale, qui découle bien souvent de disparités économiques, est source d'insécurité dans le monde entier (Nations Unies, 2018). Les questions relatives aux droits en matière de reproduction, notamment celles en lien avec l'éducation complète à la sexualité, les droits des personnes LGBTQIA+, l'accès à la contraception, l'avortement et l'égalité des genres, se retrouvent de plus en plus au centre des débats (Kanem, 2023). Pourtant, réduire les inégalités concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pourrait contribuer à atténuer les disparités économiques (UNFPA, 2017) et ainsi favoriser la stabilité, la prévention des conflits (Nyård, 2018) et l'accélération du développement. De nombreuses possibilités s'offrent à nous pour mobiliser un appui en faveur de l'égalité des genres et des droits en matière de reproduction : cette année pourrait être celle du plus grand exercice de démocratie participative jamais



enregistré, avec plus de 50 pays qui organiseront des élections majeures dont l'issue influera sur le devenir de milliards de personnes (Harbath, 2023 ; Fondation internationale pour les systèmes électoraux, n. d.), y compris de milliards de femmes et de filles, mais aussi d'innombrables communautés marginalisées.

Des progrès réservés à certains groupes

Depuis la CIPD, des avancées notables ont été réalisées dans les domaines essentiels de la santé sexuelle et reproductive grâce à la mobilisation sociale, au leadership, à la collaboration et à l'engagement des personnes œuvrant au sein des points de prestation de soins à distance comme des plus hautes instances des gouvernements, des entreprises et des organisations philanthropiques. Le plaidoyer soutenu mené par les mouvements locaux et de la société civile a joué un rôle de premier plan dans la réalisation de ces progrès spectaculaires (voir la chronologie aux pages 34-39).

Entre 2000 et 2020, le taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale a reculé de 34 % (OMS *et al.*, 2023), une réussite en grande partie attribuable à l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et d'urgence de qualité. Le nombre de femmes ayant recours à des moyens de contraception modernes a doublé entre 1990 et 2021 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022). Le taux de grossesses non intentionnelles a quant à lui diminué de 19 % entre les périodes 1990-1994 et 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2018), tandis que le nombre de naissances chez les filles âgées de 15 à 19 ans a chuté d'environ un tiers depuis 2000 (UNFPA, 2023). Les taux d'infection à VIH ont considérablement baissé. En 2021, le nombre de nouvelles infections avait diminué de près d'un tiers par rapport à 2010 (Nations Unies, 2023). La proportion de filles ayant subi des mutilations génitales féminines a elle aussi nettement baissé, en raison de l'évolution des attitudes à l'égard de cette pratique (UNICEF, 2022).

L'amélioration de la situation des femmes (comme le prouvent par exemple les progrès lents, mais constants s'agissant de leur représentation au sein des positions de leadership [Nations Unies, 2023]) s'est accompagnée d'une meilleure reconnaissance de l'importance de l'autonomie corporelle en tant que droit fondamental (HCDH, 2017). En adoptant les objectifs de développement durable (ODD) en 2015, la communauté internationale entendait mesurer, grâce à l'indicateur 5.6.1, la capacité des femmes à exercer leur autonomie corporelle : une étape mondiale révolutionnaire faisant de l'autonomie corporelle un pilier des droits humains. Les gouvernements du monde entier ont également cherché à protéger les femmes et les filles au travers de la législation : 162 pays – un nombre historiquement élevé – ont adopté des lois visant à lutter contre la violence domestique (Banque mondiale, n. d.). Avec ces avancées mettant l'accent sur le respect de l'autonomie corporelle, le monde s'oppose de plus en plus à la criminalisation des relations sexuelles des personnes LGBTQIA+. À l'aube de la pandémie de sida, les relations sexuelles entre personnes de même sexe étaient considérées comme illégales dans la plupart des pays. Ce n'est plus le cas aujourd'hui dans deux tiers d'entre eux (cette tendance devrait s'amplifier étant donné que le nombre de pays ayant abrogé des lois répressives n'a jamais été aussi élevé qu'en 2022 au cours des 25 dernières années) (HIV Policy Lab *et al.*, 2023).

Les nouveaux modèles de soins de santé qui reposent sur des données fiables et la reconnaissance des droits fondamentaux sont également porteurs d'espoir. Ils permettent de prendre en charge davantage de personnes et sont plus adaptés aux différents contextes ainsi qu'aux besoins des patients. Par exemple, l'UNFPA, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations de santé publique ont adopté des modèles d'auto-prise en charge en tirant parti des rapides progrès technologiques qui permettent aux utilisateurs d'assurer leur propre santé et de composer avec leur maladie ou leur handicap, sans l'intervention directe d'un agent

de santé. Ces avancées pourraient contribuer à élargir considérablement l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (UNFPA, 2024). La reconnaissance des soins de santé dispensés par des sages-femmes qualifiées (dont le savoir-faire ancestral a longtemps été mis à l'écart de la médecine moderne [voir le chapitre 2]) permet à la fois de sauver des vies et de réduire les coûts (UNFPA *et al.*, 2021).

Faire progresser l'égalité des genres est de plus en plus considéré comme l'un des investissements les plus judicieux en matière de développement, car cela entraînera d'immenses avancées économiques et sociales (UNFPA, 2023) ainsi que de fructueux retours sur investissement en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive. Selon les calculs réalisés par l'UNFPA, si nous dépensions 79 milliards de dollars supplémentaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici 2030, nous pourrions par exemple éviter 400 millions de grossesses non planifiées, sauver la vie d'un million de mères et de 4 millions de nouveau-nés, et réaliser des économies à hauteur de 660 milliards de dollars (UNFPA, 2022).

Toutefois, en dépit de tous les progrès accomplis, des millions d'individus ne voient guère de différence dans leur quotidien et continuent de se heurter à des difficultés pour faire valoir leurs droits, une situation qui s'explique essentiellement par les causes profondes de la discrimination liée au genre et des autres formes de marginalisation.

Selon les dernières données, dans 69 pays, un quart des femmes ne sont toujours pas libres de prendre les décisions les plus fondamentales concernant leur santé. Un quart ne sont pas en mesure de refuser des relations sexuelles avec leur mari ou leur partenaire. Et près d'une femme sur dix n'a pas son mot à dire en matière de contraception (UNFPA, 2024a). Ce sont là des données qui doivent créer un sursaut en faveur d'améliorations notables au service de l'autonomie corporelle des femmes. Seulement un tiers environ des pays communiquent ce type de données, et pour la première fois, nous disposons de données liées à

l'indicateur 5.6.1 sur l'évolution quant à la capacité des femmes à exercer leur autonomie corporelle dans plus de 30 pays. Alors que 19 pays ont enregistré une amélioration quant à la capacité des femmes à exercer leur libre arbitre s'agissant de leur propre santé sexuelle et reproductive, 13 pays ont, quant à eux, connu une tendance inverse en la matière (UNFPA, n. d.).

Les progrès autrefois prometteurs en matière de réduction des décès maternels évitables sont quasiment au point mort : entre 2016 et 2020, le taux annuel de réduction des décès maternels à l'échelle mondiale était de zéro (OMS *et al.*, 2023). Ainsi, environ 800 femmes continuent de mourir chaque jour en donnant la vie, alors que la quasi-totalité de ces décès sont évitables. Comme l'a clairement affirmé le docteur Mahmoud Fathalla, ancien directeur du Programme spécial des Nations Unies sur la reproduction humaine, « les femmes enceintes ne meurent pas de maladies que nous ne pouvons pas traiter. Elles meurent car les sociétés n'ont pas encore décidé que leur vie valait la peine d'être sauvée » (Fathalla, 2012).

Les décès maternels sont le reflet des inégalités qui gangrènent tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, tant les disparités sont flagrantes au sein des pays et entre eux. Le décès ou la survie d'une femme peut dépendre du lieu où elle accouche, étant donné que la grande majorité des décès maternels (plus de 70 %) se produisent en Afrique subsaharienne, une région qui abrite bon nombre des pays les moins avancés ainsi que la plupart des systèmes de santé les plus fragiles. Une femme originaire de cette région qui souffre de complications pendant la grossesse ou l'accouchement est 130 fois plus susceptible de mourir qu'une femme vivant en Europe ou en Amérique du Nord. Les inégalités au sein des régions et des pays sont en outre considérables et profondément ancrées. Par exemple, à Madagascar, les femmes les plus riches ont cinq fois plus de chances de bénéficier de l'assistance de personnel qualifié pendant l'accouchement que les femmes les plus pauvres (ONU-Femmes *et al.*, 2023).

Sur le continent américain, les personnes d'ascendance africaine sont plus exposées aux violences obstétricales (UNFPA *et al.*, 2023).

Des inégalités sont également observées en ce qui concerne l'accès aux contraceptifs modernes. Ces disparités peuvent être fondées sur l'origine ou l'appartenance ethnique (Jackson *et al.*, 2017), la condition de réfugié ou le statut migratoire (Raben et van den Muijsenbergh, 2018), le niveau d'études, la situation socio-économique, ou encore le fait d'habiter en zone rurale plutôt qu'urbaine (Makumbi *et al.*, 2023). En outre, bien que la violence basée sur le genre soit très répandue et sous-déclarée, certains signes laissent penser qu'il existe également des inégalités dans ce domaine, en fonction de l'âge (Decker *et al.*, 2015) et de l'orientation sexuelle (Evens *et al.*, 2019), mais aussi des disparités ethniques et fondées sur le genre s'agissant du nombre d'années de vie perdues à cause de la violence au sein du couple (Graham *et al.*, 2021).

Malgré ces inégalités, ou peut-être à cause de ces dernières, trop peu de pays collectent des données sur les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et les obstacles qui entravent l'accès aux services. Ils sont encore moins nombreux à désagréger ces données selon des facteurs reconnus comme contribuant à la négligence, à la discrimination et à la marginalisation, tels que la culture, l'origine et l'appartenance ethniques, la caste, la langue et la religion, la situation au regard du handicap, le statut VIH/sida, le statut migratoire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

En parallèle, l'ère du numérique apporte son lot de nouveaux défis. Les technologies de la santé évoluent rapidement et offrent de formidables possibilités pour améliorer le partage d'informations, réduire les démarches administratives et élargir l'accès aux soins. Pourtant, des millions d'individus continuent de subir les conséquences de la fracture numérique. Les technologies telles que l'intelligence artificielle peuvent contribuer à entretenir les normes discriminatoires et les préjugés existants et ainsi aggraver les inégalités.



Par exemple, certains systèmes de diagnostic assisté par ordinateur s'avèrent plus précis pour les hommes blancs que pour les personnes d'origines ethniques et de genres différents (Muro et Egbokhare, 2023). En outre, de nouvelles études mettent en lumière les dangers que peuvent représenter les technologies en ouvrant la voie à des formes inédites d'exploitation et d'abus liés au genre (UNFPA, 2024b). Des inégalités de genre peuvent s'immiscer dans la conception même des technologies, étant donné que les femmes ne participent pas suffisamment aux prises de décision relatives aux algorithmes d'apprentissage. Les technologies de la santé fondées sur des préjugés sexistes peuvent s'avérer particulièrement problématiques, car elles entraînent des retards ou des erreurs de diagnostic et de prise en charge. Le taux de représentation des femmes lors des premiers essais cliniques n'est que de 22 %, tandis que les femmes enceintes et allaitantes continuent d'être exclues des essais cliniques même après la mise des produits sur le marché (Ravindran, 2020 ; Shields et Lyerly, 2013).

Entre régression et progression

Le programme de la CIPD est né de l'engagement d'individus de tous horizons qui ont décidé de se réunir pour trouver des solutions aux problèmes courants en matière de population et de développement. Il reflète ainsi « les profonds changements d'attitude de la population mondiale et de ses dirigeants à l'égard de la santé en matière de reproduction, de la planification familiale et de la croissance démographique » (UNFPA, 1994). La dynamique vertueuse qu'il a impulsée a permis d'accomplir des progrès durables et renouvelés concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. La majorité des pays peuvent se féliciter d'avancées considérables, bien qu'aucun ne puisse encore prétendre avoir atteint l'ensemble de leurs citoyens. Nombre d'entre eux se sont engagés à accélérer les progrès, conscients que ces efforts sont essentiels à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et de ses 17 ODD.

Toutefois, des crises multiples, notamment les conflits, les effets du changement climatique et la pandémie de COVID-19, ont mis en péril plusieurs décennies d'acquis et compromettent les progrès à l'avenir. Par ailleurs, des actions continues et structurées visant à faire obstacle à l'exercice des droits fondamentaux et à l'égalité des genres sont actuellement mises en œuvre. Si les voix qui s'élèvent contre la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction invoquent souvent la tradition pour se justifier et témoignent en réalité une certaine nostalgie, cette opposition va à l'encontre du consensus établi de longue date et des principaux accords relatifs aux droits fondamentaux, rejette les connaissances scientifiques et médicales avérées et alimente les divisions politiques ainsi que l'instabilité (Kanem, 2023 ; Institut Guttmacher, 2017).

Les réticences entravant l'accès à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction entraînent une marginalisation accrue des communautés déjà laissées pour compte ou mises de côté. Les initiatives visant à contrôler les naissances et à restreindre l'autonomie corporelle ont une incidence disproportionnée sur les migrants, les personnes handicapées, les communautés minoritaires et autochtones et bien d'autres groupes de population. L'absence d'éducation complète à la sexualité compromet l'exercice des droits à l'information et à l'éducation, et réduira probablement les possibilités des jeunes disposant de peu de ressources pour obtenir des réponses précises à leurs questions. Le non-respect des droits des personnes affichant une orientation sexuelle ou une identité de genre différente est de plus en plus flagrant (El Chamaa, 2023). Si la tendance mondiale est à la dépénalisation des rapports sexuels et de l'identité des personnes LGBTQIA+, une multiplication des peines (parmi lesquelles figurent des sanctions aussi sévères que la peine de mort) a été observée dans les pays qui continuent de les interdire, même s'il est clairement prouvé que la criminalisation entraîne non seulement des taux accrus d'infection à VIH, mais aussi des violations des droits fondamentaux et des effets néfastes sur les économies (HIV Policy Lab *et al.*, 2023).

La régression et la polarisation nuisent à la stabilité et au climat de confiance dans les sociétés, et exposent davantage les populations à la désinformation et au mensonge (Gupta *et al.*, 2023 ; Osmundsen *et al.*, 2021). Pour aller de l'avant, nous devons nous appuyer sur nos convictions communes : aucune femme ne doit mourir en donnant la vie ; chaque individu a le droit de décider s'il souhaite ou non fonder une famille, quand et avec qui ; toutes les personnes doivent pouvoir faire des choix concernant leur corps, sans violence ni contrainte ; lorsque les femmes et les filles ont les moyens de façonner leur propre destin, cela favorise leur épanouissement, mais aussi celui de la société. Par ailleurs, comme l'ont implicitement reconnu les participants à la CIPD, les droits et le bien-être de chaque individu sont inextricablement liés aux droits et au bien-être des autres êtres humains. Lorsque les droits d'une personne sont en péril, ce sont les droits de chacun d'entre nous qui sont en réalité menacés (Nations Unies, 2020).

Les féministes et les représentants d'autres mouvements qui ont collaboré avec les États membres dans le cadre de l'élaboration du programme de la CIPD avaient bien compris ce principe. En amont de la conférence tenue au Caire en septembre 1994, une grande délégation de femmes venues du monde entier s'est réunie et mobilisée pour faire de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction les fondements du militantisme en faveur des femmes ainsi que les piliers de l'éradication de la pauvreté, du développement durable et de l'exercice des droits fondamentaux dans leur ensemble (Corrêa *et al.*, 2015). Neuf mois avant la CIPD, des femmes originaires de 79 pays ont participé à une conférence préparatoire de niveau mondial à Rio de Janeiro, où elles ont pris fermement position contre les politiques démographiques coercitives et ont mis en lumière les inégalités structurelles inhérentes qui constituent selon elles « les facteurs sous-tendant l'accroissement de la pauvreté et de la marginalisation des femmes, la dégradation de l'environnement, la multiplication du nombre de migrants et de réfugiés et la montée

du fondamentalisme partout dans le monde » (Anon, 1994). Quatre mois avant la Conférence, un collectif de féministes noires originaires des États-Unis a profité de la mobilisation internationale pour promouvoir la justice reproductive – un concept qui va au-delà de l'accès aux soins de santé reproductive pour lutter contre de multiples formes d'injustice économique, sociale, politique et environnementale qui ont toutes une incidence néfaste sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction et auxquelles il convient de remédier afin d'obtenir des résultats globaux qui bénéficieront aux populations les plus marginalisées (Ross, 2017).

Aujourd'hui, un large éventail de mouvements populaires s'inspire de ces idées en vue de renouveler l'appel en faveur de la justice et du développement. Différents groupes, souvent dirigés par des personnes issues de peuples marginalisés, s'unissent pour évoquer ensemble les préoccupations exprimées dans le monde entier et établir des liens entre ces dernières, qu'elles concernent le droit à l'autonomie corporelle ou la préservation de notre planète. Leur influence commune constitue un outil efficace et prometteur, tandis que les recherches indiquent que des changements sociaux de grande ampleur peuvent être mis en œuvre dès lors que 25 % de la population se prononce en leur faveur (Sloane, 2018).

Parmi les nombreux signes encourageants figurent la cohérence accrue entre les actions menées par divers mouvements locaux ou différentes organisations de la société civile et les initiatives visant à garantir la santé et les droits en matière de reproduction, et vice versa. Par exemple, des femmes autochtones se mobilisent pour mettre un terme à la destruction des ressources environnementales, car elle porte atteinte non seulement à leur culture et à la relation qu'elles entretiennent avec la terre, mais aussi à leur santé et à leur droit de choisir d'avoir ou non des enfants. De jeunes militants font campagne en faveur de la justice climatique, qui est de plus en plus reconnue comme indissociable de la justice reproductive (McGovern *et al.*, 2022). Ils ont insisté

sur le fait que les communautés pauvres les plus durement touchées par les changements climatiques sont accusées à tort d'aggraver cette crise en raison de leurs taux de fécondité élevés – alors même que les pays les plus riches affichant une fécondité plus faible demeurent les principaux responsables des émissions de gaz à effet de serre.

En Inde, les militantes dalits ont plaidé en faveur de l'instauration de mécanismes de protection juridique pour les femmes victimes de discriminations fondées sur la caste sur leur lieu de travail et dans le système éducatif. Sans leur mise en place, nombre d'entre elles seront trop pauvres pour subvenir aux besoins de leur famille et offrir une vie digne à leurs enfants,

ce qui contribue à perpétuer une mauvaise santé sexuelle et reproductive. Par exemple, près de la moitié des femmes dalits ne bénéficient d'aucun soin prénatal ; par ailleurs, la violence basée sur le genre, dont les taux sont très élevés, est considérée comme un moyen de contrôle et d'oppression (McGovern *et al.*, 2022).

Les affaires dans lesquelles les droits des femmes ont été largement annihilés, comme en Afghanistan, ont permis de fédérer des militantes, des défenseurs des droits fondamentaux, des responsables politiques et d'éminents juristes autour d'un projet visant à définir le concept d'apartheid basé sur le genre et à l'ériger en crime contre l'humanité (Bahous, 2023 ; Nia, 2023).

Un retour en arrière

Après des décennies de progrès, nous avons récemment observé une détérioration de l'accès à la santé sexuelle et reproductive et des droits en la matière. L'éducation complète à la sexualité, qui faisait autrefois l'objet d'un consensus quasi universel, est de plus en plus contestée, notamment dans le cadre des négociations internationales (Nations Unies, 2023a). Selon les organisations de défense des droits, les restrictions liées à l'avortement dans un pays se répercutent dans d'autres (Fòs Feminista, 2023), et les professionnels de la santé sont de plus en plus amenés à s'interroger sur la légalité des services essentiels de santé sexuelle et reproductive (Kanem, 2023).

L'opposition est une réaction courante face aux progrès. Comme le souligne le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « les autorités de plusieurs pays ont observé une flambée de violence homophobe et transphobe au lendemain des réformes législatives très médiatisées qui visaient à mieux protéger les droits des personnes LGBT. Ce phénomène fait écho à d'autres épisodes historiques : les tentatives passées d'élimination de la ségrégation raciale et de la discrimination ont entraîné des réactions hostiles similaires à l'égard des membres des minorités raciales » (HCDH, n. d.). L'enjeu est donc de cultiver l'espérance et de faire perdurer la dynamique engagée face aux oppositions.



Mise à mal par les crises, la continuité des services de santé est assurée par les membres de la communauté

Duha, mère célibataire de 28 ans, résidait dans la province de Hatay lorsque deux tremblements de terre ont frappé la Turquie, en février 2023. Suite à la catastrophe, elle et ses trois jeunes enfants, déjà réfugiés de la guerre en République arabe syrienne, ont été forcés de quitter leur hébergement provisoire pour s'installer dans une tente de fortune.

Tombée enceinte peu après la crise, Duha a souffert pendant des mois d'une infection du tractus urinaire ; une pathologie qui, selon elle, serait particulièrement commune chez les survivantes de cataclysmes, étant donné l'insalubrité des installations sanitaires. « Face aux pénuries d'eau propre, les infections sont monnaie courante ».

Une de ses principales préoccupations concerne d'ailleurs l'accès limité aux soins de santé. En effet, si en vertu de la législation turque, les réfugiés syriens enregistrés disposent d'une protection temporaire leur permettant d'accéder gratuitement aux centres de santé familiale et centres de santé pour migrants, dans la province d'Hatay, non loin de l'épicentre du tremblement de terre, de nombreux services n'étaient plus opérationnels. Ceux qui l'étaient ont quant à eux été submergés par l'ampleur de la demande.

Par chance, Duha a pu être prise en charge par D^{re} Eda Gülüm qui, en tant que membre de l'association turque des spécialistes de la santé publique (HASUDER), rendait régulièrement visite aux femmes et aux filles des régions touchées par la catastrophe.

En plus de dispenser des consultations pré et postnatales, des conseils en matière de planification familiale, ainsi que des traitements pour un certain nombre de maladies courantes, comme les cystites, les vaginites ou encore les infections du tractus urinaire, les unités itinérantes de l'HASUDER, avec le soutien de l'UNFPA, organisent des sessions de groupe destinées à sensibiliser les patientes au cancer du sein, à l'hygiène personnelle, à la contraception et à la prévention des infections sexuellement transmissibles.

« Nous avons pris ses constantes et procédé à un examen abdominal. Nous nous sommes assurés qu'elle puisse bénéficier des visites prénatales habituelles et lui avons fourni un kit de maternité comprenant des vêtements pour bébé, une couverture et des produits de toilette », précise D^{re} Gülüm.

À la suite de cette expérience, Duha s'est investie pour améliorer la prise en charge d'autres femmes.

« Elle parlait turc couramment et souhaitait aider le personnel de santé à atteindre davantage d'entre elles. Dès qu'une femme de son voisinage en avait besoin, elle se chargeait de la mettre en lien avec des médecins ou gynécologues » affirme D^{re} Gülüm.

Bien que le droit à la santé soit entériné par de nombreux accords internationaux, dans les contextes de déplacement, de conflit ou de crise, où les systèmes de santé en place sont compromis et les populations de patients déracinées, celui-ci est fréquemment menacé ou bafoué. Les services de santé sexuelle et reproductive sont en outre rarement considérés comme prioritaires dans le cadre des interventions d'urgence, ce qui a pour effet d'accroître disproportionnellement les conséquences de ces situations pour les femmes et les filles.

Avec l'association turque des spécialistes de la santé publique, D^{re} Gülüm tâche donc de compenser la perturbation des services. Sa maîtrise de l'arabe et de l'anglais, en plus du turc, facilite son travail auprès des communautés touchées par le tremblement de terre. Depuis août 2023, entre 10 et 30 femmes profitent, chaque jour, de ses soins, voire 80 lors des rondes avec l'unité itinérante.

« L'hôpital le plus proche est à 20 minutes de voiture. En l'absence de transports publics dans la région, l'unité itinérante s'efforce également de porter secours aux personnes requérant des soins médicaux urgents », précise-t-elle.

Cette situation, Rama (le prénom a été modifié), 22 ans, en a fait la douloureuse expérience. La jeune Syrienne, vivant elle aussi sous une tente depuis le tremblement de terre, a contacté l'HASUDER après une fausse couche précoce. Face au risque septique, l'unité itinérante l'a aidée à rejoindre l'hôpital public, où elle a pu recevoir un traitement approprié. Quelques jours plus tard, Rama a recontacté l'équipe mobile : « Je voulais que vous sachiez que je m'en suis sortie », leur a-t-elle annoncé.

Pour les femmes ne désirant pas d'enfant, les contextes de déplacement, avec la perte d'accès aux installations de santé de base, sont également un facteur de risque.

« Outre les infections sexuellement transmissibles et les infections du tractus urinaire, la majorité de mes interventions concerne des grossesses non désirées » assure Mme Ceylan Güzey, infirmière et formatrice au sein de Youth Approaches to Health (Y-Peer Türkiye), une association financée par l'UNFPA dans la province de Hatay. « Je forme et sensibilise beaucoup à ces questions ainsi qu'à la planification familiale ».

Depuis mai 2023, Mme Güzey travaille essentiellement auprès des personnes déplacées par la catastrophe. Elle explique qu'au cours de ses visites, l'équipe découvre souvent des pathologies non diagnostiquées ou des traumatismes sous-jacents.



Ceylan Güzey, infirmière, a été témoin d'une augmentation du nombre de grossesses non désirées depuis les tremblements de terre de 2023, ainsi que de signalements de cas d'abus sexuels, de coercition et de trafic d'êtres humains. © UNFPA Türkiye

En distribuant les kits de maternité, par exemple, le personnel peut repérer des signes d'infection sexuellement transmissible non traitée, de violence ou de coercition.

« Depuis le début de la crise, nous avons été témoins d'une augmentation du nombre de grossesses non désirées, ainsi que des cas d'abus sexuels, de coercition et de trafic d'êtres humains... C'est flagrant ».

Afin de réduire la prévalence des grossesses non désirées, Mme Güzey tâche d'inclure davantage les hommes dans ses consultations. « Je travaille principalement avec les femmes, mais de plus en plus de couples viennent

me demander conseil. Avant, c'était bien moins fréquent, car les hommes étaient réticents à assister aux rendez-vous médicaux et à solliciter une contraception ».

Malgré l'incidence néfaste de la perturbation des services, Mme Güzey soutient qu'il existe certains avantages à se rendre directement auprès des patientes et patients déplacés. « Avant le tremblement de terre, le travail de santé sexuelle et reproductive avait quelque chose de l'ordre du mystère, c'était un peu tabou. Aujourd'hui, les hommes sont plus au fait de ces questions. Ils se sentent moins menacés par la contraception. »

Le vocabulaire de l'inégalité

Le vocabulaire que nous employons pour aborder les inégalités revêt une importance particulière. Nous devons absolument éviter de présenter une personne ou une communauté comme impuissante ou de moindre importance. Si nous avons eu tendance à utiliser les adjectifs « marginalisés » ou « opprimés » pour qualifier des groupes entiers, nous nous efforçons de plus en plus à mettre des mots sur les conditions spécifiques susceptibles d'entraver l'accès aux droits et à la liberté de choix. C'est pourquoi l'UNFPA ne met plus l'accent sur les *groupes* les plus défavorisés, mais sur les *facteurs* d'exclusion. Certains experts et certaines organisations font désormais référence aux personnes « mises de côté » (Kharas *et al.*, 2019) plutôt qu'aux personnes « laissées pour compte » afin d'éviter d'insinuer que la marginalisation résulte des échecs ou des faiblesses d'une communauté. De nombreux acteurs utilisent les expressions « ne laisser personne de côté » et « aider les plus défavorisés en priorité », deux principes qui sont au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (UNFPA, 2021a). Nombre de ces termes sont utilisés dans le rapport, non pas pour exprimer des préférences terminologiques, mais pour reprendre les mots employés dans les documents sources et/ou rassembler les recherches dans un texte cohérent et compréhensible. Les auteurs reconnaissent que, de manière générale, le vocabulaire désignant l'égalité et les inégalités est en constante évolution. Nous devons nous tenir à l'écoute de tous les membres de nos organisations pour en tirer sans cesse des enseignements.

Le présent rapport utilise les termes et définitions qui suivent :

Ne laisser personne de côté (définition tirée du Programme de développement durable à l'horizon 2030) (Nations Unies, 2015) – le principe de « ne laisser personne de côté » incarne l'engagement pris par tous les États membres des Nations Unies en vue d'éliminer la pauvreté sous toutes ses formes, de réduire les inégalités et de mettre fin aux discriminations et à l'exclusion.

Laissé pour compte/mis de côté – ces expressions sont utilisées pour qualifier les personnes qui se heurtent à des obstacles dans l'exercice de leurs droits et de leur liberté de choix en raison des inégalités systémiques auxquelles elles sont confrontées. Elles sont toutes deux employées dans le présent rapport.

Les plus défavorisés – il s'agit des individus qui sont le plus privés de leurs droits et de leur libre arbitre. Les personnes les plus défavorisées font souvent face à de multiples injustices qui se renforcent mutuellement et sont source de difficultés extrêmes, voire d'exclusion. Il convient de noter que les circonstances qui conduisent à l'exclusion dépendent du contexte et découlent de facteurs sociaux, politiques et culturels plus généraux qui peuvent considérablement varier d'un pays à un autre.

Égalité – caractère de ce qui est égal, en particulier en ce qui concerne la valeur, le statut, les droits ou le traitement devant la loi.

Équité – ce terme est souvent utilisé pour mettre en lumière le fait que la répartition équitable des ressources et des perspectives peut tout de même aboutir à des résultats injustes en raison des injustices et des privilèges existants.

Inégalité – caractère de ce qui n'est pas égal, en particulier en ce qui concerne le statut, les droits ou le traitement devant la loi.

Iniquité – caractère de ce qui n'est pas équitable.

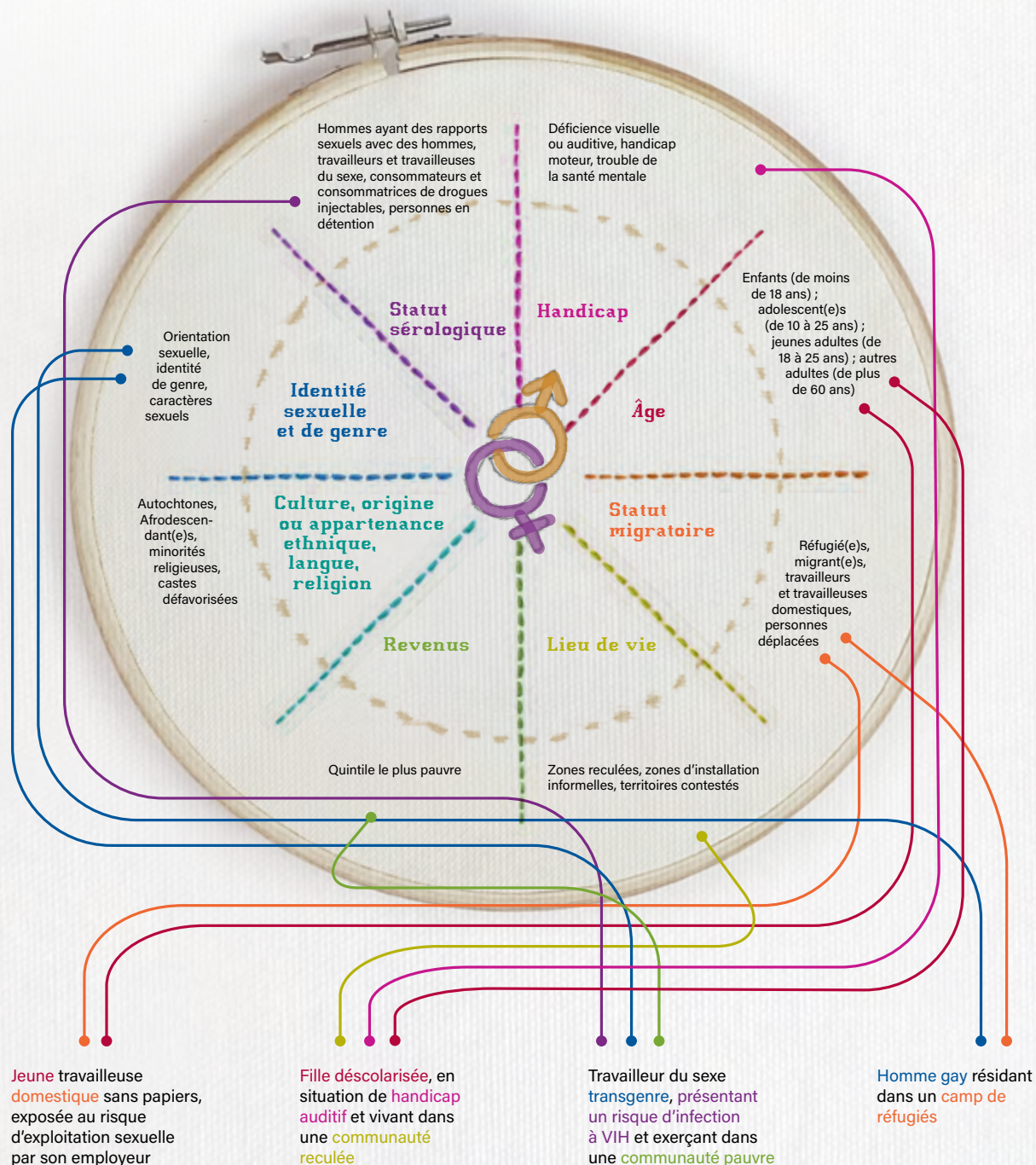
Marginalisé – une personne ou un groupe considéré comme insignifiant ou de moindre importance en raison de son identité. Un individu peut être marginalisé du fait, entre autres, de son identité sexuelle, ethnique ou religieuse, de sa classe, de sa caste, de son niveau d'éducation, de sa situation économique ou de son handicap.

Vulnérable – les personnes vulnérables sont exposées à l'exploitation, à la maltraitance et à d'autres pratiques néfastes. Cet adjectif est couramment utilisé, mais peut s'avérer problématique lorsque les facteurs à l'origine de la vulnérabilité, tels que l'absence de perspectives et les obstacles entravant l'accès aux services, ne sont pas pris en compte.

FIGURE 1

Facteurs d'exclusion se superposant aux inégalités de genre

La marginalisation de certaines populations et communautés est favorisée par une interaction entre le genre et de nombreux autres facteurs, tels que l'origine ou l'appartenance ethnique, la caste, la langue, la religion, la situation au regard du handicap, le statut VIH/sida, le statut migratoire, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, etc. Les questions liées au genre (centre de l'illustration) et les facteurs de marginalisation (premier cercle) se manifestent de différentes façons (exemples mentionnés dans le cercle extérieur). Concrètement, les individus peuvent se caractériser par différentes identités ou faire face à diverses circonstances qui se cumulent (bas de l'illustration), avec des effets préjudiciables sur leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs.



Source : Adapté de l'UNFPA, 2021a.

Le mouvement « Green Wave », qui se répand dans toute l'Amérique latine depuis son éclosion lors des manifestations contre les taux révoltants de féminicide, a contribué à transformer l'engagement militant et à faire évoluer les lois sur l'avortement dans une région autrefois connue pour imposer certaines des restrictions les plus sévères (Carpenter, 2019). Comme l'a déclaré une militante, « [I] es cris de colère, de douleur et de joie et l'élan de solidarité féminine dans les rues ont sans aucun doute placé le mouvement féministe au centre de l'attention publique en tant que mouvement fort et nécessaire qui appelle à changer radicalement nos modes de vie » (Kharas *et al.*, 2019).

Une meilleure compréhension des leviers du changement

Si certaines personnes continuent d'être mises de côté, nous pouvons – et espérons – réaliser de rapides progrès en nous appuyant sur les accords mondiaux visant à garantir l'équité, l'un des principaux thèmes du Programme 2030 (Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, 2017). Des études montrent que l'amélioration de l'accès à la santé reproductive et maternelle chez les populations pauvres s'est accélérée ces dernières années, ce qui contribue à nourrir notre optimisme (Ghebreyesus *et al.*, 2020). Toutefois, les progrès demeurent inégaux, les groupes aisés continuant d'afficher des niveaux de couverture sanitaire beaucoup plus élevés (Amouzou *et al.*, 2020).

Autre signe encourageant, nous disposons de plus en plus de connaissances sur les populations qui continuent d'être mises de côté, les raisons de cette exclusion et les mesures à prendre pour y remédier. La pauvreté est de plus en plus considérée comme le principal facteur d'inégalité. Les progrès divergent également de manière significative (Ghebreyesus *et al.*, 2020) si l'on s'intéresse aux autres facteurs qui entraînent des difficultés d'accès aux services, conduisent à des problèmes de santé ou compromettent l'accès à la santé et aux droits en

matière de sexualité et de reproduction. Parmi ces facteurs figurent le genre, l'âge, la culture, l'origine et l'appartenance ethniques, la langue, la religion, la situation au regard du handicap, le statut VIH/sida, le lieu de résidence, le statut de migrant, de demandeur d'asile ou de personne en déplacement, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Cette liste est non exhaustive, et même au sein des populations qui présentent des difficultés communes, des réalités complexes et diverses peuvent les priver de leur droit à la santé sexuelle et reproductive à différents égards (UNFPA, 2021a). Dans tous les cas, un principe essentiel des droits fondamentaux demeure : quels que soient le lieu et la forme des discriminations, des préjugés, des vulnérabilités et des inégalités, ils doivent toujours faire l'objet de mesures correctives.

Depuis 1994, d'importants accords internationaux ont clairement défini les responsabilités et les obligations des différents acteurs afin de supprimer les disparités concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. Ils ont permis de codifier les droits des personnes handicapées et des peuples autochtones, en complétant les conventions existantes sur les droits des femmes et l'élimination de la discrimination raciale. Parmi les accords régionaux orientés vers l'avenir, nous pouvons citer le Consensus de Montevideo sur la population et le développement, qui entend promouvoir et protéger les droits en matière de sexualité et de reproduction en tant que piliers de la justice sociale et du développement durable. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, un accord révolutionnaire mieux connu sous le nom de « Protocole de Maputo », a conduit à la levée des restrictions liées à l'avortement dans plus d'une demi-douzaine de pays, notamment des interdictions datant de l'époque coloniale qui alimentaient les forts taux de mortalité maternelle (voir la page 60 sur l'histoire coloniale) (McGovern *et al.*, 2022).

C'est en comprenant les facteurs qui marginalisent les populations et les communautés et en acceptant d'y remédier que nous pourrions opérer de nouveaux choix.

Les crises humanitaires, facteur de marginalisation

Les situations d'urgence humanitaire touchent de façon disproportionnée les femmes et les filles, les personnes handicapées, les personnes autochtones, les personnes à l'identité de genre ou à l'orientation sexuelle différente, les personnes âgées et les adolescentes et adolescents. Les inégalités entre les genres et les discriminations préexistantes à l'égard des groupes marginalisés sont exacerbées en période de crise. La violence basée sur le genre est elle aussi en hausse. Malgré ce constat, les activités de prévention, d'atténuation et d'intervention relatives à ce type de violence font partie des secteurs humanitaires les moins bien financés et les plus négligés (OCHA, n. d.). Le manque de financement en situation de crise accroît également la vulnérabilité des personnes à risque : les victimes sont susceptibles d'être exclues, notamment des soins vitaux. Par ailleurs, la diminution de l'aide alimentaire et d'autres mesures d'assistance est étroitement liée à une augmentation de la violence liée au genre. Au Tchad, la construction de deux nouveaux camps de réfugiés n'a pas pu aboutir et nombre de femmes et filles déplacées ont dû rester dans un camp surpeuplé où elles n'étaient pas suffisamment protégées de la violence (OCHA, 2023).

L'insuffisance des ressources limite également l'accès aux soins de santé pour les personnes qui vivent dans des zones difficiles à atteindre. Ainsi, en Éthiopie, les équipes médicales mobiles n'ont pu atteindre que 36 % des personnes ciblées, et de nombreuses communautés isolées restent mal desservies. De même, en Afghanistan, environ 170 établissements de santé fixes et mobiles ont dû interrompre leur activité, limitant les soins de santé primaires pour un million de personnes, notamment des femmes enceintes, des enfants et des personnes handicapées (OCHA, 2023).

Toutefois, le problème ne se résume pas à une question de vulnérabilité. Les organisations locales de femmes ou dirigées par des femmes qui sont en première ligne pour intervenir dans les situations d'urgence ont un rôle essentiel à jouer pour répondre aux besoins des communautés marginalisées. Il convient donc de garantir leur participation pleine, équitable et significative, tout en renforçant leurs capacités de leadership. Alors que ces organisations demeurent encore insuffisamment financées et représentées, des progrès sont à l'œuvre. En 2023, 10 équipes de pays pour l'action humanitaire avaient au moins une organisation locale de femmes parmi leurs membres. Au Yémen, l'équipe de pays pour l'action humanitaire comptait même deux organisations locales de femmes et une organisation locale de personnes handicapées. Pour ce qui est des conseils consultatifs des Fonds de financement commun pour les pays, qui attribuent des financements aux acteurs humanitaires, 13 sur 19 représentaient au moins une organisation locale de femmes. Bien que ces avancées soient prometteuses, il reste un long chemin à parcourir.

Ce texte a été rédigé avec la contribution du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies.

Les travailleuses de l'industrie textile s'organisent contre les violences basées sur le genre

« Les femmes de l'industrie textile peuvent désormais s'exprimer librement contre la violence au travail, sans craindre de représailles », se félicite Thivya Rakini, présidente du Tamil Nadu Textile and Common Labour Union (TTCU), un syndicat défendant les ouvriers et ouvrières du textile dans l'État du Tamil Nadu.

Il s'agit là d'une avancée majeure pour les milliers d'employés de l'industrie, et plus particulièrement pour les jeunes femmes, qui représentent la majorité de la force de travail de la filière. Avec plus de 2 000 manufactures et 280 000 employés, le Tamil Nadu est le plus grand État producteur de fil de coton d'Inde. Ses usines alimentent non seulement le marché national, mais également le marché mondial, où elles fournissent des marques très populaires. Bien que le personnel de l'industrie soit principalement constitué de jeunes femmes, les postes à responsabilité et fonctions de supervision sont en grande partie occupés par des hommes. Une dynamique de pouvoir inégale qui peut se trouver exacerbée par des facteurs tels que la caste ou le statut migratoire, ou encore par le manque de réactivité de l'entreprise face aux actes répréhensibles commis en son sein.

Pourtant, les syndicats existants étaient réticents à s'attaquer à

la question de la violence et du harcèlement basés sur le genre. « Au Tamil Nadu, ces syndicats étaient tous dirigés par des hommes. Le personnel d'encadrement et de direction des usines était également entièrement masculin. Les problèmes des femmes n'y avaient donc pas vraiment leur place », déplore Nandita Shivakumar, conseillère syndicale au sein du TTCU. « Au-delà de la question du salaire, ce que les travailleuses voulaient, c'était que l'élimination des injustices liées au genre figure au programme des revendications. »

« La main-d'œuvre des manufactures est constituée à 80 % de femmes, dont 60 % issues de la communauté dalit », une caste marginalisée en Inde, précise Mme Rakini. « Les membres de l'encadrement et de la direction, eux, sont des hommes de castes supérieures. Ce n'est pas dans leur habitude de se remettre en question lorsqu'un ouvrier ou une ouvrière dalit leur signale des manquements. C'est au-dessus de leurs forces. »

Frustrées, les travailleuses de l'industrie textile ont pris la décision de s'organiser pour défendre elles-mêmes leurs intérêts. C'est ainsi que le TTCU, l'un des premiers syndicats du Tamil Nadu dirigés par des femmes, qui plus est des femmes dalits, est né. Très vite, de nombreuses ouvrières

sont venues grossir les rangs, le syndicat dénombrant désormais plus de 11 000 membres. Le climat de confiance régnant entre les leaders syndicaux et les adhérents ont permis au TTCU d'agir de manière décisive lorsque la tragédie a frappé : en janvier 2021, après plusieurs mois de harcèlement sexuel, Jeyasre Kathiravel, une femme dalit, a été assassinée par son superviseur à l'usine textile de Dindigul, détenue par Eastman Exports. Sa mort a marqué un point de rupture. En plus d'obtenir justice pour Jeyasre, les travailleuses étaient décidées à susciter un changement systémique pour protéger toutes les femmes de l'industrie.

« Ce qui a fait la différence dans le meurtre de Jeyasre, c'est qu'il s'est produit dans un village où le TTCU était fortement implanté », explique Nandita Shivakumar. « Les femmes du village étaient des adhérentes de longue date. Jeyasre et sa mère étaient toutes deux membres du syndicat. La conjugaison de toutes ces circonstances a fait que tout le monde s'est montré très solidaire. La tendance qu'on observe quelquefois, consistant à rejeter la faute sur la victime, ne s'est pas du tout fait ressentir [...] Cette fois-ci, quoi qu'il arrive, nous allons nous battre. C'était un peu le "Me Too" des ouvrières. »

Leur chagrin et leur frustration, ces femmes ont choisi de les mettre au profit de la campagne mondiale « Justice for Jeyasre ». En avril 2022, le mouvement a finalement atteint son apogée, avec la signature de l'Accord de Dindigul pour éliminer la violence et le harcèlement basés sur le genre. Ce pacte historique a permis d'instaurer de multiples protections sur le lieu de travail, tout au long de la chaîne d'approvisionnement. Un système de vérifications et de compensations assure désormais la redevabilité de l'entreprise à tous les niveaux en matière de violence et de harcèlement basés sur le genre. Dans le cas où le personnel d'encadrement manquerait à respecter les termes de l'accord, les signataires sont dans l'obligation légale d'appliquer des sanctions commerciales à l'encontre d'Eastman Exports. Le principal fournisseur de l'usine, le TTCU et ses alliés, notamment l'Asia Floor Wage Alliance et le Global Labor Justice-International Labor Rights Forum, mais également des marques internationales de prêt-à-porter, comme H&M Group et Gap Inc, qui s'approvisionnent au Tamil Nadu, ont tous pris des engagements dans ce sens.

Comme le souligne Nandita Shivakumar, grâce à ces efforts, « chaque ligne de production est désormais dotée de surveillantes d'étage. Ces dernières ont un réel pouvoir et peuvent faire remonter les problèmes sans faire l'objet de représailles. »

Le champ d'application de l'accord ne se limite cependant pas au lieu de travail. De nombreux travailleurs de l'industrie textile au Tamil Nadu étant des migrants internes, il n'est pas rare que l'hébergement et le transport des ouvriers soient assurés par l'usine elle-même. Les bus et logements mis à leur disposition constituent toutefois des lieux propices à l'exploitation sexuelle. « Les conducteurs harcèlent les femmes », s'indigne Nandita. « Donne-moi du plaisir et je t'attendrai,



Des membres du TTCU célèbrent la signature de l'Accord de Dindigul. © TTCU

même si tu n'es pas à l'heure » sont des propos couramment entendus. Les propriétaires des usines avaient cependant l'habitude de se dédouaner de toute responsabilité en avançant l'argument suivant : « ce sont des sous-traitants, ce n'est pas de notre ressort ».

L'Accord de Dindigul a permis de mettre un terme à tout cela. « En plus des lieux de travail, nous tenions vraiment à sécuriser les navettes et hébergements fournis par l'entreprise, car c'est là qu'ont lieu de nombreuses infractions... Maintenant, il y a du personnel de surveillance à bord de chaque bus. »

En une année seulement, les résultats de l'Accord ont surpassé les espérances des instigateurs. Et pour preuve, 98 % des griefs ont été résolus (Asia Floor Wage Alliance et al., 2023), dont 100 % des plaintes pour violence et harcèlement basés sur le genre. Plus de 2 000 travailleurs, y compris au sein du personnel d'encadrement, du personnel de soutien et des contractuels externes, ont été formés à identifier et prévenir les abus. L'Accord a également eu des retombées positives pour l'usine de Dindigul. En septembre 2022,

cette dernière, où l'on soupçonnait la pratique du travail forcé, a finalement été supprimée de la liste des fabricants bannis par les États-Unis ; une décision imputable aux nouveaux engagements pris par l'entreprise.

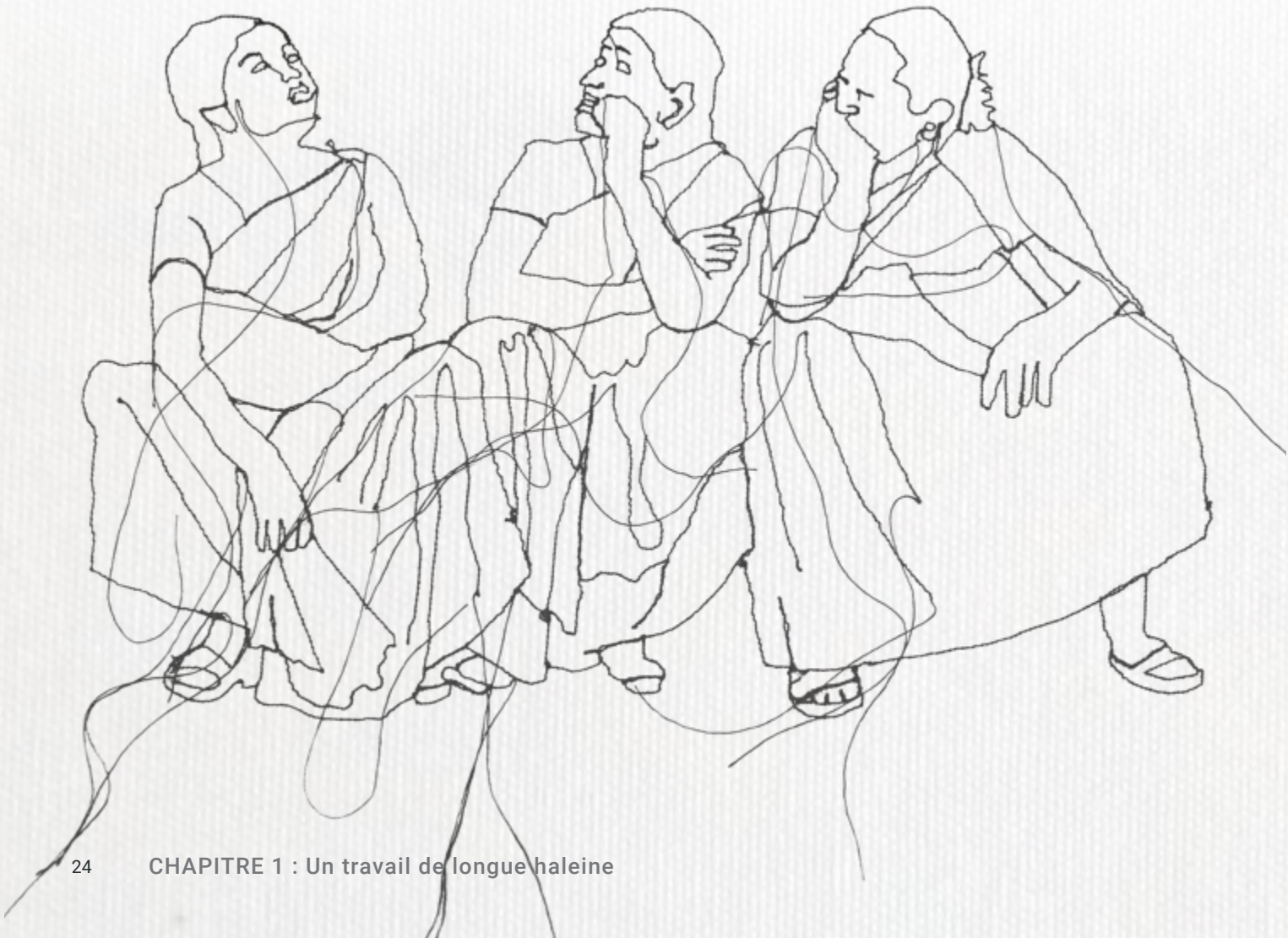
« En un an, nous avons gagné la confiance des travailleurs », se réjouit Thivya Rakini. « Maintenant, la direction doit comprendre que nous ne sommes pas là juste pour lui faire obstacle. Tout ce que nous mettons en place a également un impact favorable sur les affaires. »

Fort de ses précédents succès, le TTCU a entamé des négociations pour faire en sorte que des mesures de protection similaires soient appliquées chez tous les autres fabricants, selon des modalités adaptées aux besoins de leurs ouvriers et ouvrières. « Partout où il sera mis en œuvre, l'accord devra refléter les problématiques propres aux travailleuses locales. C'est ce que notre expérience nous a appris », déclare Nandita Shivakumar. « Mais il nous faut désormais l'étendre à davantage d'usines, pour que ces protections deviennent la norme et que chaque employée en bénéficie. C'est l'objectif qui nous guide. »

Lorsque nous aurons pris les bonnes décisions, nous pourrons alors nous lancer dans la course pour atteindre toutes les personnes, au rythme et à l'échelle nécessaires. De nombreux leviers de changement sont bien connus et ont déjà fait leurs preuves. Nous devons dans un premier temps corriger les déséquilibres de pouvoir ancrés dans la société, les lois, les économies et les structures de soins de santé, car il sera difficile, voire impossible, de promouvoir l'inclusion si les systèmes demeurent fondamentalement discriminatoires. Il convient donc de rééquilibrer de façon proactive les rapports de force entre les hommes et les femmes à tous les niveaux, au sein des familles comme des parlements, tout en s'efforçant d'améliorer la qualité des services et de faire évoluer les normes et comportements (George *et al.*, 2020 ; Herten-Crabb et Davies, 2020).

Différents concepts, tels que celui de la justice sexuelle et reproductive, ont été définis afin de pouvoir reconnaître les multiples facteurs de discrimination et d'iniquité et d'y remédier, notamment en incitant les personnes à déterminer elles-mêmes ce que signifie et sous-tend la notion d'équité (McGovern *et al.*, 2022).

Le recul du mariage d'enfants en Asie du Sud, qui découle d'un meilleur accès à l'éducation pour les filles et d'évolutions économiques qui ont accru les opportunités d'emploi des femmes, constitue un exemple des changements structurels que nous pouvons favoriser. L'engagement en faveur de l'élimination du mariage d'enfants récemment pris par quatre pays abritant un cinquième des jeunes filles mariées se fonde sur un ensemble intégré de solutions dont l'efficacité commence à être démontrée. Celles-ci



comprennent, entre autres, la fourniture d'une assistance sociale tenant compte des questions liées au genre, l'instauration de politiques inclusives en matière d'emploi et l'accès à l'éducation secondaire universelle (Indira *et al.*, 2023).

Des données de meilleure qualité ont été collectées depuis la CIPD et permettent d'engager de nouveaux programmes et investissements. En 1994, nous disposions par exemple de connaissances très limitées sur l'ampleur de la mortalité maternelle ; les données étaient la plupart du temps peu fiables ou inexistantes. De manière générale, les chiffres agrégés sont aujourd'hui largement disponibles. Par ailleurs, les données démographiques et sanitaires recueillies par les institutions internationales et les gouvernements nationaux sont en principe désagrégées selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu et la situation géographique. Les données disponibles sur le handicap augmentent rapidement. Il reste maintenant à déployer des efforts supplémentaires pour dresser un panorama complet de toutes les formes de marginalisation. Les données sur l'origine et l'appartenance ethniques, la langue, la religion, l'appartenance à un groupe autochtone, le statut migratoire et l'identité LGBTQIA+ demeurent rares. C'est en prenant les engagements qui s'imposent et en continuant de tirer parti des nouvelles technologies que nous réaliserons de nouveaux progrès.

Nous comprenons de mieux en mieux la manière dont les services de santé peuvent contribuer à éliminer la discrimination ainsi que les obstacles structurels auxquels se heurtent les personnes mises de côté. Les sages-femmes ont démontré leur capacité à fournir des services et à favoriser l'autonomisation des femmes issues des communautés marginalisées. Il apparaît de plus en plus manifeste que les interventions de santé sexuelle positive peuvent réduire la stigmatisation, inciter les populations marginalisées à recourir aux services, y compris à ceux liés aux infections sexuellement transmissibles et au VIH, et accroître l'utilisation de contraceptifs (Ford *et al.*, 2022 ; Zaneva *et al.*, 2022 ; Starrs *et al.*, 2018). Dans les communautés pauvres, les groupes d'entraide composés de femmes ont prouvé qu'elles étaient capables de transmettre des informations sur les soins de santé et la microfinance afin de répondre aux besoins économiques, ce qui s'est traduit par une amélioration considérable des indicateurs relatifs aux soins prénatals et à la planification familiale. Une des composantes essentielles de ces groupes est que les femmes qui en sont membres définissent elles-mêmes, au niveau local, les conditions dans lesquelles elles mènent leurs activités. Ce modèle devrait être mis en œuvre à plus grande échelle pour faire de la participation aux prises de décisions influant sur notre avenir une règle et non une exception.

Les données démographiques et sanitaires recueillies par les institutions internationales et les gouvernements nationaux sont en principe désagrégées selon le sexe, l'âge, le niveau de revenu et la situation géographique.

Notre passé, notre présent, notre futur

Personne ne veut d'un monde où la moitié des grossesses sont non intentionnelles, où les femmes sont battues au sein de leur propre foyer ou décèdent de causes évitables pendant l'accouchement. Nous aspirons toutes et tous à un avenir où les filles et les femmes savent qu'elles ont la possibilité d'achever leur scolarité, d'occuper un emploi décent, de fonder une famille si elles le souhaitent et de contribuer de manière concrète à l'édification d'une société saine et prospère. C'est la définition même du développement axé sur l'être humain : un développement dynamique, juste et résilient face aux crises.

Les recherches originales présentées dans ce rapport (page 28) montrent comment les obstacles entravant l'accès aux soins de santé rencontrés par les femmes économiquement privilégiées et celles issues de groupes ethniques moins défavorisés ont été éliminés plus rapidement. Elles révèlent en outre que les disparités sont encore plus importantes à l'intérieur des pays qu'entre ces derniers, ce qui montre que chaque société contribue à perpétuer ces injustices et exige la mise en œuvre de mesures correctives à tous les niveaux.

Le chapitre 2 explique les raisons de ce phénomène. Malgré 30 ans de consensus sur le pouvoir d'émancipation qu'offre la santé sexuelle et reproductive, les systèmes qui assurent la fourniture de ces soins demeurent contaminés par les inégalités de genre, la discrimination raciale et la désinformation ancrées de longue date. Toutefois, le processus visant à mettre en lumière ces injustices nous donne la possibilité d'instaurer des systèmes et des pratiques garantissant à *toutes et tous* le respect de leur dignité.

Le troisième chapitre porte sur la révolution mondiale des données, qui a été amorcée d'une certaine manière par la CIPD en appelant à désagréger les données afin de déterminer où et pour qui les besoins non satisfaits

en matière de santé sexuelle et reproductive sont les plus urgents. Cette directive est restée en grande partie lettre morte. Si le monde entend parvenir à la santé et à l'exercice des droits universels en matière de sexualité et de reproduction, la composante relative aux données du programme de la CIPD ne doit plus être négligée.

Le chapitre 4 met en lumière les améliorations qui doivent encore être apportées au niveau de la société, de la santé et de la productivité ainsi que les investissements qui permettront de réaliser des progrès à grande échelle. Les arguments en faveur du recours à la contraception sont désormais irréfutables. Les économistes, les défenseurs des droits et les femmes elles-mêmes estiment que l'accès à la planification familiale contribue à accélérer considérablement le développement du capital humain. Toutefois, investir dans la contraception ne saurait suffire. Ce chapitre présente les avantages offerts par l'autonomie reproductive de manière plus générale.

Enfin, le dernier chapitre est une réflexion sur l'avenir et se fonde sur les analyses réalisées par un consortium d'experts et de chefs de file éclairés dans les domaines de la démographie, du changement climatique, de la santé et de la technologie, afin d'anticiper certains des plus grands défis auxquels seront confrontés les acteurs du programme de la CIPD et, plus généralement, la population mondiale. Il montre que, malgré les menaces du populisme, de la désinformation, des catastrophes climatiques et des déplacements de grande ampleur qui planent au-dessus de nos têtes, l'accès universel et inclusif à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction sera capital, voire crucial, pour garantir à toutes et tous un avenir durable fondé sur le respect des droits.

Les différents chapitres commencent par une réflexion sur les trente dernières années de progrès, pour nous rappeler qu'en dépit des difficultés actuelles et imminentes, la tendance générale est à la réalisation des droits fondamentaux et de l'égalité des genres.

Ils visent ensuite à établir une base sur laquelle fonder notre compréhension commune de l'importance de s'attaquer à la discrimination avant de déterminer la voie à suivre.

L'action en matière de santé est en réalité un combat pour l'égalité, l'autonomie corporelle (Ghebreyesus *et al.*, 2020), la justice et le développement axé sur l'humain. Elle doit contribuer à faire progresser la société et à améliorer les conditions de vie des populations au lieu de les mettre de côté, en offrant à toutes et tous la liberté de choix qui leur est due, pour appréhender leur corps et leur existence. Pour ce faire, nous devons prendre les difficultés à bras-le-corps.

Nous ne devons plus nous contenter de mesurer les expériences humaines en établissant des moyennes approximatives qui occultent la réalité vécue par les groupes marginalisés. Il faudra par ailleurs aller au-delà d'une approche à somme nulle, où les gagnants et les perdants sont toujours les mêmes. Nous pouvons nous inspirer des propriétés géométriques du tissage pour définir une nouvelle vision du potentiel humain. Le procédé du maillage, utilisé dans les cultures et les communautés du monde entier, permet d'accroître considérablement la robustesse des différents fils en les entremêlant. De la même façon, l'accès à l'éducation, l'autonomie, la santé et le potentiel de chaque individu sont limités lorsqu'ils sont considérés isolément, mais se trouvent considérablement renforcés lorsque ceux-ci sont reliés aux droits, à la santé et au bien-être des autres êtres humains. D'ailleurs, il y a 30 ans, les acteurs du Programme d'action de la CIPD se sont accordés à reconnaître que la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de reproduction sont intimement mêlés aux objectifs généraux de développement durable et indissociables de ces derniers. Il s'agit d'une manière à la fois traditionnelle et contemporaine d'appréhender notre monde, un monde où différents fils s'entremêlent pour créer une immense tapisserie et où chaque naissance vient enrichir le tissu de notre humanité collective, pour sublimer et consolider l'œuvre tout entière.



Les Borucas sont un peuple autochtone du Costa Rica. Avant de ramasser les graines, les fleurs, les écorces d'arbres, les escargots de mer et autres éléments naturels dont ils ont besoin pour fabriquer les teintures utilisées pour leurs tissus, ils demandent la permission à « mère Nature », afin de veiller à la durabilité de leurs pratiques et traditions. © Christian Moon/ UNFPA Costa Rica

Évolution des difficultés d'accès aux soins de santé signalées par les personnes interrogées selon leur situation socio-économique et leur origine ethnique

Ces dernières années, nous avons observé une prolifération des méthodes de suivi et d'évaluation des progrès réalisés vers l'élargissement des soins de santé accessibles et abordables à l'échelle mondiale (OMS *et al.*, 2023). Plus particulièrement, les rapports consacrés à la cible 3.8.1 des ODD relative à la couverture des services de santé essentiels fournissent des informations capitales sur le pourcentage de personnes bénéficiant de soins essentiels, le nombre d'établissements et d'agents de santé par habitant, ainsi que sur d'autres indicateurs comparables au niveau international. Toutefois, comme le montre le présent rapport, il est primordial de laisser les personnes s'exprimer en leur propre nom. L'analyse originale présentée ci-dessous met en évidence les changements en matière d'accès aux services de santé qu'ont observés des femmes de différents milieux socio-économiques et de diverses origines ethniques, à partir de leurs propres déclarations.

Des enquêtes démographiques et de santé ont été menées dans 69 pays avec cette optique. Dans ces enquêtes, les femmes doivent indiquer si elles rencontrent ou non de réelles difficultés pour accéder à des soins de santé lorsqu'elles sont malades. Parmi une longue liste de divers problèmes, il a été demandé aux femmes dans tous

les pays ciblés si elles considéraient les quatre difficultés suivantes comme des problèmes majeurs : 1) l'éloignement des établissements de santé ; 2) l'argent nécessaire pour financer le traitement ; 3) la réticence à se rendre seule dans l'établissement ; et 4) la nécessité d'obtenir la permission de recevoir des soins. Les questions ont été posées dans le cadre de plusieurs enquêtes et permettaient de déterminer l'origine ethnique des femmes interrogées dans seulement 25 des 69 pays (soit dans environ un tiers d'entre eux). Cet ensemble de données permet d'examiner les difficultés d'accès aux soins de santé signalées par les femmes, en tenant compte de leur évolution, de différents facteurs socio-économiques (le quintile de richesse, le niveau d'éducation, le lieu de résidence en zone urbaine ou rurale) et de l'origine ethnique. À eux seuls, ces 25 pays représentent quasiment un tiers de la population féminine mondiale et abritent quelque 300 groupes ethniques différents.

Il convient de souligner que les réponses de ces femmes aux questions portant sur l'accès aux services de santé diffèrent largement des mesures relatives à la couverture sanitaire universelle (OMS *et al.*, 2023a) et que les niveaux et les tendances observés peuvent parfois s'avérer contradictoires. De nombreuses autres études et enquêtes sont

réalisées en vue d'évaluer l'accès à la santé et peuvent ainsi nuancer les informations dont nous disposons sur ce thème central.

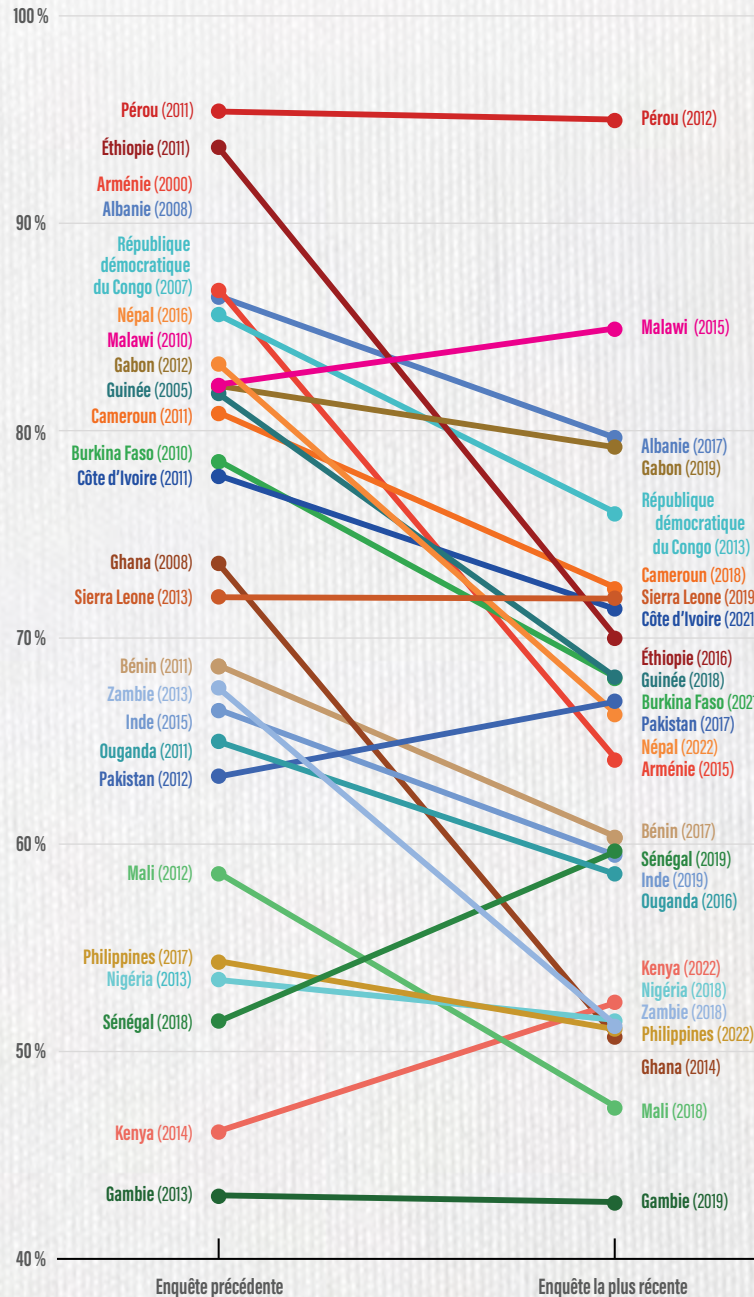
Une amélioration générale, mais à deux vitesses

Les résultats mettent en évidence une tendance générale et encourageante à la réduction des difficultés d'accès aux soins de santé. Au vu des enquêtes les plus récentes (qui ont été menées entre 2012 et 2022, en fonction du pays), 61 % des femmes ont déclaré rencontrer une ou plusieurs difficultés majeures pour accéder aux soins de santé lorsqu'elles sont malades, ce qui représente une amélioration par rapport à la première période d'enquête (2000-2018), au cours de laquelle 67 % des femmes avaient indiqué se heurter à d'importants obstacles.

Cependant, cette analyse révèle de profondes inégalités entre les pays. Par exemple, au cours de la période d'enquête la plus récente, 43 % des femmes rencontraient des difficultés considérables pour recevoir des soins de santé en Gambie, contre 95 % des femmes au Pérou. Si la plupart des pays ont fait état d'une amélioration de l'accès des femmes aux services de santé entre la première et la deuxième enquête, dans un petit nombre d'entre eux, la situation n'a guère évolué (au Gabon, en Gambie, au Malawi, au Nigéria, au Pérou et en Sierra Leone)

FIGURE 2

Proportion de femmes rencontrant de réelles difficultés d'accès aux soins de santé en cas de maladie, par pays



Source : Enquête démographique et de santé

Note : De manière générale, la tendance est à la réduction des difficultés d'accès aux soins de santé (au Malawi, la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué, mais les marges d'erreur sont trop importantes pour en tirer des conclusions).

ou s'est dégradée (au Kenya, au Pakistan et au Sénégal).

Par ailleurs, les inégalités *au sein* des pays sont souvent plus importantes qu'*entre* eux. En effet, les différences observées entre divers groupes socio-économiques et ethniques dans un même pays dépassent généralement l'écart entre les moyennes enregistrées dans plusieurs pays (par exemple, en Gambie par rapport au Pérou). En Albanie, 91 % des femmes roms les plus marginalisées sur le plan socio-économique (les femmes vivant en milieu urbain qui ne sont pas éduquées et qui appartiennent au quintile de richesse le plus bas) rencontraient de grandes difficultés pour accéder aux soins de santé en 2017, contre seulement 5 % des femmes d'origine albanaise les plus privilégiées sur le plan socio-économique (les femmes vivant en milieu rural plus éduquées et appartenant au quintile de richesse le plus élevé). De même, au Burkina Faso, 18 % des femmes sénoufo des zones urbaines ayant réalisé des études supérieures et appartenant au quintile de richesse le plus élevé se heurtaient à d'importants obstacles pour recevoir des soins de santé en 2021, contre 95 % des femmes touareg et bella vivant en milieu rural qui ne sont jamais allées à l'école et appartiennent au quintile de richesse le plus bas.

Richesse, éducation et lieu de résidence : des facteurs qui contribuent à creuser les inégalités

Les femmes les *plus* marginalisées sur le plan socio-économique, qui affichaient le taux de prévalence des difficultés d'accès aux soins de santé le plus élevé lors de la première enquête, sont celles dont la situation a le moins évolué en moyenne. Les femmes les *moins* marginalisées sur le plan socio-économique, qui présentaient le taux de prévalence des difficultés d'accès aux soins le plus faible, sont généralement celles dont la situation a

connu l'amélioration la plus nette, une conclusion qui n'est pas sans rappeler les autres recherches sur la santé révélant des tendances similaires d'équité inverse (Victora *et al.*, 2018). Ces réalités socio-économiques (qui sont liées au niveau de richesse, au niveau d'éducation et au lieu de résidence) sont spécifiques à chaque pays ; dans certains d'entre eux, les habitants des zones rurales sont plus avantagés que ceux des zones urbaines, et inversement. (Voir la note technique page 154).

En moyenne, la proportion de femmes issues des groupes les *plus marginalisés* sur le plan socio-économique qui sont confrontées à de grandes difficultés pour accéder aux soins de santé a diminué de 5 points de pourcentage entre les enquêtes. En revanche, au sein des groupes les *moins marginalisés* sur le plan socio-économique, la proportion de femmes se heurtant à d'importants obstacles a baissé de 8 points de pourcentage.

L'origine ethnique : un facteur d'inégalité persistant

Les disparités en matière de santé sont liées à de multiples facteurs, parmi lesquels l'origine ethnique. Cette recherche s'est intéressée à l'évolution de l'accès de différents groupes ethniques aux soins de santé ; les groupes qui comportaient la plus forte proportion de femmes confrontées à de graves difficultés d'accès ont été considérés comme marginalisés, tandis que les groupes comportant la plus faible part de femmes confrontées à de telles difficultés étaient considérés comme moins marginalisés. Les différences fondées sur l'appartenance ethnique persistent même après avoir pris en considération les niveaux d'éducation et de richesse ainsi que

le lieu de résidence (en milieu urbain ou rural). Autrement dit, les femmes vivant au même endroit qui affichent un niveau d'éducation et de richesse similaire, mais présentant des origines ethniques diverses, déclarent souvent affronter des réalités bien différentes pour accéder aux soins de santé. Tous pays confondus, les femmes les plus défavorisées de leur pays sur le plan socio-économique et les moins marginalisées sur le plan de l'origine ethnique sont 43 % à rencontrer de graves problèmes d'accès aux soins de santé. Pour les femmes les plus défavorisées de leur pays sur le plan socio-économique, mais également les plus marginalisées sur le plan de l'origine ethnique, cette proportion passe à 83 %, soit un écart de 40 points de pourcentage entre des femmes confrontées aux mêmes difficultés socio-économiques, et qui se distinguent uniquement par leur origine ethnique.

En outre, bien que la plupart des pays aient globalement progressé en matière d'accès entre les deux enquêtes, plus de la moitié des pays analysés ont enregistré une aggravation des disparités liées à l'origine ethnique. Dans les 14 pays caractérisés par une aggravation des inégalités liées à l'origine ethnique, les enquêtes précédentes faisaient apparaître un écart de 41 points de pourcentage entre les femmes les plus défavorisées sur le plan socio-économique et les groupes ethniques les moins marginalisés, contre un écart de 48 points de pourcentage dans les enquêtes plus récentes.

Les évolutions observées au sein des groupes ethniques dans les 25 pays ciblés varient, mais une tendance générale se dégage clairement : des

disparités liées à l'origine ethnique concernant les difficultés d'accès aux soins de santé signalées par les personnes interrogées ont été constatées dans quasiment tous les pays et toutes les sociétés dans lesquels les données sont désagrégées selon l'appartenance ethnique. Ainsi, lorsque l'on écoute les femmes s'exprimer sur les problèmes qu'elles rencontrent pour accéder aux services de santé quand elles sont malades (en réalisant des enquêtes couvrant un tiers de la population féminine mondiale), on constate que les disparités liées à l'origine ethnique sont omniprésentes et, dans certains cas, de plus en plus criantes.

Réduire les écarts est possible

Nous avons tout de même quelques bonnes nouvelles. Les différences liées à l'appartenance ethnique ne sont pas aussi aiguës partout dans le monde et des signes encourageants montrent qu'il est possible de combler les écarts. En Guinée, 96 % des femmes guérézè les plus pauvres vivant en milieu rural et non éduquées rencontraient des difficultés d'accès aux soins de santé lors de la précédente enquête, et affichaient ainsi le taux le plus élevé parmi tous les groupes ethniques du pays. Toutefois, ce taux a chuté à 72 % lors de l'enquête la plus récente – une proportion moindre que celle des femmes vivant en milieu rural et issues de tous les autres groupes ethniques présentant un niveau de pauvreté et d'études similaire. Dans la précédente enquête menée au Nigéria, parmi les femmes les plus pauvres vivant en milieu rural qui n'ont pas reçu d'instruction, 87 % des femmes ekoï avaient déclaré se heurter à d'importants obstacles pour accéder aux soins de santé. Lors de l'enquête la plus récente, ce taux a chuté à 64 % et se rapprochait ainsi

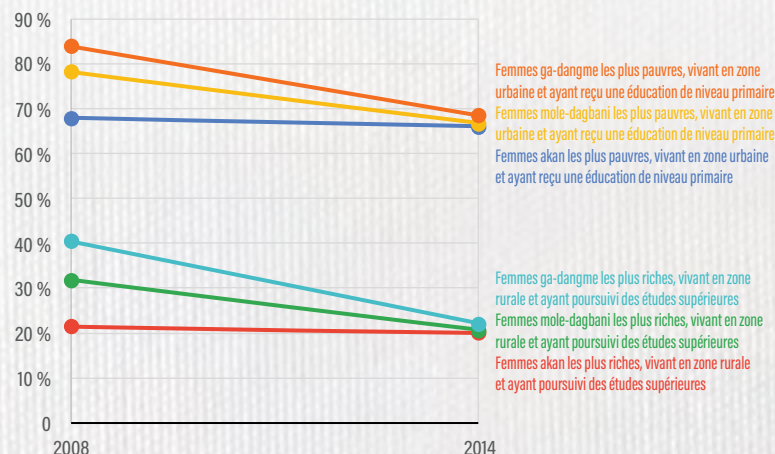
du taux enregistré chez les femmes pauvres des zones rurales issues de la communauté hausa, le groupe ethnique bénéficiant du meilleur accès. (Cependant, ces améliorations n'étaient pas communes à l'ensemble des groupes ethniques de ces pays.)

La situation au Ghana est particulièrement encourageante : l'écart entre la proportion de femmes akan les plus marginalisées sur le plan socio-économique confrontées à de grandes difficultés d'accès aux soins de santé et les femmes ga et dangme est de seulement 3 points de pourcentage, alors qu'il s'établissait à 16 points de pourcentage lors de la précédente enquête. En réalité, les inégalités entre plusieurs autres groupes ethniques et socio-économiques au Ghana ont également diminué entre les deux enquêtes, signe d'un meilleur accès aux soins de santé, mais aussi d'une plus grande équité.

Pourquoi le Ghana a-t-il mieux réussi que d'autres à réduire les inégalités ? Ce phénomène pourrait être lié à l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans le pays au cours de la période couverte par ces enquêtes, notamment à l'adoption d'une politique de gratuité des soins de santé maternelle et à l'institution d'un régime national d'assurance maladie (Aikins et Koram, 2017 ; Blanchet *et al.*, 2012). De nombreux autres pays ont eux aussi mis en place des régimes nationaux d'assurance maladie, mais le Ghana semble avoir choisi de faire de l'équité l'un des principes fondamentaux de ses efforts d'amélioration de l'accès aux soins de santé, non seulement dans l'élaboration des initiatives en la matière, mais aussi dans la conduite prioritaire d'évaluations et de réformes fondées sur des données probantes

FIGURE 3

Ghana. Proportion de femmes rencontrant une ou plusieurs difficultés d'accès majeures aux soins de santé, par origine ethnique, aux deux extrémités de l'échelle socio-économique



Source : UNFPA

Notes : Seuls deux groupes ethniques (les Ga-Dangme et les Mole-Dagbani) semblaient faire état d'un accès aux soins de santé inférieur à celui dont bénéficiait le groupe ethnique majoritaire (les Akan). Les femmes de ces deux ethnies ont depuis rapporté une amélioration progressive de leur accès aux soins, comblant les disparités pointées dans la précédente enquête.

(Phillips *et al.*, 2020). Par exemple, si d'autres pays dotés de systèmes nationaux d'assurance maladie s'appuient essentiellement sur les dépenses à la charge des ménages, le Ghana a considérablement augmenté la part des fonds publics consacrés au financement de la santé (Odeyemi et Nixon, 2013).

Redoubler d'efforts pour des avancées universelles

De manière générale, les analyses réalisées dans ces 25 pays sont riches d'enseignements pour toutes les nations et toutes les communautés. Par exemple, les progrès accomplis à l'échelle mondiale dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé se sont révélés inégaux et, à bien des égards, les personnes les plus défavorisées restent parmi les dernières à en bénéficier.

Par ailleurs, les disparités liées à l'origine ethnique ne se limitent pas à certains pays, mais sont en réalité observées partout où des données pertinentes sur l'appartenance ethnique sont collectées. La mise en lumière de ces disparités ethniques et socio-économiques en matière d'accès aux soins de santé ne doit donc pas être considérée comme une accusation de partialité ni comme un appel à une action politique donnée. Ces disparités doivent plutôt être perçues comme un problème universel, même si les solutions pour y mettre fin ne le sont pas. Toutefois, des progrès *peuvent* être réalisés. Pour les concrétiser, nous devons commencer par donner aux personnes la possibilité d'identifier les inégalités auxquelles elles sont confrontées.



DÉMÊLER

l'écheveau des

INÉGALITÉS

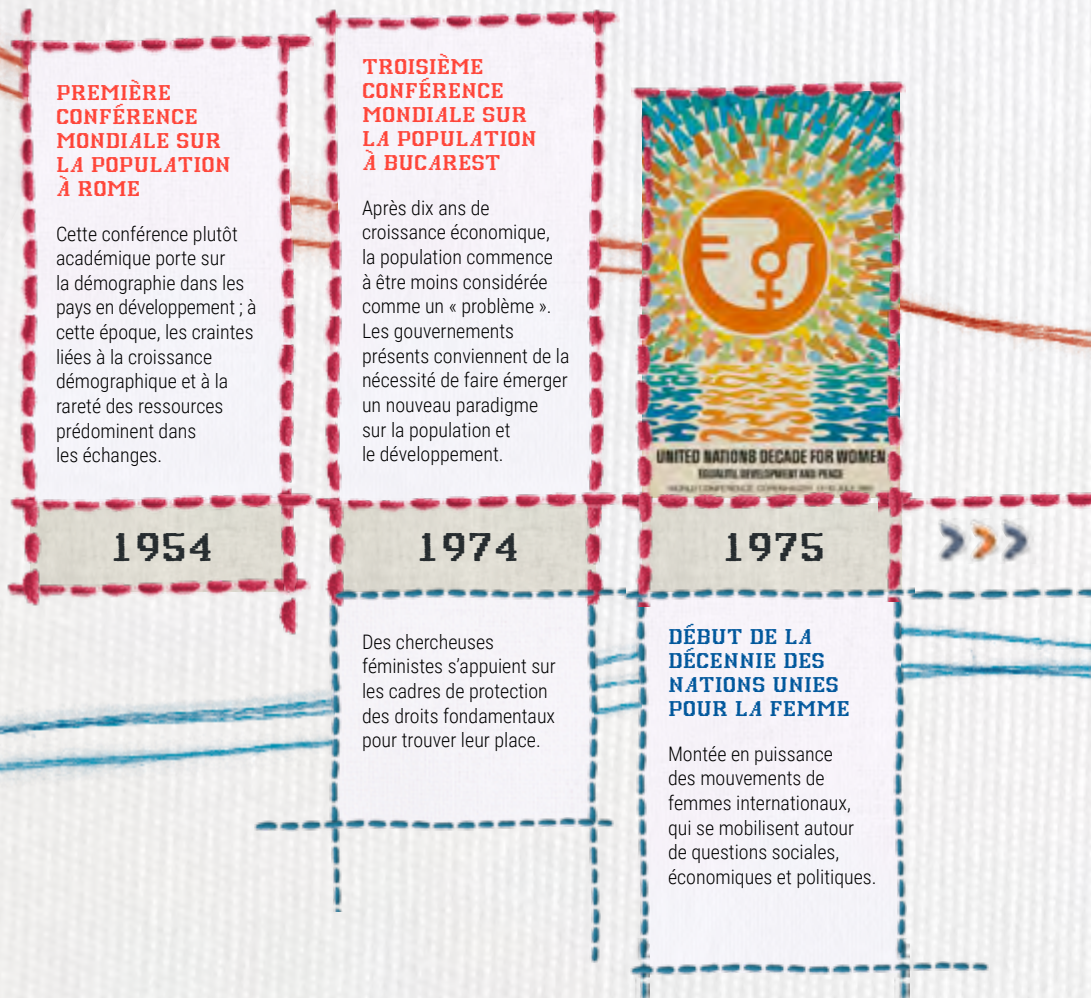


Le Programme d'action de la CIPD a été adopté au lendemain de la Guerre froide, une période d'instabilité et d'incertitude. L'année 1994 a été marquée par la fin de l'apartheid en Afrique du Sud, où les premières élections démocratiques multiraciales ont eu lieu en avril, et le génocide au Rwanda perpétré le même mois. La Suède a légalisé les unions civiles entre partenaires de même sexe (devenant ainsi le troisième pays au monde à les autoriser), alors même que le taux mondial de nouvelles infections à VIH atteignait un pic

sans précédent (ONUSIDA, n. d.). Les promesses contenues dans l'action collective – et les dangers de l'inaction – ont retenu toute l'attention des participants à la CIPD qui s'est tenue au Caire.

Le changement de paradigme dans la manière dont la communauté internationale appréhende les problématiques liées à la population et au développement, qui constitue l'une des principales réussites de la CIPD, est le fruit des efforts collectifs déployés par les États membres et les mouvements

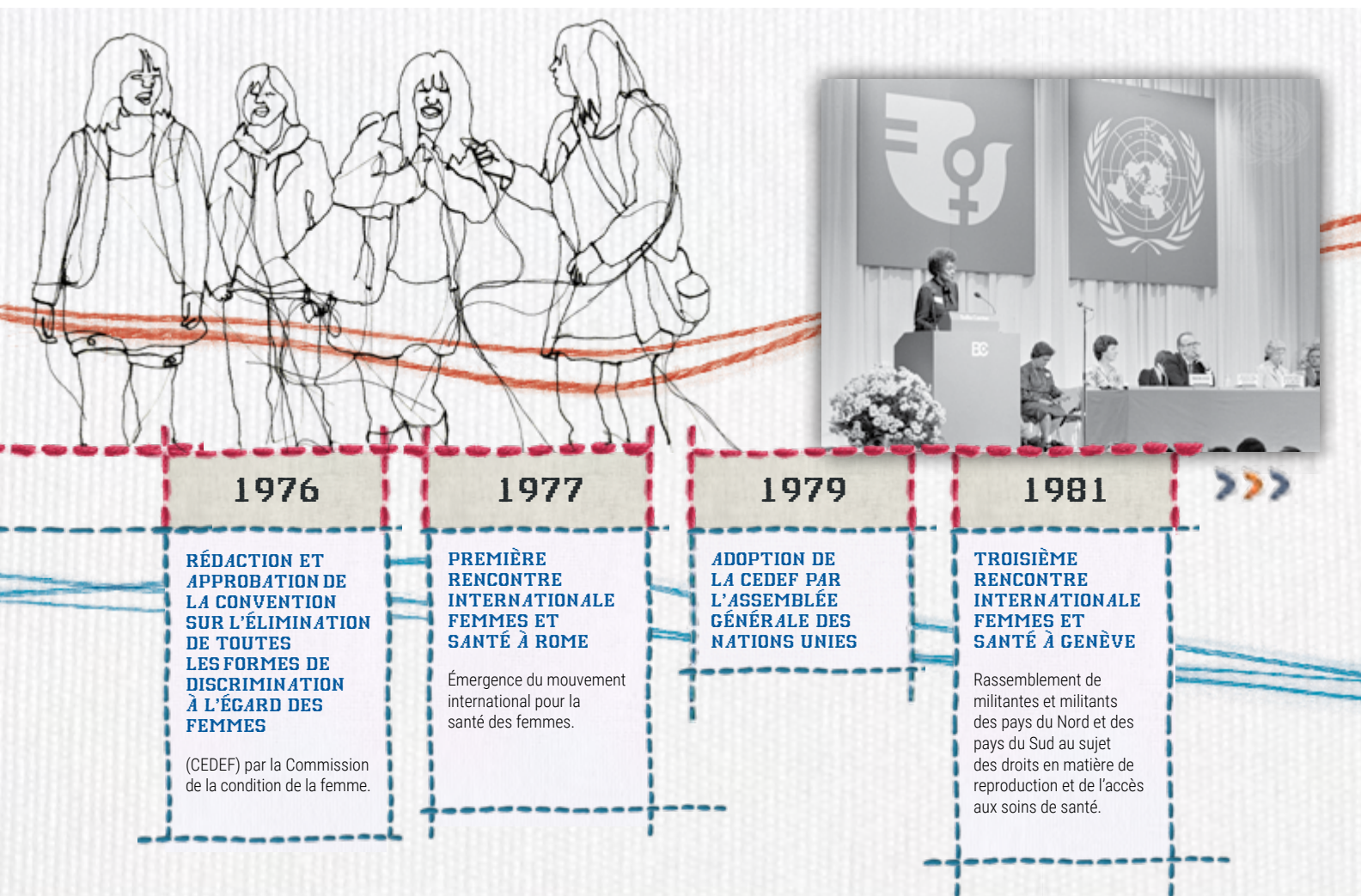
Les mouvements de femmes et féministes internationaux sont à l'origine de la prise en compte des droits des femmes dans les programmes mondiaux de développement. Cette démarche, initiée avant la CIPD de 1994, a ensuite accéléré les progrès dans ce domaine. Cette frise chronologique montre comment la CIPD a fait converger le programme de population et développement et les mouvements féministes, renforçant la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction dans le monde entier.



locaux. Le Programme d'action a permis de présenter les concepts de santé reproductive et de droits en matière de reproduction (deux termes qui étaient déjà utilisés par les mouvements de femmes et les défenseurs de la santé publique) à la communauté internationale dans son ensemble, et de les intégrer aux « droits fondamentaux déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits fondamentaux et dans d'autres textes adoptés par consensus » (UNFPA, 1994). En s'appuyant sur les idéaux des

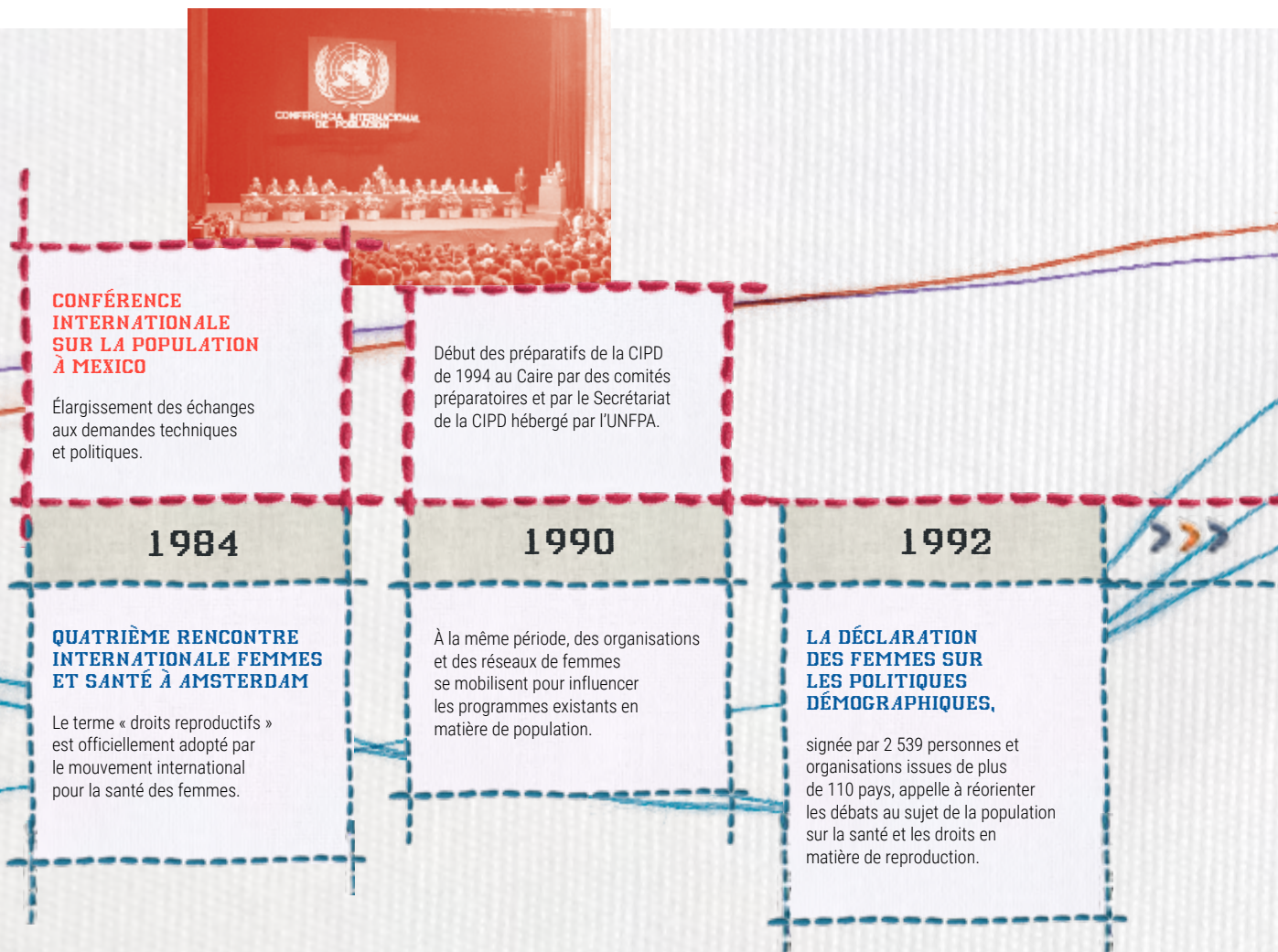
militants locaux ainsi que sur le droit fondamental à la santé, le Programme d'action a pu garantir, selon une logique de consensus, la reconnaissance de l'obligation des États et des systèmes de santé d'assurer la santé sexuelle et reproductive, le respect des droits en matière de reproduction et le bien-être de toutes et tous.

Nous avons déjà conscience du rôle joué par les systèmes de santé dans la réalisation des droits fondamentaux (du droit, parmi d'autres, de jouir du



meilleur état de santé possible) ; mais dans le domaine sensible de la santé sexuelle et reproductive, cette reconnaissance marquait alors un véritable tournant. Le Programme d'action a même permis de trouver un terrain d'entente sur la question brûlante de l'avortement, en établissant que « dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité » et que « dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement ». Le texte

final soulignait que « la santé et le développement personnel des femmes sont largement déterminés par la qualité des services qui leur sont proposés et les choix dont elles disposent », comme l'affirmerait l'année suivante Nafis Sadik, alors Directrice exécutive de l'UNFPA, à l'occasion de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing, mettant ainsi en lumière le rôle des systèmes de santé, des médecins, de la contraception et de l'information pour « libérer les femmes d'un système de valeurs qui prétend que leur seule fonction est de se reproduire ».



Trente ans après la Conférence du Caire, les systèmes de santé, les systèmes d'éducation et les gouvernements (ainsi que les organisations de la société civile qui les obligent à rendre des comptes) ont tenu leurs engagements. Lorsqu'on analyse les lois au regard de leur capacité à garantir un accès complet et équitable aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive – notamment aux soins de maternité, à l'avortement, à la contraception, à l'éducation complète à la sexualité, à la vaccination contre le

HPV et au dépistage, à la prise en charge et au traitement du VIH –, on constate que 76 % de ces lois ont été adoptées dans 115 pays, comme en témoigne l'indicateur 5.6.2 des ODD (UNFPA, 2024a). Par ailleurs, depuis 1994, le droit à l'avortement a été reconnu pour des millions de personnes dans le monde entier : plus de 60 pays ont libéralisé leurs lois en la matière (Centre pour les droits reproductifs, n. d.), alors qu'ils ne sont que quatre à être revenus sur la légalisation de cette pratique.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT (CIPD) AU CAIRE

Rare occasion de parvenir à des accords politiques entre les gouvernements à un moment singulier de la politique mondiale (à la fin de la Guerre froide, juste après les accords d'Oslo, dans un contexte d'évolution des mentalités sur les questions démographiques aux plus hauts niveaux). Les ONG n'ont jamais été aussi bien représentées, avec 4 000 représentants issus de plus de 1 500 organisations de la société civile réparties dans 113 pays. Les délégations nationales comptent également dans leurs rangs des représentantes des mouvements de femmes qui militent pour une prise en compte de leurs réalités et de leurs droits dans le Programme d'action de la CIPD.



CIPD-5

Des mouvements de jeunes s'engagent à faire progresser la réalisation du programme de la CIPD au sein des nouvelles générations.

1994

1995

1999



CONFÉRENCE PRÉPARATOIRE À RIO DE JANEIRO

Des centaines de femmes publient une déclaration qui énonce les principes et les conditions nécessaires pour adopter une approche des questions démographiques centrée sur les femmes et fondée sur les droits.

QUATRIÈME CONFÉRENCE MONDIALE SUR LES FEMMES À BEIJING

Cette conférence a débouché sur la Déclaration et le programme d'action de Beijing. Elle est reconnue, au même titre que la Conférence du Caire de 1994, comme un moment fondateur du mouvement international pour les droits des femmes.

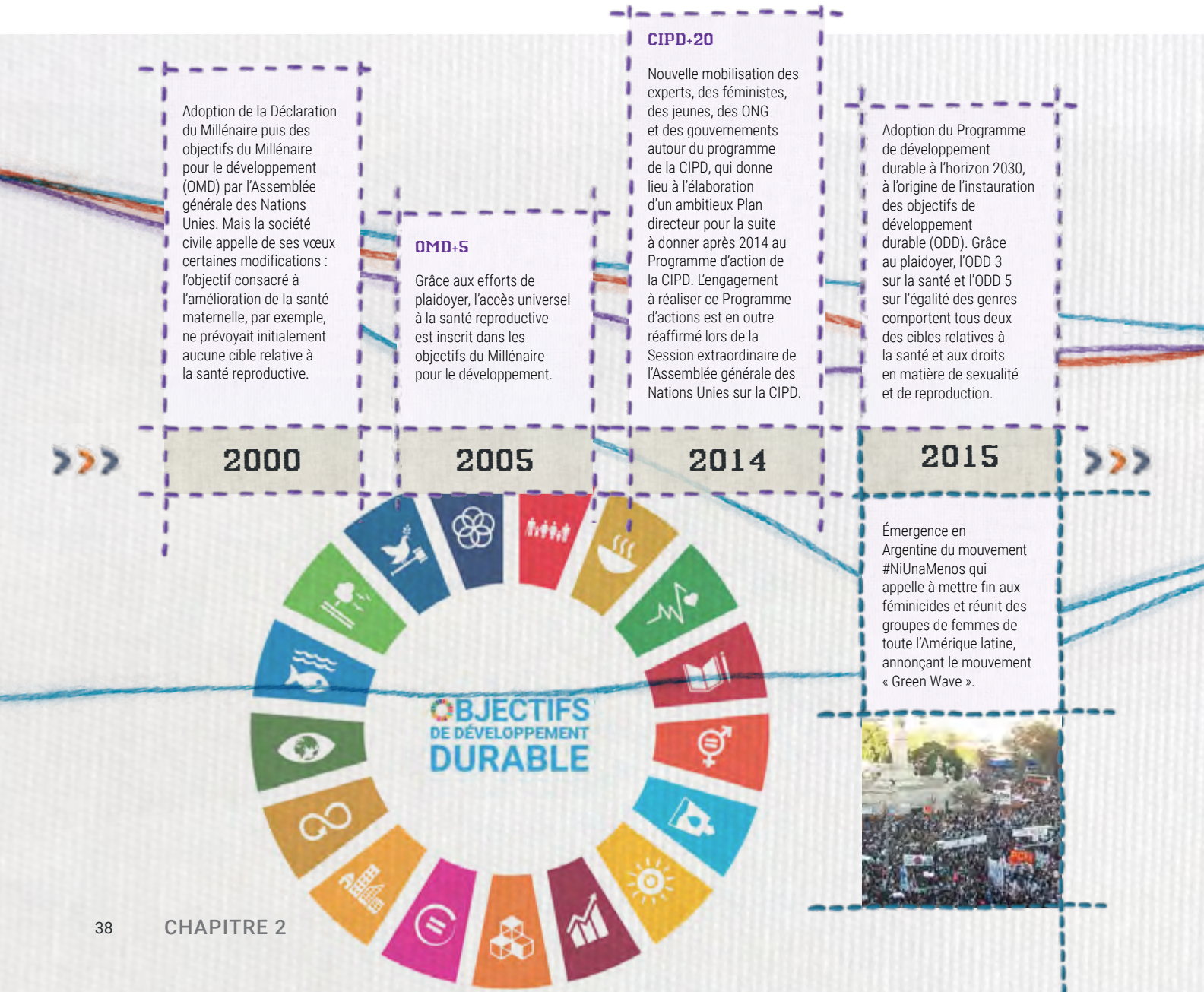


Les participants à la CIPD ont également appelé à ce que les jeunes aient accès aux « activités et services d'information, d'éducation et de communication sur la santé sexuelle et reproductive » et prennent part à leur développement, en reconnaissant que ces informations contribueront à donner aux générations actuelles et futures les moyens de réaliser leur potentiel. Différentes normes internationales ont depuis lors été établies et deux tiers des pays ayant communiqué des données affirment qu'au moins 76 % de leurs établissements scolaires proposent, sous une forme ou une autre, des activités d'éducation à

la sexualité (UNESCO *et al.*, 2021). Les techniques de reproduction assistée sont devenues monnaie courante ; elles permettent à davantage de personnes de combler leurs aspirations en matière de fécondité et offrent de nouvelles possibilités pour fonder une famille plus diversifiée.

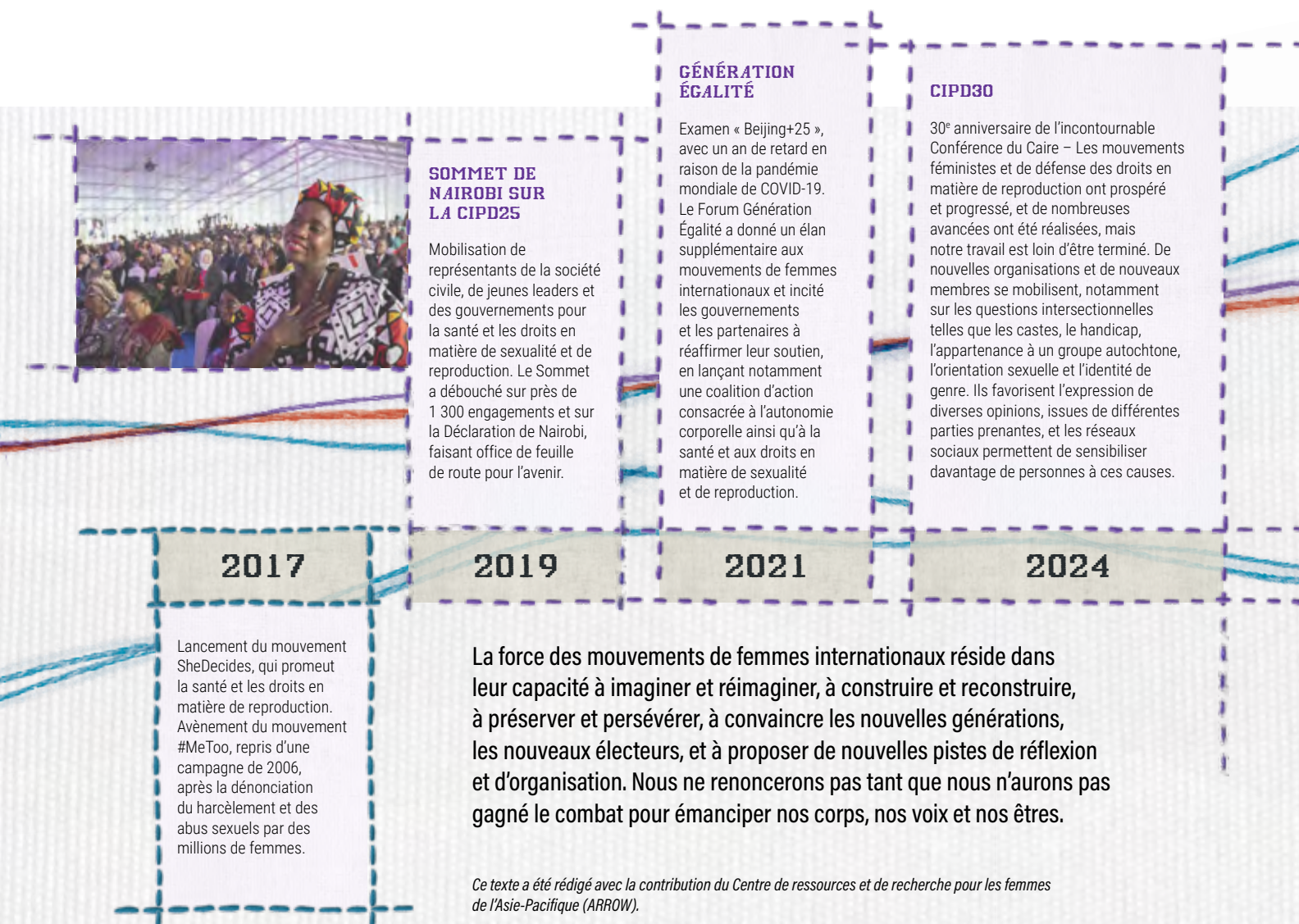
Cependant, il reste encore beaucoup à faire.

L'autonomie corporelle est une réalité pour trop peu de femmes à l'échelle mondiale. À ce jour, à peine plus de la moitié des femmes dans le monde (56 %)



sont en mesure de prendre leurs propres décisions de manière éclairée en matière de sexualité et de reproduction, c'est-à-dire d'exercer leur liberté de choix pour recourir à des soins de santé et utiliser des moyens de contraception, mais aussi de refuser des relations sexuelles avec leur mari ou leur partenaire (informations collectées dans les rapports des pays relatifs à l'indicateur 5.6.1 des ODD [UNFPA, 2024a]). Bien que nous disposions de données limitées (comme nous le verrons plus en détail au chapitre 3), des études de plus en plus nombreuses

démontrent que l'exercice de l'autonomie corporelle et l'accès à la santé reproductive sont plus fréquemment et gravement compromis pour les femmes confrontées à une ou plusieurs formes d'oppression, telles que celles victimes de discrimination ethnique ou raciale, de persécution liée au statut VIH/sida ou au handicap, ou de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Il est de plus en plus admis que la capacité à déterminer son avenir reproductif (notamment à accéder aux moyens de contraception



modernes, à l'avortement médicalisé lorsque celui-ci est légalement autorisé, aux soins prénatals et aux services de garde) varie largement en fonction de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, des caractéristiques sexuelles, de la classe et de la situation socio-économique.

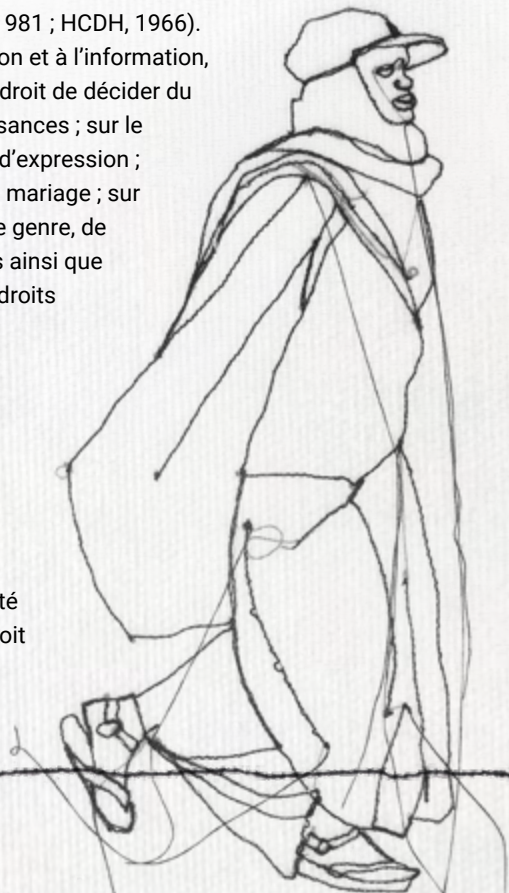
En réalité, nous commençons à peine à faire face aux conséquences des multiples formes de discrimination pratiquées dans la médecine et les systèmes de santé. Ces répercussions révélées au

grand jour soulèvent des questions concernant les populations qui ont été marginalisées, les mécanismes de cette marginalisation et la persistance de ses effets. Les spécialistes attirent notre attention sur les structures qui contribuent à perpétuer la discrimination (parfois de manière invisible), ce qui contraste avec les précédentes initiatives qui étaient généralement axées sur les comportements individuels (HCDH, 2021). Par conséquent, les discriminations sont de plus en plus examinées sous l'angle des résultats

Le droit fondamental à la santé sexuelle et reproductive

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction sont désormais compris de tous et consacrés dans différents cadres relatifs aux droits fondamentaux (Organisation de l'unité africaine, 1981 ; HCDH, 1966). Ils se fondent sur le droit à la vie, à la dignité, à l'éducation et à l'information, à l'égalité devant la loi et à la non-discrimination ; sur le droit de décider du nombre d'enfants souhaité et de l'espacement des naissances ; sur le droit à la vie privée, à la santé et à la liberté d'opinion et d'expression ; sur le droit de consentir au mariage et à l'égalité dans le mariage ; sur le droit de ne pas être victime de violences basées sur le genre, de pratiques néfastes, de torture et de mauvais traitements ainsi que sur le droit à un recours effectif en cas de violation des droits fondamentaux.

Il est en outre généralement admis (HCDH, 2019 ; UNFPA, 2019 ; Shalev, 1998) que les grands principes qui sous-tendent les droits fondamentaux (notamment la non-discrimination, l'égalité et le respect de la vie privée, le droit à l'information, l'intégrité, l'autonomie, la dignité et le bien-être des individus, en particulier en ce qui concerne la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction) sont essentiels à la réalisation du droit à la santé.



inégaux qu'elles produisent, plutôt que sous la forme d'éléments visant à prouver que ces résultats découlent d'attitudes délibérées.

Ce changement de perspective a eu une incidence particulière sur les systèmes juridiques. Par exemple, le mouvement « Ni Una Menos » en Amérique latine a dénoncé la passivité des autorités dans les affaires de féminicide et celles portant sur d'autres formes de violence basée sur le genre. Le mouvement « Black Lives Matter » a quant à lui attiré l'attention sur la prévalence disproportionnée des violences policières à l'encontre des personnes noires dans le monde entier (HCDH, 2023). D'autres domaines sont concernés : dans celui de l'éducation, le mouvement de protestation « Rhodes Must Fall » a mis en lumière les inégalités dans l'enseignement supérieur, d'abord en Afrique du Sud, puis à l'échelle internationale (Knudsen et Andersen, 2019).

Cette mise en lumière est tout aussi utile pour les systèmes de santé, comme l'a révélé la pandémie de COVID-19. Dans de nombreuses régions du monde, les mesures d'urgence mises en place dans le cadre de la pandémie n'étaient pas conformes au droit relatif aux droits fondamentaux (HCDH, 2020). Les populations déjà marginalisées ont enregistré des taux accrus de maladies et de décès liés à la pandémie de COVID-19 ainsi que des perturbations plus importantes dans leur accès à d'autres services de santé, notamment de santé sexuelle et reproductive (OMS, 2020). Les débats actuels sur les mouvements en faveur de la justice raciale, sociale et de genre laissent penser que ces questions revêtent un caractère polémique ou politique, mais nous aurions tort de considérer ce processus uniquement à travers le prisme idéologique. Nous pouvons reconnaître que l'histoire de la santé reproductive a été marquée par des tragédies et des erreurs regrettables, sans pour autant minimiser les nombreux progrès scientifiques et technologiques réalisés. Nous pourrions ainsi tirer des enseignements du passé et offrir à toutes et tous de nouvelles perspectives de progression et d'apprentissage.

Les systèmes de santé doivent favoriser la réalisation des droits fondamentaux

Les systèmes de santé reproductive n'ont pas toujours favorisé l'accès à la santé et l'affirmation des droits, du moins pas pour toutes les femmes. Selon certains experts, « l'une des principales carences dans le système de santé reproductive résidait dans la philosophie sous-tendant les modes de prestation des services ». « Les femmes étaient considérées comme des outils dans le processus de reproduction, et comme des cibles dans le processus de contrôle de la fécondité. Le but ultime n'était pas de leur fournir des services. Elles en tiraient parti, mais n'étaient pas au cœur du processus. Elles étaient des objets, et non des sujets » (Cook *et al.*, 2003).

Les systèmes et structures visant à contrôler la sexualité, en particulier (mais pas exclusivement) celle des femmes, sont omniprésents et se sont immiscés dans les entrailles des sociétés du monde entier. Le corps des femmes, des filles et des personnes de genre divers a souvent été soumis à des discriminations, à des pratiques néfastes, au contrôle et à l'exploitation, à la violence et à l'oppression, autant de violations des droits fondamentaux dont les systèmes de santé se sont traditionnellement rendus complices (HCDH, 2021a). Ces problèmes ne sont que trop persistants aujourd'hui. De nombreux obstacles continuent d'empêcher les individus d'accéder à la santé sexuelle et reproductive et de jouir de leurs droits en la matière, à différents niveaux : dans les soins cliniques, au niveau des systèmes de santé et dans le contexte des déterminants de la santé. Ces obstacles se manifestent différemment pour les personnes confrontées à diverses formes de marginalisation.

Les agents de santé figurent aujourd'hui parmi les personnes les mieux placées pour déterminer les résultats transformateurs que peuvent apporter la santé et les droits en matière de sexualité et de

reproduction, car ils sont les premiers à constater combien la planification familiale, la protection contre la violence et les maladies ainsi que l'accès aux soins de santé maternelle contribuent à améliorer la santé et le niveau d'éducation des familles et des communautés. De nombreux professionnels de la santé reproductive assument désormais leur rôle dans la défense des droits de leurs patients (un sujet qui est en réalité au cœur de la formation des professionnels de santé aux quatre coins de la planète [Rostami-Moez *et al.*, 2021 ; Karakuş *et al.*, 2015 ; Lewkonja, 2011]). En fournissant des contraceptifs, des informations et des soins, ils se trouvent souvent en première ligne des efforts déployés par les individus afin de garantir le respect de leur autonomie corporelle (voir le reportage page 16) (Kalra *et al.*, 2021). Cependant, ils peuvent subir des violences pour le simple fait d'y avoir contribué. De nouvelles études montrent que, « lorsque les professionnels [de la santé sexuelle et reproductive] s'efforcent de respecter les droits fondamentaux de leurs patients, ce sont leurs propres droits qui sont en péril » ; et pour cause, ils

sont confrontés à « l'exclusion et au harcèlement sur leur lieu de travail », à « des menaces verbales et à la violence physique » ainsi qu'à des comportements hostiles dans leur vie privée (Boydell *et al.*, 2023).

Les sections qui suivent illustrent la manière dont la discrimination sexuelle, raciale et ethnique, mais aussi la désinformation continuent d'avoir une incidence négative sur les services de santé et l'accès à l'information, et démontrent ainsi la nécessité de mettre les droits fondamentaux et la santé publique face à cette réalité. Pour que les agents de santé contribuent à la réalisation des droits fondamentaux, les systèmes de santé qui les emploient (qui se sont traditionnellement rendus complices d'exploitation et de mauvais traitements et qui exposent aujourd'hui de nombreux professionnels de la santé sexuelle et reproductive à des violences) peuvent et doivent être réadaptés. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils rempliront leur mission initiale et honoreront leur noble cause au service des individus, des professionnels de santé et de l'ensemble de la société : soigner.

Faire des agents de santé les défenseurs de l'autonomie corporelle

Il existe une relation réciproque entre, d'une part, l'accès à des soins de santé sexuelle et reproductive de qualité et dans la dignité et, d'autre part, l'autonomisation économique, sociale et individuelle. Les agents de santé sont les premiers à constater combien l'autonomie reproductive (autrement dit, la capacité à choisir d'avoir ou non des relations sexuelles ou de concevoir un enfant, quand et avec qui, à vivre à l'abri de la violence et des maladies sexuellement transmissibles évitables, etc.) permet aux individus de poursuivre leurs études, de fonder une famille quand ils le souhaitent, de bâtir leur carrière et/ou de contribuer au développement de leur communauté. Ils constatent en outre que les personnes autonomes, c'est-à-dire celles en mesure de poursuivre leurs études, de construire leur carrière et/ou de fonder une famille, bénéficient d'un meilleur accès aux services de santé reproductive. Ce cercle vertueux ne fait aucun doute pour ceux qui en sont témoins. « Nous leur apprenons à exiger le respect », déclare Víctor Cazorla, un maïeuticien exerçant dans les Andes péruviennes, qui informe ses patientes, essentiellement issues de communautés autochtones, sur leurs droits (UNFPA, 2021). « Personne n'a le droit de toucher leur corps : ni moi, ni leur tante, ni leur père, ni leur mère, ni le personnel, ni la police, ni personne », ajoute-t-il.

Les conséquences de la discrimination sexiste sur les soins de santé reproductive

Comprendre les conséquences du sexisme dans la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive peut en réalité nous aider à trouver des solutions (notamment des solutions rentables et réalisables) aux problèmes persistants.

L'histoire des soins prodigués pendant l'accouchement constitue un exemple éloquent, car pendant des siècles, ils étaient essentiellement considérés comme une affaire de femmes. Les sages-femmes géraient l'accouchement, tandis que les médecins, une profession alors réservée aux hommes, évitaient généralement d'intervenir. L'accouchement a longtemps été considéré comme relevant du mystère féminin. Seules les femmes disposaient de connaissances dans ce domaine, notamment sur l'utilisation de médicaments et de plantes médicinales, et en comprenaient le processus. Au fil du temps, les hommes médecins ont commencé à assister les femmes lors de l'accouchement, mais uniquement lorsque celui-ci s'annonçait compliqué ou à haut risque dans un premier temps (Litoff, 1982).

Les médecins et les autres institutions patriarcales ont fini par prendre l'ascendant sur les sages-femmes. Par exemple, à l'époque précoloniale, les Indonésiennes faisaient appel à des accoucheuses traditionnelles, appelées *dukun*, qui leur fournissaient des moyens de contraception ainsi que des soins obstétricaux et pratiquaient l'avortement. Lorsque l'Indonésie est devenue une colonie dans les années 1800, les autorités ont souhaité remplacer les *dukun* par des sages-femmes formées par des hommes issus du personnel médical néerlandais (Adnani *et al.*, 2023). À peu près à la même époque, les hommes médecins en Inde ont proposé de dispenser une formation officielle aux accoucheuses traditionnelles appelées *dai*, des efforts qui ont finalement mené à leur remplacement par des sages-femmes et des médecins

ayant suivi une formation et relevant du corps médical (Samanta, 2016).

En Europe, les sages-femmes ont également été placées sous contrôle masculin aux XVI^e et XVII^e siècles, une époque où elles étaient autorisées à exercer par les autorités ecclésiastiques dirigées par des hommes et, dans certains cas, contraintes d'assumer le rôle de témoins experts dans les affaires « d'infanticide, de virginité contestée, d'avortement et de stérilité » (Sprecher et Karras, 2011). C'est au cours de cette période que la profession « d'accoucheur » (maïeuticien) est devenue à la mode en France, ce qui a entraîné une certaine concurrence avec les sages-femmes employant des « techniques naturelles » et généralisé l'utilisation d'instruments tels que le forceps. Le privilège de genre et de statut a permis aux hommes d'asseoir leur autorité sur le terrain, alors qu'ils n'avaient que peu ou pas d'expérience pratique dans ce domaine (Martucci, 2017). À l'époque, les hommes qui suivaient une formation pour devenir médecins s'en remettaient essentiellement aux ouvrages sur l'accouchement écrits par des praticiens qui n'avaient peut-être jamais assisté au travail ou à une naissance (Hobby, 1999), plutôt qu'à des connaissances pratiques (Thomas, 2016).

L'émergence des « sciences de la nature » a favorisé l'apparition d'une vision objective de la médecine, qui s'inscrit dans un système universel de connaissances, un système dont les sages-femmes ont été largement exclues (Shiva, 1996). Contrairement aux hommes médecins, elles ne bénéficiaient d'aucune formation sur les méthodes scientifiques d'enquête et d'expérimentation, et ne participaient pas à leur mise en œuvre. Au XVIII^e siècle, le corps médical était essentiellement composé d'hommes et les sages-femmes étaient accusées de s'adonner à des pratiques anciennes, dangereuses et archaïques. Par exemple, les études sur l'époque coloniale en Afrique du Sud montrent que les expériences concrètes et les connaissances des sages-femmes (en particulier des sages-femmes noires) ont été globalement passées sous silence, comme le révèlent

les archives (Deacon, 1998). En revanche, les contributions des hommes sur le terrain ont été mieux documentées, ce qui a favorisé l'adoption d'une vision largement masculine de l'accouchement. Les nouvelles théories relatives à l'accouchement comparaient le corps à une machine et l'accouchement à un processus mécanique, une conception qui a contribué à exclure encore davantage les sages-femmes en tant que praticiennes ; les femmes étaient en effet considérées comme ne disposant pas des connaissances et des aptitudes nécessaires pour comprendre les mécanismes de l'accouchement (Murphy-Lawless, 1998). Les corps qui donnaient la vie étaient de plus en plus perçus comme incontrôlables, indisciplinés, déficients et imprévisibles (Carter, 2010). En 1915, le docteur Joseph DeLee, auteur du principal manuel d'obstétrique de cette période, décrivait l'accouchement comme un processus pathologique ayant des effets néfastes sur les femmes comme sur les nouveau-nés. « Si la profession (obstétrique) prenait conscience que la parturition, vue sous un angle moderne, n'est plus une fonction normale [...], le rôle des sages-femmes n'aurait plus de raison d'être », précisait-il (DeLee, 2015). Le docteur DeLee allait préconiser par la suite différentes interventions, notamment l'utilisation systématique de sédatifs, d'éther et du forceps ainsi que le recours à l'épisiotomie (autant de pratiques désormais considérées comme dangereuses lorsqu'elles sont employées systématiquement) pour protéger les femmes des « maux » naturels de l'accouchement (Leavitt, 1988).

Si les sages-femmes du monde entier ont été mises à l'écart dans la médecine obstétricale, les conséquences de ce phénomène sont aujourd'hui les plus graves dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Selon l'OMS, l'Afrique et l'Asie du Sud-Est sont les régions qui, proportionnellement à leur taille, abritent le plus faible nombre de pays reconnaissant le métier de sage-femme comme une profession à part entière. Dans ces régions, les sages-femmes enseignantes continuent de rencontrer des difficultés pour accéder à des toilettes et, dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, trois quarts de ces femmes n'ont pas toujours accès à l'eau salubre.

Par ailleurs, la région Afrique (OMS) représente 56 % de la pénurie mondiale en professionnels de santé qui se consacrent à la prestation de soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et adolescente (UNFPA *et al.*, 2021).

Si le métier de sage-femme est aujourd'hui considéré comme une profession moderne, réglementée et technique bien intégrée aux infrastructures de santé, il reste essentiellement exercé par des femmes dans la plupart des pays du monde. Les études montrent que les sages-femmes sont confrontées à une forte ségrégation professionnelle, à des écarts de rémunération liés au genre, à un manque de perspectives pour exercer des fonctions de leadership et à de multiples formes de discrimination et de harcèlement, notamment sexuel (UNFPA *et al.*, 2021). Selon un rapport publié en 2019 par l'OMS, les écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans le domaine des soins de santé sont plus importants que dans d'autres secteurs : le salaire des femmes travaillant dans le secteur de la santé est en moyenne 28 % inférieur à celui des hommes, et un écart de rémunération de 11 % persiste entre les hommes et les femmes au sein du personnel infirmier et obstétrical, même une fois la ségrégation des métiers prise en compte (Boniol *et al.*, 2019).

La dévalorisation du métier « entraîne une réduction des choix et des perspectives d'emploi pour les sages-femmes et renforce les structures de pouvoir inégales au sein de la société ». Elle engendre en outre un manque d'autonomie professionnelle (UNFPA *et al.*, 2021), ce que les sages-femmes considèrent elles-mêmes comme un obstacle à la prestation de soins de qualité (Confédération internationale des sages-femmes *et al.*, 2016). Selon le rapport sur la pratique de sage-femme dans le monde publié en 2021, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de nombreuses sages-femmes peinent à se faire rembourser par les régimes nationaux d'assurance maladie ou n'y parviennent pas, ce qui les oblige à supporter ces pertes financières ou à soigner en priorité les patientes plus aisées.

Pourtant, les chercheurs signalent depuis longtemps que les investissements dans la formation des sages-femmes et dans les soins qu'elles assurent engendreraient des retombées substantielles en matière de santé maternelle et néonatale, notamment des coûts moins élevés et de meilleurs résultats que les modèles de soins plus médicalisés (UNFPA *et al.*, 2021). Selon une étude publiée par *The Lancet Global Health* menée en 2021 et soutenue par l'UNFPA, en élargissant considérablement la couverture des interventions réalisées par les sages-femmes, nous pourrions éviter 41 % des décès maternels, 39 % des décès néonataux et 26 % des mortinaissances, soit 2,2 millions de décès chaque année d'ici 2035, la plupart dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Nove *et al.*, 2021).

Compte tenu de la marginalisation dont les femmes ont été longtemps victimes dans la médecine obstétricale, il convient d'examiner en quoi la discrimination liée au genre contribue au sous-investissement chronique dans la profession de sage-femme à l'échelle mondiale. Il est en outre utile d'analyser les conséquences de ces hiérarchies fondées sur le genre dans le secteur de la médecine, des conséquences qui ont une incidence néfaste non seulement sur les professionnels de santé, mais aussi sur les personnes recevant des services (et, lorsqu'il est question de négligence et d'exclusion, sur celles qui n'en bénéficient *pas*).

Les violences obstétricales et gynécologiques, généralement présentées comme les maltraitements et les violences subies lors de la prestation de soins de santé reproductive, y compris durant l'accouchement, préoccupent de plus en plus la communauté internationale (HCDH, 2019a). Le concept est large et recouvre les violences verbales et physiques (telles que les moqueries, les menaces, les coups de poing et de pied, le bâillonnement et la contrainte physique [Downe *et al.*, 2023]) ainsi que les interventions abusives, comme l'épisiotomie injustifiée, l'absence de consentement éclairé, le refus d'administrer des analgésiques (UNFPA, 2019a) et la stérilisation forcée. Les études réalisées soulignent que ces formes de maltraitance surviennent en principe dans « les contextes où les prestataires de soins, en particulier les sages-femmes, se sentent peu soutenus, voire pris pour cible, au sein de leurs hiérarchies professionnelles » (Schaaf *et al.*, 2023). La maltraitance dans les infrastructures de santé reproductive aggrave sensiblement la mortalité maternelle et compromet l'accès des femmes et des filles marginalisées aux services de santé (UNFPA *et al.*, 2023).



Les femmes afrodescendantes de Colombie enfin libres de vivre un accouchement en toute sécurité

Il y a plus de 20 ans déjà, Shirley Maturana Obregón, alors âgée de 18 ans, s'est rendue dans un hôpital de la région de Chocó, sur la côte pacifique colombienne, où elle a été traitée pour une gastrite. Bien qu'enceinte de neuf mois, elle n'a pas envisagé un seul instant d'accoucher au sein de l'établissement.

« Ce n'était pas l'environnement que je désirais », explique Shirley à l'UNFPA. « Je voulais que ma mère puisse être à mes côtés et, de ce que j'avais compris, cela n'aurait pas été possible dans cet hôpital. »

Le travail a commencé peu après son retour chez elle. Sa mère et sa sœur, présentes tout au long de l'accouchement, étaient assistées d'une *partera*, une accoucheuse traditionnelle pratiquant une médecine ancestrale propre à la communauté afrodescendante colombienne. « C'était un moment magique, inoubliable », se remémore-t-elle.

Pour Shirley, la décision de faire appel à une *partera* résultait d'une démarche personnelle et culturelle, mais pour d'autres, il s'agit souvent d'un choix par défaut. En effet, la population de Chocó, dont 80 % s'identifie comme afrodescendante, est disproportionnellement touchée par la pauvreté et encore très peu couverte par le système de santé

formel colombien. Dans ce contexte, consulter un médecin peut nécessiter de traverser des zones dangereuses, gangrenées par le conflit, ou se révéler financièrement inabordable.

Les accouchements non médicalisés peuvent cependant avoir des conséquences mortelles, en particulier pour les femmes et les filles afrodescendantes, qui ont deux fois plus de risques que les autres femmes de décéder de complications lors de la grossesse ou de l'accouchement. Malheureusement, en cherchant à améliorer les résultats en matière de santé maternelle, le système de santé colombien a eu tendance à rejeter entièrement les *parteras* et les valeurs culturelles qu'elles incarnent.

Souvent décredibilisées, ces dernières ont été qualifiées de sorcières ou encore d'herboristes, au professionnalisme et aux principes d'hygiène douteux. Par le passé, la législation colombienne requérait que toutes les personnes assistant les naissances soient titulaires d'un diplôme délivré par une institution de santé. Cette réglementation a participé à invisibiliser le travail des *parteras* et à les isoler du corps médical. Pourtant, le long de la côte pacifique colombienne, il n'est pas rare que celles-ci soient les seules prestataires de soins des environs. Dans une des villes de la région de

Chocó, les statistiques nationales montrent notamment qu'en 2021, chaque naissance sans exception était assistée par une accoucheuse traditionnelle (DANE et UNFPA, 2023).

« Pour les médecins, notre travail est trivial », se désole Francisca Córdoba, une *partera* connue sous le nom de Pacha Pasmó. « Comme je leur dis souvent : vous avez peut-être cinq ans d'expérience, mais j'en ai plus encore. J'accouchais les femmes alors que vous n'étiez même pas nés. »

Face à ces considérations, l'initiative Partera Vital s'est proposé de recréer du lien entre agents de santé et accoucheuses traditionnelles. Depuis son lancement en 2020, le projet s'attache ainsi à faire reconnaître le travail des *parteras*, qui offrent aux femmes enceintes et en postpartum une prise en charge compatible avec leurs valeurs culturelles. L'objectif est de montrer qu'une fois dotées des outils et compétences nécessaires, les accoucheuses traditionnelles peuvent desservir les communautés en toute sécurité, main dans la main avec le système médical formel.

À travers Partera Vital, le Département administratif national de statistiques, l'UNFPA et les associations locales de *parteras* ont donc œuvré à faire évoluer la législation qui interdisait jusque là aux accoucheuses



Le projet Partera Vital de l'UNFPA vise à donner aux accoucheuses traditionnelles, telles que Shirley Maturana Obregón (à gauche) et Pacha Pasmó (à droite), les moyens nécessaires pour accompagner les femmes enceintes du Chocó, en Colombie.
© UNFPA Colombie/Sara Chavarriaga

traditionnelles de procéder à l'enregistrement des nouveau-nés. Grâce à ces efforts, les *parteras* ont désormais accès à une application mobile leur permettant de déclarer les naissances au registre national. Elles ont également pu être formées à l'identification des grossesses et accouchements à risque.

Les *parteras* ciblées par le projet, à savoir, dans un premier temps, 30 accoucheuses de la région de Chocó, se sont vu remettre des balances pour la pesée des nouveau-nés, des kits d'accouchement hygiénique contenant des draps et des gants propres, ainsi que des moniteurs de tension artérielle ; ces derniers étant susceptibles d'aider à détecter d'éventuelles complications mortelles. « Lorsqu'une *partera* s'aperçoit d'une tension artérielle élevée chez la femme enceinte, elle la redirige vers un professionnel de santé », explique Pacha.

Le projet a eu un impact immédiat durant la pandémie de COVID-19 de 2020. Sur cette période, 34 % des naissances dans la région de Chocó ont été assistées par des *parteras*, soit une augmentation de presque 50 % par rapport aux statistiques officielles de l'année précédente. Lors de la crise sanitaire, les accoucheuses traditionnelles ont demandé au Gouvernement de les reconnaître comme travailleuses essentielles. Ce nouveau statut leur a permis de recevoir les ressources et les équipements nécessaires à la prise en charge adéquate des membres de leur communauté. Il y a peu, en Colombie et dans d'autres pays, les pratiques traditionnelles des sages-femmes ont été inscrites au patrimoine culturel immatériel de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).

Le déploiement du projet Partera Vital dans la région de Chocó s'est traduit

par une amélioration significative des résultats en matière de santé, avec la réduction de la mortalité maternelle. « Nous ne sommes pas encore en mesure d'évaluer l'importance de l'autonomisation des *parteras* dans les efforts nationaux déployés pour lutter contre la mortalité maternelle dans le Chocó ; il n'en reste pas moins qu'en 2023, les décès maternels ont affiché une baisse de près de 40 % », se réjouit Jose Luis Wilches Gutiérrez, conseiller en matière de santé sexuelle et reproductive pour l'UNFPA en Colombie.

Depuis son accouchement, Shirley a décidé de devenir *partera* à son tour. « Les personnes que nous accompagnons font appel à nous, car nous les laissons libres de choisir la position dans laquelle elles veulent donner naissance », explique-t-elle. « Nous sommes là pour que ces femmes puissent vivre l'accouchement dont elles ont toujours rêvé. »

Le lourd héritage de la discrimination ethnique et raciale

La pandémie de COVID-19 nous a permis de prendre une nouvelle fois conscience des disparités raciales qui persistent dans les systèmes de santé et nous a incités à redoubler d'efforts pour comprendre ces disparités à l'aune des inégalités ancrées de longue date. Si l'iniquité raciale est souvent un sujet de discord, les progrès accomplis en faveur de l'équité et de la justice dans le domaine de la santé offrent en principe des solutions pertinentes et fondées sur des données probantes pour résoudre ces problèmes. En d'autres termes, la prise en compte des conséquences de la discrimination raciale et du rôle joué par le colonialisme dans l'exportation des hiérarchies raciales met en évidence les pistes à explorer pour garantir l'équité et la justice dans la médecine.

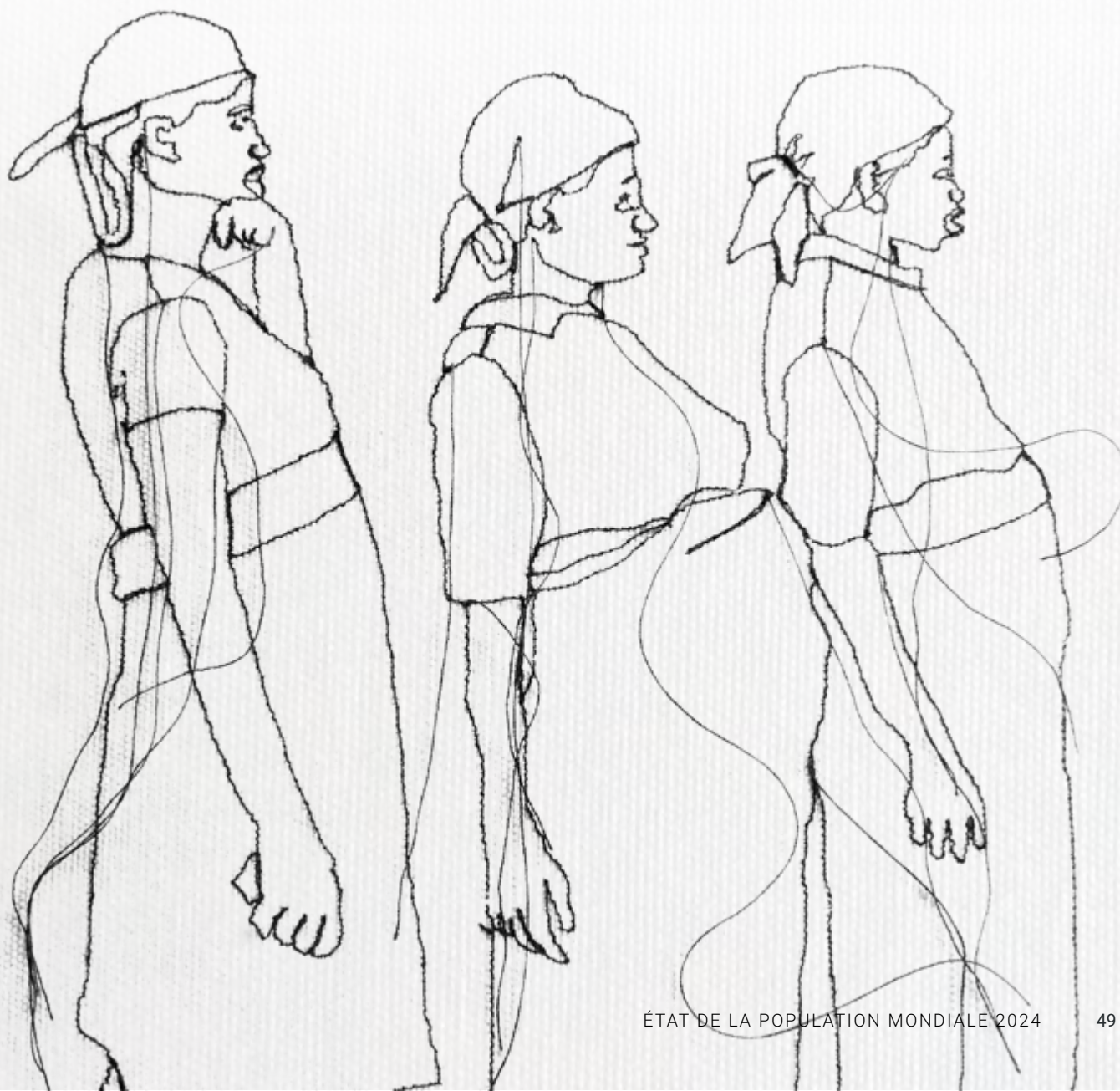
De nombreux gouvernements ont longtemps considéré la reproduction essentiellement comme un instrument. La maternité a été encouragée lorsqu'elle était jugée utile pour atteindre certains objectifs économiques ou politiques (pour reprendre la célèbre maxime de l'Argentin Juan Bautista Alberdi, « gouverner, c'est peupler »), et déconseillée (souvent de manière sélective, au sein des groupes considérés comme « inférieurs ») lorsqu'elle n'était pas souhaitée. Sous les régimes coloniaux, en particulier dans le contexte de la traite transatlantique des esclaves, la maternité était considérée comme une manière de produire des actifs, au sens propre comme au sens figuré (UNFPA, 2023b). Au début du XX^e siècle, en Afrique et dans les Caraïbes, les programmes de santé maternelle visaient essentiellement à remédier à une supposée pénurie de main-d'œuvre dans les plantations et les industries exportatrices (De Barros, 2014 ; Thomas, 2003). Un changement de perspective en faveur de la planification familiale s'est opéré au milieu du XX^e siècle, étant

donné que les familles moins nombreuses étaient considérées comme plus utiles au développement économique national et à la sécurité globale, et que les dirigeants et les organisations internationales craignaient une « bombe démographique » sur le point d'exploser dans les pays en développement (UNFPA, 2023b ; Bourbonnais, 2016 ; Solinger et Nakachi, 2016 ; Ahluwalia, 2008 ; Connelly, 2008 ; Klausen, 2004 ; Briggs, 2003 ; Hartmann, 1995). Il convient de noter que l'instrumentalisation rhétorique de la maternité persiste aujourd'hui, face aux craintes, d'une part, d'une « surpopulation » dans le contexte du changement climatique, une théorie qui associe la destruction de l'environnement aux taux de fécondité des pays du Sud, et d'autre part, d'une « sous-population » dans les sociétés confrontées au vieillissement de la population (UNFPA, 2023b).

Pour toutes ces raisons, le domaine de la santé reproductive porte les stigmates enracinés d'un passé colonial marqué par la discrimination raciale. L'esclavage a institutionnalisé la perte d'autonomie corporelle et reproductive des femmes noires et favorisé l'exercice d'un contrôle sur la capacité des personnes réduites en esclavage à procréer (Johnson *et al.*, 1999). Pour nombre de femmes noires, la reproduction était synonyme de contrôle et d'exploitation, y compris de viol, de stérilisation forcée, d'expérimentation médicale, de recherche et d'objets d'études médicales non consentis. L'un des exemples les plus connus est celui de J. Marion Sims, un gynécologue qui pratiquait des chirurgies expérimentales sur des femmes noires réduites en esclavage sans procéder à une anesthésie ni recueillir leur consentement éclairé (Owens, 2017). Cette pratique était loin d'être isolée. À cette époque, les hôpitaux réservés aux esclaves contribuaient à la production de connaissances biomédicales sur la pigmentation noire ainsi qu'à la normalisation de l'idée selon laquelle les corps noirs étaient physiologiquement différents, inférieurs et insensibles à la douleur (Hogarth, 2017).

Ainsi, les progrès de la médecine obstétricale et gynécologique reposent sur une contradiction fondamentale pour certaines des femmes et des filles les plus marginalisées : ces disciplines se fondent d'une part, sur des connaissances et des technologies permettant de sauver des vies et d'alléger les souffrances, et résultent d'autre part, de graves préjudices, voire contribuent à les perpétuer. Cette dualité s'est également manifestée lors de l'avènement de la contraception moderne, une véritable révolution pour l'autonomie corporelle

et reproductive des femmes, mais qui a été utilisée comme un outil favorisant l'application des théories eugéniques. Les méthodes modernes de contrôle de la fécondité étaient largement considérées, notamment par leurs premiers partisans, comme un moyen de limiter les naissances chez les populations « indésirables », en particulier les femmes pauvres, les femmes handicapées, noires et issues de groupes ethniques marginalisés dans les pays du Sud, et les populations autochtones dans les pays du Nord (Ross et Solinger, 2017 ; Ginsburg et Rapp, 1995).



L'utilisation de la contraception à des fins de contrôle de la reproduction a perdu pendant des décennies. Par exemple, du temps de l'apartheid en Afrique du Sud, les femmes noires faisaient régulièrement l'objet de programmes de contraception agressifs mis en œuvre sous le couvert du contrôle démographique (Klugman, 1993).

Les femmes noires vivant sous le régime sud-africain de l'apartheid étaient en outre plus susceptibles de subir des violences obstétricales et des maltraitements à l'échelle du système de santé. Les soins non consentis et les violences obstétricales étaient particulièrement courants dans les hôpitaux publics accueillant essentiellement des communautés à faible revenu, dans lesquels de multiples facteurs de marginalisation (le genre, la pauvreté, l'appartenance ethnique) convergeaient. Ces populations n'étaient pas en mesure d'exercer leur consentement éclairé, n'avaient

pas connaissance de leurs droits en tant que patients et étaient prises en charge par un personnel soignant peu formé quant aux modalités d'obtention du consentement éclairé des personnes et à la dispense de soins respectueux (Jewkes *et al.*, 2015).

Les personnes noires et les autres populations défavorisées continuent d'être traitées de manière inégale dans le domaine médical (UNFPA *et al.*, 2023). À titre d'exemple, les instances internationales de défense des droits humains ont exprimé à plusieurs reprises leur préoccupation en ce qui concerne les discriminations persistantes et les violations des droits fondamentaux dont sont victimes les femmes roms, en particulier dans les services de santé reproductive (Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, 2017 ; Comité des droits de l'homme, 2016 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2015). Selon un rapport publié en 2020 par le Centre européen des droits des Roms sur les droits reproductifs des femmes roms, de nombreuses personnes interrogées ont été immobilisées pendant l'accouchement, ont subi des violences physiques et ont été privées d'anesthésie (ERRC, 2020). Ces inégalités héritées du passé continuent d'alimenter les disparités en matière de santé auxquelles sont confrontées les femmes noires et issues de minorités ethniques au Royaume-Uni (MBRRACE-UK, 2020) et aux États-Unis (Hoyert, 2023), ainsi que les migrants ou encore les membres de certaines castes en Inde (Allard *et al.*, 2022) et dans d'autres pays d'Asie du Sud (Kapilashrami et John, 2023).

Toutefois, l'attention accrue accordée à la discrimination et aux violences dans les structures de santé sexuelle et reproductive ainsi que les études de plus en plus nombreuses sur ce sujet constituent des avancées positives (Downe *et al.*, 2023). On constate que la discrimination est liée à la normalisation des pratiques néfastes et qu'elle reste souvent invisible aux yeux des professionnels de santé, des systèmes de santé, mais aussi des patientes et patients. « Lorsque la violence est un phénomène quotidien et même



banal [...], elle devient attendue, invisible et, par conséquent, profondément ancrée », soulignent les chercheurs. Par ailleurs, les initiatives visant à réduire ou à éliminer la violence s'avèrent inefficaces lorsque la discrimination et la stigmatisation ne sont pas traitées (Bohren *et al.*, 2022), un constat qui appelle à briser les préjugés dans les établissements de santé.

Ces conclusions peuvent et doivent être mises en application dans les systèmes de santé de manière générale, où les inégalités d'accès aux soins sont d'origine raciale ou peuvent être liées à l'origine

ethnique, aux différences culturelles, au statut migratoire ou à diverses formes de marginalisation. Pour mettre un terme au traitement malveillant et aux violences dont sont victimes les femmes à l'accouchement, l'OMS a par exemple appelé les gouvernements, les prestataires de soins de santé, les associations professionnelles et les établissements d'enseignement à prendre des mesures (notamment à réaliser des études, à garantir le respect des droits fondamentaux et à favoriser la participation accrue des femmes issues des communautés touchées) (OMS, 2015).

La stérilisation forcée, une violation toujours d'actualité

Si la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité contribue à autonomiser les individus (et est ainsi favorisée), elle peut également avoir l'effet inverse. Les soins de santé sexuelle et reproductive inadaptés et de piètre qualité, le refus de services et les violations des droits reproductifs peuvent entraîner une accumulation de souffrances tout au long de la vie, et les injustices contribuent elles aussi à exposer les personnes à ces réalités. La stérilisation coercitive, l'une des formes les plus extrêmes de contrôle de l'autonomie reproductive, est probablement l'exemple le plus édifiant. En privant définitivement les femmes de leur droit d'avoir des enfants, la stérilisation non consentie alimente une vision de la société selon laquelle certaines femmes ne méritent pas d'être mères. Les femmes noires, autochtones, issues de minorités religieuses et handicapées, les femmes placées en institutions, les migrantes et les femmes pauvres vivant en milieu rural ont toutes été victimes de violences liées à la stérilisation par le passé (Roberts, 1991) et continuent de l'être aujourd'hui. Par exemple, en 2015, une plainte a été déposée auprès de la Commission pour l'égalité de genre au nom de 48 femmes sud-africaines ayant subi une stérilisation forcée ou coercitive dans des hôpitaux publics. Toutes ces femmes étaient des femmes noires enceintes, et la plupart étaient séropositives. Elles ont expliqué avoir été contraintes ou forcées de signer des formulaires de consentement dans lesquels elles auraient accepté de subir une stérilisation, alors même qu'elles souffraient de douleurs extrêmes ou étaient sur le point d'accoucher. La Commission a conclu que les droits des plaignantes à l'égalité, à la non-discrimination, à la dignité, à l'intégrité corporelle, à la liberté, à la protection de leur corps et au meilleur état de santé possible, y compris leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, avaient été bafoués (Commission pour l'égalité de genre, 2020). Autre exemple : selon un rapport transmis au Conseil des droits de l'homme en 2022, la stérilisation forcée est une pratique courante dans le monde entier (Assemblée générale des Nations Unies, 2022).

Des activistes locaux dénoncent l'inertie autour des meurtres et disparitions de femmes autochtones

Bien que sa mère ait disparu en 1999, ce n'est qu'en 2011 que Carolyn DeFord a finalement pu mettre un nom sur la douleur profonde qui l'habite depuis ce jour : la perte ambiguë.

« Tu es comme figée, dans une incertitude constante, incapable de tourner la page », décrit Carolyn, membre de la tribu Puyallup, dans l'État de Washington. Celle qui siège désormais au Comité consultatif sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées aux États-Unis (FFADA EU) se remémore : « J'ai imaginé en long, en large et en travers tous les scénarios possibles, tout ce qui aurait pu expliquer la disparition de ma mère. »

Ces questions restées sans réponses, c'est ce que vivent chaque année des milliers d'autochtones dont les proches sont portés disparus aux États-Unis. Avec un taux d'homicide 10 fois supérieur à la moyenne nationale (Urban Indian Health Institute, 2018), le meurtre est en effet la troisième cause de décès des femmes amérindiennes vivant dans des réserves. Malgré le manque de données, ce constat sans équivoque laisse toutefois présager des statistiques encore bien en dessous de la réalité. Ainsi, sur les 5 712 disparitions de femmes et filles amérindiennes et autochtones

d'Alaska rapportées par le National Crime Information Center en 2016, seules 116 ont été répertoriées dans la base de données du ministère de la Justice américain.

La sous-déclaration des cas de disparition, la classification raciale erronée, ainsi que les relations tendues entre les forces de l'ordre et les communautés autochtones sont autant de facteurs qui contribuent à l'incomplétude des données (Urban Indian Health Institute, 2018). Un problème qui se trouve exacerbé par la complexité du système juridictionnel aux États-Unis. En effet, en 1978, la Cour suprême a statué que les nations tribales ne pourraient plus poursuivre les non-autochtones pour des crimes à l'encontre d'Amérindiens, quand bien même ceux-ci auraient été commis sur leur propre territoire. En conséquence, lorsqu'une personne autochtone est victime d'un crime violent, l'origine de l'auteur, le lieu des faits (au sein ou en dehors de la réserve), ainsi que la nature et la sévérité de l'acte doivent être précisément établis pour déterminer la juridiction chargée de juger l'affaire.

Pour beaucoup, cette confusion juridictionnelle inciterait les criminels à cibler prioritairement les femmes et filles amérindiennes. « Nous devrions

pouvoir juger les crimes commis sur nos terres. Les tribus ont le statut de nations, des nations dont la souveraineté est reconnue. Malgré tout, nous n'avons aucun moyen de protéger notre peuple », s'insurge Carolyn.

Les familles des personnes disparues ainsi que les défenseurs des populations autochtones affirment que même lorsqu'une enquête est ouverte, celle-ci n'est pas menée avec la rigueur de mise. « On dirait que tout le monde essaie de se refiler le bébé pour ne pas avoir à se casser la tête » s'offusque Carolyn. « Ce n'est sûrement pas le cas, mais c'est l'impression que ça donne. »

En 2013, la prorogation du Violence Against Women Act (VAWA) (Loi relative à la violence contre les femmes) a permis de restaurer la compétence pénale des tribus sur les non-autochtones s'étant rendus coupables de crimes domestiques sur les terres tribales. En 2022, la liste des crimes susceptibles d'être jugés par les nations tribales a été élargie pour inclure, entre autres, la violence sexuelle, l'exploitation sexuelle et le harcèlement obsessionnel. Luhui Whitebear, professeure d'études autochtones à l'Université d'État de l'Oregon et membre du Comité consultatif FFADA aux États-Unis,

soutient que les nations tribales ont désormais accès à un large éventail d'instruments juridiques pour protéger leur communauté. « Mais attention, les réformes législatives ont leurs limites », nuance-t-elle. « Les gens ont tendance à se réjouir vite, mais il faut savoir lire entre les lignes. »

Prof. Whitebear signale notamment que la prorogation de 2022 ne s'applique pas à l'ensemble des nations tribales, mais uniquement à celles reconnues pour le Gouvernement fédéral. La nation Chumash, à laquelle elle appartient, n'est donc pas concernée par la loi. La question des ressources est également à prendre en considération, puisque les tribus ont rarement accès aux financements ou aux formations nécessaires à la conduite d'enquêtes approfondies.

Pour tenter de compenser cet état de fait, les organisations locales, comme le Comité FFADA, se mobilisent en faveur des familles. Lorsqu'un être cher disparaît, celles-ci ont souvent besoin d'être aidées de manière concrète : un billet d'avion, des volontaires pour mener les recherches sur place ou encore une somme destinée à la nourrice gardant les enfants. « Je suis très reconnaissante aux personnes qui consacrent de leur temps aux fouilles sur le terrain et à



Carolyn DeFord, dont la mère a disparu en 1999, travaille aux côtés du Comité FFADA pour défendre les droits et le bien-être des femmes et des filles autochtones aux États-Unis. Photo reproduite avec l'aimable autorisation de Carolyn DeFord.

la distribution d'avis de recherche, car il n'est malheureusement pas rare que, faute de moyens, les familles doivent choisir entre subvenir à leurs besoins et poursuivre l'enquête. Les ressources mises à disposition par les organisations font vraiment la différence », se félicite Prof. Whitebear.

Un autre levier essentiel consiste à lutter contre les stéréotypes entourant les populations et communautés tribales. « Dénormer l'exploitation des corps de femmes autochtones et cesser de nous considérer comme quantité négligeable serait déjà un grand pas », s'exclame Prof. Whitebear. « Pour mettre fin à cette violence, il faut arrêter de se persuader que le problème est circonscrit aux tribus. Tout le monde est concerné. »

Dans les années ayant suivi la disparition de sa mère, Carolyn, elle, a appris à mettre sa douleur au service d'autres familles en quête de

réponses : « Partager mon histoire et mon expérience pour aider les autres, en retour de ce que font pour moi d'autres militants, a été salvateur », se confie-t-elle. « Pouvoir décharger les familles de certaines démarches, afin qu'elles puissent prendre soin d'elles et concentrer leurs efforts là où ils sont le plus utiles, c'est précieux. Vivre cette expérience traumatisante et en ressentir toute l'horreur moi-même m'aura au moins servi à ça. Si je peux utiliser mon vécu pour aider les autres, alors cela n'aura pas été totalement vain. »

Le rôle des activistes est également crucial pour inciter le Gouvernement à refaçonner la législation. « Certaines lois décisives pour les populations autochtones ont été promulguées ici », affirme Carolyn. « Et tout ça, c'est grâce aux porte-parole locaux et aux familles qui, à travers leur témoignage, transmettent nos histoires, nos frustrations et nos exigences. »

Les conséquences de la désinformation

Malgré les progrès de la médecine et les accords internationaux sur les droits fondamentaux, les mensonges et les suppositions restent monnaie courante. Ils s'immiscent non seulement dans les normes sociales et les lois nationales, mais aussi dans les systèmes de santé et d'éducation. Par conséquent, ces idées fausses et archaïques continuent de causer du tort à certaines populations. La majorité d'entre elles reposent sur une conception simpliste du développement sexuel des êtres humains. Lorsque l'on considère que le développement, les caractéristiques et l'identité sexuels doivent suivre certaines normes, les variations naturelles dans l'expérience vécue par les individus peuvent être perçues comme problématiques ou anormales, et les personnes qui ne répondent pas aux attentes risquent de ne pas bénéficier des politiques et des services, voire d'en pâtir.

À titre d'exemple, la ménarche (le début des menstruations) était autrefois considérée par le plus grand nombre comme la preuve biologique irréfutable qu'une fille était prête à tomber enceinte. Les menstruations étaient perçues comme un signe de fécondité témoignant de la capacité à avoir des enfants. Le fait qu'une fille ait ou non ses règles pouvait déterminer socialement ou juridiquement son aptitude au mariage. Pas plus tard que dans les années 1970, un manuel de gynécologie utilisé dans le monde entier affirmait que les menstruations étaient « les larmes d'un utérus déçu » (Jeffcoate, 1975) et qu'elles révéleraient ainsi l'incapacité d'une femme à tomber enceinte.

Ces façons de voir la ménarche ont évolué avec le temps, et le regard que nous portons sur cette période repose désormais sur une meilleure connaissance de la maturité physique et émotionnelle. Il est aujourd'hui établi que bien souvent, les premiers cycles menstruels ne s'accompagnent pas de la libération d'un ovule,

et que la ménarche n'est donc pas forcément le signe qu'une grossesse est possible (Carlson et Shaw, 2019). L'âge aux premières menstruations varie en outre selon des facteurs tels que la génétique, l'état nutritionnel et l'exposition à des polluants environnementaux (Forman *et al.*, 2013), et l'on sait maintenant que la maturité mentale et psychologique n'intervient que plusieurs années – voire une décennie – après l'âge moyen à la ménarche (Arain *et al.*, 2013). On a également compris que la grossesse et la maternité comportaient pour les jeunes adolescentes des risques pour la santé physiologique et mentale susceptibles de mettre leur vie en péril.

Pourtant, plutôt que d'enseigner que la ménarche n'est qu'un facteur parmi d'autres dans le développement de la fécondité, on continue de la décrire comme l'indicateur que le corps d'une fille serait « prêt » pour une grossesse. Cette simplification excessive peut servir de base à des idées illusoire, qui voudraient par exemple que les adolescentes les plus jeunes n'ont pas besoin d'être sensibilisées au sujet de la menstruation ou que les adolescentes enceintes sont physiologiquement aptes à donner la vie.

Autre conception simpliste, l'essentialisme de genre entretient l'idée dépassée selon laquelle les hommes et les femmes présenteraient des différences immuables du point de vue de la biologie, de la physiologie et des capacités innées (Meyer et Gelman, 2016). Cette théorie a été discréditée par des chercheurs de plusieurs disciplines : « des données probantes, notamment dans le domaine des neurosciences, viennent contredire la notion de dimorphisme sexuel », laquelle impliquerait l'existence de deux catégories distinctes et étanches, « ce qui laisse penser que la tendance à considérer le genre ou le sexe comme des catégories binaires pertinentes est en fait malléable et déterminée par le contexte culturel » (Hyde *et al.*, 2019).

La réalité est bien plus complexe, tant pour le sexe que pour le genre, deux termes souvent confondus alors qu'ils revêtent des significations différentes.

Le sexe, qui fait référence aux caractéristiques biologiques et physiologiques des individus mâles et femelles telles que les chromosomes, les hormones et les organes reproducteurs, est souvent considéré comme une distinction entre deux catégories uniquement. Cependant, des études estiment qu'environ 2% de la population présente en fait des variations intersexes (certaines avancent même le chiffre de 4% [Jones, 2018]), c'est-à-dire des particularités anatomiques, chromosomiques, hormonales ou d'autres caractéristiques physiques qui échappent en partie à la dichotomie entre masculin et féminin. Le genre, en revanche,

renvoie aux caractéristiques socialement construites des femmes, des hommes, des filles et des garçons, et au fait de se conformer à ces attentes sociales, notamment par le biais de normes, de comportements et de rôles (OMS, n. d.). La question du genre, elle aussi, remet en cause la dualité. Ainsi, dans des pays du monde entier (l'Argentine, l'Australie, le Bangladesh, le Canada, les États-Unis, Fidji, l'Inde, le Mexique, le Népal, la Nouvelle-Zélande, le Pakistan, les Philippines, les Samoa, la Thaïlande et les Tonga), des communautés reconnaissent l'existence d'identités qui ne correspondent pas à la classification binaire entre hommes et femmes (HCDH, 2023a).

Les attentes liées au genre, une cible mouvante

S'il est vrai que les personnes qui présentent des caractères sexuels non dimorphiques à la naissance sont souvent contraintes de se conformer à la binarité des genres par l'appareil judiciaire, la société et les systèmes de santé, celles qui s'inscrivent effectivement dans le schéma binaire du genre sont souvent confrontées aux regards insistants, à la stigmatisation et à l'exclusion si elles n'incarnent pas *suffisamment* ces normes de genre.

Caster Semenya, athlète sud-africaine de premier rang, a été assignée femme à la naissance et s'est toujours identifiée comme telle, mais sa féminité a été maintes fois remise en question par ses concurrentes et par les institutions du monde de l'athlétisme, une situation souvent rencontrée par les sportives perçues comme étant trop masculines. Elle a été obligée de prendre des traitements hormonaux afin de « corriger » le corps que lui avait donné la nature. Cela ne l'a pas empêchée de continuer à gagner des courses, mais les traitements la fatiguaient, lui provoquaient des nausées et lui donnaient l'impression « de courir dans un corps qui n'était pas le [s]ien » (Semenya, 2023). Elle a également été soumise à des examens répétés et invasifs de son anatomie, ce qui constitue une violation de plusieurs droits fondamentaux faisant l'objet d'une protection internationale. La Cour européenne des droits de l'homme a récemment jugé que son droit au respect de la vie privée et à ne pas subir de discrimination avait été enfreint (Cour européenne des droits de l'homme, 2023). Pourtant, elle reste privée de compétitions par l'organisme international World Athletics (Reid et Worden, 2023). Et c'est loin d'être un cas isolé : comme elle, de nombreuses athlètes de niveau mondial (souvent originaires de pays en développement) se voient interdire de participer aux compétitions, subissent des pressions pour se faire opérer ou sont soumises à des examens génitaux pour la simple raison que leurs caractères sexuels naturels ne sont pas jugés acceptables par les autorités sportives (Longman, 2024).

Il n'y a fondamentalement rien de politique ou d'idéologique à reconnaître l'existence de la diversité des genres ou à constater la prévalence de caractères sexuels non dimorphiques. La prise en compte de cette complexité *ne* nous impose en aucun cas d'éliminer les catégories « hommes » et « femmes ». Au contraire, le consensus mondial en faveur de l'égalité des genres *appelle à ce que* les dangers qui guettent majoritairement les hommes et les garçons ou les femmes et les filles soient identifiés comme tels. Cependant, les dangers (particulièrement graves) rencontrés essentiellement par les personnes qui ne se conforment pas à la binarité des sexes ou des genres doivent également être recensés précisément, faute de quoi ils persisteront. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme observe ainsi que les personnes intersexes subissent des infanticides, des interventions médicales forcées, des discriminations concernant l'accès à l'éducation, au sport, à l'emploi et à d'autres services, ainsi que des problèmes d'accès à la justice et à une reconnaissance juridique (HCDH, n. d.b). Les personnes à l'orientation sexuelle ou à l'expression de genre différentes, qu'elles soient lesbiennes, gays, bisexuelles ou transgenres, sont elles aussi très souvent victimes de discriminations et de violence, y compris une violence légitimée et exercée par l'État (HCDH, n. d.b). La non-reconnaissance de la diversité sexuelle (le fait de ne pas admettre son existence et le refus de collecter des données sur les minorités sexuelles, par exemple) n'est pas de nature à éliminer ces brutalités et cette exclusion.

Les fausses informations au sujet des différences anatomiques en fonction de l'origine ethnique restent elles aussi profondément ancrées dans les systèmes d'éducation, notamment les systèmes de formation médicale. Ainsi, de nombreux manuels d'accouchement et d'obstétrique persistent, encore de nos jours, à utiliser la classification de la morphologie pelvienne proposée en 1938 par les médecins W. E. Caldwell et H. C. Moloy, qui considéraient que certaines formes de bassins étaient « ultra-humaines », c'est-à-dire représentatives

d'une norme en matière de développement humain, tandis que d'autres, qui rappelaient le bassin des grands singes, témoignaient d'un « arrêt de l'évolution ». Aujourd'hui, selon les chercheurs, « tout porte à croire que la forme du canal génital est extrêmement variable, tant entre les populations humaines qu'au sein d'une même population, et qu'ériger le bassin gynécoïde en modèle pour toutes les femmes est infondé du point de vue empirique, factuellement incorrect et potentiellement dangereux, en particulier pour les femmes qui ne sont pas d'origine européenne » (Betti, 2021).

Des idées fausses du même ordre entravent l'accès aux moyens de soulager la douleur ainsi qu'à d'autres soins. Une étude menée en 2016 aux États-Unis a révélé qu'environ la moitié des étudiants en médecine et des internes participants entretiennent au moins une idée fausse concernant les différences biologiques selon la couleur de la peau. Ils croient par exemple que les personnes noires ont des terminaisons nerveuses moins sensibles, une peau plus épaisse, ou encore qu'elles sont plus fécondes (Hoffman *et al.*, 2016).

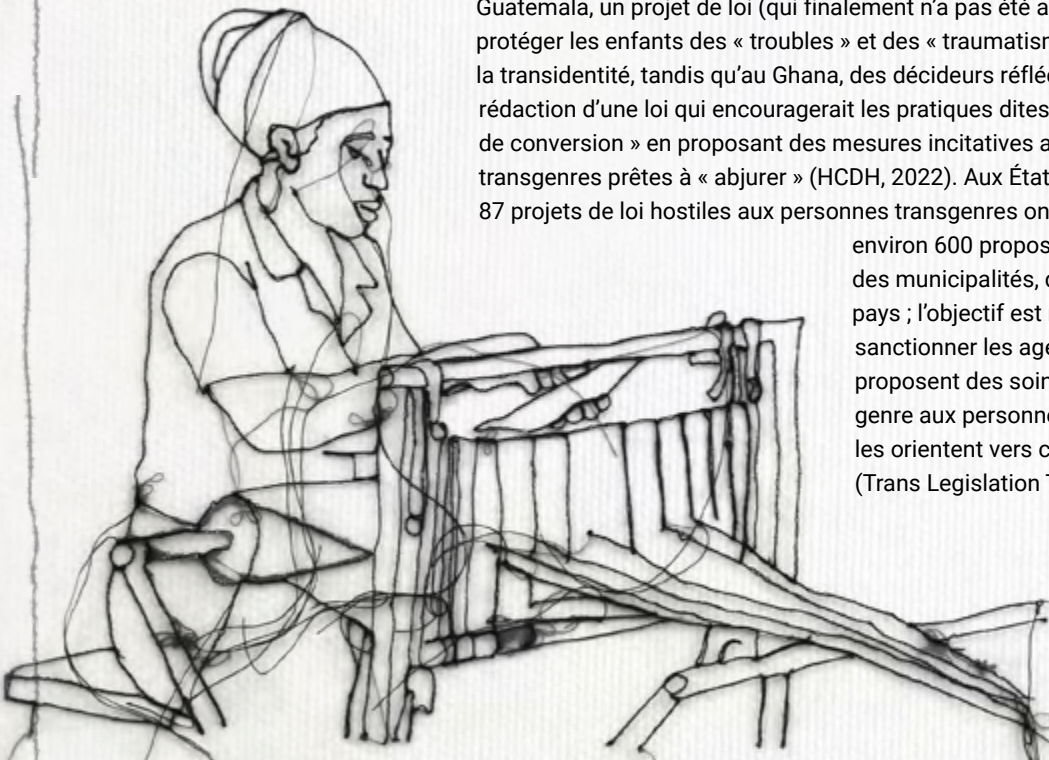
Enfin, les idées fausses sur l'Histoire sont également très répandues, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'accès aux services censés favoriser l'autonomie corporelle et la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, de nombreux clichés laissent entendre que les progrès accomplis au niveau international concernant les droits en matière de sexualité et le droit à l'avortement témoigneraient de l'influence occidentale (HCDH, 2023a). En réalité, bon nombre d'études montrent que ce sont les régimes coloniaux qui ont adopté et fait appliquer des normes et des lois homophobes ainsi que des restrictions à l'autonomie corporelle des femmes (voir la double page à la page 60). Dans bien des cas, ces normes et ces lois sont restées en vigueur une fois que les pays ont regagné leur indépendance, y compris lorsque les cultures précoloniales étaient, en comparaison, plus ouvertes à la diversité en ce qui concerne l'expression de genre et l'orientation sexuelle.

Une nouvelle conception défendue au sein des systèmes de santé

Aujourd'hui, les experts de la santé admettent quasi unanimement que la ménarche n'est en aucun cas un indicateur déterminant de la féminité et que les préjugés raciaux concernant la douleur et la forme du bassin peuvent avoir des effets néfastes. Par ailleurs, les systèmes de santé reconnaissent de plus en plus l'expression de la diversité des identités de genre, des orientations et des caractéristiques sexuelles comme faisant partie du spectre du développement humain normal. Depuis 30 ans, par exemple, de nombreuses particularités des minorités sexuelles, autrefois jugées pathologiques, ont été dépathologisées, voire purement et simplement retirées des manuels de diagnostic. Cette démarche n'a pas seulement vocation à mieux respecter les droits fondamentaux ; elle répond également à la mauvaise qualité des études et des justifications sociales avancées pour corroborer ces diagnostics (Carpenter, 2018). Elle va également dans le sens des efforts déployés à l'échelle mondiale pour améliorer la santé publique grâce à la déstigmatisation (ONUSIDA, 2021) et à une prise de conscience que les services de santé doivent être adaptés à des populations bien plus diverses que ce que l'on voulait bien reconnaître.

À l'inverse, certains États envisagent de prendre des mesures entérinant la pathologisation des identités transgenres et intervenant dans les parcours de soins qui visent à défendre leurs droits. En 2021, au Guatemala, un projet de loi (qui finalement n'a pas été adopté) entendait protéger les enfants des « troubles » et des « traumatismes » liés à la transidentité, tandis qu'au Ghana, des décideurs réfléchissent à la rédaction d'une loi qui encouragerait les pratiques dites de « thérapie de conversion » en proposant des mesures incitatives aux personnes transgenres prêtes à « abjurer » (HCDH, 2022). Aux États-Unis, en 2023, 87 projets de loi hostiles aux personnes transgenres ont été adoptés sur

environ 600 proposés au niveau des municipalités, des États et du pays ; l'objectif est notamment de sanctionner les agents de santé qui proposent des soins d'affirmation de genre aux personnes transgenres ou les orientent vers ce type de service (Trans Legislation Tracker, n. d.).



Une transition vers un avenir meilleur

Réconcilier les systèmes de santé modernes avec cet héritage ne doit pas nécessairement être un processus pénible ou punitif. Comme le montre l'histoire de la CIPD, la communauté internationale s'est mise d'accord sur un objectif commun consistant à garantir l'égalité des genres ainsi que la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction pour l'ensemble de la population. Cette priorité commune engendre des effets positifs au niveau individuel (réalisation des droits fondamentaux, meilleur état de santé, développement du potentiel humain), mais également au sein des communautés, dans la société, et à l'échelle des pays et des régions. L'atteinte des objectifs fixés exige des efforts concertés et correctement financés, *non pas* pour niveler par le bas, mais pour tirer vers le haut les personnes qui n'ont pas encore bénéficié des progrès accomplis.

Rappelons, sans vouloir créer de polémique, que bon nombre d'avancées médicales et sociales sont en fait le résultat de longues années de mauvais traitements infligés par les systèmes de santé, de l'invention d'instruments tels que le spéculum de Sims aux motivations eugéniques qui, en définitive, ont contribué à accroître l'accès à la planification familiale. Et il faut bien reconnaître, toujours sans esprit polémique, que les descendants des personnes ayant subi ces mauvais traitements sont, encore aujourd'hui, celles qui ont le moins accès aux services, aux technologies et aux droits.

Il est véritablement urgent de tirer les enseignements des erreurs passées. Les technologies de santé reproductive continuent de progresser rapidement, mais seront-elles utilisées dans l'intérêt des individus ou, au contraire, pour perpétuer des abus (UNFPA, 2024b). Certains outils diagnostiques précieux comme les tests prénatals sont déjà couramment détournés à des fins de sélection prénatale en fonction du sexe, par exemple. Les utilisateurs de

nouvelles technologies numériques performantes fournissent d'ores et déjà des données éminemment personnelles, souvent à leur insu. Bien d'autres innovations se profilent, notamment les diagnostics assistés par l'intelligence artificielle, le transfert cytoplasmique (capable de produire des embryons à partir de trois parents) ou encore la gamétogenèse in vitro (capable de produire des spermatozoïdes ou des ovocytes à partir de cellules non reproductrices), autant de nouveautés qui pourraient transformer radicalement la reproduction, la sexualité et les configurations familiales. Comme toujours, ces innovations présentent des risques sérieux, qu'il s'agisse de la sécurité et du respect de la vie privée des patients ou de préoccupations éthiques et de droits humains liées à la marchandisation de la reproduction humaine, mais aussi un potentiel de retombées positives importantes (UNFPA, 2024). Ces technologies peuvent tout autant être utilisées pour maltraiter ou exclure les groupes marginalisés que pour favoriser l'inclusion et l'autonomisation, notamment en élargissant l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité aux personnes qui n'en bénéficient pas actuellement, et en permettant aux personnes à l'identité de genre différente et aux patients exclus des services de traitement de l'infertilité (Perritt et Eugene, 2022) de fonder la famille qu'ils désirent.

Partout dans le monde, des mouvements nous aident à panser les blessures du passé, une démarche qui peut et doit éclairer notre vision de l'avenir. Des donateurs du monde entier investissent dans des initiatives de développement de l'obstétrique, d'égalité des genres et d'éducation complète à la sexualité qui ciblent des communautés particulièrement laissées pour compte (voir la page 108). Dans les secteurs de la médecine et de la recherche, une inclusivité croissante contribue à améliorer la qualité des connaissances humaines. Aujourd'hui, nous appréhendons beaucoup mieux la diversité des expressions de genre, la variation des normes de genre entre les pays et au sein d'un même pays, ou encore la complexité et la diversité des caractères sexuels. Nous

avons pris conscience du fait que les femmes de couleur, les femmes autochtones et les femmes des pays du Sud n'ont guère bénéficié de la plupart des progrès réalisés dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction.

Le présent rapport analyse les obstacles aux soins de santé signalés par les femmes elles-mêmes (page 28) et en conclut que des avancées sont bel et bien possibles et que, s'il est vrai que les femmes confrontées aux obstacles les plus nombreux sont généralement celles qui ont le moins tiré avantage des progrès, elles en *ont*

tout de même bénéficié en partie. Dans certains pays, les améliorations les plus notables concernant l'accès aux soins de santé ont même été observées au sein des groupes ethniques auparavant confrontés aux pires difficultés en la matière, signe encourageant qu'une accélération des progrès est tout à fait envisageable. En outre, malgré la grande quantité de données qu'il nous manque encore pour élaborer des politiques et des programmes capables d'atteindre l'ensemble de la population (voir le chapitre 3), les inégalités n'ont jamais été aussi bien comprises, de sorte que la possibilité de garantir des progrès vraiment équitables est plus forte que jamais.



Les bilums sont des sacs en tissu utilisés en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Ils sont utilisés comme porte-bébé (bilum signifie « utérus » dans la langue Tok Pisin) ou comme sac pour transporter les commissions au marché, mais aussi dans le cadre des cérémonies funéraires rendant hommage à des membres éminents de la communauté. Les bilums accompagnent ainsi les Papouasiens à chaque étape de leur vie. Le motif « peau de cochon » représente le combat que mènent les femmes pour être vues, entendues et respectées. © UNFPA Papouasie-Nouvelle-Guinée/PidginProductions

Décoloniser les normes sexuelles et de genre

En juillet 2023, le Secrétaire général des Nations Unies a publié un rapport qui attirait l'attention sur le rôle du colonialisme dans la perpétuation des violences et de la discrimination envers les populations à l'identité de genre différente (HCDH, 2023a). Ce rapport de l'Expert indépendant chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre s'appuie sur des centaines de réunions, de visites et d'échanges avec des acteurs étatiques et non étatiques du monde entier. L'ensemble des données recueillies révèle que les stratégies spécifiques employées par diverses puissances coloniales pour exercer un contrôle sur les personnes colonisées ont entraîné une stigmatisation, une criminalisation et une pathologisation de l'attrance pour les personnes du même sexe, des identités transgenres et d'autres formes d'expression de genre différentes.

La diversité à l'époque précoloniale

Des protecteurs spirituels *babaylan* dans les communautés autochtones des Philippines aux personnes dites *ogbanje* au Nigéria, la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre a toujours existé, partout dans le monde. Les personnes qui incarnent d'autres identités de genre ont été vénérées et respectées dans de nombreuses sociétés, qu'il s'agisse des « êtres aux deux esprits » en Amérique du Nord, des *bonju* en Europe, des *muxes* au Mexique,

des *hijra* en Inde et au Bangladesh, des *takatāpui* (Nouvelle-Zélande) ou encore des *sistergirls* chez les autochtones et les autochtones du détroit de Torres en Australie.

La signification sociale attribuée aux caractéristiques sexuelles est d'ailleurs aussi variée que les cultures elles-mêmes. Si des sociétés précoloniales se caractérisaient par des structures sociales patriarcales et hétéronormatives, de nombreux éléments indiquent qu'une normalisation des variations de genre existait dans d'autres. Dans certaines communautés, les personnes qui présentaient une expression de genre ou des caractéristiques sexuelles différentes se voyaient même confier des fonctions spécifiques : conseillers, chefs militaires, membres de la cour royale, guérisseurs ou encore gardiens des pratiques traditionnelles.

Les stratégies de contrôle colonial

Certes, les colonisations récentes n'ont pas inventé les normes relatives à la binarité des genres ; en revanche, elles ont systématiquement imposé une binarité de genre dans les lois et les pratiques, affectant les personnes colonisées au fil des siècles. La colonisation a eu recours à différentes stratégies telles que la conversion des personnes colonisées à certaines institutions religieuses, la criminalisation de la non-conformité sexuelle ou de genre, ou encore l'instauration de hiérarchies sociales rigides.

Les codes moraux imposés par les puissances coloniales étaient justifiés par des arguments parfois religieux, parfois séculiers. Citons par exemple le *pecado nefando*, crime de « péché abominable » dénoncé par les tribunaux de l'Inquisition au Portugal et en Espagne ; les lois françaises rendant illégaux les « actes obscènes ou contre nature » dans le but d'inculquer la morale chrétienne aux peuples colonisés ; ou encore les lois coloniales britanniques sanctionnant la « grossière indécence » entre deux hommes. D'autres lois sanctionnaient la « sodomie », la « connaissance charnelle contraire à l'ordre de la nature », ainsi que des délits comme l'« indécence publique » et l'« incitation à la débauche ». On peut également mentionner les « lois sur le vagabondage », qui ne visaient pas directement les comportements sexuels ou de genre déviants, mais ont eu des répercussions disproportionnées sur les personnes vivant dans la pauvreté, les minorités sexuelles et de genre et les personnes handicapées.

Notons que des lois identiques ou similaires s'appliquaient également au sein de la société dans les puissances coloniales. Certains pays européens ont ainsi connu des moments de « panique sexuelle » ou de « panique morale », durant lesquels les gouvernements, les autorités médicales et les principaux médias ont qualifié de « déviants » les groupes qui s'écartaient des pratiques sexuelles

dominantes, considérées comme « convenables ». Ces lois ont donc été appliquées dans les colonies parce que les décideurs, souvent influencés par les témoignages des explorateurs, avaient le sentiment que les relations entre personnes de même sexe étaient courantes dans les pays colonisés (Human Rights Watch, 2008).

La législation a non seulement été le principal levier pour faire appliquer ces mesures, mais aussi constitué le fondement de systèmes de socialisation complexes également fondés sur les politiques, la médecine, la littérature et l'éducation. La sexualité des personnes noires, par exemple, était perçue comme « effrénée et insatiable », et l'on considérait donc qu'il était nécessaire de la « réguler » (Westman, 2023). De fait, dans le contexte colonial, une personne ne pouvait s'épanouir qu'à condition d'assimiler les coutumes patriarcales et hétéronormatives des colonisateurs blancs.

Des répercussions durables

Les répercussions des lois et des normes coloniales s'étendent bien au-delà des anciennes colonies et des colonies actuelles. En 1908, la Thaïlande (qui n'a jamais été une colonie européenne) a repris les termes utilisés dans le Code pénal indien pour interdire les actes « contraires à la nature humaine ». Dans certains cas, les dynamiques coloniales ont influencé des réformes législatives et politiques, même dans des contextes postcoloniaux. Ainsi, le Cameroun et le Sénégal, deux anciennes colonies françaises, ont criminalisé les relations entre personnes de même sexe après avoir obtenu leur indépendance en 1960.

Encore aujourd'hui, 64 pays considèrent comme une infraction les rapports consentis entre personnes de même sexe (souvent, il s'agit explicitement de l'intimité sexuelle entre hommes), 41 pays font de même pour l'intimité sexuelle entre femmes, et 20 pays criminalisent ou persécutent explicitement les personnes transgenres par le biais de lois ciblant le « travestissement », l'« imposture » et le « déguisement ». Par ailleurs, bien que les cadres juridiques hostiles aux personnes LGBTQIA+ trouvent généralement leur origine dans la législation et les mœurs sociales coloniales, aujourd'hui, c'est la défense des droits fondamentaux de ces personnes qui est souvent présentée comme un idéal colonial ou comme une entreprise occidentale (HCDH, 2023a).

Pour faire valoir les droits de tous les citoyens de la planète dans toute leur diversité, il faut impérativement combattre l'idée selon laquelle les pays occidentaux ou du Nord seraient les archétypes d'un progrès inévitable tandis que ceux du Sud ou de l'Est cultiveraient une approche rétrograde. Au contraire, c'est plutôt la persistance des cadres juridiques et des normes sociales de l'époque coloniale, hérités des pays occidentaux et du Nord, qui continue de restreindre les droits fondamentaux internationalement reconnus des personnes LGBTQIA+, en particulier celles qui vivent dans les pays du Sud et de l'Orient.

D'autres pistes de recherche

Évidemment, la synthèse que nous venons d'esquisser du rapport de l'Expert indépendant s'intéresse essentiellement aux conséquences des lois et des normes coloniales

sur la diversité sexuelle et de genre, mais n'aborde pas les autres aspects de la santé sexuelle et reproductive. Cependant, les conclusions de ce rapport soulèvent d'importantes questions concernant les répercussions du colonialisme sur l'égalité des genres ainsi que sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction.

Il est par exemple établi que l'avortement était pratiqué dans de nombreuses communautés précoloniales, avant d'être interdit par des lois de l'époque coloniale (HCDH, 2021b ; Malvern et Macleod, 2018). Les puissances coloniales européennes sont d'ailleurs considérées comme « la source la plus importante » de lois visant à restreindre l'avortement ; à la fin du XIX^e siècle, presque tous les pays du monde étaient dotés de lois en la matière (Berer, 2017). De même, durant la première moitié du XX^e siècle, les lois sur l'obscénité, le vice et l'indécence (remontant pour la plupart aux régimes coloniaux européens) étaient couramment utilisées pour interdire l'information sur la planification familiale (Stepan et Kellogg, 1974). Toutes ces conséquences du colonialisme sur la santé et les droits des femmes en matière de reproduction mériteraient d'être étudiées de façon plus approfondie, d'autant que les violations dans ce domaine persistent dans le monde entier.

Ce texte a été rédigé avec la contribution de Victor Madrigal-Borloz, Expert indépendant des Nations Unies chargé de la question de la protection contre la violence et la discrimination liées à l'orientation sexuelle et l'identité de genre de 2018 à 2023.



RELIER

les **POINTS**



La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 et le Programme d'action adopté dans la foulée ont marqué l'histoire en faisant émerger un consensus inédit sur l'importance de l'accès universel à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction (Brown *et al.*, 2019 ; Sen *et al.*, 2019 ; Corrêa *et al.*, 2015). Il s'agissait également d'un appel pressant en faveur de données de meilleure qualité et plus transparentes – une contribution aux normes mondiales qui a rarement été reconnue. Le Programme d'action consacre d'ailleurs un chapitre entier (le chapitre XII) (UNFPA, 1994) à la nécessité de disposer de « données valables, fiables, à jour et qui tiennent compte du contexte culturel et soient comparables au niveau international », idéalement « désagrégées par genre et par groupe ethnique ». Il préconise également de recueillir l'opinion des groupes de population défavorisés ou appartenant à différentes cultures.

À cette période, la santé sexuelle et reproductive des hommes et des femmes ou encore le respect de leurs droits dans ce domaine étaient largement ignorés. Ainsi, dans les années 1990, la grande majorité des pays ne disposaient d'aucune donnée fiable (voire d'*aucune* donnée tout court, dans la plupart des cas) sur la mortalité maternelle (OMS *et al.*, 2001). À l'époque de la CIPD, les estimations les plus à jour de l'OMS sur la mortalité maternelle (qui dataient déjà de plus de cinq ans) étaient très approximatives, compte tenu de la non-représentativité des échantillons et des problèmes de sous-déclaration rencontrés dans bon nombre de pays (OMS, 1991). L'absence d'estimations de la mortalité maternelle reconnues au niveau mondial dans les années 1990 n'a pas empêché le Programme d'action de la CIPD d'appeler à diminuer le nombre de décès maternels de 75 % entre 1990 et 2015, et de s'engager à réduire les disparités en la matière « à l'intérieur des pays, entre les régions, les groupes socio-économiques et les groupes ethniques » (UNFPA, 1994).

Ces objectifs ont donné lieu, d'une part, à un suivi fondé sur une collaboration régulière entre les populations et les ministères de la santé, les démographes, les statisticiens, les épidémiologistes et les spécialistes des droits fondamentaux, et d'autre part, à la définition d'indicateurs mesurables sur la santé et les droits, puis à une collecte de données rigoureuses afin de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Programme d'action (Snow *et al.*, 2015 ; Nations Unies, 2014 ; UNFPA, 1998). Depuis 1994, la qualité et la quantité des données relatives à la mortalité maternelle se sont considérablement améliorées, de même que les méthodes statistiques employées pour procéder aux estimations. En 2014, l'absence de données, qui jusque-là constituait la norme, était devenue une exception, malgré un durcissement des critères de fiabilité.

Trente ans après la CIPD, le monde vit de nouveau un moment charnière, et il est impératif de reconnaître une fois encore l'ampleur inacceptable des besoins non satisfaits, même si nous manquons de données pour définir précisément l'étendue du problème. De nouveau, la communauté internationale doit se donner pour ambition de protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction de toutes les personnes laissées pour compte et mises de côté s'agissant des progrès sanitaires, du développement des infrastructures de santé, mais aussi de la révolution des données.

Le présent chapitre se penche notamment sur le problème de la mortalité maternelle, dont le niveau et l'évolution aux échelles mondiale, régionale, nationale et infranationale restent souvent incertains, malgré les progrès constants des statistiques et de la disponibilité des données. Cependant, les chiffres et les ratios de la mortalité maternelle ne constituent qu'un point de départ pour aborder bien d'autres questions toujours sans réponses sur la santé et les droits des femmes et des filles qui, encore aujourd'hui, ne profitent guère des avancées dont bénéficient leurs sœurs plus privilégiées.

Un nouveau tournant

L'une des explications, on le sait depuis longtemps, est à chercher du côté des inégalités profondes, en hausse dans de nombreux contextes, concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction. De plus en plus d'études confirment que certaines personnes sont reléguées aux marges de la société et des systèmes de santé, en raison des discriminations qui s'y pratiquent, des barrières linguistiques rencontrées dans les centres de soins, de la stigmatisation liée à leur séropositivité, ou du fait qu'elles ne bénéficient pas des privilèges réservés aux citoyens, entre autres exemples.

Les données disponibles indiquent clairement que ces personnes souffrent et meurent dans des proportions bien plus importantes que ce qu'on imaginait (Khalil *et al.*, 2023 ; Geller *et al.*, 2018 ; Gon *et al.*, 2018). Pourtant, leur mort reste le plus souvent invisible, de même que les maladies et les conditions indignes qui la précèdent (Creanga *et al.*, 2014). Pour quelles raisons ? Les décès et les traumatismes physiques restent mal recensés ; en cause, les défaillances des systèmes de données et la faible fréquence des enquêtes et autres études, à la portée et à la comparabilité par ailleurs limitées. Même quand les décès et les morbidités *sont bien* comptabilisés, l'étude des inégalités sous-jacentes demeure souvent dans l'ombre, faute d'efforts entrepris pour désagréger ces données en fonction des particularités à l'origine de l'exclusion de certains groupes. La prévalence disproportionnée des blessures physiques et des décès au sein de ces groupes se retrouve noyée dans les moyennes statistiques.

Lever ce voile fait apparaître des inégalités frappantes, tant entre les pays qu'à l'intérieur de leurs frontières. Les acteurs de la santé publique expliquent généralement cette situation par l'hypothèse d'équité inverse, selon laquelle les nouvelles interventions de santé sont d'abord adoptées par les populations les plus aisées, qui



Femmes en larmes, par Bayombe Endani, République démocratique du Congo, 2010. Illustration réalisée avec le concours de The Advocacy Project, une association qui aide les communautés marginalisées en utilisant l'art de la broderie comme moyen thérapeutique et instrument de plaidoyer.

en ont pourtant le moins besoin (Victora *et al.*, 2018). Les progrès en matière de santé peuvent donc accentuer les inégalités dans un premier temps, avant de les réduire une fois devenus accessibles à ceux qui en ont le plus besoin (si tant est que cela se produise). Toutefois, à en croire certains indicateurs, les inégalités se creusent, à la fois au sein des pays et entre eux.

En 1990, par exemple, une adolescente de 15 ans sur 12 risquait de mourir un jour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement dans les 10 % de pays les plus à risque, contre une sur quasiment 7 000 dans les 10 % de pays les moins à risque (voir la note technique). En 2020, ces moyennes étaient passées à une sur 34 dans les pays les plus à risque, et à une sur près de 23 000 dans les pays les moins à risque. Cette probabilité a donc été divisée par 2,8 dans les pays les plus à risque, et par 3,3 dans les pays les moins à risque, des chiffres qui témoignent d'inégalités accrues. En effet, si l'on compare les deux extrêmes, les progrès ont été plus marqués dans les pays où la mortalité maternelle était la plus faible, et plus limités là où les taux étaient les plus élevés.

Ces inégalités entre les pays sont souvent mises au compte d'une disparité de moyens, mais cette explication ne tient plus dès lors que l'on examine les inégalités qui existent à l'intérieur de leurs frontières. Ces écarts au sein même des pays montrent sans équivoque que bon nombre des inégalités concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction observées aujourd'hui dans le monde s'expliquent non seulement par le manque de ressources, mais surtout par les discriminations et l'exclusion persistantes (GNUD, n. d.).

Cela vaut à la fois pour les pays où la mortalité maternelle reste tragiquement élevée (Patel *et al.*, 2018 ; Acharya et Patra, 2017) (voir la page 155) et pour les pays à revenu élevé qui affichent des taux nettement plus faibles. Ainsi, selon les estimations, seuls 19 pays auraient enregistré une hausse du taux

de mortalité maternelle entre 1990 et 2020. C'est notamment le cas des États-Unis et du Royaume-Uni, deux pays dans lesquels l'incidence des décès maternels est incommensurablement plus élevée chez les femmes noires que chez les femmes blanches. Les dernières estimations des Nations Unies (légèrement différentes des estimations nationales de chaque pays) indiquent que les États-Unis présentaient un taux de mortalité maternelle de 21 pour 100 000 naissances vivantes en 2020 (OMS *et al.*, 2023). D'après les statistiques nationales officielles aux États-Unis, le taux de mortalité maternelle chez les femmes noires en 2021 était plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale (Hoyert, 2023). Les risques de mortalité maternelle sont également plus élevés que la moyenne nationale chez les femmes hispaniques résidant dans le pays (Hoyert, 2023).

Cependant, ces tendances enregistrées aux États-Unis s'inscrivent dans le cadre d'une hausse plus générale de la mortalité maternelle dans l'ensemble de la population. Ce phénomène concerne en effet la plupart des groupes de femmes du pays : il touche tous les âges et tous les groupes ethniques, dans toutes les catégories socio-économiques (Hoyert, 2023 ; Singh, 2021) (voir la note technique, page 154). En revanche, au Royaume-Uni, où la mortalité maternelle s'élevait selon les estimations des Nations Unies à 9,8 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020 (OMS *et al.*, 2023), des recherches ont montré que l'augmentation de ce taux était due en grande partie à une multiplication des décès parmi certaines minorités ethniques et catégories socio-économiques. C'est chez les femmes noires ainsi que chez les femmes les plus défavorisées sur le plan socio-économique que l'on observe les taux de mortalité maternelle les plus élevés et les augmentations les plus marquées (Knight *et al.*, 2022).

Il ne serait que trop facile d'écarter ces constats en les considérant comme des résultats isolés, valables uniquement pour deux pays. Ceux-ci comptent pourtant parmi les rares pays du monde dotés

de systèmes de données permettant de mettre en évidence ce type de différences (Small *et al.*, 2017). En d'autres termes, ils font partie des rares espaces géographiques où ces disparités sont rendues visibles. Les efforts entrepris aux États-Unis pour mieux cerner les inégalités raciales entourant la mortalité maternelle remontent d'ailleurs aux tout premiers tableaux établis par l'OMS : le pays était alors le seul à disposer de données désagrégées en fonction de l'appartenance ethnique (OMS, 1991). Le Royaume-Uni est quant à lui équipé d'un impressionnant système de surveillance de la mortalité maternelle datant de 1952 (c'est le plus ancien au monde), mais n'a commencé à tenir compte de l'origine ethnique qu'en 1995 (Small *et al.*, 2017).

Un rapport de l'UNFPA publié en 2023 a comparé pour la première fois différents indicateurs de santé maternelle entre les femmes et les filles d'ascendance africaine et les autres, dans les quelques pays des Amériques où les données le permettent. En effet,

seuls quatre des 35 pays concernés consignent l'origine ou l'appartenance ethnique des femmes décédées au moment de leur accouchement, et seulement 11 recueillent d'autres données sur la santé maternelle désagrégées suivant ce critère (UNFPA *et al.*, 2023). Le Canada, par exemple, fait partie, au même titre que les États-Unis et le Royaume-Uni, des quelques pays où la mortalité maternelle s'est aggravée entre 1990 et 2020 (passant de 6,9 à 11 décès pour 100 000 naissances vivantes) (OMS *et al.*, 2023), mais il ne collecte pas de données ethniques dans le domaine de la surveillance maternelle, alors que l'existence d'obstacles à l'accès et au recours aux soins de santé maternelle en fonction de l'appartenance ethnique y est établie. Il est par conséquent impossible de savoir si la hausse de la mortalité maternelle enregistrée dans le pays au fil du temps concerne toutes les femmes, ou si elle se cantonne essentiellement à certains groupes de population (Dayo *et al.*, 2022).



Lorsqu'il existe des données, celles-ci font résolument état d'inégalités persistantes au détriment des groupes marginalisés : non seulement les personnes noires et d'ascendance africaine, mais également les populations autochtones (Paradies, 2016). Un rapport conjoint de l'UNFPA, de l'UNICEF et d'ONU-Femmes publié en 2018 a examiné les rares données disponibles sur la santé maternelle des femmes et des filles autochtones. Sur les 80 pays étudiés, 16 pays (à revenu faible et intermédiaire) disposaient de données : le Belize, le Costa Rica, l'Éthiopie, la Gambie, le Guyana, l'Indonésie, le Kenya, la République démocratique populaire lao, le Mexique, la Namibie, le Népal, le Pakistan, le Sénégal, la Sierra Leone, le Suriname

et le Viet Nam. Les femmes issues de groupes ethniques autochtones y étaient nettement moins susceptibles de bénéficier de soins prénatals, moins susceptibles de donner la vie en présence d'une accoucheuse qualifiée, plus susceptibles de devenir mères à l'adolescence, et nettement plus susceptibles de mourir de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement (UNFPA *et al.*, 2018). Les travaux de recherche menés dans d'autres pays, sur les femmes autochtones vivant en Australie (Australian Indigenous HealthInfoNet, n. d.), en Inde (Gouvernement indien, ministère de la Santé et du bien-être de la famille, 2016), au Guatemala (ENSMI, 2015), au Panama et en Russie (Anderson *et al.*, 2016), révèlent les mêmes disparités.

Écarter les facteurs de confusion

Les données probantes relatives aux inégalités raciales en matière de santé suscitent souvent des questions sur d'éventuels facteurs de confusion : ces disparités pourraient-elles s'expliquer par le niveau d'études ? Par des différences de revenus ? Qu'en est-il des facteurs liés à l'emploi ou des prédispositions génétiques aux problèmes de santé ? Les études disponibles concernant les femmes autochtones et les femmes d'ascendance africaine montrent que, si ces caractéristiques jouent effectivement un rôle dans l'état de santé, elles n'expliquent pas la totalité des disparités observées, ce qui signifie que bon nombre de ces dernières sont bel et bien liées à l'appartenance ethnique (Institut australien de la santé et du bien-être, 2023). À titre d'exemple, « les décès maternels persistent, quels que soient les niveaux d'études et de revenu ; d'ailleurs, ils sont 1,6 fois plus fréquents chez les diplômées afro-américaines que chez les femmes blanches sans diplôme d'études secondaires », selon une récente analyse de l'UNFPA (UNFPA *et al.*, 2023). À cet égard, de plus en plus nombreuses sont les études explorant les liens entre l'exposition chronique à l'injustice systémique et l'accélération de l'altération de la santé physique (souvent appelée « dégradation »), à l'origine de nombreuses disparités raciales en matière de mortalité maternelle (Geronimus, 2023 ; Forde *et al.*, 2019). L'analyse qui figure dans le présent rapport (page 28) va également dans ce sens : s'il est indéniable que des facteurs socio-économiques déterminants contribuent aux disparités signalées par les pays concernant l'accès à la santé, on observe également des différences considérables selon l'appartenance ethnique quant aux proportions de femmes qui rencontrent de sérieuses difficultés d'accès aux soins lorsqu'elles sont malades, même en tenant compte du niveau de richesse, des revenus et du lieu de résidence (en milieu urbain ou rural).

De profondes inégalités émergent également lorsque l'on s'intéresse aux personnes handicapées. Les femmes handicapées sont jusqu'à 10 fois plus susceptibles de subir des violences liées au genre, y compris des violences sexuelles. Par ailleurs, les jeunes handicapés ont la même probabilité d'être sexuellement actifs que leurs pairs non handicapés. Malgré cela, l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux informations dans ce domaine est pour ces personnes un parcours parsemé d'embûches, notamment en raison du manque d'adaptation de ces services et de l'attitude discriminatoire de certains prestataires de santé (UNFPA, 2018). La collecte d'informations concernant les besoins de cette population est elle aussi entravée par la stigmatisation liée au handicap et par l'absence de définitions communément admises pour recenser les personnes handicapées et mesurer leurs besoins.

Cette situation est d'autant plus problématique qu'à en croire les estimations, environ 1 milliard de personnes, soit 15 % de la population mondiale, devront vivre avec un handicap à un moment ou un autre de leur existence. Des progrès décisifs sont néanmoins à l'œuvre. En 2021, l'UNFPA a révélé que 73 % des pays avaient adopté, dans le cadre de leurs recensements standard, le questionnaire du Groupe de Washington sur les statistiques du handicap en 2020, contre 33 % en 2018 (UNFPA, 2021b).

Les minorités sexuelles et de genre sont elles aussi confrontées à de graves disparités en matière de santé, non seulement pour ce qui est de l'accès aux soins de santé et de la qualité de ces derniers, mais aussi des problèmes de santé tant physiques que psychologiques (Tabaac *et al.*, 2020 ; Matsick *et al.*, 2020 ; Caceres *et al.*, 2019 ; Gibson *et al.*, 2018 ; Müller, 2016), des domaines où, précisons-le, les données restent limitées. Des signes encourageants montrent toutefois que la collecte de données relatives aux minorités sexuelles et de genre se développe, mais lorsque ces données existent,

elles restent essentiellement le fruit d'efforts ponctuels, et non de systèmes nationaux réguliers et standardisés tels que des recensements ou des enquêtes sociales de grande envergure (Commission européenne, Direction générale de la justice et des consommateurs, 2017). La collecte de données est en outre compromise par la stigmatisation ou, pire, la criminalisation des activités sexuelles entre partenaires du même sexe ainsi que des identités et de l'expression transgenres dans des dizaines de pays à travers le monde (Human Dignity Trust, n. d.). Enfin, d'autres facteurs d'exclusion, tels que l'âge, peuvent entraîner une marginalisation extrême. Des études récentes montrent par exemple qu'en raison de lois et d'attitudes sociales hostiles (notamment liées à des tabous concernant la sexualité à l'adolescence), les services de santé sexuelle et reproductive et les informations dans ce domaine (y compris au sein des organisations LGBTQIA+) sont purement et simplement inaccessibles pour les adolescents et adolescentes appartenant aux minorités sexuelles ou de genre en Afrique australe (Müller *et al.*, 2018).



Au Turkménistan, les femmes en situation de handicap font valoir leurs droits

Il y a plusieurs années, lors d'une consultation dans un cabinet gynécologique d'Ashgabat, au Turkménistan, Alia (le prénom a été modifié) et son mari ont été confrontés à une réaction virulente face à l'évocation de leur désir d'enfant, le personnel jugeant qu'il n'était « pas souhaitable » pour deux personnes aveugles de devenir parents. « Comment vous occuperez-vous de l'enfant ? Comment pourrez-vous l'élever, le surveiller ?... », autant de questions qui leur étaient adressées.

« Ils pensaient que nous ne pourrions jamais nous en sortir et nous ont conseillé de recourir à l'avortement », rapporte Alia à l'UNFPA. « Mais je n'étais pas de cet avis. Ma mère était aveugle, elle aussi, et elle a élevé sept enfants ».

L'expérience d'Alia est malheureusement monnaie courante parmi les femmes en situation de handicap, soit une femme sur cinq dans le monde. Malgré l'existence d'accords internationaux garantissant à toutes et tous le droit de faire des choix exempts de toute discrimination et coercition, la réalité est souvent bien différente pour les femmes handicapées. En raison de préjugés, leur capacité à prendre leurs propres décisions en matière

de santé sexuelle et reproductive est régulièrement remise en question par les professionnels de santé, leurs partenaires intimes et même l'opinion publique.

Les études montrent en effet que les femmes et les filles en situation de handicap font face à une forte discrimination dans leurs choix reproductifs. Exclues de nombreux services de santé, peu ou non accessibles, elles sont également privées des programmes d'éducation complète à la sexualité, en particulier lorsque scolarisées dans des établissements spécialisés. Pour certaines, cette discrimination peut même prendre la forme de stérilisations forcées.

Comme Alia, de nombreuses femmes ont ainsi été jugées inaptes à porter et élever un enfant.

En effet, les recherches menées par l'UNFPA en 2021 ont révélé qu'au Turkménistan, un grand nombre de personnes en situation de handicap n'ont pas accès aux services et informations dont elles ont besoin en matière de santé sexuelle et reproductive. Pour y remédier, l'UNFPA et la Société turkmène des aveugles et des sourds ont travaillé à l'élaboration

de vidéos informatives interprétées en langue des signes. Ces vidéos, mises à disposition en ligne ou distribuées sur des clés USB, couvrent des thèmes variés, tels que la puberté, la planification familiale ou encore la maternité sans risque. Un projet d'application mobile est également en cours.

Les femmes ayant visionné les vidéos ont rapporté que ces ressources leur avaient été très utiles pour apprendre comment accéder aux services de contraception et bénéficier des soins périnataux gratuits. Elles ont également apprécié d'y trouver les coordonnées de plusieurs cliniques et prestataires de services. Grâce à ce type d'initiatives, le pays devient progressivement plus inclusif et plus juste envers les femmes enceintes handicapées.

Cependant, comme le rappelle Alia, il y a encore beaucoup à faire : « Il est indispensable de former le personnel médical pour que nous soyons enfin acceptées et traitées comme les autres patientes ».

En attendant, Alia, comme sa mère avant elle, a fait le choix de la parentalité. « Je savais que j'y arriverais », se réjouit-elle.

Aborder la question sous le prisme de l'égalité

L'une des grandes évolutions de ces 30 dernières années est l'émergence d'un consensus selon lequel des facteurs tels que le genre, l'origine ou l'appartenance ethnique, la situation au regard du handicap, l'orientation sexuelle et le statut migratoire ne constitueraient pas des atouts ou des désavantages que l'on pourrait quantifier en leur attribuant une simple note, mais plutôt des facteurs dynamiques au sein d'un réseau complexe d'éléments favorables et défavorables.

Rien que ces 15 dernières années, la communauté internationale a complètement changé de regard sur le rôle des obstacles structurels et intersectionnels qui empêchent certaines personnes de prendre soin de leur santé et d'exercer leurs droits. Ainsi, alors que les travaux de recherche réalisés auparavant s'intéressaient parfois uniquement aux comportements individuels ayant des répercussions négatives sur la santé (tarder à se faire soigner, par exemple), les chercheurs d'aujourd'hui reconnaissent plus volontiers que ces comportements sont influencés par les normes, les systèmes et les institutions, et que les difficultés rencontrées par chaque individu peuvent être accentuées par de nombreux facteurs transversaux.

À titre d'exemple, une étude édifiante de 2009 comparait les comportements de recours aux services de santé des femmes pauvres, des femmes non pauvres, des hommes pauvres et des hommes non pauvres en Inde. Selon cette étude, les méthodes traditionnelles avaient conclu, à tort, que les hommes pauvres étaient aussi défavorisés que les femmes pauvres, tandis qu'une méthode spécifiquement conçue pour identifier l'influence cumulée des facteurs transversaux défavorables révélait au contraire que les hommes pauvres étaient en réalité mieux lotis que toutes les femmes, qu'elles soient pauvres ou non. D'une manière générale,

le genre et la catégorie socio-économique influent tous deux sur l'état de santé, mais, dans ce cas tout du moins, l'avantage lié au fait d'être un homme était tel que même les hommes pauvres avaient une situation préférable à celles des femmes non pauvres (Sen et Iyer, 2012 ; Sen *et al.*, 2009).

Compte tenu de l'interaction entre différentes formes d'avantages et de désavantages, il est extrêmement compliqué de concevoir des interventions efficaces. Quand il s'agit d'élaborer des politiques, les solutions universelles ne fonctionnent pas. Les progrès remarquables accomplis ces 30 dernières années s'expliquent en partie par le fait que les politiques et les interventions ont amélioré le bien-être des personnes les plus faciles d'accès, exposées aux préjudices les moins épineux, et les mieux placées pour bénéficier des dites politiques. Atteindre les personnes qui restent dans le besoin, aux vulnérabilités transversales, sera forcément plus difficile et exigera des interventions mieux pensées. Poursuivre les approches actuelles risquerait non seulement d'être inefficace, mais aussi de gaspiller des ressources et de léser certaines personnes. Les informations diffusées dans des langues non comprises par une population cible, les campagnes qui ne tiennent pas compte des contraintes culturelles ou des obligations religieuses des utilisateurs visés, ou encore les dispensaires non accessibles aux personnes handicapées, entre autres exemples, font perdre des investissements, perdurer l'exclusion, et détériorent la confiance entre les prestataires de santé et les populations auxquelles ils sont censés venir en aide.

Pourtant, ces constats ne doivent pas nous décourager. Au contraire, il y a lieu de se féliciter de cette nouvelle perspective sur la question, même si elle attire notre attention sur des réalités désagréables concernant les privilèges et les préjugés. Elle nous permet en effet de mieux appréhender les efforts et les ressources nécessaires pour atteindre nos objectifs dans le monde entier.

Inégalités au sein des pays et entre eux : les cas de l'Inde et du Nigéria

Depuis que les mesures existent, l'Inde et le Nigéria ont toujours été les deux pays enregistrant le plus grand nombre absolu de décès maternels. En 1990 comme en 2020, ils comptabilisaient à eux seuls plus d'un tiers des décès maternels à l'échelle mondiale. Au départ, l'Inde enregistrait le taux le plus élevé avec 26 % des décès maternels en 1990, contre 10 % pour le Nigéria. Avec le temps, ce classement s'est toutefois inversé : en 2020, selon les estimations, 29 % des décès maternels dans le monde sont survenus au Nigéria, contre seulement 8 % en Inde, où la mortalité maternelle a considérablement diminué (OMS, n. d.a).

Bien que le rythme de la croissance démographique ait joué un rôle dans ce phénomène (la population du Nigéria a plus que doublé entre 1990 et 2020, tandis que celle de l'Inde a été multipliée par 1,6), le principal constat est que les taux de mortalité maternelle ont chuté en Inde, mais beaucoup moins au Nigéria. La réussite de l'Inde est souvent attribuée à l'amélioration de l'accès à des services de santé maternelle abordables et de qualité (Exemplars in Global Health, 2023 ; Singh, 2018), mais aussi aux initiatives destinées à atténuer les effets de la discrimination liée au genre sur l'état de santé des individus. Une étude a ainsi observé que les politiques conçues pour favoriser l'égalité des genres (augmentation du nombre de femmes médecins, respect et soutien accrus des institutions à l'égard du personnel infirmier, promotion des collectifs d'autonomisation des femmes, etc.) étaient associées à un meilleur état de santé de la population et à un accès accru des femmes aux soins de santé (Hay *et al.*, 2019). Une autre étude fait état d'une corrélation entre l'augmentation de la proportion de femmes dans la vie politique et la hausse du nombre de centres de santé primaires et communautaires, de dispensaires publics et d'hôpitaux (Heymann *et al.*, 2019). Elle pointe également l'efficacité des programmes qui encouragent une prise en charge respectueuse avant, pendant et après l'accouchement et assurent des soins prénatals gratuitement.

Néanmoins, cette analyse des inégalités en matière de santé maternelle entre deux pays se complexifie si l'on se penche sur les inégalités observées au sein

de ces mêmes pays. En Inde comme au Nigéria, certains groupes de femmes reçoivent les soins dont elles ont besoin, et d'autres non. Au Nigéria par exemple, la localisation géographique est source de différences spectaculaires dans ce domaine, avec des décès maternels nettement plus nombreux chez les femmes des bidonvilles urbains et des localités rurales, et des taux de mortalité maternelle plus élevés dans le nord que dans le sud du pays (Babajide *et al.*, 2021 ; Gulumbe *et al.*, 2018 ; Anastasi *et al.*, 2017). Un examen des vulnérabilités connexes telles que le mariage des enfants et la présence de personnel médical qualifié aux accouchements selon l'origine ethnique, la localisation géographique et le revenu fait apparaître des inégalités encore plus marquées (ONU-Femmes, 2018). En Inde également, des inégalités criantes subsistent face aux risques de décès maternel. De récents travaux de recherche réalisés dans chacun des 640 districts du pays révèlent que si près d'un tiers des districts ont réalisé l'objectif de développement durable (ODD) consistant à faire passer le taux de mortalité maternelle sous la barre des 70 pour 100 000 naissances vivantes, 114 districts affichent encore des taux de mortalité maternelle équivalents ou supérieurs à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes (Goli *et al.*, 2022). Le ratio le plus élevé, 1 671 pour 100 000 naissances, est enregistré par le district de Tirap (dans l'Arunachal Pradesh), une zone rurale où vit une forte proportion de personnes autochtones. Quoiqu'il soit difficile de désagréger ces chiffres par groupe socio-économique, par origine ethnique, par caste ou par religion, il est évident que tous ces facteurs jouent un rôle dans l'état de santé. Bien que toutes les femmes aient droit à des soins de santé maternelle gratuits, par exemple (Beckingham *et al.*, 2022), celles qui appartiennent aux castes et aux groupes autochtones les plus défavorisés reçoivent moins de soins prénatals, postnatals et obstétricaux, voire pas du tout (Raghavendra, 2020 ; Yadav et Jena, 2020 ; Saroha *et al.*, 2008). Ces études de cas nous livrent un enseignement fondamental, à savoir qu'il est urgent de s'attaquer à toutes les inégalités, aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur de leurs frontières, et qu'aucune société ni aucune région n'a encore atteint les objectifs auxquels nous aspirons collectivement.

Une accélération indispensable

Les estimations les plus récentes, qui datent de 2023 et s'appuient sur les meilleures données et les meilleures pratiques disponibles, avancent que le taux mondial de mortalité maternelle enregistré en 2020 n'avait guère évolué au cours des cinq années précédentes, et qu'il restait hélas bien loin de l'objectif fixé en 1994 (UNFPA, 1994). Certains esprits critiques pourraient avancer que cet objectif était tout simplement impossible à atteindre, mais les données actuelles d'une poignée de pays prouvent qu'un taux de mortalité maternelle de 1 ou 2 décès pour 100 000 naissances est bel et bien atteignable (OMS *et al.*, 2023). Alors qu'en est-il de la mortalité maternelle aujourd'hui ? Malheureusement, il est pour l'instant impossible de suivre en temps réel les progrès accomplis dans la réduction des décès maternels, non seulement parce que les données sont limitées, mais aussi parce qu'elles ne sont officiellement mises à jour que plusieurs années après les faits. Il y a par conséquent beaucoup d'incertitudes quant au stade où nous en sommes actuellement, en particulier au sortir de la pandémie mondiale de COVID-19. Les estimations les plus récentes vont seulement jusqu'à la première année de la pandémie, une période où les experts avaient du mal à cerner, parmi l'ensemble des décès liés à la COVID-19, quelle proportion relevait indirectement de causes obstétricales (OMS *et al.*, 2023). Aujourd'hui encore, la véritable étendue des effets de la pandémie sur la santé maternelle reste inconnue.

Certains indices *suggèrent* cependant une augmentation inquiétante des taux de mortalité maternelle dans certaines parties de l'Europe, de l'Amérique du Nord, de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ces tendances à la hausse sont suffisamment marquées et répandues pour contrebalancer les diminutions enregistrées ailleurs, d'où une stagnation des taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale depuis 2016. En l'absence de données plus récentes, on ignore si les décès maternels vont encore se multiplier en raison des

répercussions de la pandémie ou si les hausses récentes ont été enrayerées (OMS *et al.*, 2023).

Malgré ces signes contradictoires, les progrès déjà réalisés sont porteurs d'espoir. Premièrement, le nombre total de décès maternels par an a considérablement diminué depuis 1994, un constat encourageant compte tenu de la croissance spectaculaire de la population mondiale, passée de 5,7 milliards à 8,1 milliards d'êtres humains entre 1994 et 2024 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022a). Deuxièmement, les données dont nous disposons sont elles-mêmes un signe de progrès. À chaque amélioration de la collecte et de l'analyse des données, des solutions se présentent, parfois là où on ne s'y attend pas.

Ainsi, selon certaines estimations, environ un tiers de la diminution totale de la mortalité maternelle serait attribuable à la baisse de la fécondité, le recours accru à la contraception entraînant une diminution du nombre de grossesses et un espacement plus sûr des naissances (Snow *et al.*, 2015). D'après d'autres études, répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception permettrait d'éviter plus d'un décès maternel sur deux simplement en réduisant les grossesses précoces et tardives, plus à risque, en espaçant davantage les naissances et en diminuant la probabilité que les femmes subissent des avortements non médicalisés (Utomo *et al.*, 2021 ; Chola *et al.*, 2015 ; Ahmed *et al.*, 2012). Par ailleurs, la prévalence des grossesses non désirées et des besoins non satisfaits en matière de contraception est influencée par des inégalités liées à de nombreux facteurs tels que l'âge, la situation socio-économique, ainsi que l'origine et l'appartenance ethniques (Anik *et al.*, 2022 ; Sully *et al.*, 2020 ; Kim *et al.*, 2016), qui attirent notre attention sur les communautés auxquelles il faut venir en aide.

Les données recueillies depuis des décennies mettent également en exergue le rôle des avortements non médicalisés dans la mortalité maternelle. Ce lien a été

Mesurer la discrimination

Certains indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable sont mis à profit par la communauté internationale pour mesurer la proportion de la population ayant déclaré avoir personnellement fait l'objet de discrimination ou de harcèlement au cours des 12 mois précédents, pour des motifs interdits par le droit international des droits de l'homme. Selon les données disponibles, près d'une personne sur six aurait ainsi été confrontée à une forme ou l'autre de discrimination au cours des 12 derniers mois ; un phénomène qui, dans certains contextes, pourrait concerner jusqu'à une personne sur trois. Au niveau mondial, les femmes sont généralement plus touchées que les hommes et rapportent, en certaines occasions, être trois fois plus discriminées que leurs homologues masculins. De même, les personnes en situation de handicap subissent deux fois plus de discrimination que les autres, voire six fois plus dans certains contextes.

Les différentes formes de discrimination

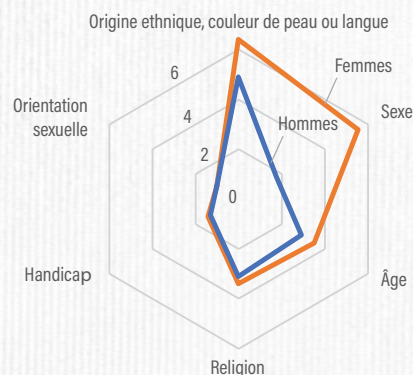
La discrimination raciale*, basée sur des facteurs tels que l'origine ethnique, la couleur de peau ou la langue, est la forme de discrimination et de harcèlement la plus rapportée ; 6 % (pourcentage médian) de la population mondiale déclarant en avoir été victime au cours de l'année passée. Dans les cas les plus extrêmes, 24 % de la population pourrait même être concernée.

La discrimination intersectionnelle touche les personnes recoupant plusieurs caractéristiques régulièrement stigmatisées. Le rejet dont font l'objet les femmes et les personnes en situation de handicap peut ainsi se trouver aggravé par leur origine ethnique, leur couleur de peau et leur affiliation linguistique. Dans certains contextes nationaux, les femmes et les personnes handicapées sont respectivement quatre et six fois plus susceptibles de subir de la discrimination que les hommes ou les personnes non handicapées.

Les discriminations fondées sur l'âge et le sexe concernent 4 % de la population mondiale (pourcentage médian). Dans certaines régions, presque 19 % de la population affirme subir des discriminations de ce type, avec toutefois de fortes disparités entre les hommes et les femmes. Ces dernières sont en effet quatre fois plus susceptibles d'être victimes de discrimination fondée sur le sexe que les hommes, voire 20 fois plus dans certains États.

FIGURE 4

Proportion de personnes confrontées à la discrimination, par forme de discrimination, 2015-2023 (pourcentage)



Source : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2024

La discrimination liée à l'âge, la plus variable entre les pays, peut quant à elle concerner plus de 34 % de la population de certains territoires. Les données factuelles limitées dont nous disposons semblent en outre suggérer que les jeunes sont disproportionnellement touchés par cette forme de discrimination.

Progrès et axes d'amélioration

Depuis 2023, le nombre de pays ayant entrepris de mesurer la discrimination a augmenté de 25 %, ce qui constitue une avancée significative. Cependant, avec moins de la moitié des nations recueillant les témoignages de personnes discriminées et procédant au signalement systématique des faits, il reste encore beaucoup à accomplir. Les pratiques actuelles de collecte d'information affichent un niveau de précision insuffisant pour permettre une analyse holistique et désagrégée des phénomènes de discrimination.

Face à ce constat, le Groupe de Praia s'est fixé comme mission d'établir des statistiques sur la gouvernance, y compris des statistiques sur la non-discrimination et l'égalité, et travaille à promouvoir une approche des données fondées sur les droits fondamentaux.

Ce texte est une contribution du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.

établi dès 1987, lorsque la Conférence internationale sur la maternité sans risques a mis en avant le résultat d'une étude menée en Éthiopie, révélant que plus de la moitié des décès maternels enregistrés à Addis-Abeba étaient dus à des infections consécutives à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions (Cohen, 1987). Aujourd'hui, le lien de cause à effet ne fait plus aucun doute : les avortements non médicalisés restent l'une des principales causes de la mortalité maternelle, et l'on estime qu'ils sont

responsables d'un décès maternel sur 13 à travers le monde (Say *et al.*, 2014). Des études de plus en plus nombreuses démontrent que les restrictions juridiques ne réduisent pas l'incidence des avortements et que la légalisation de l'accès à l'avortement médicalisé réduit au contraire la mortalité maternelle (Bearak *et al.*, 2020 ; Latt *et al.*, 2019 ; Haddad et Nour, 2009). Il est par ailleurs prouvé que les restrictions de l'accès à l'avortement sont de nature à creuser les inégalités qui existent déjà dans le domaine de la santé et des droits

La Charte des données inclusives

En 2018, l'UNFPA a intégré un réseau mondial rassemblant gouvernements, entreprises, philanthropes et organisations non gouvernementales, et participé au lancement de la Charte des données inclusives, dont les signataires s'engagent à améliorer la qualité, la quantité, le financement et la disponibilité de données inclusives et désagrégées. Cette charte repose sur cinq principes (Charte des données inclusives et Partenariat mondial pour les données sur le développement durable, 2018) :

Toutes les populations doivent être incluses dans les données. L'objectif consistant à ne laisser personne de côté ne pourra être atteint que si nous renforçons l'autonomie des plus défavorisés. Pour cela, nous devons veiller à ce que leur opinion soit entendue, et leur expérience représentée dans les données et les analyses.

Toutes les données doivent, dans la mesure du possible, être désagrégées afin de décrire avec précision toutes les populations. Il est recommandé de désagréger les données par sexe, par âge, par localisation géographique et par situation au regard du handicap, et si possible selon le niveau de revenus, l'origine ou l'appartenance ethnique, le statut migratoire et d'autres caractéristiques pertinentes.

Les données doivent provenir de toutes les sources disponibles. Il faut garantir l'accessibilité de données de qualité et actualisées, qu'elles soient issues de sources officielles ou non, voire de nouvelles sources, si tant est que celles-ci respectent les normes statistiques reconnues au niveau international.

Les responsables de la collecte des données et de la production de statistiques doivent être redevables. Les principes de transparence, de confidentialité et de respect de la vie privée doivent être respectés et conformes aux lois nationales et aux Principes fondamentaux de la statistique officielle afin que les données personnelles ne soient pas utilisées de façon abusive ou à mauvais escient (Division de la statistique des Nations Unies, 2014).

Les capacités humaines et techniques à recueillir, analyser et utiliser des données désagrégées doivent être renforcées, y compris par un financement adéquat et durable. La collecte et l'analyse de données désagrégées nécessitent des compétences et un appui spécifiques.

Vers des recensements plus inclusifs sur le continent africain

Peu après avoir débuté sa carrière d'instituteur en République-Unie de Tanzanie, Jonas Lubago s'est rendu à la banque locale pour demander l'ouverture d'un compte. Il a cependant essuyé un refus, en raison de sa cécité.

La politique de la banque exigeait en effet que toute personne aveugle ou atteinte d'une déficience visuelle soit accompagnée d'un mandataire, y compris pour la signature des transactions les plus élémentaires. « Ce n'était ni juste ni pratique », s'indigne Jonas.

Devenir instituteur n'était pas non plus sa vocation première. Lorsqu'il est entré à l'université, il y a 20 ans, Jonas se destinait à des études de droit. Cependant, aucun des ouvrages n'étant disponible en braille, son conseiller pédagogique l'a vite dissuadé d'emprunter cette voie. « Selon lui, c'était voué à l'échec », rapporte Jonas.

Si la situation s'est quelque peu améliorée depuis, les personnes en situation de handicap sont toujours confrontées à de nombreux obstacles en République-Unie de Tanzanie, que cela soit dans leur vie quotidienne ou dans leurs interactions avec les services publics, tels que l'enseignement et les soins de santé.

Quand bien même une clinique se trouverait au coin de la rue, une personne en fauteuil serait dans l'incapacité d'y être prise en charge si celle-ci n'est accessible que par les escaliers, si les salles de consultation ne sont pas suffisamment grandes pour pouvoir fermer la porte et garantir une certaine intimité, ou si les toilettes ne sont pas adaptées. « Et ça, c'est de la discrimination », souligne Jonas, aujourd'hui Secrétaire général de la Fédération tanzanienne des organisations de personnes en situation de handicap.

Le pays a donc décidé de s'appuyer sur le recensement de 2012 pour estimer la part de la population concernée par ces difficultés. Les catégories de handicap n'y étaient cependant pas toutes représentées et ne tenaient pas compte du degré de sévérité. « Les pouvoirs publics, tout comme la communauté du handicap, réclamaient des données plus précises », révèle Seif Kuchengo, Statisticien principal et coordinateur du recensement national.

Les informations collectées à travers ces recensements revêtent effectivement une importance capitale. En tant qu'État partie à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la République-Unie de Tanzanie s'est

engagée à garantir et promouvoir « le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées ». Pour pouvoir tenir cet engagement et rendre les services disponibles et accessibles à tous, les institutions doivent pouvoir compter sur des données fiables.

Comme le rappelle Seif, les responsables gouvernementaux ont veillé à impliquer des représentants de la communauté des personnes handicapées dans le processus d'élaboration et de planification du recensement, y compris pour la formation des agents recenseurs. Jonas, qui a quitté son emploi d'instituteur, fait partie de ceux qui ont œuvré, aux côtés du Gouvernement, à concevoir un ensemble de questions plus variées et approfondies sur le handicap, conformément aux normes internationales. Au total, près de 400 personnes en situation de handicap ont pu apporter leur contribution. Quelque 17 catégories de troubles ou handicaps ont été répertoriées, assorties d'une échelle de gravité.

Aux dires de Seif, les résultats préliminaires du recensement national de 2022 ont révélé qu'environ 11 % de la population était porteuse d'au moins un handicap physique ou trouble du

développement, soit une augmentation d'environ 2 points de pourcentage par rapport à 2012. Cette hausse résulterait toutefois de la nouvelle approche de comptabilisation, plus holistique, adoptée lors de ce dernier recensement. Jonas espère, quant à lui, que ces données, en mettant en lumière l'ampleur et l'importance de la communauté des personnes handicapées, favoriseront leur participation à la prise de décisions, tant au niveau local que national.

Outre l'objectif d'étoffer les données sur le handicap, le recensement de 2022 incluait également un module innovant visant à comptabiliser plus précisément les nomades. Ces communautés étant constamment à la recherche de nourriture, le Gouvernement a dû s'assurer qu'elles suspendent leurs déplacements le temps de l'opération. Des vivres ont donc été distribués aux familles pour leur permettre de subsister les deux jours qu'a duré le recensement national.

La République-Unie de Tanzanie n'est cependant pas le seul pays cherchant à améliorer les données disponibles sur le handicap. C'est également le cas du Malawi qui, depuis le recensement national de 2018, a par exemple ajouté l'albinisme à la liste des handicaps répertoriés. Les personnes albinos



Anastazia Gerald, âgée de 23 ans, vit à Kahama, dans la région de Shinyanga, en République-Unie de Tanzanie. Cette athlète handisport de haut niveau bénéficie du soutien du programme « My Choice My Rights », financé par le Gouvernement de Finlande. Ce programme vise à accélérer les progrès en matière de droits des femmes et des filles, en particulier handicapées, et à éliminer la violence basée sur le genre, les mutilations génitales féminines et le mariage d'enfants. Photo © UNFPA Tanzanie/Ayubu Lulesu

sont confrontées à de multiples formes de discrimination et sont fréquemment victimes d'agressions ou de meurtres. Depuis 2006, l'Expert indépendant des Nations Unies sur les droits des personnes atteintes d'albinisme, cette maladie génétiquement héréditaire se traduisant par une absence de mélanine dans les cheveux, la peau et les yeux, a réceptionné près de 800 accusations de sorcellerie et agressions rituelles à leur encontre, dans non moins de 28 pays (HCDH, n. d.c.).

Isaac Chirwa, Directeur adjoint du Département de Démographie

et des Statistiques sociales du Malawi, déplore : « Pour beaucoup d'entre eux, le simple fait de se déplacer au sein de leur communauté ou de se rendre à l'école est une épreuve ; ils vivent dans la crainte constante d'une attaque. » Avant le recensement de 2018, le Malawi ne disposait que de données limitées quant au nombre de personnes atteintes d'albinisme et à leur localisation, explique Isaac. Sans ces informations, il était difficile pour les décideurs politiques de prendre les mesures leur permettant de vivre normalement et de jouir de leurs droits humains en toute sécurité.

en matière de sexualité et de reproduction (Fuentes, 2023 ; Harned et Fuentes, 2023). Le caractère de plus en plus incontestable de ces données contribue sans doute au fait que plus de 60 pays aient libéralisé leurs lois sur l'avortement au cours des 30 dernières années. Néanmoins, aujourd'hui encore, environ une femme en âge de procréer sur quatre vit dans un lieu où l'avortement est totalement interdit, ou toléré uniquement si sa survie en dépend ou dans des circonstances bien particulières telles qu'une grossesse issue d'un viol (Centre pour les droits reproductifs, n. d.).

Les données, un droit fondamental

Les données ne sont pas réservées aux gouvernements et à l'élaboration de politiques ou de budgets. Tout un chacun, partout dans le monde, devrait pouvoir les utiliser pour tenter de mieux comprendre, participer, faire des choix et défendre ses droits. Pourtant, c'est bien souvent la loterie. L'existence des données dont nous avons besoin dépend de l'endroit où nous vivons. Si certains facteurs comme




le genre, le niveau de richesse ou le revenu, la situation géographique et l'âge sont habituellement pris en considération dans les enquêtes et les analyses, la désagrégation en fonction de l'origine ou de l'appartenance ethnique, de la langue, de la religion ou de l'appartenance à un groupe autochtone reste relativement rare. La désagrégation des données sur l'accès aux services selon le statut sérologique pour le VIH, le statut migratoire ou l'identité LGBTQIA+ est encore plus inhabituelle.

Par le passé, la question du handicap était rarement prise en compte, mais la disponibilité des données dans ce domaine s'améliore rapidement. Il subsiste néanmoins un certain nombre de lacunes. Ainsi, le suivi des handicaps visibles est plus développé que celui des handicaps sensoriels, lui-même en avance sur le suivi des handicaps intellectuels et mentaux.

En outre, certaines populations ne figurent presque jamais dans les données des Nations Unies et des grands systèmes nationaux, notamment les personnes exposées à l'apatridie, les personnes déplacées dans leur propre pays et la population carcérale. Parfois, cette absence est explicitement mentionnée (une enquête de population peut par exemple indiquer

qu'elle n'inclut pas les personnes déplacées vivant dans des camps ou les personnes détenues), mais dans la plupart des cas, leur non-prise en compte est passée sous silence.

L'accès aux informations publiques est un droit fondamental, reconnu par le droit international et par de nombreux systèmes nationaux tels que l'Union africaine, le Conseil de l'Europe et l'Organisation des États américains (Article 19, 2012). Il est considéré comme un droit précurseur, dont la jouissance conditionne la possibilité d'exercer d'autres droits fondamentaux. Le droit à l'information est en outre essentiel pour défendre les droits à l'égalité et à une vie sans discrimination. Certaines violations de droits peuvent être établies sur la base d'un seul point de données : dans le cas du droit de ne pas subir de torture, par exemple, il suffit d'un cas attesté de torture pour démontrer que ce droit a été enfreint. L'identification de la discrimination systémique, en revanche, exige de collecter et d'utiliser des données représentatives et désagrégées. Sans ces données, il est impossible de déterminer si des lois, des politiques et des programmes en apparence neutres entraînent en réalité des discriminations.



**Tout un chacun, partout dans le monde,
devrait pouvoir utiliser [les données] pour
tenter de mieux comprendre, participer,
faire des choix et défendre ses droits.**

Pourquoi est-il si compliqué de collecter des données désagrégées ?

Depuis bien longtemps, de nombreux pays prétendent que certains sous-groupes de population n'existent tout simplement pas sur leur territoire. Cela peut s'entendre dans la mesure où la stigmatisation et la discrimination contraignent souvent les personnes qui en sont victimes à cacher leur identité, ce qui rend la collecte de données extrêmement complexe. Toutefois, d'autres raisons peuvent expliquer pourquoi certains pays ne collectent et ne publient pas de données désagrégées, notamment le coût (Avendano *et al.*, 2018), le manque de capacités, mais aussi le caractère sensible de certaines questions sur le plan politique et les risques (Backman *et al.*, 2008).

La désagrégation des données, il faut bien l'admettre, est une démarche onéreuse. Obtenir par exemple des échantillons de taille suffisante peut vite s'avérer coûteux. Généralement, lorsqu'une enquête fournit des données désagrégées sur de nombreuses caractéristiques, soit il s'agit d'une initiative de très grande envergure, soit elle comporte des éléments moins fiables sur le plan statistique. Il existe toutefois des moyens de limiter les dépenses. Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), par exemple, portent généralement sur tout un pays, mais des enquêtes spécifiques ont déjà été réalisées exclusivement sur les communautés roms de divers pays d'Europe (comme la Macédoine du Nord et la Serbie). Ce type d'enquête peut mettre en lumière de profondes inégalités. Ainsi, une enquête MICS menée dans le comté de Turkana, au Kenya, a révélé qu'à peine 26 % des femmes Turkana accouchaient en présence de personnel médical qualifié, contre 84 % des femmes des autres groupes ethniques (Bureau de statistique national du Kenya, Institut de recherche et d'études démographiques et UNICEF, 2016).

Il est vrai aussi que certains types de collectes de données peuvent donner lieu à des abus ou être utilisées à mauvais escient. Les données sur les communautés juive et rom ont ainsi facilité la perpétration du génocide à leur encontre dans de nombreux pays d'Europe pendant la Seconde Guerre mondiale, raison pour laquelle nombre de ces pays s'abstiennent aujourd'hui d'établir des statistiques ethniques (Al-Zubaidi, 2022). De même, depuis le génocide commis au Rwanda, le pays ne fait plus état de l'origine ethnique des habitants dans

ses enquêtes démographiques et de santé (EDS), malgré des inquiétudes quant à la marginalisation persistante des populations forestières autochtones (Ndikubwimana *et al.*, 2023 ; Collins *et al.*, 2021). Ces dernières années, la mention de la religion ou d'informations relatives à l'appartenance ethnique sur les documents d'identité a entraîné des discriminations dans certains pays. En réponse à ces préoccupations, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a publié une note d'orientation pour une approche de la collecte et de l'analyse de données fondée sur les droits fondamentaux (HCDH, 2018). Ses recommandations sont les suivantes : recueillir ces données avec la participation active des groupes défavorisés, les désagréger pour mieux comprendre les différences entre les groupes, laisser les répondants indiquer eux-mêmes les catégories auxquelles ils s'identifient, collecter les données de manière transparente, garantir la redevabilité des responsables, et préserver la confidentialité de l'ensemble des données afin de respecter la vie privée des individus concernés.

Enfin, certains gouvernements et certaines institutions évitent de recueillir des données désagrégées de peur que cela engendre ou exacerbe des tensions politiques et sociales. Ils craignent que ces données soient instrumentalisées par des opposants politiques ou des dissidents en désaccord avec le pouvoir en place. Toutefois, refuser de collecter ces données ne rend pas les inégalités moins criantes dans la vie des personnes marginalisées. En pratique, ce calcul privilégie les gains politiques aux dépens du développement à long terme et de l'inclusion des groupes défavorisés.

Quoi qu'il en soit, tous ces risques ne s'appliquent jamais simultanément à une seule et même situation, et dans chaque cas, il convient de peser soigneusement les risques et inconvénients éventuels au regard des avantages potentiels. Le choix de ne pas recueillir ces données peut témoigner d'une absence de volonté de comprendre et d'atteindre les populations les plus marginalisées et exclues, ou d'ambitions politiques à court terme au détriment du développement et de l'inclusion à long terme. Comme l'affirme Minority Rights Group, l'absence de données est une information en soi (Thomas, 2023).

L'attention accordée dans ce chapitre à l'insuffisance des données sur la mortalité maternelle ne signifie pas qu'il s'agit du seul besoin ou de la seule priorité. C'est simplement l'un des nombreux domaines dans lesquels l'absence de données contribue à perpétuer de terribles inégalités. Ainsi, depuis les années 1990, des accords des Nations Unies reconnaissent un manque cruel de données sur la violence basée sur le genre, mais également d'indicateurs communément approuvés pour la mesurer, ce qui rend son suivi impossible. Il a fallu attendre 2013 pour que l'OMS publie pour la première fois des estimations mondiales et régionales sur la violence au sein du couple et les violences sexuelles commises contre les femmes par une autre personne que le partenaire. À l'époque, 79 pays disposaient de données sur le sujet. En 2019, ce chiffre était passé à 153 (García-Moreno et Amin, 2019).

Dans de nombreux cas, les données n'existent toujours pas ou demeurent rudimentaires. L'indicateur 5.6.1 des ODD mesure la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont en mesure de prendre des décisions éclairées en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de soins de santé reproductive. Il revêt une importance capitale, car c'est le tout premier indicateur mondial qui cherche à mesurer et à suivre l'autonomie corporelle. Pourtant, seulement un tiers environ des pays collectent des données officielles dans ce domaine. Plusieurs analyses, fondées sur les données de 69 pays pour la période 2007-2022, indiquent qu'à peine plus de la moitié (56 %) des femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans prennent leurs propres décisions concernant leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de reproduction (UNFPA, 2024a). L'existence de cet indicateur met en exergue le fait que les restrictions imposées à l'autonomie des femmes ont des répercussions sur l'ensemble de la société (Menendez *et al.*, 2023 ; ONU-Femmes, 2018). Toutefois, il reste encore beaucoup à accomplir et les experts appellent à l'adoption de nouvelles mesures pour mieux comprendre l'expérience personnelle des femmes et l'exercice de leur libre arbitre en matière de reproduction.

D'immenses progrès ont néanmoins été réalisés ces 30 dernières années. Le Programme d'action de la CIPD appelait les gouvernements et les institutions à « renforcer les systèmes nationaux de données » (UNFPA, 1994), une démarche essentielle pour produire les données de qualité et désagrégées dont nous avons besoin pour identifier et repérer les groupes vulnérables, intervenir pour favoriser leur développement et suivre les progrès accomplis chaque année selon différents indicateurs. Depuis 1994, les systèmes de données démographiques ont connu une remarquable transformation, notamment avec la numérisation des informations à l'échelle mondiale. Les systèmes de données utilisés pour les recensements, les enquêtes, les registres et statistiques de l'état civil ainsi que les enquêtes périodiques dans le secteur de la santé ont accéléré le traitement des données, multiplié les types de données disponibles et réduit les coûts. Les informations géospatiales et les images satellites fournissent des renseignements précieux qui permettent un ciblage plus précis. Toutefois, de nombreux systèmes nationaux de données restent défaillants en raison d'un retard de développement et d'un manque de financements (UNFPA, 2024c). De plus, l'arrivée imminente de nouveaux systèmes de données et la poursuite des innovations dans les systèmes existants doivent s'accompagner de la mise en place de mécanismes de protection afin de se prémunir contre les risques que ces innovations numériques et technologiques font peser sur les droits fondamentaux (UNFPA, 2024b).

Trente ans après sa genèse, le Programme d'action de la CIPD reste une solide feuille de route pour bâtir un monde meilleur. La marche sur la voie du progrès n'est ni prévisible ni linéaire, et malgré les crises et les revers des décennies qui ont suivi, il y a de bonnes raisons de garder espoir. Nous pouvons créer un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger, et le potentiel de chaque jeune est accompli. Nous le pouvons. Nous le devons. Et, ensemble, nous le ferons.

Qui est suffisamment important pour être compté ? Le cas des mères adolescentes

L'élaboration de politiques et la collecte de données partent du postulat souvent implicite que ce qui a de l'importance est mesuré, et que ce qui est mesuré a de l'importance. Le présent rapport montre que cette hypothèse ne tient pas.

Prenons l'exemple significatif de la collecte de données relatives à la fécondité chez les adolescentes (c'est-à-dire les filles âgées de 10 à 14 ans et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans). La maternité est répandue chez les adolescentes. On estime en effet que chaque année, 500 000 naissances concernent des filles âgées de 10 à 14 ans, et 12,8 millions, des adolescentes âgées de 15 à 19 ans (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022). La maternité précoce, en particulier pour les adolescentes les plus jeunes, constitue « une forme de violence basée sur le genre. En effet, il est violent de forcer une personne à vivre une grossesse ou à utiliser son corps d'une manière qu'elle ne souhaite pas », affirme Carmen Barroso, coprésidente du groupe d'experts indépendants pour la responsabilisation nommée par le Secrétaire général des Nations Unies. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement constituent la principale cause de mortalité chez les adolescentes, et peuvent

également avoir des répercussions sur la situation socio-économique des femmes, des filles et de leurs familles. Pourtant, dans de nombreux pays, les politiques et les programmes nécessaires pour réduire la maternité précoce s'appuient sur des données incomplètes, rarement désagrégées en fonction de l'âge et d'autres caractéristiques importantes.

La bonne nouvelle, c'est que l'on dispose aujourd'hui d'un plus grand nombre de données pour mieux appréhender l'ampleur et la complexité de cette question à l'échelle mondiale. C'est particulièrement vrai depuis le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui appelait à utiliser le taux de fécondité chez les adolescentes comme un indicateur des progrès accomplis dans la réalisation de l'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive (indicateur 3.7.2 des ODD). Néanmoins, les critères de base pour rendre compte de cet indicateur (mais également pour estimer les taux de fécondité et la fécondité par tranche d'âge dans les Perspectives de la population mondiale des Nations Unies) (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022b) sont la disponibilité et la qualité des données issues de différentes sources, et nos connaissances en la matière restent extrêmement lacunaires.

Une qualité des données inégale selon les pays

La figure 5 montre une évaluation de la disponibilité des données sur la fécondité des adolescentes à travers le monde depuis 2015, des données issues de diverses sources à l'exhaustivité et à la fiabilité variables. D'après cette évaluation, les carences de données les plus préoccupantes (disponibilité sporadique ou absence totale de données) concernent 67 pays, où vivent 20 % des filles âgées de 15 à 19 ans de la planète. Tous ces pays se situent en Afrique subsaharienne, en Asie, dans les Caraïbes ou en Océanie.

À l'inverse, les meilleures données disponibles sont produites par l'Europe et par l'Amérique du Nord, ainsi que par certains pays d'autres régions, soit au total 78 pays où résident 16 % des filles et des jeunes femmes de la planète.

D'une manière générale, la qualité et la disponibilité des données sont particulièrement faibles dans les régions où les informations disponibles suggèrent des taux plus élevés de fécondité chez les adolescentes, associés dans certains pays à une forte incidence de mariages d'enfants (Molitoris, 2023). Inversement, les pays où la qualité et la disponibilité des données sont les meilleures affichent

généralement une très faible incidence de mariages d'enfants et de grossesses adolescentes.

Une qualité des données inégale au sein des pays

Des disparités concernant la qualité des données existent non seulement entre les pays, mais aussi à l'intérieur de leurs frontières. Au Brésil, classé

dans la catégorie des pays ayant les meilleures estimations des naissances selon l'âge de la mère (voir la figure 6), l'enregistrement des naissances n'a cessé de s'améliorer, passant de 80 % dans les années 1990 à plus de 96 % ces dernières décennies (UNICEF, 2023a ; Hunter et Sugiyama, 2018). Cependant, dans le groupe des revenus les plus faibles,

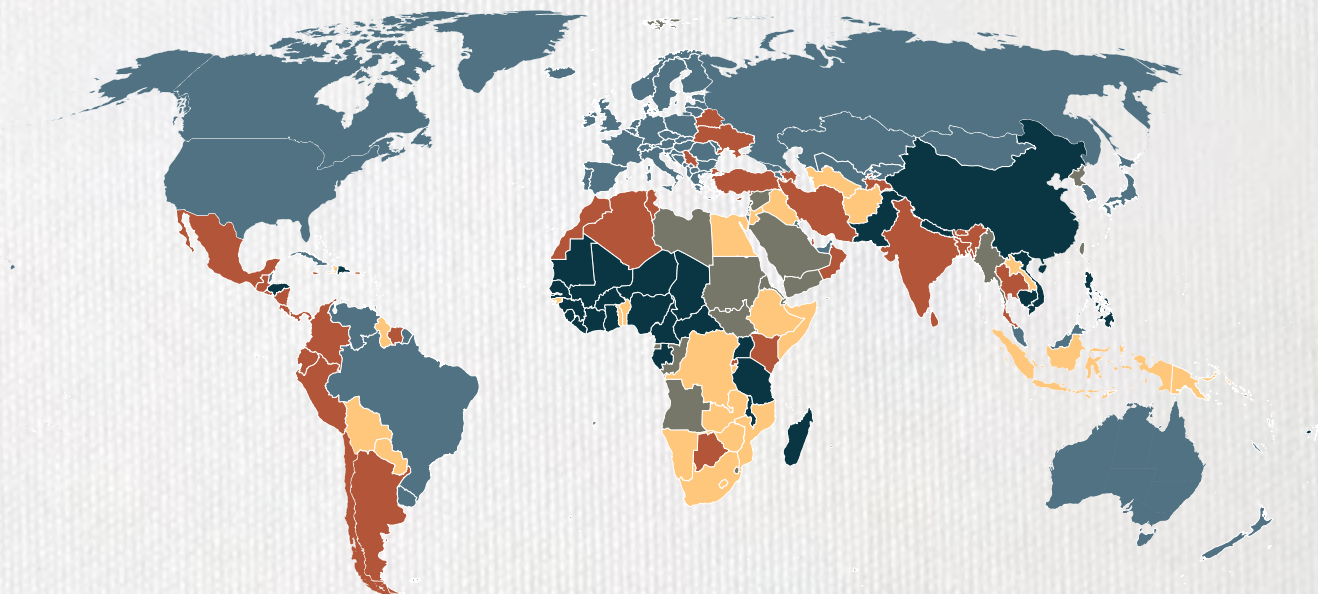
seulement 88 % des naissances sont enregistrées, contre plus de 98 % dans le groupe des revenus les plus élevés.

La figure 6 fait apparaître une amélioration continue de la qualité des estimations du taux de natalité chez les adolescentes en dépit des difficultés rencontrées.

FIGURE 5

Naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans – à partir de 2015

- Données d'état civil fiables
- Données tirées de registres d'état civil incomplets ou combinées avec des données issues d'enquêtes
- Nombreuses données, issues d'enquêtes
- Données rares, issues d'enquêtes ou de recensements uniquement
- Aucune donnée disponible



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, 2024

Notes : La Division de la population des Nations Unies a établi cinq catégories de disponibilité des données. Les pays du groupe 1 sont ceux qui disposent des meilleures estimations des naissances selon l'âge de la mère, consignées dans des systèmes de registres et de statistiques de l'état civil qui couvrent l'ensemble de la population. Dans les pays du groupe 2, les données proviennent de registres d'état civil incomplets, et sont parfois associées à des données tirées d'enquêtes représentatives au niveau national, comme les enquêtes démographiques et de santé et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Dans les pays du groupe 3, les systèmes de registres et de statistiques de l'état civil présentent de graves défaillances, de sorte que les données issues d'enquêtes constituent la principale source d'information. Le groupe 4 rassemble les pays pour lesquels les seules données disponibles proviennent d'enquêtes sporadiques et/ou de recensements. Le groupe 5 réunit les pays pour lesquels on ne dispose d'aucune donnée sur la fécondité chez les adolescentes depuis 2015.

Au Bangladesh, un pays qui dispose de données d'état civil incomplètes, seuls 56 % des naissances étaient enregistrés en 2019 (UNICEF, 2023). Les taux de natalité chez les adolescentes doivent ainsi être estimés à partir d'autres sources de données, telles que les enquêtes représentatives sur le plan national. La figure 7 fait apparaître une variation importante dans les estimations des accouchements d'adolescentes entre 2000 et 2014. On peut toutefois noter une coïncidence de plus en plus

manifeste entre les données issues des différentes sources.

Des données désagrégées et de meilleure qualité demeurent nécessaires

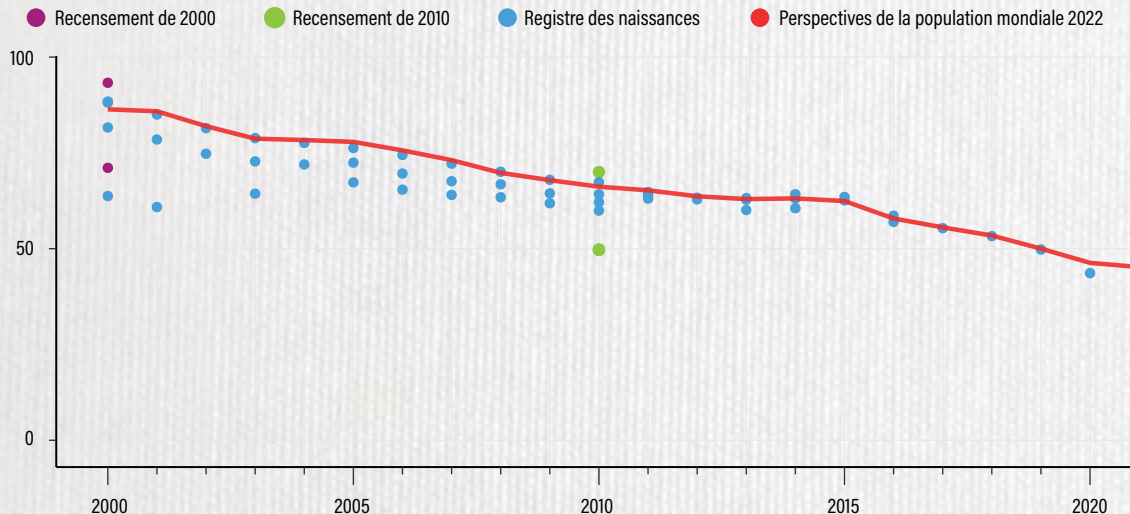
Même dans la catégorie des pays considérés comme ayant des registres et des statistiques de l'état civil complets, les informations relatives à l'origine ou à l'appartenance ethnique sont rarement disponibles. Les données de ce type ne sont pas collectées de façon systématique lors de

l'enregistrement des naissances, et doivent donc faire l'objet d'enquêtes spécifiques auprès de certains groupes de population.

On peut citer l'exemple de la Slovaquie, où aucune information n'est recueillie au sujet de l'origine ethnique de la mère lorsque l'on enregistre la naissance d'un enfant. Des données issues d'enquêtes réalisées auprès de la population rom révèlent que le taux de fécondité chez les adolescentes y a toujours été plus élevé que dans l'ensemble de la population slovaque. En comparant les

FIGURE 6

Comparaison du taux de natalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans au Brésil selon différentes sources, 2000-2021



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, 2024

Notes : La ligne rouge représente l'estimation établie par les Perspectives de la population mondiale 2022 concernant le taux de natalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans au Brésil, ces 20 dernières années. Les points bleus représentent le nombre d'accouchements d'adolescentes inscrits dans le système de registres et de statistiques de l'état civil, et les points roses et verts correspondent respectivement aux estimations issues des recensements de 2000 et 2010. La présence de plusieurs points de la même couleur pour une même année met en évidence l'écart entre les valeurs issues de différentes sources. Le fait que cet écart se réduise progressivement témoigne d'une amélioration générale de la qualité des données.

données d'enquêtes disponibles depuis 1996 aux données issues des registres et statistiques de l'état civil à l'échelle nationale, on observe que le taux de fécondité des adolescentes était en moyenne plus de sept fois supérieur chez les Roms à celui de l'ensemble de la population slovaque. Les chiffres les plus récents, enregistrés entre 2016 et 2018, montrent que ces disparités ne se sont que légèrement atténuées : les adolescentes roms enregistrent encore un taux de natalité plus de six fois plus élevé que la moyenne des adolescentes du pays (Nestorová Dická, 2021).

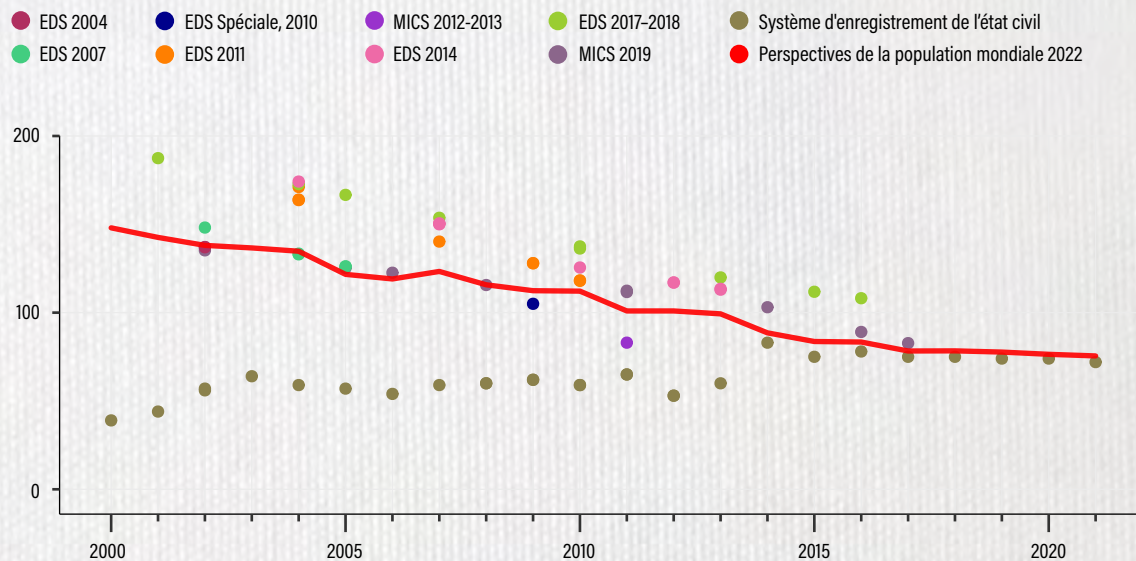
Dans l'ensemble, ces observations dénotent une amélioration considérable, ces 10 dernières années, des connaissances empiriques sur la fécondité des adolescentes. Toutefois, elles montrent aussi que de nombreux pays et régions ne disposent toujours pas des données cohérentes, actualisées et de qualité nécessaires pour élaborer des politiques et des programmes en faveur des adolescentes, des jeunes mères, de leurs enfants et de leur famille. Elles mettent également en évidence l'importance de recueillir, en plus

des données socio-économiques habituelles, d'autres informations utiles au regard du contexte propre à chaque pays. Ce n'est qu'à cette condition que des solutions concrètes et efficaces pourront être imaginées pour protéger la santé et les droits de toutes les filles.

Texte rédigé avec le concours de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies

FIGURE 7

Comparaison du taux de natalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans au Bangladesh selon différentes sources, 2000-2021



Source : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, 2024

Notes : La ligne rouge représente l'estimation du taux de natalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans, établie sur la base des Perspectives de la population mondiale 2022 et de diverses autres sources telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les systèmes de registres de l'état civil. Les points, qui représentent différentes sources de données, font apparaître des valeurs très variables par le passé, mais qui se sont progressivement rapprochées (Kisambira et Schmid, 2021). Il est particulièrement intéressant d'observer que jusqu'en 2013, les taux de natalité tirés du système d'enregistrement de l'état civil étaient nettement plus faibles que ceux issus d'autres sources.



Les
FEMMES
TISSENT
la trame de la
SOCIÉTÉ



D'après un proverbe tchadien, la femme serait le fil de la trame permettant de tisser et de renforcer les liens familiaux au sein du foyer. En fondant des familles où règne la paix, les femmes contribuent à bâtir des sociétés pacifiques.




Dans un monde idéal, l'avancée des droits des femmes en matière de reproduction et la promotion d'un accès équitable à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction seraient intrinsèquement motivées par les principes des droits fondamentaux et de la justice sociale. En réalité, dans le contexte sociopolitique qui est le nôtre, des arguments quantifiables sont souvent exigés concernant les retours sur investissement de ces programmes à court et à long terme. En tout cas, il en était ainsi en 1994. Certes, le Programme d'action de la CIPD a marqué un tournant majeur en s'écartant des politiques de contrôle démographique pour faire valoir les droits de tous les individus, mais les arguments économiques n'en sont pas moins restés incontournables pour justifier les investissements en faveur de ces droits.

Les avantages socio-économiques associés à la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction figurent même *en tête* des objectifs du Programme d'action de la CIPD : « Ces buts et objectifs sont notamment : la croissance économique soutenue dans le cadre du développement durable ; l'éducation, en particulier celle des filles ; l'équité et l'égalité entre les sexes ; la réduction de la mortalité infantile, juvénile et

maternelle ; et l'accès universel aux services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité » (UNFPA, 1994).

Cette affirmation, selon laquelle la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction seraient des outils nécessaires à l'émancipation des femmes et des filles en tant qu'actrices autonomes de l'économie, a été confirmée à maintes reprises dans les travaux de recherche et les comptes rendus réalisés ces 30 dernières années. Les investissements consentis en faveur des programmes de santé sexuelle et reproductive se traduisent effectivement par des progrès socio-économiques importants aux échelles individuelle, sociétale et nationale.

Cependant, ce n'est pas le seul argument. Évidemment, les coûts des grossesses non désirées, de la mortalité et de la morbidité maternelles (UNFPA, 2022a), des infections sexuellement transmissibles (Owusu-Edusei *et al.*, 2013) et des inégalités de genre ont été étudiés de manière approfondie (Wodon et de la Briere, 2018). En revanche, on mesure moins l'importance des *retours* économiques que peuvent engendrer les programmes de promotion de la santé et des droits

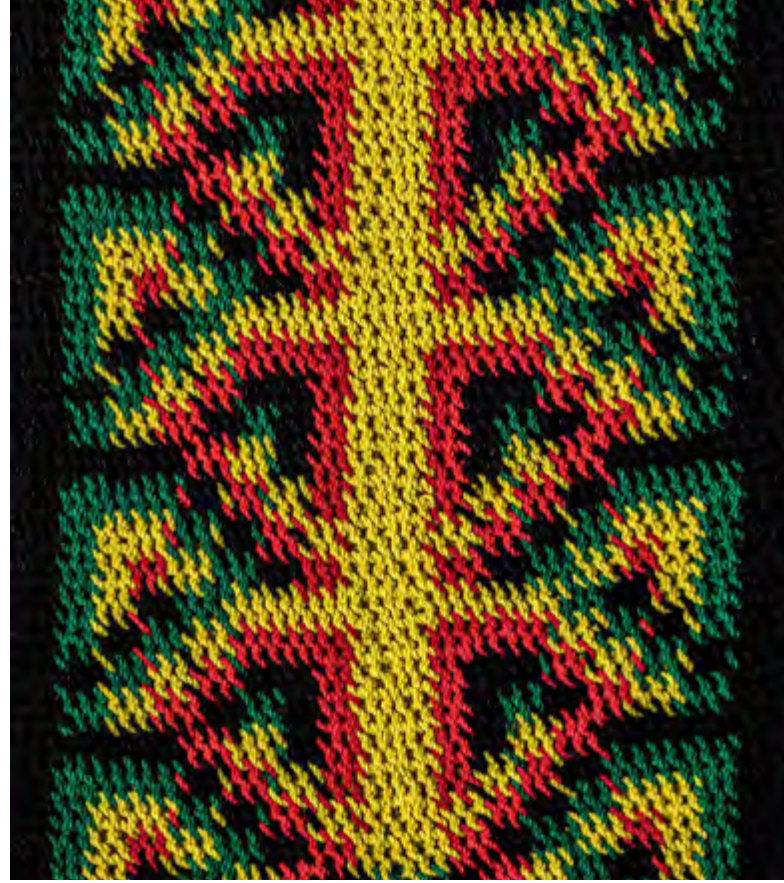


Les avantages socio-économiques associés à la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction figurent *en tête* des objectifs du Programme d'action de la CIPD.

en matière de sexualité et de reproduction. L'étude de ces retours sur investissement pose en effet de nombreuses difficultés. Premièrement, ce domaine englobe des sujets très divers (Starrs *et al.*, 2018) : les services contraceptifs ; l'accès à un avortement médicalisé dans les pays où cette pratique est légale ; l'accès à des soins post-avortement ; les soins maternels et néonataux ; la prévention et le traitement du VIH et d'autres IST ; l'éducation complète à la sexualité ; la prévention et la prise en charge de la violence basée sur le genre ainsi que les conseils dans ce domaine ; la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers de l'appareil reproducteur ; l'information, les conseils et les services concernant les problèmes de fécondité et l'infertilité ; l'information, les conseils et les services concernant la santé sexuelle et le bien-être, etc.

Le calcul des retours sur investissements est également compliqué par le fait que les investissements engagés dans un domaine peuvent entraîner une diminution des coûts dans d'autres programmes. Ainsi, les investissements en faveur des contraceptifs peuvent réduire les besoins en soins liés à l'avortement et en services de santé maternelle (Sully *et al.*, 2020). Un corpus considérable d'études serait donc nécessaire pour examiner de façon exhaustive les retours sur investissement obtenus dans toutes les composantes de ce domaine. En outre, les relations de cause à effet entre différents facteurs peuvent parfois fonctionner dans les deux sens. Ainsi, le fait de bénéficier d'un programme de promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction peut favoriser l'autonomisation économique des femmes, et à l'inverse, l'autonomisation peut aussi favoriser le recours à ce type de programmes.

Par ailleurs, il est difficile de mesurer le montant des investissements de départ. On peut considérer que la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction est favorisée par des investissements dans des interventions



La forme de ce sac bilum, fabriqué en Papouasie-Nouvelle-Guinée, s'inspire des ovaires et des trompes de Fallope des femmes.
© Papouasie-Nouvelle-Guinée

très diverses ; or les coûts de ces interventions ne sont pas comptabilisés de façon exhaustive. L'évolution de l'aide publique au développement et des dons du secteur privé au cours des 30 dernières années peut nous éclairer sur les tendances en matière d'investissement. Selon des rapports des Nations Unies, les contributions officielles et privées destinées aux problèmes de population ne dépassaient pas 2 milliards de dollars par an entre 1990 et 1999 ; en revanche, elles ont nettement augmenté au lancement des objectifs du Millénaire pour le développement. Le montant annuel de l'aide a augmenté progressivement à partir de 2000, pour atteindre 12,3 milliards de dollars en 2011. Depuis 2011, les contributions oscillent entre 9 et 13 milliards de dollars par an, et la part de l'aide consacrée aux problèmes de population dans l'ensemble de l'aide mondiale a diminué. Il convient de noter que cet argent a été affecté

en grande majorité aux questions de santé sexuelle et reproductive, tandis que la collecte de données démographiques et l'analyse des politiques ont représenté une part de plus en plus faible de ces dépenses (Conseil économique et social des Nations Unies, 2024). Néanmoins, ces chiffres n'offrent qu'un aperçu limité de l'ensemble des investissements en faveur de la santé sexuelle et reproductive et d'autres domaines à l'échelle mondiale, dans la mesure où ils ne tiennent pas compte des dépenses nationales.

On observe malgré tout des progrès dans le calcul de certains retours sur investissement, en particulier s'agissant d'analyser les coûts et les retombées des fonds alloués à certaines composantes de la promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction. En 2022, l'UNFPA, en collaboration avec Avenir Health et l'Université Johns Hopkins, a publié des estimations des retombées d'investissements destinés à répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale et à éliminer les décès maternels évitables (UNFPA, 2022). D'après ces estimations, consacrer 79 milliards de dollars supplémentaires afin d'élargir la couverture de 29 interventions essentielles de planification familiale et de santé maternelle d'ici 2030 produirait 660 milliards de dollars de retombées économiques entre 2022 et 2050. L'UNFPA a estimé que ces dépenses permettraient d'éviter 400 millions de grossesses non désirées, 1 million de décès maternels, 6 millions de fausses couches et 4 millions de décès de nouveau-nés, ce qui engendrerait des retombées économiques globales, notamment à travers l'augmentation de l'espérance de vie, la participation au marché du travail ou la productivité de la main-d'œuvre (UNFPA, 2022).

Le Guttmacher Institute a lui aussi quantifié les effets d'un investissement dans les services de santé sexuelle et reproductive en examinant plus d'une centaine d'interventions de base couvrant les services contraceptifs, les soins maternels et néonataux, les

services d'avortement et le traitement des principales IST guérissables dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Sully *et al.*, 2020). Ces estimations tiennent compte du fait que les investissements en faveur de certains services peuvent produire des effets positifs croisés dans d'autres domaines de la santé. D'après ces estimations, dispenser ces soins coûterait 68,8 milliards de dollars par an, soit 31,2 milliards de dollars de plus que les investissements actuels, ce qui ne représente qu'une augmentation de 4,80 dollars par habitant et par an par rapport aux dépenses actuelles. En retour, selon leurs projections, les grossesses non désirées diminueraient de 68 %, les avortements non médicalisés de 72 %, et les décès maternels de 62 %. Les décès de nouveau-nés chuteraient en outre de 69 %, et les nouvelles infections à VIH chez les bébés de moins de 6 semaines diminueraient de 88 %.

Le Guttmacher Institute a également isolé les dépenses nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits en contraceptifs modernes, et constaté que cela représenterait un coût modeste. En effet, pour atteindre des niveaux de recours à la contraception suffisants afin de répondre à l'ensemble des besoins non satisfaits en contraceptifs modernes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le coût passerait de 1,10 à 1,94 dollar par habitant. Les bénéfices à court terme de tels investissements suffiraient amplement à couvrir leur coût, puisque chaque dollar supplémentaire dépensé pour les services de contraception réduirait le coût des soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés de 3 dollars. On estime en outre que chaque dollar supplémentaire (par rapport aux montants actuels) consacré aux services contraceptifs pour les adolescents et adolescentes, associé aux investissements recommandés en faveur des soins liés à la grossesse et aux nouveau-nés, réduirait le coût desdits soins de 3,70 dollars.

Malgré des différences substantielles entre les méthodes utilisées (s'agissant du modèle,

du périmètre de l'étude, des échéances et des hypothèses de base), toutes les estimations s'accordent à reconnaître la rentabilité phénoménale que pourrait avoir une hausse des investissements en faveur de la santé sexuelle et reproductive.

Les oubliés dans les estimations

Les estimations montrent sans équivoque que les investissements les plus urgents concernent les pays et régions qui ont le moins bénéficié de la croissance économique et du développement. Les besoins non satisfaits en contraception, par exemple, sont particulièrement importants dans les pays à faible revenu, où près de la moitié (46 %) des femmes qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthode moderne. Selon le Guttmacher Institute, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud représentent plus de trois quarts de la hausse totale des investissements nécessaires pour fournir l'ensemble des services de santé reproductive (service de contraception, mais aussi de santé maternelle et de prévention des maladies) à toutes les personnes qui en ont besoin. Souvent, les pays qui affichent les taux les plus élevés de besoins non satisfaits comptent également parmi ceux qui présentent la plus forte proportion de femmes indiquant ne pas être en mesure de prendre elles-mêmes leurs décisions en matière de contraception, et parmi ceux qui enregistrent les taux de fécondité les plus élevés (Sully *et al.*, 2020).

Il n'est guère surprenant, mais non moins regrettable, que les estimations des retours sur investissement ne permettent pas de calculer les coûts nécessaires pour atteindre les populations les plus délaissées *au sein* des pays et des communautés, ni les bénéfices que cela produirait. Les facteurs qui entraînent la marginalisation des individus et des communautés sont si nombreux et imbriqués, et les obstacles si gigantesques, que

les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent souvent être ciblés et conçus sur mesure. Un examen systématique des grossesses chez les adolescentes révèle qu'entre autres facteurs, « appartenir à une minorité ethnique ou religieuse accroît également les risques » de tomber enceinte à l'adolescence, et met en doute « l'efficacité des stratégies visant à réduire les grossesses chez les femmes de moins de 20 ans » sans prise en compte des risques spécifiques liés au contexte (Pradhan *et al.*, 2015). Dans le meilleur des cas, les messages et les interventions pourraient (ou même devraient) être élaborés en collaboration avec ces communautés afin d'être accessibles et acceptables.

Ces efforts peuvent entraîner des coûts supplémentaires, ou au contraire réduire le coût des interventions : faute de données disponibles, il est impossible de le savoir. Pourtant, les décideurs sont souvent réticents à investir les ressources nécessaires pour atteindre les plus défavorisés. Cette réticence peut être attribuée à la faible quantité de données exploitables, mais les préjugés, la négligence et la discrimination y sont également pour quelque chose.

Tout cela contribue à expliquer pourquoi, selon les données probantes, les progrès enregistrés ces 30 dernières années ont essentiellement bénéficié aux personnes qui étaient, et sont toujours, largement couvertes par les programmes de santé sexuelle et reproductive de grande envergure. Comme l'avance l'hypothèse d'équité inverse (page 65), les progrès entraînent souvent un creusement des inégalités pour les populations les plus marginalisées, du moins dans un premier temps. Cependant, si l'on continue d'atteindre uniquement les cibles les plus accessibles, on risque fort d'exacerber encore davantage ces inégalités et de ne jamais réaliser les objectifs ultimes du programme de la CIPD. En outre, malgré des coûts initiaux élevés, l'ampleur des besoins pour ces personnes et ces communautés défavorisées est tellement démesurée que des investissements

La syphilis, révélatrice des effets redoutables de la stigmatisation sur la santé et les droits fondamentaux

La syphilis et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont des « maladies secrètes », comme l'affirme D' Adel Botros, spécialiste égyptien en dermatologie et en vénérologie. Il y a plus de 10 ans, un hôpital l'a contacté par téléphone pour signaler un cas de syphilis congénitale chez un nouveau-né. Il s'est précipité à l'hôpital et a demandé au père l'autorisation de voir le patient, en précisant que cela ne coûterait rien à la famille. Plutôt que de donner son accord, le père a quitté la pièce et D' Botros ne l'a jamais revu.

La stigmatisation liée aux IST est instrumentalisée depuis fort longtemps pour diviser les communautés et renforcer la domination hiérarchique, alors même que cela détourne les patients des services de santé, ce qui contribue à perpétuer la maladie. La syphilis en est sans doute l'exemple le plus connu, la maladie ayant été désignée alternativement comme « maladie française », « maladie de Naples », « maladie polonaise », « maladie allemande », « maladie espagnole » ou encore « maladie chrétienne », entre autres dénominations, généralement par des communautés qui cherchaient à en attribuer la responsabilité aux étrangers ou aux ennemis (Tampa *et al.*, 2014).

Aujourd'hui, la syphilis, une infection bactérienne que les autorités de santé ont longtemps espéré pouvoir éradiquer grâce aux antibiotiques, progresse dans le monde entier. On enregistrait 8,8 millions de cas en 1990, contre 14 millions en 2019, et l'incidence est passée de 160 à 178 pour 100 000 personnes sur la même période (Tao *et al.*, 2023).

Cependant, d'après les données disponibles, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient auraient enrayé cette tendance. Ainsi, si le nombre de nouveau-nés atteints de syphilis congénitale a plus que triplé aux États-Unis depuis 2016, l'incidence de la syphilis congénitale a au contraire chuté au Maroc (OMS, n. d.b). En 2022, l'Organisation mondiale de la Santé a annoncé qu'Oman avait éliminé la transmission de cette maladie de la mère à l'enfant (OMS, 2022).

Ces données viennent contredire des stéréotypes très anciens sur la syphilis dans la région des États arabes, un rebondissement « porteur de précieux enseignements pour le monde moderne concernant la maladie et les questions de genre et de pouvoir », avance Ellen Amster, professeure de santé publique de l'Université McMaster au Canada.

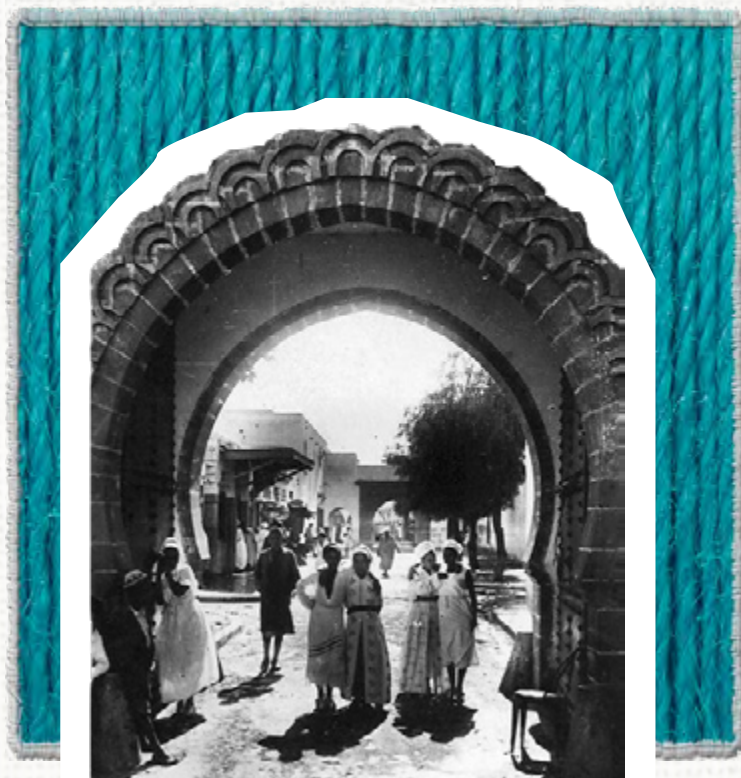
« La syphilis a joué un rôle déterminant dans l'eugénisme », explique-t-elle. « Cette maladie était considérée comme l'une des causes de dégénérescence susceptibles de détruire une population. » Les autorités coloniales occidentales la présentaient comme une maladie affectant intrinsèquement les populations arabes. Elles ont même inventé le concept de l'« arabe syphilitique dégénéré et malade » pour diaboliser et rabaisser les populations musulmanes et arabes, comme le montre une étude de Prof. Amster (Amster, 2016).

« La syphilis était associée à un asservissement et à un sentiment de honte concernant la sexualité, honte systématiquement liée au genre », explique-t-elle à l'UNFPA. « Pour protéger leurs troupes des femmes autochtones qualifiées de "syphilitiques", au Maroc et à travers tout l'empire colonial, les Français ont créé des maisons closes où les jeunes femmes se retrouvaient pour ainsi dire emprisonnées. »

Elle précise que ces démarches étaient motivées par « des allégations selon lesquelles la prévalence de la syphilis atteignait 80 %, voire 100 % à la période du protectorat français [au Maroc] », en raison de tests faussement positifs

et de cas de tuberculose, de paludisme ou d'autres maladies diagnostiqués à tort comme des cas de syphilis. « Lorsque les femmes ont finalement été soumises à des tests de dépistage systématiques, il est apparu que la prévalence de la syphilis n'était en fait que de 0,5 %, voire moins. »

La société d'aujourd'hui ne s'est pas encore défaire de la honte ni des dynamiques de pouvoir associées aux maladies contagieuses. En 2022, alors que les autorités sanitaires mondiales s'efforçaient de contenir la propagation de la variole simienne (également appelée « variole du singe »), elles s'évertuaient en même temps à contrer la stigmatisation entourant cette maladie. L'ONUSIDA a exprimé son inquiétude à l'égard « de la rhétorique et des images utilisées dans certains rapports [...] sur la variole du singe, en particulier sur le portrait dressé des personnes LGBTI et d'origine africaine, [susceptibles de renforcer] les stéréotypes homophobes et racistes et [d'exacerber] la stigmatisation » (ONUSIDA, 2022). Par ailleurs, il n'est pas nécessaire qu'une maladie soit sexuellement transmissible pour alimenter l'intolérance. La pandémie de COVID-19, par exemple, a déclenché des vagues de xénophobie anti-asiatique dans le monde entier (Human Rights Watch, 2020).



Encerclé par une muraille, le Bousbir était un quartier de Casablanca réservé à la prostitution, bâti par les autorités coloniales à des fins de prévention des IST. Photographie d'archive (domaine public).

L'élaboration des programmes de lutte contre les maladies contagieuses doit impérativement prendre en compte les questions de pouvoir et de préjugés. Malgré les leçons du passé, cela reste également valable pour la syphilis, qui s'avère toucher de manière disproportionnée les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (OMS, n. d.c). Selon les experts, les communautés touchées par la maladie doivent être mobilisées, et non stigmatisées.

Même dans la région des États arabes, qui enregistre aujourd'hui un nombre

relativement faible de cas de syphilis, la vigilance s'impose, à la fois contre la maladie et contre la discrimination. En effet, d'après Dr Botros (Égypte), il n'est pas possible de connaître la véritable incidence d'IST telles que la syphilis, car la peur et la honte, autrefois utilisées de façon si efficace contre le monde arabe, persistent encore de nos jours.

« Parfois, nous découvrons un cas par hasard », témoigne-t-il. « Et certains patients ne consultent qu'en dernier recours, lorsqu'ils n'ont plus d'autre solution. »

efficaces pourraient générer des retours bien plus notables que ne peuvent le faire les programmes qui se contentent de viser les cibles « abordables ».

L'analyse proposée dans le présent chapitre porte sur les retombées sociales et surtout économiques que produisent, à long terme, les investissements en faveur de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction et de l'autonomie reproductive des femmes. L'étude des retours sur investissement dans tous les aspects de ce domaine représenterait un périmètre bien trop étendu, c'est pourquoi ce chapitre se concentre uniquement sur trois éléments essentiels : l'autonomie reproductive (représentée par l'utilisation de contraceptifs parmi les femmes souhaitant éviter une grossesse, ceci n'excluant pas le recours à des indicateurs complémentaires), la prévention de la violence basée sur le genre et l'éducation complète à la sexualité. Il est en effet établi que chacun de ces éléments accroît la capacité des individus à faire usage de nombreuses autres dimensions de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction. Enfin, ce chapitre s'intéresse aux retours sur investissement générés par la promotion de l'égalité des genres, autre facteur favorisant de nombreux droits et de nombreux choix. Toutefois, cette réflexion autour des retours sur investissement susceptibles d'être générés pour chacun de ces aspects doit tenir


compte du fait qu'il ne peut s'agir que d'estimations imprécises de conséquences globales sur de larges populations. Des programmes ciblés de façon efficace auront vraisemblablement un coût différent et des retombées potentiellement bien plus importantes sous la forme de développement du capital humain dans des communautés qui, jusqu'à présent, n'ont guère bénéficié des progrès mondiaux.

L'intérêt à long terme de l'autonomie reproductive

Le monde commence à peine à s'intéresser à la mesure de l'autonomie en matière de reproduction, un concept déterminant mais qui reste mal défini. Les indicateurs des ODD sur l'autonomie corporelle (5.6.1) et les environnements favorables (5.6.2) ont marqué un tournant en révélant le nombre considérable de personnes dont les droits élémentaires ne sont pas satisfaits. Cela dit, seuls 115 pays et territoires ont communiqué des données sur l'indicateur 5.6.2 et 69 sur l'indicateur 5.6.1. Précisons que lesdits indicateurs ne constituent qu'une première phase. Pour appréhender pleinement la question du libre arbitre des femmes en matière de reproduction, nous avons besoin de beaucoup plus d'informations.

Bien qu'il soit limité, le meilleur outil de mesure permettant d'estimer actuellement les retours sur investissement de l'autonomie reproductive est probablement l'indicateur de recours à la contraception chez les femmes qui souhaitent éviter une grossesse. En effet, la portée et l'impact des grossesses non désirées ont fait l'objet de nombreuses recherches.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, environ la moitié des grossesses (112 millions par an) sont non intentionnelles (Bearak *et al.*, 2020). Elles touchent en majorité (77 %) les 218 millions de femmes en âge de procréer des pays à revenu faible ou intermédiaire qui souhaitent éviter une grossesse,



Le monde commence à peine à s'intéresser à la mesure de l'autonomie en matière de reproduction.

mais n'utilisent pas de moyen de contraception moderne (Sully *et al.*, 2020).

Le niveau de demande non satisfaite en matière de contraception est source de profondes inégalités au sein des pays et entre eux. Non seulement les besoins non satisfaits sont particulièrement élevés dans les pays à faible revenu, mais il existe également des disparités selon les tranches d'âge. Chez les femmes souhaitant éviter une grossesse, la proportion de besoins non satisfaits en contraceptifs modernes est largement supérieure chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans (43 %) que parmi l'ensemble des femmes en âge de procréer (24 %) dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Sully *et al.*, 2020). En outre, les femmes issues des foyers les plus aisés, vivant en zone urbaine et plus instruites présentent généralement un niveau de besoins non satisfaits plus faible que leurs homologues d'autres catégories. En 2015, dans les contextes de crise humanitaire, environ la moitié des femmes vivant en couple et souhaitant éviter une grossesse n'utilisaient aucun moyen de contraception moderne ou traditionnel, une proportion bien plus forte que la moyenne mondiale (Loaiza et Liang, 2016) (voir la note technique, page 155).

Le Family Planning Impact Consortium (Consortium sur les effets de la planification familiale), collaboration entre le Guttmacher Institute, l'Institut africain pour les politiques de développement, l'Université de Harvard, l'Institut de modélisation des maladies et Avenir Health, a récemment examiné des données probantes concernant l'intérêt d'investir dans la planification familiale pour permettre aux femmes de décider de façon fiable du nombre d'enfants qu'elles souhaitent, ainsi que du moment et de l'espacement des naissances (Family Planning Impact Consortium, 2023). Cette étude démontre que le fait de maîtriser ces éléments essentiels de la fécondité permet aux femmes d'atteindre un niveau d'études supérieur et leur offre un plus large éventail de choix de carrière. La planification familiale permet également aux femmes d'évoluer davantage dans leur carrière.

Elle produit en outre de nombreuses retombées positives en lien avec l'accès à l'éducation : les femmes et les filles sont ainsi plus susceptibles d'avoir accès aux soins de santé, de connaître leurs droits et d'avoir suffisamment confiance en elles pour les défendre.

L'augmentation du niveau d'études des filles est également associée à un accroissement du revenu des femmes (Grown *et al.*, 2005). Comparées aux femmes n'ayant reçu aucune instruction, les femmes ayant suivi au moins un enseignement primaire touchent un salaire supérieur de 14 % à 19 %, les femmes ayant reçu un enseignement secondaire, près du double, et les femmes ayant suivi des études supérieures, environ le triple, selon des données concernant jusqu'à 96 pays (Wodon *et al.*, 2018).

La planification familiale donne également aux femmes qui veulent devenir mères la possibilité de déterminer, tout du moins dans une certaine mesure, le nombre d'enfants qu'elles désirent et l'espacement entre leurs naissances, ce qui leur permet d'anticiper les interruptions de carrière. Le coût de la maternité pour une femme active englobe les pertes de revenu dues à une interruption temporaire du travail et la réduction du nombre d'heures de travail, deux facteurs qui peuvent contribuer à une atrophie des compétences et dissuader les employeurs d'investir dans le renforcement des compétences, ce qui, en définitive, compromet leur carrière (Adda *et al.*, 2017).

Les attentes des femmes concernant leur capacité à maîtriser leur fécondité peuvent également influencer leurs choix en début de carrière. D'après des données recueillies en Europe, une part substantielle des coûts de la maternité sur la carrière et les revenus est déterminée par le parcours professionnel des femmes à leur entrée dans la vie active, choisi en fonction des tendances attendues en matière de fécondité (Adda *et al.*, 2017). En Allemagne, on estime que les choix professionnels opérés en début de carrière représentent 19 % de la perte de salaire associée à la maternité.

Il existe une relation réciproque entre la contraception et l'éducation, dans le sens où une éducation prolongée peut accroître les connaissances et le libre arbitre dont les femmes ont besoin pour accéder et recourir à la contraception (Blackstone *et al.*, 2017). De fait, les soins de contraception engendrent un cercle vertueux d'autonomisation et de perspectives favorables pour les femmes. Satisfaire la demande en services de contraception, et ouvrir ainsi de nouvelles portes aux femmes bénéficie en outre à plusieurs générations. Les femmes qui participent au marché du travail sont plus susceptibles d'inciter leurs filles à suivre la même voie (UNFPA, 2023). Cette dynamique contribue à offrir aux enfants un éventail plus large de choix de vie, en leur permettant notamment de se marier plus tard afin de terminer leurs études et, sur le long terme, de bénéficier de l'autonomisation économique, sociale et personnelle associée à cette éducation.

L'éducation des filles n'est pas bénéfique uniquement à l'échelle individuelle. Les employeurs sont de plus en plus conscients que soutenir la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction peut également servir leurs intérêts. En Asie, les entreprises peuvent utiliser un outil de calcul des retours sur investissement mis au point par l'UNFPA pour estimer les effets positifs du soutien à la santé reproductive de leurs employés sur la productivité, par exemple (Bureau régional de l'UNFPA pour l'Asie et le Pacifique, n. d.).

Les pays en tirent également profit, car l'autonomie reproductive accroît la contribution des femmes à l'économie nationale. Selon une étude de modélisation réalisée au Kenya, au Nigéria et au Sénégal, répondre à l'ensemble des besoins actuellement non satisfaits en contraceptifs modernes dans ces pays augmenterait le revenu par habitant de 31 % à 65 % entre 2005 et 2030 (Bloom *et al.*, 2014). Au Kenya, si deux tiers des besoins non satisfaits en moyens de contraception

modernes étaient comblés, le pays verrait son produit intérieur brut (PIB) par habitant progresser de 51 % d'ici 2050 en raison des retombées sur la taille relative de la population en âge de travailler (voir la note technique page 155). Le lien entre la capacité des femmes à contrôler leur fécondité et les bénéfices économiques que cela peut générer pour les individus, les familles et les sociétés a été démontré dans plusieurs études couvrant différents contextes (Family Planning Impact Consortium, 2023).

L'analyse du Family Planning Impact Consortium réunit également des données probantes qui attestent des retours sur investissement de la planification familiale à l'échelle mondiale. Ainsi, d'après certaines estimations, chaque dollar investi dans la planification familiale produirait en définitive 60 à 100 dollars sous forme de croissance économique (Kohler et Behrman, 2018). Selon les estimations de la Banque mondiale, le manque de perspectives d'accès à l'éducation pour les filles du monde entier coûterait 15 000 à 30 000 milliards de dollars en perte de productivité et de revenus sur toute la durée de leur vie (Wodon *et al.*, 2018). On estime en outre qu'à l'échelle mondiale, la participation des femmes au marché du travail diminue de 10 à 15 points de pourcentage (soit près de deux ans) pour chaque enfant supplémentaire chez les femmes âgées de 25 à 39 ans (Grepin et Klugman, 2013 ; Bloom *et al.*, 2009).

Notons que si la plupart des études consacrées aux retombées économiques à long terme des mesures visant à aider les femmes à contrôler leur fécondité portent sur la réponse aux besoins non satisfaits en matière de contraception, aucun moyen de contraception n'est infaillible et, bien que les restrictions à l'avortement perdurent dans de nombreux pays, on estime que chaque année, environ six grossesses non désirées sur 10 se soldent par un avortement (Bearak *et al.*, 2020). Il est donc peu probable que la demande d'avortements (médicalisés ou non) disparaisse.

Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité sont associés à une part importante de décès maternels, de maladies et de handicaps. On estime qu'ils seraient à l'origine de 5 % à 13 % des décès maternels à l'échelle mondiale, mais également de nombreux cas de maladie et de handicap (Say *et al.*, 2014). Selon une estimation, le coût total des soins liés à l'avortement dans les pays à revenu faible et intermédiaire s'élèverait à 2,8 milliards de dollars par an, dont 1 milliard de dollars pour les avortements proprement dits (qu'ils soient médicalisés ou non) et 1,7 milliard de dollars de soins post-avortement (Sully *et al.*, 2020). On estime par ailleurs que si tous les avortements actuellement non médicalisés effectués dans les pays à revenu faible et intermédiaire étaient pratiqués dans des conditions de sécurité satisfaisantes et si tous les besoins en services de contraception et en soins liés à l'avortement étaient satisfaits, le coût total des soins relatifs à l'avortement diminuerait de 600 millions de dollars.

L'intérêt à long terme de l'élimination de la violence basée sur le genre

Assurer l'autonomie reproductive de tous les habitants de la planète ne sera possible qu'à condition de garantir leur droit de ne pas subir de violence basée sur le genre, notamment au sein du couple. Plus d'une femme sur quatre âgée de 15 à 49 ans et ayant déjà été en couple à travers le monde déclare avoir déjà été soumise à la violence basée sur le genre sous la forme de violences physiques ou sexuelles exercées par un partenaire intime au cours de son existence, et 13 % ont subi des violences physiques ou sexuelles au sein du couple au cours de l'année précédente (OMS, 2021).

La prévalence de la violence au sein du couple est exceptionnellement élevée en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où selon les estimations,

19 % à 20 % des femmes ont subi ce type de violence au cours des 12 derniers mois. D'après un examen des données probantes issues de 46 pays, les femmes les plus pauvres et les plus jeunes ainsi que celles qui vivent en zone rurale sont en général particulièrement vulnérables à la violence au sein du couple (Coll *et al.*, 2020). La violence à l'égard des femmes est souvent plus répandue également au sein des populations déplacées de force ou vivant dans des zones touchées par des conflits (Hadush *et al.*, 2023 ; Horn *et al.*, 2021 ; Delkhosh *et al.*, 2019). Les effets déstabilisants de ces conditions de vie et l'érosion du réseau social et des protections sociales contribuent à accroître les risques de violence au sein du couple dans ces environnements, où les efforts de prévention et de lutte contre la violence sont par ailleurs extrêmement compliqués.

Il est difficile de clarifier les corrélations entre violence et manque d'autonomie reproductive, non seulement parce que les violences et la coercition sexuelles compromettent directement l'autonomie corporelle, mais aussi parce que la coercition reproductive constitue elle-même une forme de violence. Il existe cependant des moyens de comprendre certains de ces liens de cause à effet, notamment grâce à des études sur la violence au sein du couple et le recours à la contraception. Des études longitudinales montrent que les femmes victimes de violences au sein du couple sont nettement moins susceptibles d'utiliser des contraceptifs, et particulièrement peu susceptibles d'utiliser des méthodes qui dépendent du partenaire, telles que les préservatifs (Maxwell *et al.*, 2015). Une corrélation a également été mise en évidence entre la violence au sein du couple et une incidence accrue de grossesses non désirées (OMS, 2013). La violence joue donc un rôle prépondérant dans les coûts individuels et sociétaux associés à la perte d'autonomie reproductive que nous venons d'évoquer.

Par ailleurs, la violence a également de lourdes conséquences économiques en raison d'autres

problèmes de santé reproductive tels que les IST (Bacchus *et al.*, 2018 ; OMS, 2013) et le manque de soins prénatals et obstétricaux appropriés (Musa *et al.*, 2019). Ces coûts peuvent se répercuter sur la génération suivante, les femmes qui subissent des violences durant leur grossesse étant plus susceptibles de faire des fausses couches et d'accoucher d'enfants mort-nés ou présentant un faible poids à la naissance (Silverman *et al.*, 2007 ; Boy et Salihu, 2004). La violence au sein du couple et les autres formes de violence basée sur le genre peuvent également engendrer du stress et des traumatismes psychologiques, des blessures physiques plus ou moins graves, voire entraîner la mort (OMS, 2013). Les femmes victimes de violences sexuelles infligées par une autre personne que leur partenaire sont quant à elles plus exposées à l'alcoolisme, à la toxicomanie et aux troubles mentaux. Les systèmes de santé supportent eux aussi des coûts directs importants en lien avec la prise en charge des survivantes de violences.

Enfin, la violence n'est pas sans conséquence sur la main-d'œuvre, la productivité et les rémunérations. L'érosion de l'autonomie des femmes due à la violence basée sur le genre compromet leur capacité à prendre leurs propres décisions, à suivre des études et à participer pleinement au marché du travail. Les perspectives d'emploi peuvent être réduites par la peur du harcèlement ou de la violence, par la limitation des choix de carrière lorsque les femmes se cantonnent à des emplois qui leur semblent plus sûrs ou plus acceptables pour un partenaire violent, par une productivité plus faible due à la détresse psychologique et aux conséquences sur la santé physique, et par les absences liées aux conséquences des incidents de violence basée sur le genre (Vyas, 2013). Un rapport de 2016 propose une formule permettant aux employeurs de calculer les répercussions de la violence basée sur le genre sur les coûts de fonctionnement de l'entreprise, en tenant compte des jours d'absence, de la rotation du personnel et des coûts de recrutement (Walker et Duvvury, 2016).

Enfinement, à combien s'élève la facture totale ? Les évaluations ne parviennent pas toutes aux mêmes chiffres, mais dans tous les cas, la note est salée : le Fonds monétaire international (FMI) estime ainsi qu'en Afrique subsaharienne, chaque point de pourcentage d'augmentation de la proportion de femmes victimes de violence basée sur le genre entraîne une réduction de l'activité économique pouvant aller jusqu'à 8 %, une baisse qui s'explique essentiellement par la diminution du taux d'emploi des femmes (Ouedraogo et Stenzel, 2021). Une étude de 2022 estime que le coût total de la violence au sein du couple représente 5 % du PIB mondial et près de 15 % du PIB en Afrique subsaharienne (Yount *et al.*, 2022). Un examen des données probantes collectées dans 13 pays avance de son côté que le coût de la violence à l'égard des femmes pour les économies nationales oscille entre 0,35 % et 6,6 % du PIB (Ibrahim *et al.*, 2018). Non seulement l'élimination de la violence basée sur le genre supprimerait ces coûts, mais elle générerait également des effets positifs immédiats et à long terme sur la productivité et le potentiel de rémunération individuels, aux conséquences bénéfiques y compris pour les générations suivantes.

Aider les femmes à fuir une relation violente peut en outre produire des bénéfices économiques immédiats. Une modeste étude menée sur les femmes aux États-Unis a conclu que les services d'aide juridique aux survivantes de violence au sein du couple permettaient à leurs bénéficiaires d'améliorer leurs revenus de 5 500 dollars nets en moyenne dans l'année suivant le recours aux services, soit un retour de 2,41 dollars de revenus personnels par dollar dépensé en assistance juridique (Teufel *et al.*, 2021). Les femmes ayant bénéficié de ces services étaient en outre moins susceptibles de se trouver en situation de pauvreté un an plus tard. Investir dans la prévention de la violence pourrait produire des retours tout aussi spectaculaires.

Qui plus est, les effets positifs s'étendent à l'ensemble de la population ainsi qu'aux

L'intérêt économique de l'inclusion

Pour différentes raisons (contexte local, normes discriminatoires, etc.), il est parfois plus difficile et plus coûteux d'atteindre les personnes les plus marginalisées. En outre, les approches « universelles » s'avèrent souvent peu économiques lorsqu'on les applique à des groupes très divers. Adapter les interventions à la langue, à la religion et à la culture des femmes et des filles ciblées, ainsi qu'aux facteurs contextuels tels que les conflits et la qualité des infrastructures, permet au contraire d'éviter les gaspillages et d'utiliser de façon plus rationnelle les ressources disponibles. Lorsque les besoins en soins de santé sexuelle et reproductive pour garantir l'autonomie corporelle et réduire la marginalisation sont plus importants, les interventions peuvent obtenir de meilleurs retours sur investissement et stimuler davantage le développement. Les stratégies sur mesure peuvent également limiter les inconvénients à plus long terme de la fragmentation sociale due à l'aggravation des inégalités lorsque les services bénéficient à certaines personnes, mais ne parviennent pas à atteindre les autres.

La normalisation de l'exclusion engendre par ailleurs des coûts élevés, qu'il est impossible de déterminer précisément en raison de l'invisibilisation des personnes exclues. Toutefois, les bénéfices économiques produits par l'élimination des lois, des politiques et des normes d'exclusion nous donnent une idée de ces coûts. Cet argument a récemment été utilisé dans un rapport sur la dépénalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe, dont il a été prouvé qu'elle engendre des retombées positives sur les plans micro et macro-économiques (HIV Policy Lab *et al.*, 2023). Au niveau individuel, il est établi que la suppression des lois homophobes fait disparaître les coûts liés aux arrestations, aux poursuites et aux détentions pour le marché du travail et la productivité, tout en éliminant les traumatismes physiques et psychologiques qui y sont associés. À plus grande échelle, au moins une étude affirme que l'homophobie coûte 126 milliards de dollars par an au niveau mondial, tandis que l'amélioration de l'environnement juridique pour les personnes LGBTQIA+ est associée à une augmentation de 2 000 dollars du PIB par habitant (Badgett *et al.*, 2019).

générations suivantes. Il est largement établi que les interventions de prévention de la violence basée sur le genre améliorent la santé de la population dans son ensemble (Ferrari *et al.*, 2022 ; Musa *et al.*, 2019 ; Bacchus *et al.*, 2018). Bien que certains programmes soient plus onéreux que d'autres, plusieurs s'avèrent rentables si l'on mesure le coût

des interventions par rapport au nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité qu'elles ont évité de perdre (Ferrari *et al.*, 2022).

Il est important de réfléchir aux moyens d'adapter les mesures à la situation dans laquelle se trouvent les personnes qui en ont besoin.

La personnalisation des interventions est particulièrement cruciale pour atteindre les populations marginalisées, dont l'expérience de la violence basée sur le genre est différente en raison de facteurs transversaux tels que l'appartenance ethnique, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la situation au regard du handicap ou la situation économique. Adapter les efforts de prévention afin de s'attaquer aux causes fondamentales de la violence basée sur le genre au sein de ces communautés peut accroître la probabilité d'obtenir des résultats durables et à grande échelle (Capasso *et al.*, 2022).

Si la personnalisation des mesures est souvent jugée coûteuse, il semblerait que répondre aux besoins des personnes qui présentent des vulnérabilités croisées puisse renforcer l'efficacité des interventions, et donc leur rentabilité. Certaines communautés, par exemple, mettent en garde contre le risque que les interventions visant à réduire la violence basée sur le genre entraînent l'attribution massive de ressources au maintien de l'ordre et à l'incarcération des auteurs sans combattre les stigmatisations et les inégalités qui, en premier lieu, rendent les femmes vulnérables à ces violences. Aux dires de certains experts, cette démarche pourrait même « avoir pour conséquence indésirable de criminaliser certaines femmes qui pourraient être arrêtées ou se voir retirer la garde de leurs enfants » (Goodmark, 2022), un phénomène qualifié en anglais d'*abuse-to-prison pipeline* (de l'épreuve des abus à la prison) : une femme signale les violences qu'elle a subies aux autorités qui ne la croient pas, elle quitte son agresseur, ou se retrouve victime de traite, ce qui en définitive conduit à son arrestation. Dans ces contextes, les investissements en faveur des services communautaires, le soutien aux survivantes et les interventions de sensibilisation peuvent s'avérer plus rentables.

Il convient également de noter que si les études ont identifié plusieurs facteurs de risque qui accroissent la vulnérabilité à la violence au sein du couple, une

large part des survivantes n'est concernée par aucun de ces facteurs, ce qui signifie qu'« aucun groupe de femmes n'a été identifié comme totalement à l'abri » (Coll *et al.*, 2021). En outre, les hommes et les garçons sont eux aussi confrontés à la violence basée sur le genre, et l'on suppose que les cas sont nettement sous-déclarés (Wörman *et al.*, 2021). Par conséquent, s'il est effectivement recommandé de cibler les interventions pour réduire la violence au sein du couple, ces approches sur mesure ne suffisent pas. Des lois, des politiques et des normes sociales doivent également être adoptées à l'échelle de toute la population pour promouvoir l'égalité des genres, ce qui, à terme, fera reculer la violence et produira des retombées positives pour le bien-être des communautés, mais également pour la santé mentale et physique de toutes et de tous.

Les bénéfiques à long terme de l'éducation complète à la sexualité

De même que l'élimination de la violence basée sur le genre, l'accès à l'éducation complète à la sexualité est une condition préalable à l'autonomie reproductive de tous les individus (Starrs *et al.*, 2018) et à toutes les retombées sociales et économiques qui en découleront.

L'éducation complète à la sexualité donne aux individus les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour faire tout au long de leur vie des choix éclairés, sains et responsables concernant leur santé sexuelle et reproductive. Elle couvre divers sujets tels que la contraception, les IST, le consentement et la communication dans les relations, ce qui améliore à la fois la vie personnelle, la santé publique, l'autonomisation économique et le bien-être physique et psychologique. Lorsqu'ils ont les moyens de se protéger des maladies, d'éviter les grossesses non désirées et de prévenir la violence (ou de la reconnaître et de la fuir), les jeunes sont davantage

en mesure de poursuivre leurs études, mais aussi de travailler dans le secteur formel et d'y progresser professionnellement.

Bien que le coût de cette démarche par rapport à ses retombées n'ait pas été parfaitement évalué, il est prouvé que l'éducation complète à la sexualité retarde l'âge des premiers rapports sexuels, accroît le recours à la contraception (Kirby, 2008) et réduit les taux de grossesse chez les adolescentes (Aguirre et Carrión-Yaguana, 2023 ; Kohler *et al.*, 2008). Les programmes qui l'associent à des services de santé sexuelle et reproductive accessibles et adaptés aux jeunes se sont avérés particulièrement efficaces s'agissant de réduire les grossesses non désirées (Mbizvo *et al.*, 2023). Nous avons déjà évoqué les retours sur investissement dans ce domaine dans la partie consacrée à l'autonomie reproductive (voir la section intitulée « L'intérêt à long terme de l'autonomie reproductive » à la page 94).

Il est établi que l'intégration des normes d'égalité des genres et des droits fondamentaux reconnus au niveau international dans les programmes d'éducation complète à la sexualité permet, à court terme, d'améliorer les connaissances, les attitudes, ainsi que la communication avec les parents au sujet de la sexualité et des relations. Elle produit également des effets positifs à plus long terme sur d'autres aspects comme la communication entre les partenaires, les connaissances en matière de santé sexuelle et la promotion des services (UNESCO, 2016 ; Constantine *et al.*, 2015 ; Rohrbach *et al.*, 2015). Par ailleurs, un examen des données probantes révèle que « les programmes axés sur les questions de genre sont sensiblement plus efficaces que ceux qui n'en tiennent pas compte sur le plan des résultats en matière de santé, notamment concernant la réduction des grossesses non désirées ou des IST » (UNFPA, 2018a).

Bien qu'elles soient parfois dénigrées et jugées inutiles ou idéologiques, les dimensions culturelles et sociales de l'éducation complète à la sexualité sont tout aussi importantes que les aspects sanitaires (Nations Unies, 2023a). L'éducation complète à la sexualité, lorsqu'elle est dispensée dans le respect des normes internationales (UNFPA, 2018a), est adaptée à l'âge et au contexte, tout en étant pertinente sur le plan culturel. Adapter les programmes d'éducation complète à la sexualité aux besoins locaux est d'ailleurs indispensable pour garantir leur efficacité, de même que veiller à ce qu'ils soient acceptables aux yeux des parents, des familles et des communautés locales (notamment des organisations confessionnelles). Ce constat est particulièrement vrai lorsque l'on travaille avec des communautés marginalisées.





Le mouchoir des suffragettes comporte les signatures brodées de 66 femmes emprisonnées en raison de leur participation aux manifestations de suffragettes organisées par la Women's Social and Political Union en mars 1912, à Londres. Image reproduite avec l'aimable autorisation de la Sussex Archaeological Society.

un consensus de plus en plus large sur le fait que les programmes d'éducation à la sexualité qui visent explicitement à autonomiser les filles et les jeunes marginalisés afin qu'ils se considèrent sur un pied d'égalité avec leurs partenaires sont particulièrement efficaces pour leur permettre de préserver leur santé et de participer activement à la société (Haberland et Rogow, 2015). Des chercheurs ont d'ailleurs proposé d'utiliser l'éducation complète à la sexualité pour combattre et atténuer la hausse des violences liées au genre pendant la pandémie de COVID-19 (Rollston *et al.*, 2020), en raison de sa capacité à influencer les normes et les comportements.

Malheureusement, l'éducation complète à la sexualité fondée sur les droits n'a pas encore livré tous ses bienfaits, en partie parce que les formateurs ont tendance à passer sous silence les aspects du programme qui les mettent mal à l'aise (UNFPA, 2018a), et en partie parce que l'intégration des normes sociales et de genre est souvent insuffisante. Une étude des programmes nationaux d'éducation à la sexualité dispensés dans 13 pays d'Afrique, par exemple, a révélé que les normes sociales et de genre étaient le sujet le moins bien traité (UNESCO, 2016).

Il est difficile de procéder à des études longitudinales des retours sur investissement à plus long terme, notamment en raison du manque d'homogénéité dans l'application des programmes. Il n'en reste pas moins que ces retours augmentent considérablement lorsque l'éducation complète à la sexualité est dispensée à grande échelle et sur une période

Les formations et les programmes qui ne répondent pas aux besoins des communautés ciblées ont peu de chances d'atténuer les dangers et de se traduire par des résultats positifs en matière de santé. Certains pays, par exemple, communiquent sur les risques liés aux « *sugar daddies* », des hommes d'âge mûr qui proposent à des jeunes filles de payer leurs frais de scolarité ou leur offrent des cadeaux en échange de rapports sexuels, car cette forme d'exploitation est répandue sur leur territoire. D'autres peuvent insister davantage sur la normalisation des menstruations lorsque ce sujet fait l'objet de nombreux tabous (UNFPA, 2018a).

On dispose en revanche de données plus limitées sur les retombées non sanitaires de l'éducation complète à la sexualité, qu'il s'agisse des attitudes et des compétences en matière de sexualité chez les adolescents et adolescentes, de l'incidence de la violence basée sur le genre et de la violence au sein du couple, ou encore de la prévalence des normes d'équité entre les genres et des relations saines et stables (UNFPA, 2018a). On observe toutefois

prolongée. Les raisons de ce phénomène sont illustrées par des exemples provenant de différents pays. Une analyse des programmes scolaires d'éducation à la sexualité dispensés dans six pays a constaté que le coût de ces programmes oscillait entre 7 et 33 dollars par élève bénéficiaire dans les pays où ils étaient largement déployés (en Estonie, au Nigéria et aux Pays-Bas), mais atteignait 50, voire 160 dollars par élève atteint dans les pays encore au stade des programmes-pilotes (respectivement au Kenya et en Indonésie) (Kivela *et al.*, 2013). D'après une autre étude des coûts réalisée en Indonésie, le coût d'un programme scolaire d'éducation complète à la sexualité diminue de 90 % au cours des trois premières années de mise en œuvre (El Halabi et Annerstedt, 2021). De plus, les salaires des enseignants, qui constituent la majeure partie du coût des programmes, sont déjà compris dans le budget de l'enseignement ; dans le cas contraire, les dépenses affectées aux programmes d'éducation à la sexualité ne représentent qu'environ 25 % du coût total du déploiement des programmes estimé ci-dessus (Kivela *et al.*, 2013).

Selon certains experts, les économies réalisées et les retours sur investissement sont vraisemblablement encore plus importants lorsque l'enseignement de l'éducation complète à la sexualité fait partie intégrante des programmes de formation des enseignants. En effet, cela démystifie cette discipline et permet de former de plus en plus d'éducateurs à dispenser efficacement ce type de programme. Par ailleurs, cela coûte moins cher que de former des enseignants déjà en poste (UNFPA, 2018a).

Enfin, les programmes d'éducation complète à la sexualité destinés aux jeunes déscolarisés n'ont généralement pas le même coût ni les mêmes bénéfices que les programmes dispensés en milieu scolaire. Les apprenants déscolarisés sont souvent les plus vulnérables aux fausses informations, à la coercition et à l'exploitation, mais également les plus difficiles à atteindre. Partant du constat qu'environ 263 millions de jeunes n'étaient pas

scolarisés en 2018, l'UNFPA et ses partenaires se sont appuyés sur des données probantes pour élaborer des guides d'éducation complète à la sexualité en dehors du cadre scolaire. Ces derniers proposent des recommandations de programmes adaptés à l'âge ainsi qu'aux besoins de certains groupes spécifiques (UNFPA, 2020), notamment les jeunes handicapés, les personnes confrontées à des situations de crise humanitaire, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, non binaires ou au genre non conforme, les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogue, ou encore les travailleurs et travailleuses du sexe.

La mise en œuvre des programmes destinés aux apprenants non scolarisés comporte de nombreuses difficultés, notamment en raison de la mobilité des jeunes ainsi que du manque de ressources disponibles pour adapter ces programmes aux besoins des différents groupes (Australian Aid et UNFPA, 2023 ; ministère fidjien de la Santé et des services médicaux *et al.*, 2023). Ces programmes nécessitent non seulement des investissements monétaires, mais aussi de bons intervenants pour les concevoir et les mener à bien. Même si l'on manque de données probantes concernant leurs effets, les programmes d'éducation complète à la sexualité destinés aux jeunes déscolarisés sont susceptibles de produire des retours substantiels, compte tenu de la taille de cette population et des vulnérabilités accrues qu'elle présente (Anderson et Pörtner, 2014). À terme, ces programmes peuvent également permettre de réaliser des économies, en particulier sachant que plus le niveau d'études est faible, plus les risques en matière de santé sexuelle et reproductive (Anderson et Pörtner, 2014) et de santé en général sont élevés.

Globalement, des travaux de recherche complémentaires sont nécessaires pour mieux cerner les effets des programmes d'éducation complète à la sexualité, qu'ils soient dispensés dans le cadre scolaire ou en dehors, et des programmes ciblant les communautés marginalisées, ainsi que les économies qu'ils permettraient de réaliser à long terme.

REPORTAGE

Les figures locales au service des filles les plus démunies

Maïmouna Déné, 43 ans, n'est que trop accoutumée aux croyances et postulats qui font obstacle à l'égalité pour les femmes et les filles.

Dans sa communauté burkinabé, où le taux d'alphabétisation et de participation des femmes au marché du travail est bien inférieur à celui des hommes, la violence basée sur le genre et les pratiques néfastes ont malheureusement la vie dure. Comme le rappelle Maïmouna, à cette triste réalité vient s'ajouter, pour certaines, une tout autre forme de discrimination, à savoir : « l'ignorance, l'accablant social et les mythes » dont sont victimes les personnes atteintes d'albinisme.

Dans le monde entier, les albinos sont confrontés à la stigmatisation, à l'exclusion et à la violence, étant, dans les cas les plus graves, la cible de trafic humain, de mutilations et de meurtres. Pour nombre d'entre eux, l'hypopigmentation s'accompagne d'un déficit visuel, souvent incompatible avec les environnements éducatifs ou professionnels. La pauvreté et l'abandon scolaire sont donc très prévalents chez les personnes concernées. Au Burkina Faso, le phénomène est particulièrement flagrant chez les filles albinos,

dont une sur trois n'achève pas le cycle d'enseignement primaire (Ero *et al.*, 2021).

Grâce au projet d'Autonomisation des Femmes et du Dividende Démographique au Sahel (SWEDD), des centaines de millions de dollars ont pu être sécurisés en faveur de l'égalité des genres en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale. Afin d'en maximiser l'impact, le programme travaille en étroite collaboration avec des figures locales, comme Maïmouna, qui semblent les mieux placées pour identifier les besoins des filles et des femmes de leur communauté, ainsi que la manière d'y répondre.

En tant que présidente de l'Association des femmes albinos du Burkina Faso, Maïmouna a été nommée ambassadrice de la campagne « Stronger Together », une initiative du SWEDD visant à sensibiliser les communautés à l'échelle locale. À travers ses efforts pour le renforcement de l'accès à l'éducation, aux opportunités économiques et aux soins, y compris aux informations et services de santé sexuelle et reproductive, Maïmouna est parvenue à améliorer sensiblement l'intégration sociale

des filles et des femmes atteintes d'albinisme. Moyennant des accords entre son association, le ministère de la Santé, des hôpitaux, des ONG et d'autres groupes de la société civile, elle dispense des formations professionnalisantes aux jeunes albinos et à leur famille. Ainsi, depuis la création de l'association, en 2008, quelque 450 femmes albinos et parents de jeunes atteints d'albinisme ont bénéficié d'une formation, dont 280 à la fabrication de savon. Le développement de ces nouvelles compétences leur a permis d'acquérir une indépendance financière et de mieux subvenir aux besoins de leur famille.

En vertu de son rôle de porte-parole communautaire, Maïmouna s'efforce d'apporter aide et conseils à ceux qui en ont le plus besoin. Elle entend par là améliorer les perspectives des personnes atteintes d'albinisme, aussi bien parmi les générations actuelles que futures. « L'albinisme étant un phénomène génétique, c'est également pour mes enfants que je me bats », déclare-t-elle.

Syrah Sy Savané, en Côte d'Ivoire, est elle aussi très consciente des besoins existants au sein de sa communauté. Elle consacre son

énergie à la protection d'un tout autre groupe de filles vulnérables : celles à risque d'enlèvement, de mariage forcé et de mutilations génitales féminines. Et pour cause, Syrah, 50 ans, a été témoin des ravages de ces pratiques dans son propre cercle familial : « J'ai été élevée par ma grand-mère paternelle, dans le village de Diokoué, au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Toutes mes tantes, sans exception, ont été mariées de force, à un très jeune âge. Elles me gardaient souvent et je leur tenais régulièrement compagnie. Mais je voyais à quel point elles étaient malheureuses. Une de mes cousines est également décédée après avoir subi des mutilations génitales féminines. »

Syrah, elle, a eu la chance de trouver un allié en la personne de son père, fermement opposé à ces pratiques. « Mes tantes voulaient que je sois excisée, mais mon père, qui était enseignant, a toujours refusé. »

Forte de son expérience, elle a d'abord embrassé la profession de travailleuse sociale, avant d'accepter un poste au ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, où, en tant que spécialiste de la protection de l'enfance, elle a été confrontée à de nombreux cas de déscolarisation et de mariage forcés. Très vite, il lui est apparu que la sensibilisation des filles ne suffirait pas à endiguer ces coutumes. « Ce n'était pas les élèves qu'il fallait cibler, mais les parents, ainsi que les chefs communautaires et religieux qui cherchaient à les marier. »



Maimouna Déné veille à ce que les filles albinos de sa communauté bénéficient de l'éducation, des compétences et de l'autonomie auxquelles elles aspirent. Image reproduite avec l'aimable autorisation de Maimouna Déné.

Aujourd'hui, Syrah met son expertise au service du projet SWEDD, dont les modalités, nous apprend-elle, ont été définies par des experts travaillant au sein même des communautés visées. Cette proximité s'est révélée essentielle pour identifier les besoins des filles et de leurs

familles et garantir le caractère transformateur des interventions choisies. À travers l'instauration d'espaces de dialogue sûrs ou encore la création de clubs pour les maris, il a ainsi été possible de « faire la lumière sur les droits des jeunes filles, qui s'en pensaient jusqu'alors dépourvues ».



Les dividendes d'un monde égalitaire

Tous ces éléments de la santé sexuelle et reproductive (faire valoir les droits des individus et leur capacité à décider s'ils souhaitent avoir des enfants et quand, éliminer la violence basée sur le genre et dispenser une éducation complète à la sexualité dans le respect des normes internationales) s'inscrivent dans le champ des priorités relatives aux droits fondamentaux, notamment l'impératif de parvenir à l'égalité des genres. Il existe une forte synergie entre l'égalité des genres et la santé sexuelle et reproductive. Réaliser des progrès sur ces deux fronts simultanément (promouvoir l'égalité des genres ainsi que la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction) est de nature à maximiser les retombées socio-économiques pour l'ensemble de la société.

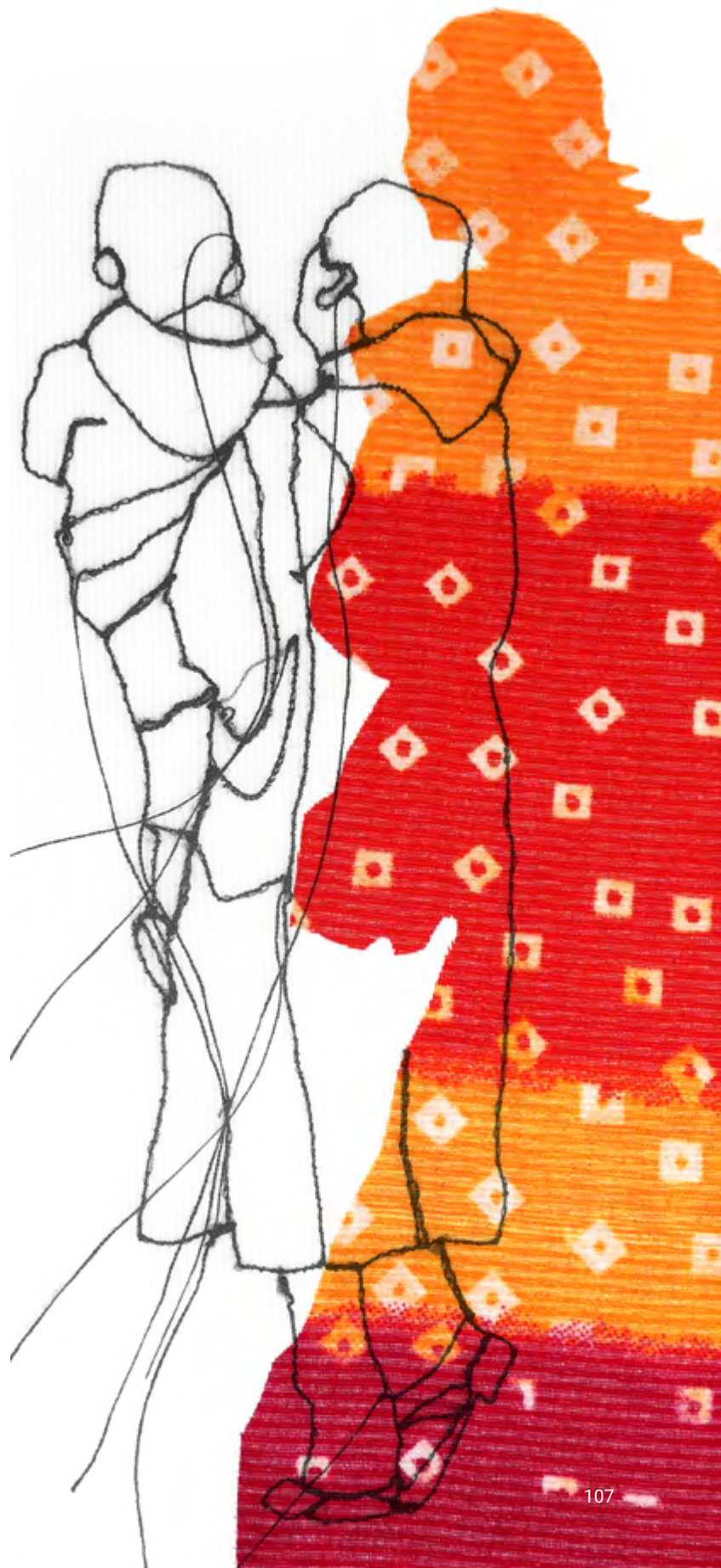
L'illustration la plus éloquent est sans doute le rôle essentiel joué par la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction et par l'égalité des genres dans le dividende démographique. Lorsque les femmes ont recours à la contraception pour éviter des grossesses imprévues, la baisse de fécondité qui en résulte entraîne souvent une diminution de la proportion d'enfants dépendants dans la population par rapport à la proportion de personnes en âge de travailler. Cette transition démographique peut conduire à ce que l'on appelle couramment un dividende démographique, caractérisé par une augmentation de la productivité et une accélération de la croissance économique. Le concept de dividende démographique s'inspire d'observations de la croissance économique après un recul de la fécondité dans les pays d'Asie de l'Est entre les années 1960 et les années 1990 (Bloom *et al.*, 2003).

Cependant, la baisse de la fécondité n'entraîne pas systématiquement un dividende démographique.

En Asie, la croissance économique enregistrée lors de la transition démographique a été attribuée en partie à la participation des femmes au marché du travail (Bloom *et al.*, 2009). Certaines analyses des données probantes et des politiques en ont conclu que le dividende démographique ne pouvait être obtenu qu'à condition que la baisse de la fécondité s'accompagne un tant soit peu d'une égalité des genres (Marone, 2016). En effet, pas moins d'un tiers de la croissance économique observée en Asie pendant les années du dividende démographique a été attribuée à des améliorations de l'autonomisation des femmes et à leur participation accrue au marché du travail dans un contexte de transition démographique rapide (Cardona *et al.*, 2020).

Forts de ce constat, les Nations Unies et le Groupe de la Banque mondiale ont lancé le Projet d'autonomisation des femmes et de dividende démographique au Sahel (SWEDD, de l'anglais Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend). Cette initiative régionale vise à la fois à réduire les inégalités entre les genres et à améliorer l'accès aux services de santé reproductive afin de tirer avantage du dividende démographique dans les pays participants, qui abritent des femmes et des filles parmi les plus défavorisées au monde à en juger par des indicateurs tels que le taux de mortalité maternelle, la prévalence du mariage des enfants et le taux de natalité chez les adolescentes.

Le projet SWEDD s'articule en trois volets : des interventions destinées à faire progresser l'égalité des genres en encourageant l'autonomie socio-économique des filles et des femmes ; des programmes de renforcement des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et des services de nutrition, misant notamment sur l'augmentation du nombre d'agents de santé qualifiés au sein des communautés ; et des engagements régionaux et nationaux en faveur de l'égalité



Atteindre les personnes les plus défavorisées à l'échelle mondiale

Le projet SWEDD cible les filles qui ont le moins bénéficié des progrès mondiaux. Pour ce faire, il cherche à atteindre les districts et les communautés qui, à l'échelle mondiale, enregistrent les chiffres les plus élevés en matière de mutilations génitales féminines, de mariage des enfants, de besoins non satisfaits en contraception, de pauvreté et de faible niveau d'études, et sont en outre confrontés à des obstacles tels qu'un accès limité aux médias ou au téléphone (Camber, 2020). Il repose en grande partie sur l'éducation aux compétences de la vie courante (un terme culturellement approprié pour désigner l'éducation complète à la sexualité), dispensée dans des espaces sûrs, à la fois à l'école et en dehors de l'école. Ces espaces sûrs sont sélectionnés en fonction de différents critères de vulnérabilité, de façon à atteindre les adolescentes et les jeunes femmes les plus défavorisées, notamment celles qui ne sont pas scolarisées. Les programmes ont vocation à renforcer les connaissances et les compétences de ces filles, en insistant tout particulièrement sur la santé reproductive, l'égalité des genres et les droits fondamentaux, ainsi que sur les capacités financières et l'autonomisation économique, compte tenu du lien étroit qui existe entre la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction et le développement du capital humain. Les programmes de développement des compétences de la vie courante sont élaborés suivant un processus participatif conçu pour tenir compte des réalités socioculturelles de chaque pays, et enseignés par des mentors locaux afin que la mise en œuvre soit pertinente au regard du contexte local.

La possibilité d'adapter les programmes aux besoins locaux a joué un rôle décisif dans la réussite du travail mené par Senami Mariette Atolou, mentore dans l'un de ces espaces sûrs au Bénin. Elle-même est tombée enceinte avant d'être abandonnée à l'adolescence ; aujourd'hui, à 46 ans, elle est en mesure de partager son expérience auprès des filles confrontées aux mêmes difficultés. « Ma relation avec les jeunes, avec les filles, me permet de les guider », témoigne-t-elle.

Le projet SWEDD, comme son nom l'indique, encourage les investissements dans le but d'obtenir

un dividende démographique, c'est-à-dire des retombées économiques et de développement à l'échelle d'une génération. Cette initiative multidimensionnelle, qui porte à la fois sur les compétences de la vie courante, la formation des sages-femmes, la lutte contre la violence basée sur le genre et l'amélioration de l'accès aux soins contraceptifs et aux perspectives économiques, entend produire un effet d'entraînement positif qui, à plus grande échelle, contribuera à transformer les sociétés des pays du Sahel. La mesure des retours sur investissement, qui s'élèvent à environ 850 millions de dollars, prendra forcément du temps, mais les données de référence ont d'ores et déjà été collectées dans tous les pays, de sorte que l'on pourra assurer un suivi systématique et rigoureux des résultats.

D'ailleurs, les premiers résultats sont déjà prometteurs. En décembre 2023, grâce au volet d'autonomisation des femmes et des filles, le taux de persévérance scolaire dans les établissements d'enseignement secondaire pour les adolescentes ayant bénéficié des interventions s'établissait à 95%, contre 75% dans le groupe témoin. De plus, 96% des adolescentes et des femmes ayant participé aux clubs de formation aux compétences de la vie courante avaient une bonne connaissance des dangers du mariage des enfants et des grossesses précoces ainsi que des avantages de l'espacement des naissances, contre 74% dans le groupe témoin, et 21 087 cas de violence basée sur le genre ou de pratiques néfastes ont été signalés aux services sociaux, judiciaires, de santé ou de sécurité, contre 5 415 dans le groupe témoin. On compte environ 780 000 nouvelles utilisatrices de contraceptifs modernes, contre 24 000 au départ, et l'on estime que 8 790 décès maternels, 2 422 000 grossesses non désirées et 903 000 avortements non médicalisés ont été évités (UNFPA, 2024d ; UNFPA, n. d.a.).

D'autres réalisations, notamment des campagnes de sensibilisation à grande échelle et la création d'un réseau d'observatoires nationaux chargés de surveiller la mise en œuvre des politiques publiques en faveur du dividende démographique, présagent de nouvelles évolutions à venir.

des genres, de la mise en œuvre de projets et du renforcement des capacités en matière d'élaboration de politiques. Depuis son lancement en 2015, le projet a été mis en œuvre dans neuf pays (le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Tchad), et un élargissement à trois autres pays (la Gambie, le Sénégal et le Togo) a été approuvé.

Les partenariats ont joué un rôle central dans ce projet, de même que la participation holistique intégrée de la société civile, des organisations de femmes et d'autres parties prenantes. Dans le cadre du programme, plus de 20 000 chefs religieux et communautaires ont ainsi été impliqués dans la promotion de l'éducation des filles et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, mais aussi dans l'élimination de la violence basée sur le genre (UNFPA, 2024d). La participation des dirigeants communautaires et des chefs religieux témoigne de l'investissement des acteurs locaux et montre clairement l'influence positive du programme sur les normes sociales et de genre sur le terrain. En outre, la participation coordonnée des parties prenantes à tous les niveaux facilite le partage des retours d'expériences entre les pays, favorise une coopération Sud-Sud fructueuse et permet de déployer les interventions à grande échelle.

Des programmes comme celui-ci peuvent avoir d'importantes retombées positives pour les pays, et même pour l'économie nationale. Selon les estimations, combler l'écart entre les genres à l'échelle mondiale et faire progresser l'égalité des femmes dans les secteurs public et privé ainsi que dans la société, même en l'absence d'investissements supplémentaires en faveur des programmes de promotion de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction, pourrait doubler la contribution des femmes à la croissance du PIB mondial et lui faire gagner 12 000 milliards de dollars en 10 ans (McKinsey Global Institute, 2015).

Comme en témoignent les premières réalisations du projet SWEDD, les mesures intégrées visant à autonomiser les femmes et les filles grâce à des interventions qui se renforcent mutuellement peuvent engendrer un cercle vertueux et durable de développement humain, faisant du dividende démographique une réalité pour celles et ceux qui n'ont pas encore bénéficié des avancées réalisées, et améliorant les perspectives, les droits et le bien-être de toutes les filles. Et ces premiers résultats ne sont qu'un début ; nous ne pourrions réellement prendre la mesure des retombées que lorsque les femmes et les filles d'aujourd'hui termineront leurs études, démarreront leur carrière et planifieront leurs projets familiaux selon leurs choix.

En somme, l'intérêt économique d'investir dans des programmes qui font progresser l'autonomie reproductive ainsi que d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive n'est plus à démontrer, et les retours sur investissement sont encore plus importants lorsque ces programmes vont de pair avec une amélioration de l'égalité des genres, sans doute en raison des synergies entre ces deux domaines. La communauté internationale peut et doit donc utiliser ces arguments économiques pour plaider en faveur d'investissements dans les programmes qui servent les intérêts des personnes les plus marginalisées, les plus exclues. Des données et des analyses plus poussées sont nécessaires pour mieux appréhender l'étendue des retombées d'investissements ciblés en faveur des personnes qui en ont le plus besoin. Toutefois, rien qu'avec les données dont nous disposons déjà, il suffit d'un peu de logique et de sens de la justice pour comprendre que la voie à suivre ne fait aucun doute. Reste maintenant à passer à l'action.



Tisser notre

AVENIR

COLLECTIF



« Si vous êtes venus pour m'aider, vous perdez votre temps. Mais si vous êtes venus parce que votre libération est indissociable de la mienne, alors, travaillons ensemble. » Ces mots sont ceux de Lilla Watson, militante autochtone australienne, lors de la Conférence de la Décennie des Nations Unies pour la femme organisée en 1985 à Nairobi.

Aujourd'hui, peut-être plus que jamais, cette philosophie fait son chemin. Des militants, des organismes de justice et des dirigeants se rallient à l'idée que le renforcement des droits et du bien-être des individus consolide les droits et le bien-être collectifs, et inversement (voir la chronologie présentée aux pages 34-39). Il est de plus en plus évident que l'action collective constitue la seule voie possible face aux grands enjeux qui occupent la communauté internationale, qu'il s'agisse du changement climatique, de la diversité démographique croissante ou encore de la révolution numérique. En matière de santé sexuelle et reproductive également, il est essentiel de déployer des efforts collectifs visant à renforcer les droits individuels. Comme l'explique le présent chapitre, l'humanité ne sera en mesure de relever les défis qui l'attendent que si nous adoptons une approche fondée sur les droits fondamentaux, mais également sur des données factuelles scientifiques et historiques.

« Si vous êtes venus pour m'aider, vous perdez votre temps. Mais si vous êtes venus parce que votre libération est indissociable de la mienne, alors, travaillons ensemble. »

– LILLA WATSON

Trois décennies de progrès : un début prometteur

L'histoire nous enseigne que la solidarité fonctionne. Si le pouvoir de l'action collective (portée par des particuliers, des militants, des organisations de la société civile, des institutions et des États membres) est indéniable, il est intéressant d'étudier l'influence de ces initiatives qui ont façonné les 30 dernières années, ainsi que les promesses qu'elles portent en elles.

En effet, depuis la CIPD, les femmes sont nettement plus susceptibles d'avoir recours à des contraceptifs modernes : Entre 1990 et 2022, le pourcentage de femmes mariées ou en couple utilisant un moyen de contraception moderne est passé de 11,5 % à 33,5 %. Dans les pays à revenu intermédiaire, cette proportion est passée de 52,9 % à 61 % (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022c). Dans la période courant de 1990-1994 à 2015-2019, les grossesses non désirées ont diminué de 19 % (Bearak *et al.*, 2018), une avancée majeure pour ce qui est de la capacité des femmes à exercer leur pouvoir de décision concernant leur corps et leur avenir. De même, le taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale a diminué de plus d'un tiers entre 2000 et 2020 (OMS *et al.*, 2023). Les progrès de la médecine et des systèmes de santé ont joué un rôle prépondérant dans ces deux victoires. Les techniques contraceptives offrent un large choix de méthodes fiables et sans danger. L'amélioration de la survie maternelle est également à mettre au mérite des compétences du personnel de santé, de la disponibilité des médicaments essentiels et de la qualité des services de santé reproductive conformes aux normes internationales.

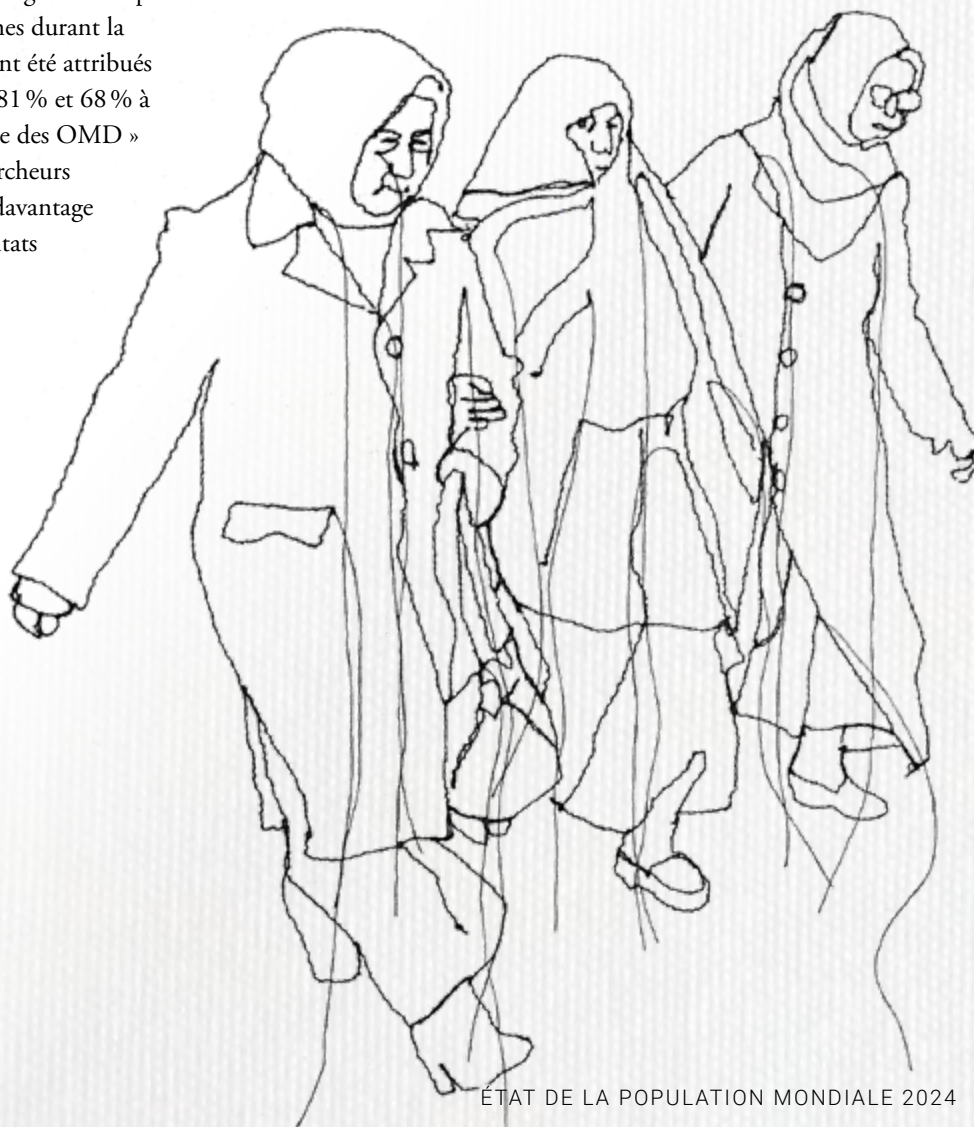
Ce n'est pas un hasard si ces progrès ont fait suite au consensus décisif établi au Caire lors de la CIPD. Le postulat de base de la CIPD, à savoir que la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction sont indissociables de la notion plus large de

développement durable, et donc du bien-être de tous les habitants de la planète, a été repris par bon nombre d'initiatives internationales, régionales et mondiales depuis 1994.

Nous en avons un exemple éclatant avec les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), approuvés au niveau mondial et promus entre 2000 et 2015, une période où la santé et le bien-être humains ont connu une nette amélioration. La mesure dans laquelle la solidarité et les investissements internationaux ont contribué à atteindre ces résultats a fait l'objet de nombreux débats, mais une étude récente révèle que l'Afrique a enregistré « une forte accélération de la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les progrès accomplis dans ces deux domaines durant la période 2000-2015 ont été attribués respectivement pour 81 % et 68 % à la campagne mondiale des OMD » (Cha, 2017). Les chercheurs appellent à accorder davantage d'attention à ces résultats

positifs et notent que « le pessimisme prédominant à l'égard des pays d'Afrique subsaharienne éclipse parfois leurs réussites remarquables, alors même qu'ils affichent les meilleurs résultats de toutes les régions. »

Ce constat est toujours valable aujourd'hui. L'année 2023 a marqué la mi-parcours des efforts déployés à l'échelle mondiale pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD), qui font suite aux OMD. Les progrès dans la réalisation des ODD ont été grandement limités par la pandémie de COVID-19 et par les graves répercussions des conflits, du changement climatique, de la disparition de la biodiversité et de la pollution. Malgré ces difficultés, on observe bel et bien des





avancées, notamment sur les objectifs en lien avec le programme de la CIPD. La proportion de femmes dans les assemblées législatives nationales (hors chambres hautes), par exemple, a augmenté de 4,2 points de pourcentage entre 2015 et 2023. La proportion de femmes en mesure de satisfaire leurs besoins en matière de planification familiale avec des méthodes modernes de contraception a légèrement augmenté, passant de 76,5 % à 77,6 % en dépit de l'augmentation de la population mondiale, et la hausse proportionnellement la plus forte a été enregistrée en Afrique subsaharienne, là où les besoins étaient les plus impérieux. Le taux de natalité chez les adolescentes à l'échelle mondiale a diminué de façon encore plus marquée, passant de 47,2 naissances à 41,3 naissances pour 1 000 filles entre 2015 et 2023 (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2023). Ces avancées, réalisées malgré les perturbations sans précédent liées à la pandémie, sont la preuve que les ODD sont atteignables, à

condition de s'appuyer sur les données probantes et de ne pas céder au défaitisme qui, trop souvent, nous empêche de voir les progrès accomplis.

Incontestablement, ces progrès doivent être accélérés. Ils ont malheureusement stagné dans de nombreux domaines, à commencer par la mortalité maternelle, qui n'a pas diminué entre 2016 et 2020 (OMS *et al.*, 2023). Les taux de grossesse chez les adolescentes restent élevés dans les pays en développement, où près d'une jeune femme âgée de 20 à 24 ans sur trois a donné naissance à au moins un enfant durant son adolescence (UNFPA, 2024a). Les taux d'avortement à l'échelle mondiale n'ont guère évolué depuis des dizaines d'années, et ont diminué uniquement dans les pays où cette pratique est généralement légale (passant de 46 pour 1 000 femmes durant la période 1990-1994 à 26 pour 1 000 femmes durant la période 2015-2019) (Bearak *et al.*, 2018). Enfin, pour la toute première fois, nous disposons de données sur l'évolution quant à la capacité des femmes à exercer leur autonomie corporelle (mesurée selon l'indicateur 5.6.1 des ODD) collectées dans 32 pays. Une analyse de ces données (à paraître) fait état d'une tendance à la hausse dans 19 pays et à la baisse dans 13 pays (UNFPA, n. d.).

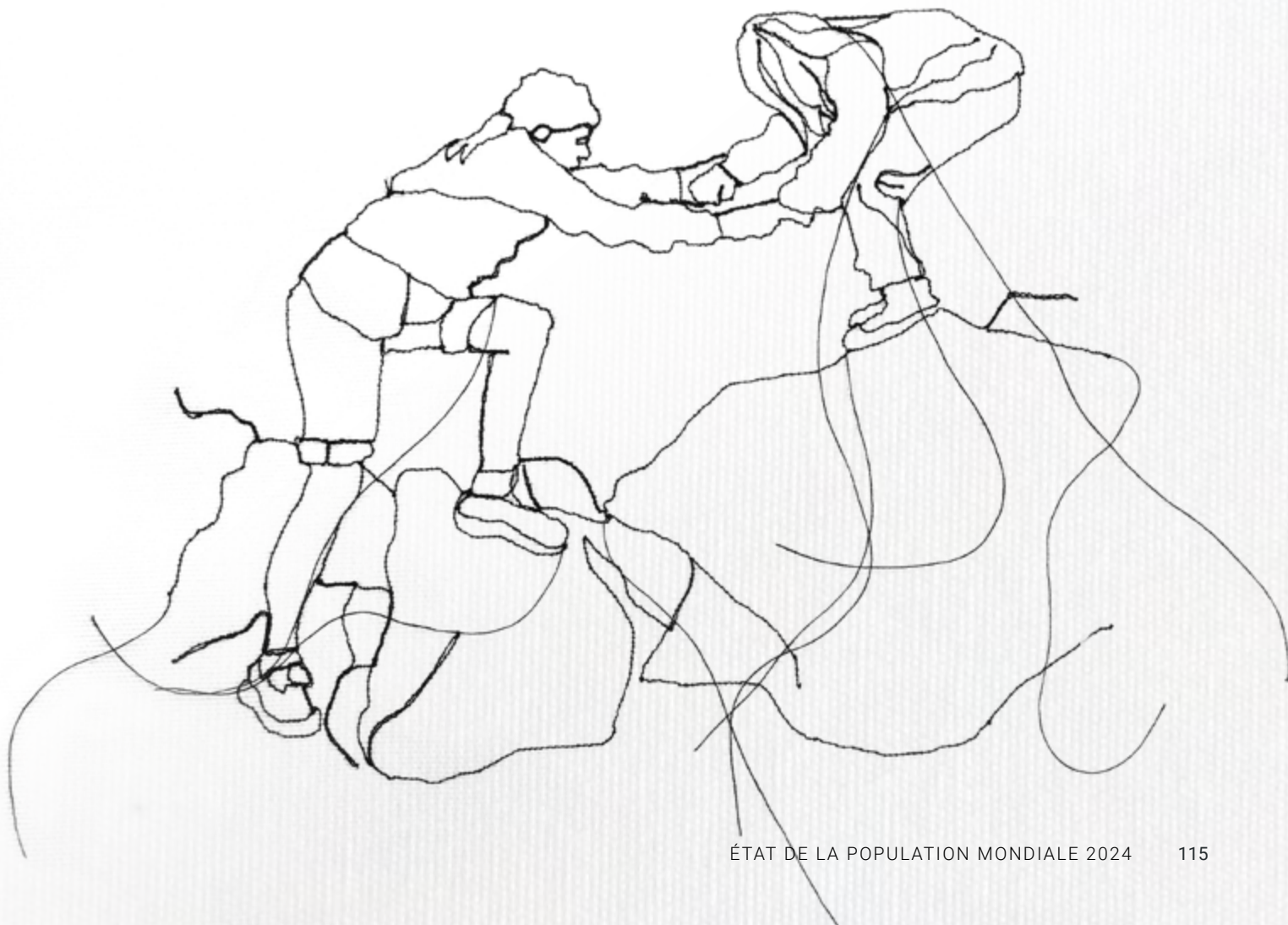
Il convient également de reconnaître un certain nombre de reculs. Les chiffres de la violence basée sur le genre ont explosé dans de nombreux pays pendant les confinements mis en place face à la pandémie de COVID-19, et les nouvelles technologies ont étendu ce type de violence aux environnements virtuels (Université de Melbourne et UNFPA, 2023). Par ailleurs, dans certains pays, c'est le fondement même de la CIPD qui est attaqué, à travers une remise en cause du consensus sur la santé reproductive et l'égalité des genres qui, souvent, vise directement les plus vulnérables. Dans un pays, les migrants se voient refuser l'accès aux soins de santé (MTI-Hungary Today, 2019) ; dans un autre, l'adoption de lois visant à restreindre l'avortement risque fort d'aggraver les inégalités en matière de santé pour les personnes qui souffrent d'affections

chroniques, en particulier lorsqu'elles sont issues de minorités raciales (Hassan *et al.*, 2023). Dans un autre pays encore, à la suite d'un coup d'État militaire, les femmes se sont majoritairement retrouvées confinées chez elles, privées de tout accès à l'éducation et à l'emploi (Nations Unies, 2023b). Ailleurs, des lois discriminatoires ont élargi leur périmètre afin d'appeler à la peine de mort pour les personnes LGBTQIA+ (Nations Unies, 2023c).

Néanmoins, nous ne pouvons pas laisser ces obstacles nous détourner d'une trajectoire de progrès qui a fait ses preuves. Comme le souligne le présent rapport, le monde se trouve à un tournant, un moment où d'innombrables données probantes démontrent l'intérêt des solutions inclusives, en dépit des incertitudes, des clivages et de la désinformation qui s'accumulent tels des nuages menaçants à l'horizon.

Une vision du monde à venir

Les changements survenus ces 30 dernières années ont radicalement transformé la marche du monde, nos systèmes de santé, nos institutions politiques et nos normes sociales, mais également nos attentes en ce qui concerne notre corps, notre famille et notre avenir. Et ces évolutions sont vouées à s'accélérer encore au cours des prochaines décennies. En fin 2023, l'UNFPA a réuni un consortium d'experts des droits fondamentaux, de la santé sexuelle et reproductive, de la démographie, de la violence basée sur le genre, des technologies et du changement climatique dans le but d'anticiper les principales difficultés et les principales perspectives qui attendent l'humanité. Bon nombre des projections établies sont inquiétantes et méritent que nous nous montrions non pas pessimistes, mais vigilants.



La catastrophe climatique a déjà commencé, et il est à craindre qu'elle aggrave profondément les inégalités mondiales. Les populations à faible revenu, qui ont le moins contribué au changement climatique, sont les plus susceptibles d'en subir les conséquences sous la forme de cyclones, de sécheresses, d'inondations ou encore de vagues de chaleur. Le changement climatique devrait en outre multiplier les migrations nationales et internationales, cause importante et croissante de marginalisation aux effets particulièrement délétères sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, comme le montre le présent rapport. Les situations de crise et les perturbations des services risquent de mettre particulièrement à rude épreuve les groupes déjà marginalisés, entraînant par exemple une hausse de la violence basée sur le genre et des pratiques néfastes telles que le mariage des enfants. Elles peuvent également peser sur la santé reproductive en multipliant les difficultés à concevoir un enfant, les risques de fausse couche et les problèmes de santé maternelle et néonatale (UNFPA, 2024e).

Les tendances démographiques devraient elles aussi transformer profondément le monde tel que nous le connaissons, avec un important vieillissement de la population dans certains pays et une explosion de la jeunesse dans d'autres. Ces divergences vont probablement s'accroître à l'extrême avec le temps. Bien que les tendances migratoires soient difficiles à anticiper, les disparités entre les taux de croissance démographique, de même que le développement économique inégal, pourraient, parmi d'autres facteurs, amplifier les tendances existantes en matière de migrations mondiales, avec tous les problèmes que cela implique pour la santé et les droits des migrants. Les craintes suscitées par l'évolution démographique, y compris celles liées au sentiment d'un déclin de la population et aux faibles taux de fécondité dans certaines régions, incitent parfois les décideurs à se retourner contre les valeurs de la CIPD (UNFPA, 2024f).

Les nombreuses réussites enregistrées dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de

reproduction pourraient bien être mises en péril par tous ces phénomènes, entre autres grandes tendances auxquelles le monde doit faire face. En prévision de ces changements, les pays doivent réaffirmer leur attachement aux principes de base de la CIPD et faire en sorte que les droits et les services garantis par le Programme d'action soient disponibles pour tout un chacun, y compris les personnes migrantes ou réfugiées.

Pour relever ces nouveaux défis, les pouvoirs publics et les sociétés peuvent également mettre à profit les nouvelles technologies. Ces dernières peuvent par exemple faciliter l'élimination des besoins non satisfaits en contraception au niveau mondial, ou encore remédier au problème grandissant de l'infertilité. Les systèmes de santé doivent par ailleurs être renforcés, et pour cela, tirer parti des dernières avancées telles que l'identification et les dossiers médicaux numériques, mais aussi de l'amélioration de l'accès aux outils numériques dans le domaine de la santé (UNFPA, 2024). Ces outils numériques sont porteurs d'un formidable potentiel, mais seulement à condition de résorber ou de réduire fortement la fracture numérique, c'est-à-dire l'écart entre les personnes qui bénéficient des technologies de l'information et celles qui n'y ont pas accès. Il convient également de pallier les effets négatifs de la révolution numérique, notamment la multiplication des campagnes de désinformation à l'échelle mondiale. Les outils numériques et les informations disponibles peuvent être instrumentalisés pour s'attaquer aux groupes vulnérables sur la base de leur origine ethnique, de leur sexualité ou de leur genre. La violence basée sur le genre que subissent les femmes et les filles, et que favorise l'utilisation des outils technologiques, a un impact significatif sur leur santé, leur sécurité et leur bien-être politique et économique, ainsi que sur la société dans son ensemble (UNFPA, 2024b).

Enfin, comme le souligne le chapitre 3 du présent rapport, la réalisation du Programme d'action de la CIPD et la recherche de solutions aux problèmes émergents nécessitent des systèmes

de données capables de nous renseigner sur les réalités démographiques et sociales et de permettre aux décideurs d'anticiper les effets des grandes tendances mondiales. Depuis 1994, les systèmes de données mondiaux ont gagné en robustesse, mais les écosystèmes de données nationaux restent en revanche insuffisamment financés. En l'absence de données fiables, la communauté internationale ne pourra relever aucun des défis auxquels elle est confrontée. Par ailleurs, nous devons nous montrer lucides face aux risques croissants de violations de la vie privée et d'utilisation abusive de données que représentent les progrès rapides des technologies de données. Enfin, les systèmes de données doivent bien entendu générer et analyser des données désagrégées afin que nous puissions combattre les inégalités existantes (UNFPA, 2024c). Comme le montre le présent rapport, les

inégalités qui empêchent la pleine réalisation du programme de la CIPD et des ODD ne pourront être corrigées sans la volonté et la capacité des gouvernements à collecter et analyser ces données.

Il existe un large spectre d'avenirs possibles, des plus sombres aux plus radieux. En effet, tandis que les difficultés se multiplient à l'échelle mondiale, leurs conséquences éventuelles sont de plus en plus imprévisibles. En cette période d'incertitude, un constat est inéluctable : nos destins sont entremêlés. Dans ce contexte de différends insolubles et d'inquiétudes existentielles, la seule voie possible passe par la collaboration, la solidarité, les valeurs partagées, l'atténuation des inégalités et la promesse d'un avenir porteur d'espoir et de dignité pour tous les habitants de la planète.



La santé sexuelle des seniors, la fin d'un tabou

Certaines femmes se sont présentées seules, d'autres avec des amies ; parmi elles, on compte quelques septuagénaires. En ce samedi après-midi d'août 2023, toutes sont venues participer à la rencontre café « Age of Love », organisée dans un centre communautaire de la ville de Northampton, Angleterre.

À l'intérieur, les femmes attendent, aux sons d'une musique enjouée, que le programme du jour commence. Les rideaux ont été tirés pour davantage d'intimité. Quelques-unes en profitent pour discuter, d'autres s'assoient en silence.

« Au début, tout le monde est un peu nerveux d'entamer trois heures de conversation autour de la sexualité et de la santé », explique Audrey Tang, psychologue, éducatrice et coordinatrice de l'événement. « Mais très vite, les participantes commencent à s'ouvrir et l'atmosphère s'égayé aussitôt », continue-t-elle.

Cet événement s'inscrit dans une série de rencontres visant à sensibiliser les seniors à la santé sexuelle. Dans cet « environnement convivial et confidentiel », les intervenants répondent à toutes sortes de questions concernant le corps et la sexualité en vieillissant, précise Sharron Hinchliff, professeure de l'Université de Sheffield à l'origine de la création des rencontres « Age of Love » en 2019.

Sharron espère que ces événements aideront à combler le vide informationnel auquel sont confrontées les personnes âgées qui cherchent à se renseigner sur des sujets tels que la ménopause, la dysfonction érectile ou encore l'influence des maladies et médicaments sur la libido.

« Ils se plaignent souvent de la difficulté à trouver des informations fiables », déplore Sharron. Selon elle, une partie du problème viendrait de la croyance populaire qui voudrait que les seniors n'aient pas de sexualité et n'aient donc pas besoin de conseils en la matière.

« Mais de nombreuses personnes âgées ont une vie sexuelle active », rectifie-t-elle. D'autres, pour leur part, aimeraient retrouver une vie intime. Une étude menée au Royaume-Uni en 2019 a en effet révélé qu'un quart des hommes et une femme sur six de 55 à 74 ans connaissaient un problème de santé ou suivaient un traitement affectant leur vie sexuelle (Erens *et al.*, 2019). Selon l'Institut Healthy Lifespan de l'Université de Sheffield, ce constat est d'autant plus vrai pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, dont la moitié vit avec deux maladies chroniques ou plus.

« Il y a une forte demande qui reste insatisfaite » parmi les seniors, affirme Sharron. Un phénomène qui devrait se confirmer avec l'allongement

de l'espérance de vie. Aujourd'hui, au Royaume-Uni, un quart de la population est âgé de 60 ans ou plus, pour une espérance de vie d'environ 80 ans (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022a).

Les seniors rapportent pourtant à Sharron que leurs besoins et préoccupations en matière de santé sexuelle sont souvent négligés ou ignorés par les médecins, en raison de leur âge. « Cette indifférence peut se traduire de différentes façons : ne pas préciser, après une hystérectomie, à partir de quel moment il est possible de reprendre une activité sexuelle, ou encore avancer l'argument de l'âge pour expliquer d'éventuelles douleurs pendant les rapports, sans offrir aux patients l'aide ni dispenser les conseils dont ils ont besoin », affirme Sharron.

Le peu de données scientifiques disponibles en la matière montre que les droits sexuels des personnes âgées sont régulièrement ignorés. C'est pour lutter contre cette injustice que, Sharron, en collaboration avec Stephanie Ejegi-Memeh, associée de recherche à l'Université de Sheffield, et Gilli Cliff, administrateur en chef du projet Age-Friendly Sheffield, ont imaginé la première Charte relative aux droits sexuels des seniors. À travers cette initiative, ils entendent « garantir que toute personne puisse vivre sa sexualité dans la dignité et le respect, sans discrimination liée à l'âge ».

Le déni des droits sexuels des personnes âgées peut prendre différentes formes. Dans les maisons de santé, les relations intimes entre résidents sont très souvent interdites. Les seniors sont en outre régulièrement exclus des campagnes d'éducation à la santé sexuelle, y compris de celles axées sur la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

En 2019, l'association Age UK a révélé qu'entre 2014 et 2018, les nouveaux diagnostics d'infections sexuellement transmissibles avaient chuté de plus de 7% chez les hommes de 20 à 24 ans, tandis qu'ils avaient augmenté de presque 14% chez les hommes de 45 à 64 ans et de 23% sur la tranche d'âge des 65 ans et plus, tous sexes confondus (Age UK, 2019). Cette tendance met au jour de fortes inégalités liées à l'âge dans l'accès aux services et à l'information en matière de santé sexuelle au Royaume-Uni, analyse Sharron.

Parallèlement à cela, les seniors sont également moins susceptibles que les jeunes de dénoncer les agressions sexuelles. Il y a une crainte de ne pas être cru, de ne pas correspondre à « l'image que se fait la société d'une victime de viol », explique-t-elle. Les personnes âgées peuvent également tarder à consulter en cas de trouble sexuel, conscientes que la sexualité des personnes âgées est perçue comme incongrue ou inexistante.

Autant d'obstacles qui se trouvent encore décuplés pour les personnes seniors gays, lesbiennes ou transgenres, ou encore racisées, issues de minorités ethniques ou de milieux pauvres ou traditionnels, précise Sharron.

La Charte relative aux droits sexuels des seniors constituera donc un support précieux pour aider les prestataires de soins de santé, les



Au café « Age of Love » de Northampton, en Angleterre, les seniors ont la possibilité de s'informer sur la santé sexuelle dans un environnement sûr et confidentiel.
© Sharron Hinchliff

travailleurs sociaux, les groupes communautaires, les bénévoles et les décideurs politiques à mieux comprendre et aborder les besoins propres au troisième âge. Elle devra également étayer toutes les initiatives visant à faire de Sheffield une ville où il fait bon vieillir.

« Cette Charte est née d'un grand sentiment de frustration », explique Sharron. Selon elle, de nombreux problèmes pourraient être résolus simplement, en s'intéressant par exemple à la manière dont un traitement affecte la vie sexuelle des patients. En application des principes de la Charte, Sharron et ses collègues de l'Université de Sheffield ont créé le site AgeSexandYou.com, qui contient des informations claires sur la santé sexuelle et la sexualité des femmes et hommes âgés.

En 2018, le projet Age-Friendly Sheffield, fruit d'un partenariat entre des organisations et des particuliers, a rejoint le Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés. En tant que membre de ce réseau, Age-Friendly Sheffield travaille à instaurer des environnements sociaux et physiques épanouissants pour les plus âgés. Les rencontres-café s'inscrivent dans cette logique. Si les premières rencontres s'adressaient avant tout aux femmes, en décembre 2023, l'événement « Brisons le silence » a convié des hommes pour échanger autour de leur santé mentale et de leur bien-être, y compris sexuel. « Eux aussi veulent s'exprimer sur ces choses-là », rappelle Sharron, « seulement, nous ne leur en offrons que rarement l'occasion ou l'environnement adéquat. »

Le chemin qui reste à parcourir

Comme le fait remarquer le présent rapport, il n'existe pas de solution universelle. Il existe en revanche des approches, fondées à la fois sur des données probantes nombreuses et sur des accords internationaux, qui peuvent faire et feront progresser la réalisation de nos objectifs communs. Il s'agit notamment d'intensifier les efforts sur lesquels nous sommes déjà mis d'accord pour répondre aux besoins des personnes les plus délaissées, garantir des processus décisionnels et un leadership inclusifs, favoriser l'exhaustivité et l'universalité des soins de santé et améliorer l'accès de tout un chacun à des informations impartiales, exactes sur le plan médical et de qualité sur la santé reproductive.

Des stratégies sur mesure

Les besoins et l'avis des personnes soumises à la marginalisation doivent être pris en compte de manière proactive dans les soins de santé sexuelle et reproductive et les initiatives visant à défendre leurs droits en matière de reproduction. L'OMS le reconnaissait déjà en 2009 : « bien que la pauvreté et le genre aient une influence considérable sur la santé et le développement socio-économique, les professionnels de la santé ne sont pas toujours bien préparés à traiter ces questions dans le cadre de leur travail » (OMS, 2009). Les études synthétisées dans le présent rapport montrent bien que la pauvreté et le genre ne sont que deux des nombreux facteurs qui, entrecroisés, contribuent à empêcher une multitude de personnes d'accéder et de recourir aux services de santé reproductive et d'exercer leurs droits en matière de reproduction. Comblers ces lacunes ne pourra se faire sans la prise en compte des questions d'inclusion, de personnalisation et de ciblage des stratégies.

Adapter certaines mesures aux besoins d'un groupe donné peut à première vue sembler aller à contresens des efforts déployés pour mettre en œuvre des modèles de soins intégrés, consistant à dispenser des informations et des soins en matière de sexualité et de reproduction dans les points de prestation de services

existants. Il est établi, par exemple, que l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive au sein des services de prise en charge du VIH a amélioré l'accès, la qualité des soins ainsi que la productivité des agents de santé, tout en réduisant la stigmatisation (Ford *et al.*, 2021). Cependant, la personnalisation n'est pas nécessairement opposée à l'intégration, et ces deux approches peuvent même être complémentaires. Pour les programmes de gestion des soins complexes, par exemple, il est recommandé d'utiliser les données et les outils des systèmes de santé existants (systèmes d'analyse des dossiers médicaux et de classification des patients, notamment), mais aussi de mettre l'accent sur les circonstances individuelles ayant une incidence sur l'utilisation et l'efficacité des services, en tenant compte de facteurs tels que le logement précaire, le transport et la situation sociale (Williams et Fendrick, 2022). L'objectif n'est donc pas de remplacer les systèmes de santé intégrés par des approches sur mesure.

Les stratégies ciblées et personnalisées peuvent prendre différentes formes, mais reposent sur un élément fondamental, à savoir la participation concrète des membres de la communauté touchée. Ces communautés peuvent éventuellement suggérer des approches basiques reposant par exemple sur des services de traduction ou une sensibilisation ciblée, ou solliciter des interventions plus complexes et plus coûteuses, notamment des programmes indépendants spécialement conçus ou mis en œuvre pour répondre à leurs besoins. Cette dernière approche peut se heurter à une certaine résistance, au motif qu'elle renforcerait la stigmatisation et l'exclusion en traitant différemment certaines populations. Il est pourtant démontré qu'au contraire, les programmes élaborés sur mesure peuvent être un moyen de garantir la dignité et la sécurité des personnes concernées et de répondre à leurs besoins spécifiques, parfois différents de ceux du reste de la population.

L'exemple le plus éloquent est sans doute celui du VIH, qui touche de façon disproportionnée les communautés stigmatisées, notamment les travailleurs

et travailleuses du sexe, les hommes homosexuels ou ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs et consommatrices de drogues injectables et les personnes détenues en prison ou dans d'autres environnements fermés. En 2021, ces personnes et leurs partenaires sexuels représentaient 70 % des nouvelles infections à VIH, et aucune de ces populations ne bénéficiait d'un accès équitable à des services de prise en charge du VIH sûrs, efficaces et de qualité. La transmission du VIH est par conséquent souvent associée à ces groupes, ce qui contribue à la discrimination, la violence, la criminalisation et bien d'autres violations de leurs droits (ONUSIDA, 2022). Une étude sur la réussite des programmes de prévention et de traitement du VIH en Asie montre à quel point il est important de favoriser la participation concrète des populations clés aux services, aux recherches et aux programmes, en s'appuyant sur l'exemple du centre de santé communautaire « Tangerine » en Thaïlande, une structure imaginée et gérée par des personnes transgenres (Yang *et al.*, 2020). Il est d'ailleurs avéré que la disponibilité de ce type de services communautaires accroît sensiblement le recours aux programmes de dépistage et de traitement du VIH au sein des groupes ciblés (Nugroh *et al.*, 2017). Une méta-analyse des programmes de lutte contre le VIH destinés aux travailleuses du sexe en Afrique, par exemple, a révélé que la consultation des communautés et le ciblage de leurs besoins spécifiques en matière de prévention jouaient un rôle déterminant dans la réduction de la transmission du virus (Atuhaire *et al.*, 2021).

L'inclusion communautaire, la participation des personnes les plus délaissées et la consultation de tous les acteurs constituent évidemment des objectifs nobles, mais les obstacles sont réels et multiples. L'un des principaux problèmes réside dans le manque de ressources financières, un argument qui risque fort de devenir encore plus récurrent dans un contexte de restrictions budgétaires. Cependant, l'aspect financier n'est pas forcément l'obstacle le plus insurmontable. Le chapitre 4 du présent

rapport souligne en effet l'extraordinaire potentiel économique que pourrait avoir la réalisation de la santé et des droits de toute l'humanité en matière de sexualité et de reproduction. Les principaux obstacles au progrès seraient sans doute plutôt à chercher du côté des mentalités, des partis pris et des clivages qui contribuent à la marginalisation. Hostilité à l'égard des personnes LGBTQIA+, communication médiocre, voire inexistante, auprès des minorités ethniques, négligence dans la mise en œuvre des mesures (même les plus simples) qui amélioreraient l'accessibilité des services pour les personnes handicapées... La liste est longue, et malgré les coûts nécessaires pour remédier à chacun de ces problèmes, la difficulté la plus grande est sans doute d'encourager les transformations normatives et structurelles indispensables pour intégrer de façon concrète les personnes marginalisées.

Par ailleurs, l'absence de considération et de prise en charge personnalisée des besoins de ces groupes peut coûter très cher, non seulement de par la détérioration de l'état de santé des personnes marginalisées, mais aussi du fait des dépenses supportées par les systèmes de santé. Ainsi, dans le nord du Canada, les femmes autochtones ont privilégié pendant des années l'accouchement à domicile en présence d'une sage-femme ou autre soignante, jusqu'à ce que les autorités de santé s'inquiètent de la sûreté de ces pratiques et décident de les restreindre. Dans ces régions, de nombreuses femmes et adolescentes enceintes ont donc dû, à 36 semaines de grossesse, être transportées par voie aérienne jusqu'à des établissements de santé urbains dotés de services performants, et ce, à des coûts exorbitants. Aujourd'hui, l'accompagnement par des sages-femmes est progressivement réintroduit dans le nord du pays, de façon à assurer des soins obstétricaux modernes et de qualité tout en respectant les préférences traditionnelles en matière d'accouchement. Les femmes ayant accouché en présence d'une sage-femme dans les maternités du Nunavut, par exemple, font état d'un niveau de stress moins élevé, d'une plus grande participation

aux prises de décisions et d'un meilleur soutien psychosocial que les mères qui ont accouché dans des structures urbaines (Mikhail *et al.*, 2021). Les interventions les mieux intentionnées, même si elles disposent de moyens importants, ne peuvent pas obtenir de résultats optimaux sans impliquer les personnes et les communautés touchées.

Inclusivité

L'élaboration de stratégies sur mesure, nous l'avons déjà vu à travers plusieurs exemples, repose sur la participation inclusive des communautés touchées. Toutefois, l'inclusivité ne se limite pas au ciblage des communautés et des populations, et cette démarche mérite également que l'on s'y intéresse pour les soins de santé sexuelle et reproductive, et ce, à plusieurs titres.

En premier lieu, les décideurs et les responsables de l'élaboration des programmes peuvent percevoir les communautés comme des blocs homogènes, une vision extrêmement éloignée de la réalité. Dans toutes les régions du monde, par exemple, l'état de santé des populations autochtones est moins bon que celui des autres habitants du même pays (Akter *et al.*, 2018). Pourtant, ces groupes présentent une extraordinaire diversité, tant entre les pays qu'à l'intérieur de leurs frontières. Ils sont souvent confrontés à des formes croisées de marginalisation : isolement, pauvreté, difficultés à communiquer dans les langues nationales, problèmes d'accès à l'éducation, discrimination souvent liée à des traumatismes historiques, etc. Malgré ces similitudes, chaque groupe est unique, et les différences qui les distinguent ont leur importance en ce qui concerne l'utilisation et l'acceptabilité des services de santé.

Au sein d'un même groupe autochtone, des différences socio-économiques peuvent influencer sur l'état de santé, par exemple. Une étude a ainsi révélé que les femmes autochtones ayant reçu une éducation étaient 11 fois plus susceptibles d'avoir recours aux services de santé maternelle et 23 fois plus susceptibles de bénéficier de services de soins prénatals pendant

leur grossesse que celles qui n'étaient jamais allées à l'école (Islam, 2017). Le niveau de revenus, l'exposition aux médias et les relations avec le personnel de santé jouaient également un rôle déterminant dans l'accès des femmes autochtones aux services de santé maternelle (Akter *et al.*, 2018).

Les besoins des communautés autochtones peuvent être extrêmement variables en matière de santé sexuelle et reproductive, un sujet à la fois sensible et profondément ancré dans les normes culturelles. Les préférences relatives à l'accouchement à domicile, en présence du partenaire ou de membres de la famille, peuvent être fortement influencées par la culture. Une préférence pour certaines positions d'accouchement peut également relever de la culture. Certaines femmes autochtones de la communauté quechua au Pérou, par exemple, préfèrent adopter une position verticale et s'accrocher à une corde suspendue au plafond, une pratique inhabituelle pour les médecins exerçant dans le pays (Gabrysch *et al.*, 2009). Ajoutons que, bien entendu, l'appartenance à un groupe autochtone n'est qu'un exemple de l'importance de l'inclusivité et de la participation communautaire dans la conception d'interventions visant les systèmes de santé sexuelle et reproductive, les besoins pouvant également varier en fonction du statut migratoire, de la caste, de la situation au regard du handicap ou de l'âge, entre autres facteurs.

Autre levier encore plus puissant que la participation communautaire : le leadership communautaire. Les programmes, les mécanismes de financement et autres initiatives destinées à favoriser le leadership communautaire se multiplient, et cette approche suscite une adhésion croissante aux plus hauts niveaux. Ainsi, fin 2023, l'ONUSIDA a appelé à un leadership communautaire accru dans la collecte de données désagrégées et la prestation de services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Cette annonce a notamment attiré l'attention sur la nécessité d'atteindre les personnes transgenres, à la fois dans le cadre des collectes de données et en leur proposant des services de lutte contre le VIH adaptés

à leurs besoins, lesquels doivent être déterminés par les communautés transgenres elles-mêmes. Autre fait notable, c'était la première fois qu'une organisation dirigée par des États membres adoptait une décision unanime mentionnant les personnes transgenres et prenant des engagements à leur égard (ONUSIDA, 2023), affirmant ainsi la nécessité de tendre la main et d'apporter des financements à cette communauté, qui reste parmi les plus stigmatisées et les plus marginalisées au monde.

Le pouvoir de la représentation dans le processus de décision est bien expliqué dans les études consacrées aux quotas de femmes dans les postes d'encadrement, aux effets globalement positifs pour l'égalité des genres (O'Brien et Rickne, 2016). Un exemple tiré du chapitre 3 illustre spécifiquement l'importance de la représentation et son influence sur l'état de santé : augmenter le nombre de femmes médecins et témoigner un soutien et un respect accrus aux infirmières et aux sages-femmes ont en effet été associés à un meilleur accès des femmes aux soins de santé et à une amélioration de leur état de santé (voir page 72). De même, la représentation peut jouer un rôle fondamental dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, où la stigmatisation constitue souvent un obstacle aux soins (Bohren *et al.*, 2022).

Mais surtout, l'inclusion dans les prises de décision permet de corriger les déséquilibres des rapports de force, parfois invisibles même pour ceux qui exercent le pouvoir. Les efforts déployés pour reconnaître et combattre les inégalités et accroître l'inclusion se heurtent souvent à des contre-attaques prétendant que cela serait discriminatoire envers ceux qui jouissent d'avantages institutionnels et

L'assuit est une méthode ancienne et complexe de broderie au fil métallique, traditionnellement employée par les femmes du nord de l'Égypte. Le Collectif de femmes Tally Assuit est un groupe intergénérationnel d'artisanes qui consacrent leurs efforts à la préservation de ce savoir-faire. Il participe régulièrement à l'International Folk Art Market. © Collectif de femmes Tally Assuit.

Les femmes Ngäbe insufflent un vent révolutionnaire en faveur de la santé des femmes et de l'égalité des genres

« C'est à 3 heures de marche », nous apprend Eneida, 25 ans, en décrivant l'itinéraire escarpé qu'elle a dû emprunter, à neuf mois de grossesse, pour rejoindre le foyer d'hébergement pré-accouchement, communément appelé *casa materna*.

Eneida vit dans la comarque de Ngäbe Buglé, une région reculée des montagnes de l'ouest du Panama, abritant les peuples autochtones Ngäbe et Buglé. Le piètre état des quelques routes goudronnées, creusées de nids-de-poule, force les habitants à se déplacer à pied ou à cheval, pour les plus chanceux. Faute de pouvoir relier une maternité, les femmes enceintes n'ont souvent pas d'autre option que d'accoucher chez elles. La région affiche sans surprise le plus haut taux de mortalité maternelle du pays.

Eneida a choisi de passer les derniers jours de sa grossesse à la *casa materna* de San Félix, un foyer d'hébergement pré-accouchement prodiguant aux femmes les repas et soins maternels dont elles ont besoin, et assurant, le moment venu, leur transfert vers des services d'accouchement sans risque. « Je me plais ici. C'est un endroit très bien », se réjouit-elle.

La *casa materna* est l'un des nombreux services de santé sexuelle et reproductive introduits dans la comarque grâce aux efforts de

l'Association des femmes Ngäbe. À sa création, il y a 30 ans, le groupe poursuivait cependant un objectif très différent. Dans les années 90, les femmes de la communauté étaient avant tout à la recherche d'un marché pour leurs créations artisanales.

« Nous avons commencé à identifier nos problèmes, nos besoins, et à tenter d'y répondre », se remémore Gertrudis Sire, présidente de l'Association. Il est vite apparu qu'au-delà des obstacles économiques, la natalité élevée constituait l'un des principaux freins à l'élimination de la pauvreté. « Les femmes de la communauté ont commencé à soulever la problématique du nombre d'enfants », explique Gertrudis. « Il n'était pas rare que celles-ci se trouvent dans l'incapacité de tous les nourrir. Cela était même devenu si récurrent que cela a donné naissance à un jargon désignant la famine qui touchait la communauté. Mais comment pouvait-on inverser la tendance ? Tout simplement en ayant moins d'enfants. »

La communauté a aussi commencé à prendre conscience des besoins des femmes Ngäbe en matière de santé sexuelle et reproductive. « Nous avons remarqué que beaucoup de femmes mourraient en couche chez elles. Rien n'était prévu pour leur prise en charge, car il n'y avait aucune maternité ni établissement pédiatrique dans

la région. » L'Association est alors entrée en contact avec le ministère de la Santé et l'UNFPA, avec qui elle a travaillé à créer un réseau d'agents de santé ayant pour mission de prodiguer des soins et de sensibiliser la population à la santé maternelle, à la contraception et à la nutrition de l'enfant. « Lorsque l'on a commencé à aborder ces sujets, on s'est rendu compte que ça parlait beaucoup aux femmes », souligne Gertrudis.

Si, à l'époque, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 a marqué le point d'orgue des efforts en faveur de l'égalité des genres, de la santé sexuelle et reproductive et de l'autonomisation économique des femmes, l'expérience de l'Association a démontré que le progrès était également en marche dans les régions les plus reculées du monde ; partout, les femmes s'intéressaient à la planification familiale et commençaient à bâtir un avenir meilleur pour elles et leurs communautés. Grâce à son travail, l'Association des femmes Ngäbe a permis d'enclencher un cercle vertueux favorisant l'autonomie reproductive, la santé et la réduction de la pauvreté.

Eira Carrera, aujourd'hui interprète interculturelle à l'Hôpital maternel et pédiatrique José Domingo De Obaldía, avait commencé sa carrière en tant qu'intervenante de santé dans la comarque. « C'était en 1996-98 »,

précise-t-elle. « En tant qu'intervenants de santé, nous abordons le sujet des infections sexuellement transmissibles, des frottis vaginaux, tout ce qui pouvait être lié à la santé sexuelle et reproductive, à la planification familiale, à la violence domestique, et même à la paternité responsable. »

Le message, toutefois, recevait un accueil inégal de la part de la population. En effet, tandis que les femmes étaient généralement très intéressées par les méthodes de planification familiale, « car elles étaient les premières concernées », explique Eira Carrera, les hommes, eux, étaient bien moins réceptifs. « Les hommes étaient réfractaires à l'utilisation de ces ressources. »

Au cours des 30 dernières années, la situation s'est toutefois améliorée. Ainsi, Eira estime qu'aujourd'hui « environ 8 femmes Ngäbe sur 10 » sont libres de prendre leurs propres décisions en matière de contraception. Pourtant, il reste encore beaucoup à accomplir. Le peuple Ngäbe continue de se heurter à la discrimination ethnique, qui ne fait qu'ajouter au machisme persistant. Jusque très récemment, les membres de la communauté voyageant hors de la comarque se voyaient systématiquement reléguer au fond des bus. Encore aujourd'hui, leurs opportunités d'emploi restent fortement limitées et beaucoup d'hommes sont dans l'obligation de se déplacer pour offrir leurs services dans les plantations de café.

Pour les femmes, la combinaison de cette marginalisation ethnique et des inégalités de genre a des conséquences mortelles. « La majorité des décès maternels auraient pu être évités si le mari avait pu conduire la femme à l'hôpital », déplore Humberto Rodríguez, infirmier dans le district de Nole Duima. Il n'est en effet pas rare que les hommes soient absents pour raisons professionnelles



Eira Carrera veille à ce que les femmes Ngäbe soient entendues et respectées par les systèmes de santé. Elle les sensibilise également à l'exercice de leurs droits.
© UNFPA/Rebecca Zerzan

lorsque les contractions se déclarent. « Leur mari n'est pas à leurs côtés dans ce moment décisif, et ça, elles ne l'ont pas choisi. »

À l'époque, le libre arbitre des femmes Ngäbe était de surcroît très peu respecté par le système de santé, explique Eira. « Les médecins étudiaient le dossier et procédaient aux soins sans autre formalité. Si les femmes refusaient, elles étaient livrées à elles-mêmes ou bien traitées de force, de sorte que leurs droits étaient régulièrement violés... Aujourd'hui, cela ne se passe plus du tout comme ça. » Eira, désormais interprète, fait l'intermédiaire entre le personnel de santé hispanophone et les patientes et patients Ngäbe. Elle forme également le personnel de l'hôpital à l'adoption d'une approche culturellement adaptée. Les femmes, lorsqu'elles sont informées et traitées avec dignité, consentent généralement aux soins, nous apprend-elle. « En revanche, quand elles expriment leur refus, leur choix est respecté. »

Outre le contexte médical, Eira aspire à ce que ce principe d'autonomie corporelle s'étende à la sphère intime.

« Je m'adresse ici aux mères. Je veux qu'elles sachent qu'elles n'ont pas à avoir des relations sexuelles avec leur mari si elles n'en ont pas envie. Autrement, il s'agit d'abus sexuels », rappelle Eira. « Nous avons encore beaucoup de sensibilisation à faire sur cette question ».

Cependant, comme le souligne Gertrudis, ces problématiques ne sont pas propres à la communauté Ngäbe. « C'est un problème universel », admet-elle. « Il y aura toujours du machisme et de la discrimination... Ça ne cessera jamais, c'est omniprésent... Mais les gens comme nous, dans l'Association, ça nous a durcis. Nous nous sommes construits une carapace. »

Loin d'être sur la défensive, Eneida, qui attend de donner naissance à son troisième enfant, affiche pour sa part un tempérament ouvert et souriant. Son armure, c'est son assurance. Lorsqu'on lui demande si son partenaire la soutiendra dans sa décision, la réponse ne laisse place à aucun doute : « Oui. Oui. Il me soutiendra. C'est certain », affirme-t-elle. « Peu importe ce que je décide. »

historiques (Pierce, 2013). Présenter l'inclusivité sous l'angle de l'antagonisme est contre-productif, à la fois pour les personnes défavorisées et, souvent, pour la société dans son ensemble. Après tout, l'égalité des genres sert non seulement les intérêts des femmes et des filles, mais aussi ceux des hommes et des garçons à travers des mesures concernant par exemple la stabilité financière (Ozili, 2024) ou l'amélioration de l'état de santé et du niveau global de satisfaction (Wells *et al.*, 2024). La Commission Lancet sur les sociétés pacifiques grâce à l'équité en matière de santé et à l'égalité des sexes affirme que les améliorations dans les domaines de l'équité en matière de santé et de l'égalité des genres peuvent renforcer le capital humain, l'inclusivité des économies, le capital social et la gouvernance (Commission Lancet sur les sociétés pacifiques grâce à l'équité en matière de santé et à l'égalité des sexes, 2023). On peut également s'attendre à ce que les efforts visant à garantir l'équité par le biais de l'inclusion profitent plus largement à l'ensemble de la société.

Caractère complet et universel

Les ODD s'appuient sur des décennies de recherche et d'accords pour plaider en faveur de services de santé sexuelle et reproductive qui soient à la fois complets et universels. Ces concepts n'ont rien d'inédit. Ce qui est nouveau, en revanche, c'est l'optimisme grandissant à l'idée que ces deux objectifs sont presque à notre portée.

La notion de services complets a été expliquée en détail par l'OMS dans une note d'orientation sur la santé reproductive : selon ce document, un ensemble complet de soins de santé reproductive comprend un large éventail de services de contraception, de soins prénatals, obstétricaux et postnatals, d'avortement médicalisé et de prise en charge des complications consécutives aux avortements non médicalisés, de prévention et de traitement du VIH et autres IST, et de lutte contre la violence basée sur le genre. Autre élément essentiel, la promotion de la santé passe par la mise à disposition d'informations et

de conseils sur la santé sexuelle et le bien-être pour toute la population, et d'une éducation complète à la sexualité pour les jeunes (OMS, 2023).

Le concept de couverture sanitaire universelle est lui aussi clairement défini au sein de la communauté internationale. La cible 3.8 des ODD consiste à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2023).

Pourtant, le caractère complet et universel reste insaisissable, et les lacunes persistantes en matière de couverture se répercutent tout particulièrement sur les populations marginalisées. En revanche, dans les endroits où il existe désormais une couverture complète ou universelle (ou presque), cela a nettement contribué à favoriser l'équité. Selon un rapport transmis au Conseil des droits de l'homme, par exemple, les soins de santé universels ont vraisemblablement atténué les disparités raciales dans certains pays (Conseil des droits de l'homme, 2020) ; l'équité dans l'accès est d'ailleurs précisément l'un des principaux objectifs de la couverture sanitaire universelle.

Par ailleurs, des progrès décisifs ont été observés dans de nombreux pays, ce qui montre bien à quel point cet objectif est en fait tout à fait réalisable. Le Pérou, par exemple, a connu une décennie d'amélioration extraordinaire de sa couverture en matière de santé reproductive à partir de 2007, année où il a lancé une initiative budgétaire axée sur les résultats destinée à affecter des financements à la santé maternelle et néonatale ainsi qu'à la nutrition de l'enfant (Huicho *et al.*, 2018). Ce programme misait essentiellement sur les dépenses intérieures, l'aide au développement ne constituant qu'un élément secondaire du soutien financier apporté ; il a par ailleurs entraîné

d'importantes réductions de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et des nouveau-nés.

Des progrès sont possibles même lorsque les pays ne sont pas en mesure d'adopter toute une série

d'interventions simultanées en faveur d'une santé sexuelle et reproductive universelle et complète.

Ainsi, en 2020, la Zambie a adopté un plan de couverture sanitaire universelle prévoyant la mise à disposition de services et d'articles contraceptifs,

une initiative universelle à défaut de couvrir l'ensemble des services de santé reproductive, du moins pour l'instant (PAI, 2020).

La notion d'universalité, faut-il le rappeler, doit s'étendre à toutes et tous. Cette affirmation peut sembler redondante, mais la plupart des pays persistent à considérer que l'objectif de la couverture sanitaire universelle se limite à assurer des soins de santé à tous leurs citoyens. Cette approche laisse malheureusement de côté celles et ceux qui en ont le plus besoin : les migrants sans papiers, les travailleurs migrants temporaires, les personnes apatrides et les réfugiés, entre autres. Comme le résume très justement une étude à ce sujet, « les experts mondiaux de la santé ont déclaré que “tous les chemins mènent à la couverture sanitaire universelle”, sauf que les migrants sans-papiers n'empruntent pas ces chemins » (Onarheim *et al.*, 2018). Compte tenu de l'éventualité de migrations transfrontalières massives dans les années à venir, cela pourrait condamner un nombre toujours croissant de personnes à se retrouver exclues des soins de santé. Outre le respect du droit fondamental à la santé, élargir les soins de santé à toutes les personnes présentes sur le territoire d'un pays peut engendrer

Dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, un arbre recouvert de tricot orné selon la technique du yarn bombing sensibilise la population aux problèmes des communautés touchées par le VIH/sida.
© Paula Thomson/Woza Moya



des retombées positives en matière de santé publique et d'économie. Une étude a ainsi comparé deux pays à revenu élevé, la Norvège et les États-Unis, où la couverture sanitaire ne s'applique pas aux migrants sans-papiers, et un pays à revenu intermédiaire, la Thaïlande, où c'est le cas. Les auteurs en ont conclu que l'approche sanitaire adoptée par la Thaïlande était moins « problématique » et plus à même d'atteindre l'ODD relatif à la couverture sanitaire universelle (Onarheim *et al.*, 2018). Selon d'autres travaux de recherche, fournir une assurance santé aux migrants sans papiers permettrait de diminuer le coût des soins du fait d'une amélioration globale de la santé de la population (Gostin, 2019).

La question des coûts est en effet une préoccupation centrale pour tous les pays. Aujourd'hui, les pays en développement sont écrasés par une dette internationale sans précédent en raison de différents facteurs tels que « la pandémie, une situation aggravée par l'inflation, la hausse des taux d'intérêt, les tensions commerciales et des capacités budgétaires restreintes » (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2023). Les intérêts faramineux à verser ont déjà des conséquences sur les dépenses de soins de santé de 48 pays en développement, où vivent 3,3 milliards de personnes. En moyenne, les pays à faible revenu consacrent aujourd'hui 1,4 fois plus d'argent au versement d'intérêts nets qu'à leurs dépenses de santé. Les pays à revenus élevés, en revanche, dépensent près de quatre fois plus d'argent pour les soins de santé que pour les versements d'intérêts nets (PNUD, 2023). Toutefois, l'émergence de solutions de financement de la santé innovantes et très prometteuses (obligations souveraines liées à l'atteinte de résultats donnés en matière de santé, par exemple) pourrait rendre atteignable l'objectif d'une couverture sanitaire universelle de qualité. Autre aspect tout aussi important : la reconnaissance, en particulier depuis la pandémie, de la couverture sanitaire universelle en tant qu'obligation morale et impératif de santé publique. Comme l'a déclaré en décembre 2020 Kristalina Georgieva, Directrice générale du Fonds monétaire international (FMI),

« une chose est claire : nous ne reviendrons pas en arrière. Si nous voulons surmonter la crise et façonner la reprise à notre main, nous devons aller de l'avant avec un sens renouvelé de la détermination et de la solidarité avec *tous* les peuples » (Georgieva, 2020).

Diffuser des informations exactes sur la santé reproductive

Donner aux populations les moyens de prendre en charge leur propre santé grâce à des informations et à des connaissances revêt une importance aussi fondamentale que le caractère universel et complet des soins de santé. Ce constat vaut tout particulièrement pour les groupes marginalisés, notamment les jeunes, et verra son importance s'accroître au fil des progrès technologiques, de la transformation des profils démographiques des pays et de l'évolution des systèmes de santé.

L'un des principaux outils de diffusion des connaissances en matière de santé reproductive est l'éducation complète à la sexualité, dont l'efficacité et les effets positifs sont décrits dans le chapitre 4. Non seulement cette approche produit des retours sur investissement individuels et sociétaux dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la productivité, mais elle peut aussi renforcer le pouvoir d'action et les capacités des jeunes marginalisés. Des études montrent par exemple qu'une éducation complète à la sexualité de qualité, adaptée à l'âge et fondée sur les droits peut développer le sentiment de pouvoir des jeunes, leur autonomie et leur conviction d'être sur un pied d'égalité avec les autres. Et pour cause, elle « vise explicitement à autonomiser les jeunes, en particulier les filles et les autres jeunes marginalisés, afin qu'ils se considèrent (eux et les autres) égaux dans leurs relations, capables de protéger leur santé, et aptes à s'impliquer en participant activement à la société » (Haberland et Rogow, 2015). Autrement dit, lorsqu'elle est efficace, l'éducation complète à la sexualité peut aider les jeunes à porter un regard critique sur les inégalités, notamment entre les genres, et ainsi les conduire à des décisions et des comportements plus équitables.

Malgré ces aspects positifs, le soutien témoigné à l'éducation complète à la sexualité s'est fragilisé ces dernières années (Nations Unies, 2023a).

De plus, l'éducation complète à la sexualité n'est que l'un des moyens d'accroître l'accès à des informations exactes et de qualité sur la santé reproductive. Cette démarche passe également par la suppression des informations obsolètes, biaisées, inexacts ou sur-simplifiées des manuels, mais aussi des programmes de formation médicale, des systèmes de santé et des politiques en matière de santé reproductive. Comme le souligne le chapitre 2, les fausses informations, les informations partiales et la simplification à outrance ont toujours eu des conséquences délétères sur les populations marginalisées, et c'est encore le cas aujourd'hui.

Si l'on ne donne pas à la population (aux adolescents, aux professionnels de la santé, aux décideurs politiques et à tous les autres individus) des informations factuelles et non biaisées, les sociétés seront fatalement mal outillées pour résoudre les problèmes à venir. Partout dans le monde, les systèmes de santé s'enthousiasment pour les interventions d'auto-prise en charge, de plus en plus plébiscitées « pour chaque pays et chaque contexte économique, comme moyen d'instaurer la couverture sanitaire universelle, de promouvoir la santé, de préserver la sécurité dans le monde et de servir les personnes vulnérables » (OMS, n. d.d). Les interventions d'auto-prise en charge s'avèrent particulièrement utiles dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, où l'accès aux services n'est pas limité uniquement par le manque d'accessibilité des établissements de santé, mais aussi par la stigmatisation et les normes patriarcales. Cependant, pour que les personnes les plus délaissées puissent prendre en charge leur santé de manière efficace, encore faudrait-il qu'elles disposent d'informations exactes dans ce domaine (UNFPA, 2018a).

La diffusion des connaissances sur la santé reproductive suppose également d'investir dans

l'élaboration d'informations et d'interventions inclusives. La recherche en soins de santé continue de traiter les hommes, et en particulier les hommes des pays à revenus élevés, comme des patients par défaut et les sujets des travaux de recherche. Les financements affectés à la recherche et au développement pour les problèmes de santé maternelle, par exemple, ont diminué de 15 % entre 2018 et 2021, une dynamique que les chercheurs attribuent au fait que ces problèmes se concentrent essentiellement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Policy Cures Research, 2023). On estime que les femmes passent 25 % plus de temps que les hommes à souffrir de problèmes de santé débilissants ; malgré cela, elles restent insuffisamment ou mal représentées en médecine. Selon une récente étude, « pour mieux comprendre la biologie féminine fondamentale, il faudrait imaginer des outils de recherche radicalement nouveaux (en utilisant par exemple des modèles animaux, des modèles informatiques, des profils de patientes et des modèles humanisés) afin de mieux catégoriser les signes et symptômes de maladie chez les femmes (plutôt que de les considérer comme "atypiques"). » Investir pour corriger les disparités touchant les femmes en matière de santé « pourrait profiter à l'économie à hauteur d'au moins 1 000 milliards de dollars par an d'ici 2040 » (Forum économique mondial, 2024).

Il conviendra également de trouver des réponses aux questions soulevées par certains progrès éthiquement discutables de la médecine reproductive et certains outils numériques – des avancées prometteuses, mais susceptibles de menacer la sécurité et le respect de la vie privée. La capacité de l'humanité à surmonter ces difficultés est fortement compromise par notre impuissance à nous entendre sur les réalités du développement humain, de la reproduction, de l'anatomie, de la sexualité et de la diversité. Chaque personne a droit à des connaissances actualisées, exactes du point de vue scientifique, respectueuses des sensibilités culturelles et adaptées à l'âge en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette affirmation ne devrait avoir aucun caractère politique ou polémique.

Célébrer les progrès accomplis et s'engager à redoubler d'efforts

Les données probantes présentées montrent que les réussites ont été nombreuses depuis 1994, mais qu'il ne faut pas s'arrêter là. La communauté internationale a maintes fois constaté que les efforts déployés pour éliminer les problèmes de santé et mettre fin aux décès maternels évitables ne suffisent tout simplement pas à surmonter les obstacles que constituent les inégalités, la discrimination, les préjugés et la stigmatisation. Pourtant, partir de ce constat est peut-être notre meilleure chance d'atteindre les objectifs fixés au niveau international dans le Programme d'action de la CIPD et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 : faire valoir les droits et les choix de chaque individu.

Nous avons connu ces dernières années de grands bouleversements, qui ont déclenché des appels à la justice, inspiré de nouvelles réflexions sur les inégalités systémiques et mobilisé des militants dans le monde entier. En fait, lorsque nous élargissons notre perspective aux 30 dernières années plutôt que de nous focaliser sur le passé récent, nous nous apercevons qu'il y a bien plus de raisons d'être optimiste que de se décourager.

Certes, le manque de données, et en particulier de données désagrégées, constitue un frein considérable, comme nous l'expliquons tout au long du présent rapport, mais les données que nous possédons aujourd'hui ainsi que les méthodes disponibles pour les analyser n'ont jamais été aussi fiables. Nous devons tirer parti de ces avancées pour aller plus loin. Les principaux progrès accomplis – tels que l'adoption des indicateurs 5.6.1 et 5.6.2 des ODD, parmi les premiers à promouvoir, à l'échelle internationale, l'autonomie corporelle et la mise en place d'environnements juridiques favorables – ne sont que les prémices dans l'évaluation et l'analyse du libre arbitre des femmes en matière de reproduction.

Les systèmes doivent être réformés pour éliminer les formes de discrimination invisibles et ancrées dans les sociétés. Il est à craindre que cette approche soit source de débats et de mécontentement, mais la transformation est déjà à l'œuvre grâce à des mouvements comme Ni Una Menos et MeToo, qui dénoncent les déséquilibres des rapports de force entre les genres, ou comme Rhodes Must Fall et Black Lives Matter, qui mettent en lumière les inégalités raciales.

Une certaine volonté politique est nécessaire pour affecter davantage de ressources en faveur de la santé et des droits des groupes marginalisés en matière de sexualité et de reproduction, un défi qui semble bien ambitieux dans un monde de plus en plus polarisé et politisé. Toutefois, des signes encourageants portent à croire que les décideurs sont déterminés à prendre nombre de ces questions à bras-le-corps. Dans le cadre des examens nationaux volontaires de 2023 (qui consistent, pour les États membres, à définir volontairement des priorités de développement durable et des efforts sur le terrain au titre du Programme de développement durable à l'horizon 2030), les 39 États membres participants ont tous tenu compte des groupes présentant des facteurs de marginalisation tels que le genre, le handicap, le fait de vivre dans une région rurale ou isolée et l'appartenance à une minorité ethnique. Quasiment la moitié (49 %) ont mentionné les besoins des personnes LGBTQIA+ (UNFPA, 2024g). Bien que ces examens ne reflètent pas nécessairement l'évolution de la situation sur le terrain, ils constituent une avancée décisive en faveur de la transparence dans les positions stratégiques et les priorités des États (Fukuda-Parr *et al.*, 2018). Un plaidoyer énergique et un suivi rigoureux pourraient donc fortement contribuer à ce que la santé sexuelle et reproductive des personnes marginalisées devienne une priorité en matière de développement.

La question du pouvoir doit également être abordée. Partout dans le monde, des politiques, des attitudes et des normes perpétuent les inégalités à tous les niveaux, mais le changement est possible, et même

imminent. L'année 2024 sera une année électorale record, car plus de 2 milliards d'électeurs sont appelés aux urnes dans plus de 50 pays (Forum économique mondial, 2023). Ces votes ont leur importance compte tenu du poids de la représentation, déjà mis en évidence dans le présent rapport. C'est la raison pour laquelle la communauté internationale a choisi l'indicateur 5.5.1 des ODD, qui mesure la proportion de sièges occupés par des femmes dans les parlements nationaux et les administrations locales. Les élections peuvent également contribuer à faire entendre la voix d'autres personnes vulnérables et marginalisées.

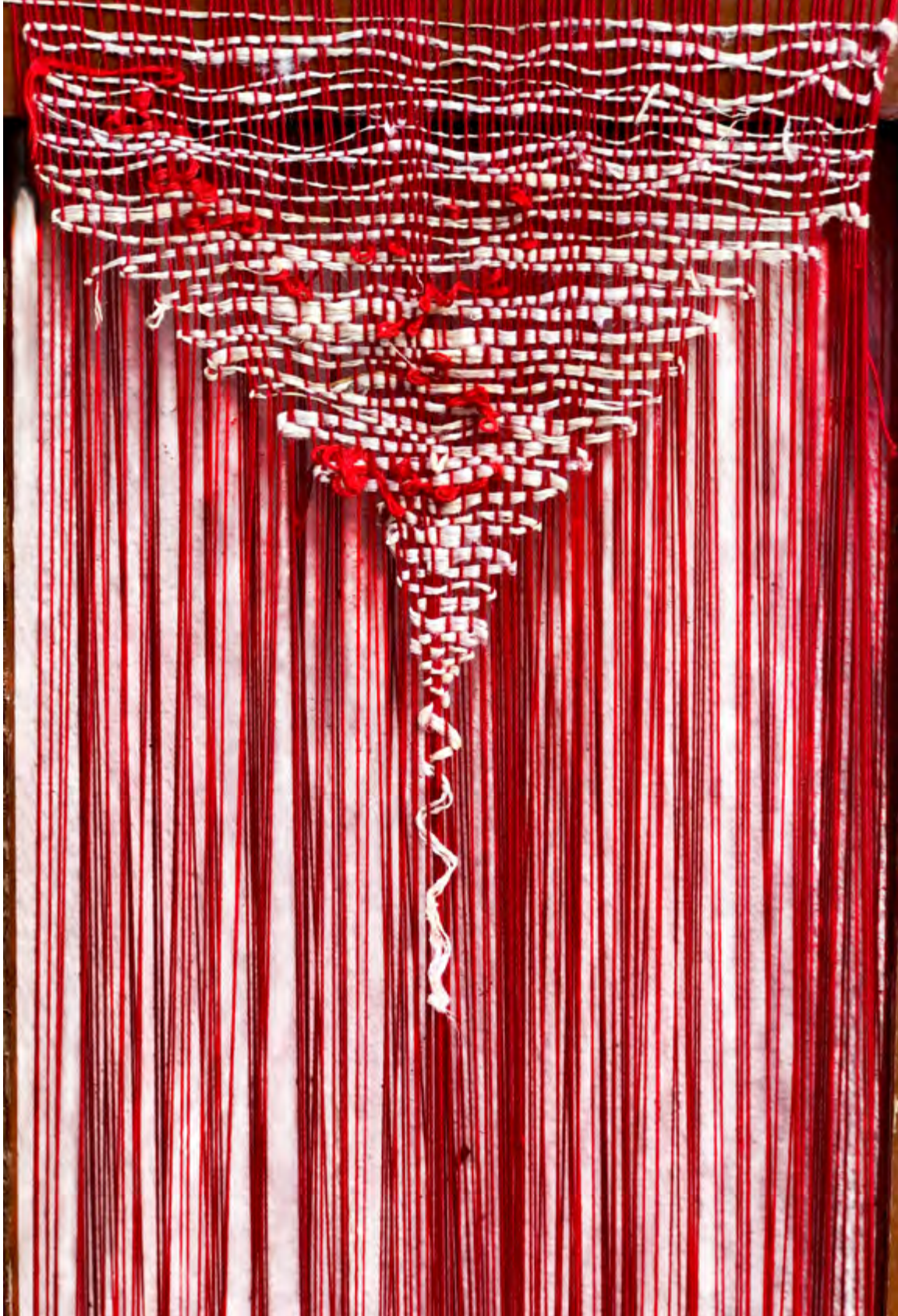
Certes, les scrutins électoraux et le plaidoyer public sont des instruments nécessaires pour mettre fin à la marginalisation, mais il faut avoir conscience que dans de trop nombreux pays, ils n'existent tout simplement pas. Dans ces cas-là, les organismes de normalisation internationaux tels que ceux des Nations Unies doivent intervenir et rappeler l'obligation qui incombe aux États membres, en vertu de l'accord signé par les gouvernements eux-mêmes, d'adopter les cibles des ODD ainsi que les nombreux instruments de défense des droits fondamentaux destinés à favoriser leur mise en œuvre.

Enfin, les populations marginalisées se font de plus en plus entendre. Plutôt que de s'en alarmer, nous pouvons répondre à leurs demandes dans un esprit d'ouverture et de collaboration. Face à tout ce qu'il nous reste à accomplir, il est légitime et parfois même opportun de s'impatienter. C'est déjà un progrès en soi de pouvoir identifier et combattre les forces qui continuent d'exclure certaines populations. L'évolution de nos attentes en matière de santé, de droits et d'équité ces 30 dernières années constitue



également une avancée. Le monde a changé ; les exigences sont de plus en plus élevées. Mais notre capacité à obtenir des résultats s'est elle aussi accrue.

Finalement, la réalisation des objectifs mondiaux les plus ambitieux ne ramera pas à grand-chose si nous persistons à comptabiliser les progrès de manière simpliste, en « diluant » des pays, des communautés et des identités entières dans des moyennes mondiales. Nous sommes à même d'adopter une perspective plus complexe, qui reconnaisse la dignité et la valeur de chaque personne, et qui convienne que l'on ne peut faire respecter les droits de tous qu'en défendant les droits de chacun. Après tout, l'humanité constitue une trame gigantesque et rayonnante, dont la cohésion ne tient cependant qu'à un fil.



L'œuvre textile de Pankaja Sethi intitulée *The Flaming Womb* (« L'Utérus enflammé ») s'intéresse au décalage entre les attributs symboliques de la féminité, d'une part, et le rôle et les conditions imposés aux femmes par la société patriarcale, d'autre part. Cette œuvre a été présentée dans le cadre de l'exposition « *Fabric of Being* », organisée par SEA Junction à l'occasion du Sommet de Nairobi sur la CIPD25, en 2019. © Pankaja Sethi

Indicateurs

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : santé sexuelle
et reproductive **page 134**

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation
des objectifs de la CIPD : égalité des genres,
droits et capital humain **page 140**

Indicateurs démographiques **page 146**

Notes techniques **page 152**

Santé sexuelle et reproductive

	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans					Méthodes modernes	
						Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage
Monde et régions	2020	2020	2020	2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021			
Monde	223	202	255	86	0,17	50	65	46	59	9	11	78	76	68		
Régions développées	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	80	87	84		
Régions en développement	244	221	279	81	0,17	49	65	45	59	9	11	77	72	64		
Pays les moins avancés	377	338	431	65	0,34	33	43	29	38	15	20	61	71	44		
Régions de l'UNFPA																
Afrique de l'Est et Afrique australe	360	313	441	70	0,83	36	45	33	42	15	20	65	72	46		
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	750	625	986	61	0,3	21	23	18	20	17	22	47	70	40		
Amérique latine et Caraïbes	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	76		
Asie et Pacifique	113	101	128	87	0,07	54	71	50	65	6	8	82	74	68		
États arabes	145	110	194	83	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61		
Europe de l'Est et Asie centrale	21	19	25	98	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74		
Pays, territoires et autres entités	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021			
Afghanistan	620	406	1050	62	0,03	21	29	19	26	17	23	50	56	41		
Afrique du Sud	127	99	154	97	3,15	52	59	51	59	11	14	82	95	71		
Albanie	8	4	16	100	0,02	33	45	6	6	12	16	12	79	64		
Algérie	78	41	164	99	0,05	35	60	30	52	7	11	72	–	74		
Allemagne	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88		
Angola	222	148	330	50	0,44	17	18	16	17	26	35	37	62	37		
Antigua-et-Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76		
Arabie saoudite	16	11	22	95	0,04	21	33	18	27	15	24	49	–	74		
Argentine	45	38	53	99	0,09	59	71	57	68	10	11	83	92	79		
Arménie	27	19	42	100	0,19	39	60	22	33	8	12	46	87	68		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Australie	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87		
Autriche	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85		
Azerbaïdjan	41	22	69	100	0,05	37	58	16	24	9	13	35	–	66		
Bahamas	77	51	128	99	0,15	46	66	44	65	10	12	79	–	77		
Bahreïn	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76		
Bangladesh	123	89	174	59	0,01	52	64	45	56	9	11	74	–	52		
Barbade	39	22	61	98	0,21	51	63	47	60	12	14	75	44	77		
Bélarus	1	1	2	100	0,11	54	63	47	53	11	11	72	83	79		
Belgique	5	4	6	–	0,04	59	67	58	67	6	8	91	–	86		
Belize	130	105	161	95	0,35	46	58	43	54	14	17	72	43	68		
Bénin	523	397	768	78	0,11	18	20	15	16	24	30	36	91	38		
Bhoutan	60	40	82	99	0,08	40	62	39	60	8	12	81	83	60		
Bolivie (État plurinational de)	161	103	272	81	0,16	49	68	37	51	11	15	61	94	65		
Bosnie-Herzégovine	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66		
Botswana	186	151	230	100	1,92	59	70	58	70	8	10	87	64	55		
Brésil	72	57	93	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80		
Brunéi Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78		
Bulgarie	7	5	10	95	0,03	66	81	52	60	5	6	73	62	73		
Burkina Faso	264	169	394	96	0,08	30	34	29	33	19	23	60	81	40		
Burundi	494	353	694	77	0,1	21	34	18	31	16	27	51	65	41		

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage
						Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage					
2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021					
Cabo Verde	42	26	65	97	0,34	45	59	44	58	12	15	77	84	71		
Cambodge	218	156	326	99	0,08	43	65	33	49	7	10	65	98	58		
Cameroun	438	332	605	69	0,36	24	24	20	19	16	21	51	–	44		
Canada	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91		
Chili	15	13	17	100	0,25	65	78	60	72	6	8	85	–	82		
Chine	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81		
Chine, RAS de Hong Kong	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–		
Chine, RAS de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Chypre	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81		
Colombie	75	65	86	99	0,16	65	82	61	77	5	6	87	96	80		
Comores	217	131	367	82	0	21	29	17	24	19	29	44	–	48		
Congo	282	194	429	91	2,89	43	46	31	30	14	18	54	55	41		
Costa Rica	22	18	26	99	0,14	57	74	56	72	9	10	84	84	81		
Côte d'Ivoire	480	318	730	84	0,31	27	26	23	23	21	26	49	64	43		
Croatie	5	3	7	100	0,02	50	71	36	47	5	8	65	98	80		
Cuba	39	35	44	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	83		
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Danemark	5	4	6	95	0,01	64	77	61	73	5	6	88	87	82		
Djibouti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44		
Dominique	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49		
Égypte	17	13	22	97	0,05	45	62	43	60	9	12	81	–	70		
El Salvador	43	31	61	100	0,13	53	74	50	69	8	10	82	92	78		
Émirats arabes unis	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82		
Équateur	66	52	86	99	0,11	59	80	54	73	7	6	82	92	77		
Érythrée	322	207	508	34	0,06	9	15	9	14	15	28	35	–	45		
Espagne	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85		
Estonie	5	3	9	100	0,1	58	71	50	60	5	7	78	98	79		
Eswatini	240	147	417	88	4,1	53	69	52	68	9	12	84	98	56		
État de Palestine ¹	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–		
États-Unis d'Amérique	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86		
Éthiopie	267	189	427	50	0,08	31	42	30	41	15	20	67	73	35		
Fédération de Russie	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79		
Fidji	38	28	55	100	0,33	35	51	30	44	12	16	65	–	58		
Finlande	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86		
France	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	85		
Gabon	227	141	383	89	0,83	39	39	31	29	18	23	55	58	49		
Gambie	458	333	620	84	0,6	15	21	14	20	16	24	46	–	46		
Géorgie	28	22	33	100	0,14	33	48	24	35	13	18	53	94	68		
Ghana	263	180	376	79	0,53	27	36	24	32	19	26	52	66	48		
Grèce	8	5	12	100	0,08	53	75	39	52	5	7	68	72	77		
Grenade	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70		
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–		
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–		
Guatemala	96	85	106	70	0,07	43	65	37	55	9	12	72	–	59		

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage
						Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage							
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021		
Guinée	553	404	808	55	0,43	15	15	14	14	18	23	43	79	40		
Guinée équatoriale	212	122	374	68	2,94	19	19	16	16	22	31	39	–	46		
Guinée-Bissau	725	475	1135	54	0,59	32	24	31	24	16	19	63	80	37		
Guyana	112	83	144	98	0,62	30	39	29	38	20	28	57	87	76		
Guyane française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Haïti	350	239	550	42	0,58	29	40	27	37	23	33	52	65	54		
Honduras	72	58	91	94	0,05	51	73	47	67	8	10	80	80	64		
Hongrie	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79		
Îles Salomon	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47		
Îles Turques-et-Caïques	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–		
Îles Vierges américaines	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–		
Inde	103	93	110	89	0,05	51	68	45	60	6	9	78	74	63		
Indonésie	173	121	271	95	0,09	44	63	42	60	8	11	82	77	55		
Iran (République islamique d')	22	14	32	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	74		
Iraq	76	50	121	96	0,01	38	57	27	41	8	12	59	59	59		
Irlande	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83		
Islande	3	1	4	97	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	89		
Israël	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85		
Italie	5	4	6	100	0,04	60	67	49	52	6	9	75	–	84		
Jamaïque	99	80	122	100	0,5	44	73	42	70	9	9	79	76	74		
Japon	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83		
Jordanie	41	26	62	100	0	31	55	23	40	8	14	58	56	65		
Kazakhstan	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80		
Kenya	530	382	750	70	0,46	49	65	47	63	11	14	78	48	53		
Kirghizistan	50	37	70	100	0,11	29	43	28	40	12	17	68	73	69		
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48		
Koweït	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78		
Lesotho	566	385	876	87	3,03	52	67	51	67	9	13	84	–	53		
Lettonie	18	14	25	100	0,19	59	72	52	62	6	8	81	70	75		
Liban	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73		
Libéria	652	499	900	84	0,24	28	28	27	27	25	31	51	–	45		
Libye	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62		
Lituanie	9	5	14	100	0,06	48	72	40	58	6	8	74	87	75		
Luxembourg	6	4	12	100	0,06	–	–	–	–	–	–	–	–	83		
Macédoine du Nord	3	1	6	100	0,03	44	54	21	21	9	13	40	–	74		
Madagascar	392	311	517	46	0,3	42	53	38	47	13	14	69	–	35		
Malaisie	21	18	29	100	0,09	36	58	26	42	9	14	59	83	76		
Malawi	381	269	543	96	0,81	50	67	49	66	12	14	79	79	48		
Maldives	57	40	83	100	0,01	18	24	14	19	22	29	36	93	61		
Mali	440	335	581	67	0,28	19	21	19	21	21	24	47	–	41		
Malte	3	2	5	100	0,09	61	79	50	63	4	5	76	–	85		
Maroc	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	10	75	–	69		
Martinique	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–		
Maurice	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66		

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans					Méthodes modernes	
						Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage
2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021					
Mauritanie	464	337	655	70	0,12	10	14	9	13	22	32	30	65	40		
Mexique	59	46	74	97	0,16	55	74	53	71	9	10	82	86	75		
Micronésie (États fédérés de)	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48		
Mongolie	39	28	55	99	0,01	42	58	38	53	12	15	71	–	65		
Monténégro	6	3	11	99	0,02	23	27	16	17	15	21	43	52	72		
Mozambique	127	99	157	73	3,2	29	33	28	31	18	21	60	–	44		
Myanmar	179	125	292	60	0,21	35	59	34	58	8	13	80	91	52		
Namibie	215	154	335	88	2,39	53	62	53	61	10	14	84	88	63		
Népal	174	125	276	77	0,02	42	55	37	49	15	21	65	48	54		
Nicaragua	78	54	109	94	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70		
Niger	441	305	655	44	0,06	12	15	12	14	16	20	41	–	35		
Nigéria	1047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38		
Norvège	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87		
Nouvelle-Calédonie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Nouvelle-Zélande	7	5	9	97	0,01	65	81	61	75	5	5	88	95	85		
Oman	17	12	25	100	0,03	22	37	16	26	14	25	43	70	70		
Ouganda	284	191	471	74	1,21	38	51	34	45	15	20	64	–	49		
Ouzbékistan	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75		
Pakistan	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45		
Panama	50	46	54	95	0,32	49	61	46	57	14	17	74	72	78		
Papouasie-Nouvelle-Guinée	192	126	293	56	0,65	28	39	24	33	17	24	52	–	30		
Paraguay	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72		
Pays-Bas (Royaume des)	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85		
Pérou	69	59	80	95	0,17	51	77	40	58	5	6	71	85	71		
Philippines	78	67	96	84	0,21	36	58	27	44	10	15	60	80	58		
Pologne	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82		
Polynésie française	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Porto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–		
Portugal	12	8	18	99	0,06	59	74	51	63	5	7	79	95	88		
Qatar	8	5	11	100	0,04	33	50	28	42	10	15	65	71	76		
République arabe syrienne	30	19	47	96	0	34	63	26	47	7	12	63	81	64		
République centrafricaine	835	407	1519	40	1,57	22	24	17	19	21	25	40	77	32		
République de Corée	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89		
République de Moldova	12	9	17	100	0,34	49	59	40	47	12	15	65	–	71		
République démocratique du Congo	547	377	907	85	0,13	27	31	17	17	20	25	36	–	42		
République démocratique populaire lao	126	92	185	64	0,14	39	62	35	55	9	13	72	96	52		
République dominicaine	107	87	133	99	0,37	55	68	53	66	10	13	82	–	77		
République populaire démocratique de Corée	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68		
République-Unie de Tanzanie	238	174	381	64	0,54	38	47	34	42	15	19	64	–	43		
Réunion	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–		
Roumanie	10	7	14	93	0,03	54	71	46	59	6	8	76	98	78		
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88		

Santé sexuelle et reproductive

Pays, territoires et autres entités	Ratio de mortalité maternelle (RMM) (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation basse ^a	Intervalle d'incertitude du RMM (80 %), estimation haute ^a	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié, en pourcentage	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus	Taux de recours à la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans				Besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes âgées de 15 à 49 ans		Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans	Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Indice de couverture des services de santé universels		
						Toutes méthodes confondues		Méthodes modernes		Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage				Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage
						Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage	Toutes les femmes	Mariées ou en concubinage							
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021			
Rwanda	259	184	383	94	0,24	40	67	37	61	9	12	76	82	49		
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Saint-Kitts-et-Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79		
Saint-Marin	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77		
Saint-Martin (partie néerlandaise)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Saint-Vincent-et-les Grenadines	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69		
Sainte-Lucie	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77		
Samoa	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55		
Sao Tomé-et-Principe	146	74	253	97	0,06	38	51	36	48	20	24	61	46	59		
Sénégal	261	197	376	75	0,09	22	31	21	30	14	21	58	75	50		
Serbie	10	8	14	100	0,02	49	59	29	29	7	11	51	99	72		
Seychelles	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75		
Sierra Leone	443	344	587	87	0,44	28	27	28	26	19	24	58	65	41		
Singapour	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89		
Slovaquie	5	3	6	98	0,02	55	79	47	67	5	6	79	86	82		
Slovénie	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84		
Somalie	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27		
Soudan	270	174	420	78	0,09	12	17	11	16	17	27	37	57	44		
Soudan du Sud	1223	746	2009	40	0,79	7	9	6	8	21	29	23	16	34		
Sri Lanka	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67		
Suède	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85		
Suisse	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86		
Suriname	96	70	128	98	0,76	35	49	35	48	14	21	70	–	63		
Tadjikistan	17	9	31	95	0,1	25	34	23	31	16	21	57	–	67		
Tchad	1063	772	1586	47	0,22	8	9	7	8	19	25	27	59	29		
Tchéquie	3	2	5	100	0,02	62	85	55	76	4	4	84	79	84		
Thaïlande	29	24	34	99	0,13	49	77	48	75	4	6	90	–	82		
Timor-Leste	204	147	283	57	0,07	20	34	18	31	13	22	55	–	52		
Togo	399	253	576	69	0,28	25	28	23	26	22	30	49	–	44		
Tonga	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57		
Trinité-et-Tobago	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75		
Tunisie	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67		
Türkiye	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76		
Turkménistan	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75		
Tuvalu	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52		
Ukraine	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76		
Uruguay	19	15	23	100	0,24	59	79	57	77	6	7	87	97	82		
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47		
Venezuela (République bolivarienne du)	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75		
Viet Nam	46	33	60	96	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	68		
Yémen	183	120	271	45	0,03	29	46	21	34	14	22	51	65	42		
Zambie	135	100	201	80	1,86	38	54	37	52	15	17	70	91	56		
Zimbabwe	357	255	456	86	1,12	51	70	50	69	8	9	86	73	55		

NOTES

- Données non disponibles.
- ^a Le RMM a été arrondi comme suit : < 100, arrondi à l'unité la plus proche ; 100 à 999, arrondi à l'unité la plus proche ; ≥ 1 000, arrondi à la dizaine la plus proche.
- ¹ La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

DÉFINITION DES INDICATEURS

Ratio de mortalité maternelle : Nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période (indicateur 3.1.1 des ODD).

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié : Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié (médecin, infirmière/infirmier ou sage-femme) (indicateur 3.1.2 des ODD).

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à un moyen de contraception.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement recours à une méthode moderne de contraception.

Besoins de planification familiale non satisfaits : Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui souhaitent arrêter ou retarder la procréation, mais n'utilisent pas de contraception.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : Pourcentage de la demande totale de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans satisfaite par le recours à une méthode moderne de contraception (indicateur 3.7.1 des ODD).

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction : Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Indice de couverture des services de santé universels : Couverture moyenne des services de santé essentiels, mesurée à partir des interventions de référence concernant la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier (indicateur 3.8.1 des ODD).

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Ratio de mortalité maternelle : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – groupe constitué par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNFPA, 2023.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, UNICEF et OMS, 2023. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après ceux de la base de données mondiale commune.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus : estimations relatives au VIH, ONUSIDA, 2023.

Taux de recours à la contraception : Division de la population des Nations Unies, 2022.

Taux de recours à la contraception (méthodes modernes) : Division de la population des Nations Unies, 2022.

Besoins de planification familiale non satisfaits : Division de la population des Nations Unies, 2022.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes : Division de la population des Nations Unies, 2022.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction : UNFPA, 2022.

Indice de couverture des services de santé universels : OMS, 2023.

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Monde et régions	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
Monde	41	19	–	13	56	75	89	76	85	1,00	67	1,01
Régions développées	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Régions en développement	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1,00	63	1,01
Pays les moins avancés	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0,90
Régions de l'UNFPA												
Afrique de l'Est et Afrique australe	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0,97	41	0,87
Amérique latine et Caraïbes	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
Asie et Pacifique	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1,02	66	1,06
États arabes	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Europe de l'Est et Asie centrale	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1	84	0,99
Pays, territoires et autres entités	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afghanistan	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,56
Afrique du Sud	71	4	–	13	61	94	85	72	92	1,01	91	1,11
Albanie	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0,94	85	0,96
Algérie	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0,99	83	1,11
Allemagne	6	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	89	0,98
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antigua-et-Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0,99
Arabie saoudite	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Argentine	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1,10
Arménie	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0,99	97	1,06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australie	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,01	94	1,05
Autriche	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	89	1,00
Azerbaïdjan	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0,99	80	0,96
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0,99	63	1,01
Bahreïn	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1,00	98	0,98
Bangladesh	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1,15	79	0,91
Barbade	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Bélarus	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0,97	88	1,01
Belgique	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1,00	99	1,00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	71	1,11
Bénin	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0,91	31	0,78
Bhoutan	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1,15	67	1,15
Bolivie (État plurinational de)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1,01	80	1,01
Bosnie-Herzégovine	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0,97	79	1,03
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1,08	57	0,98
Brésil	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1,01	89	1,05
Brunéi Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	68	1,06
Bulgarie	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1,00	82	0,95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1,14	27	1,16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1,06	42	1,17

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0,99	74	1,07
Cambodge	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1,09	57	1,12
Cameroun	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,86
Canada	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	87	0,98
Chili	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0,99	98	0,99
Chine	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Chine, RAS de Hong Kong	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0,97	94	0,99
Chine, RAS de Macao	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	82	1,06
Chypre	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1,00
Colombie	47	23	–	12	–	–	–	–	96	1,01	87	1,03
Comores	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1,02	52	1,07
Congo	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0,94	58	0,92
Costa Rica	26	17	–	7	–	–	–	–	95	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1,01	45	0,92
Croatie	7	–	–	4	–	–	–	–	99	–	92	1,05
Cuba	47	29	–	5	–	–	–	–	92	1,00	83	1,05
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1,02
Danemark	1	1	–	3	–	–	–	–	99	1,00	93	1,01
Djibouti	21	7	90	–	–	–	–	–	49	0,86	36	0,91
Dominique	50	–	–	–	–	–	–	–	81	0,95	77	0,92
Égypte	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1,00	72	0,95
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	57	1,07
Émirats arabes unis	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1,36
Équateur	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1,02	80	1,02
Érythrée	76	41	83	–	–	–	–	–	59	0,86	45	0,86
Espagne	5	–	–	3	–	–	–	–	97	1,01	95	1,02
Estonie	6	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	94	1,01
Eswatini	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–
État de Palestine ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	95	1,02	76	1,16
États-Unis d'Amérique	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	95	1,03
Éthiopie	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0,99	33	0,96
Fédération de Russie	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1,00	57	0,95
Fidji	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0,81	73	1,13
Finlande	3	0	–	8	–	–	–	–	98	1,00	96	1,01
France	6	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	96	1,01
Gabon	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambie	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1,18	55	1,25
Géorgie	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1,01
Ghana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0,99	66	0,94
Grèce	7	–	–	5	–	–	–	–	98	1,00	94	1,02
Grenade	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1,07	86	0,96
Guadeloupe	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0,95	35	1,04

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Guinée	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0,78	27	0,67
Guinée équatoriale	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinée-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1,04	62	1,09
Guyane française	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haïti	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1,10	39	1,18
Hongrie	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1,00	87	1,01
Îles Salomon	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Îles Turques-et-Caïques	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0,86	85	0,76
Îles Vierges américaines	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Inde	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,01
Indonésie	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1,07	82	0,95
Iran (République islamique d')	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0,97	81	0,98
Iraq	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlande	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Islande	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	85	1,01
Israël	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	95	1,02
Italie	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1,00	95	1,00
Jamaïque	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1,04	77	0,98
Japon	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Jordanie	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0,98	62	1,05
Kazakhstan	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1,00	70	1,08
Kenya	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kirghizistan	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0,98	73	1,04
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Koweït	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1,08	63	1,11
Lettonie	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	94	1,02
Liban	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Libéria	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1,02	61	1,03
Libye	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituanie	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Luxembourg	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1,00	85	1,05
Macédoine du Nord	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Madagascar	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1,02	31	1,00
Malaisie	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1,03	67	1,10
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0,99	30	0,62
Maldives	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1,06	55	1,14
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0,86	24	0,74
Malte	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0,99	90	1,02
Maroc	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0,97	77	0,99
Martinique	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maurice	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1,01	77	1,10

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Mauritanie	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,04	38	1,04
Mexique	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,11
Micronésie (États fédérés de)	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1,03	62	1,08
Mongolie	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1,02	88	1,07
Monténégro	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0,98	87	1,02
Mozambique	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0,93	42	0,88
Myanmar	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1,07	63	1,17
Namibie	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1,00	88	0,95
Népal	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0,94	81	1,03
Nicaragua	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0,96	10	0,85
Nigéria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
Norvège	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1,00	95	1,01
Nouvelle-Calédonie	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nouvelle-Zélande	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Oman	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Ouganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Ouzbékistan	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1,00	73	1,01
Pakistan	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0,82	51	0,84
Panama	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1,02	57	1,08
Papouasie-Nouvelle-Guinée	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,93	43	0,83
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1,01	73	1,06
Pays-Bas (Royaume des)	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1,00	95	1,02
Pérou	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1,00	84	0,99
Philippines	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1,05	82	1,10
Pologne	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1,00	96	1,01
Polynésie française	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Porto Rico	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1,04	86	0,98
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1,00	100	1,00
Qatar	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1,00	90	0,99
République arabe syrienne	54	13	–	–	–	–	–	–	48	1,08	27	1,17
République centrafricaine	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0,68	17	0,60
République de Corée	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1,00	96	0,99
République de Moldova	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1,04
République démocratique du Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
République démocratique populaire lao	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1,01	46	0,93
République dominicaine	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1,01	68	1,09
République populaire démocratique de Corée	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
République-Unie de Tanzanie	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1,07	16	0,86
Réunion	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Roumanie	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0,99	77	1,02
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	8	0	–	4	–	–	–	–	97	1,00	95	1,02

Égalité des genres, droits et capital humain

	Taux de natalité chez les adolescentes pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans	Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage	Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage	Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage	Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, en pourcentage	Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage	Prise de décisions relatives au recours à la contraception, en pourcentage	Prise de décisions relatives aux rapports sexuels, en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement primaire	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage	Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage	Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle)
Pays, territoires et autres entités	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Rwanda	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1,06	56	1,06
Sahara occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Kitts-et-Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Saint-Marin	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0,99	40	0,81
Saint-Martin (partie néerlandaise)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint-Vincent-et-les Grenadines	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1,02
Sainte-Lucie	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1,09	76	1,02
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1,00	77	1,15
Sao Tomé-et-Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Sénégal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1,18	19	1,20
Serbie	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1,00	84	1,05
Seychelles	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1,03	87	1,14
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1,05	58	1,01
Singapour	3	0	–	2	–	–	–	–	100	1,00	99	1,00
Slovaquie	26	–	–	6	–	–	–	–	97	1,00	91	1,00
Slovénie	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1,00	97	1,01
Somalie	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Soudan	87	34	87	17	–	–	–	–	70	0,96	51	1,07
Soudan du Sud	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	17	10	–	4	–	–	–	–	97	1,01	86	1,08
Suède	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1,00	97	1,00
Suisse	1	–	–	2	–	–	–	–	100	1,00	92	0,99
Suriname	46	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Tadjikistan	42	9	–	14	27	47	79	54	–	–	–	–
Tchad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,72	25	0,57
Tchéquie	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1,00	95	1,01
Thaïlande	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1,01	98	1,10
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,09	74	1,10
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,95	46	0,77
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1,08	82	1,19
Trinité-et-Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0,99
Tunisie	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkiye	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1,00	92	1,00
Turkménistan	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1,01	83	1,00
Tuvalu	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1,06	56	1,25
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Uruguay	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1,02	90	1,06
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0,95	75	1,06
Venezuela (République bolivarienne du)	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1,03	72	1,12
Viet Nam	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1,02	95	0,93
Yémen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Zimbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	77	–	37	–

NOTES

– Données non disponibles.

¹ La résolution 67/19 adoptée le 29 novembre 2012 par l'Assemblée générale des Nations Unies accorde à la Palestine « le statut d'État non membre observateur auprès de l'Organisation des Nations Unies ».

DÉFINITION DES INDICATEURS

Taux de natalité chez les adolescentes : Nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans (indicateur 3.7.2 des ODD).

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions relatives au recours à la contraception : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne le recours à la contraception (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions relatives aux rapports sexuels : Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Taux de natalité chez les adolescentes : Division de la population des Nations Unies, 2024. Les moyennes régionales sont issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans : UNICEF, 2024. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF.

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans : UNICEF, 2024. Les chiffres régionaux de l'UNFPA sont calculés d'après les données de l'UNICEF.

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents : Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (groupe constitué de l'OMS, d'ONU Femmes, de l'UNICEF, de la Division statistique des Nations Unies, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, et de l'UNFPA), 2021.

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction : UNFPA, 2024.

Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé : UNFPA, 2024.

Prise de décisions relatives au recours à la contraception : UNFPA, 2024.

Prise de décisions relatives aux rapports sexuels : UNFPA, 2024.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024.

Indicateurs démographiques

	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2023	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Monde et région										
Monde	8 119	77	25	16	24	65	10	2,3	71	76
Régions développées	1 277	–	16	11	17	64	21	1,5	78	83
Régions en développement	6 842	66	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Pays les moins avancés	1 178	31	38	22	31	58	4	3,8	64	69
Régions de l'UNFPA										
Afrique de l'Est et Afrique australe	688	28	40	23	32	56	3	4,1	62	67
Afrique de l'Ouest et Afrique centrale	516	28	42	23	33	55	3	4,8	57	59
Amérique latine et Caraïbes	666	94	23	16	24	68	10	1,8	73	79
Asie et Pacifique	4,204	108	22	16	23	68	10	1,9	72	77
États arabes	476	39	32	20	28	63	5	3	70	75
Europe de l'Est et Asie centrale	250	71	23	15	21	66	11	2,1	72	79
Pays, territoires et autres entités										
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Afghanistan	43,4	26	43	24	34	55	2	4,3	62	68
Afrique du Sud	61,0	64	28	18	25	66	6	2,3	64	70
Albanie	2,8	–	16	12	18	66	18	1,4	78	82
Algérie	46,3	49	30	17	24	63	7	2,7	76	79
Allemagne	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	85
Angola	37,8	23	45	24	32	53	3	5	61	66
Antigua-et-Barbuda	0,1	127	18	13	20	71	12	1,6	77	82
Arabie saoudite	37,5	50	25	16	23	71	3	2,3	77	80
Argentine	46,1	113	22	16	23	65	12	1,9	75	81
Arménie	2,8	–	20	13	19	65	14	1,6	71	80
Aruba ¹	0,1	–	15	13	19	67	18	1,2	74	80
Australie ²	26,7	71	18	12	18	65	18	1,6	82	86
Autriche	9	–	14	10	15	65	21	1,5	81	85
Azerbaïdjan ³	10,5	–	22	16	22	70	8	1,6	71	77
Bahamas	0,4	111	18	14	23	72	10	1,4	71	78
Bahreïn	1,5	79	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Bangladesh	174,7	70	25	18	27	68	6	1,9	72	77
Barbade	0,3	–	16	12	19	66	17	1,6	76	80
Bélarus	9,5	–	16	12	17	65	18	1,5	70	80
Belgique	11,7	–	16	12	17	63	20	1,6	81	85
Belize	0,4	50	27	18	28	68	5	2	72	78
Bénin	14,1	26	42	23	31	55	3	4,7	60	63
Bhoutan	0,8	111	21	17	26	73	7	1,4	71	75
Bolivie (État plurinational de)	12,6	49	30	20	29	65	5	2,5	66	72
Bosnie-Herzégovine	3,2	–	15	10	16	66	19	1,3	76	80
Botswana	2,7	43	32	20	28	64	4	2,7	64	69
Brésil	217,6	127	20	14	21	70	11	1,6	73	79
Brunéi Darussalam	0,5	97	21	15	22	72	7	1,7	73	77
Bulgarie	6,6	–	14	10	15	64	22	1,6	73	79
Burkina Faso	23,8	28	43	24	34	55	3	4,5	59	63
Burundi	13,6	26	44	26	34	53	3	4,8	61	65

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2023	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Cabo Verde	0,6	72	25	18	26	69	6	1,9	73	81
Cambodge	17,1	68	28	19	27	65	6	2,3	69	74
Cameroun	29,4	27	42	23	32	56	3	4,2	61	64
Canada	39,1	84	15	11	17	65	20	1,5	81	85
Chili	19,7	–	18	12	19	68	14	1,5	79	84
Chine ⁴	1,425,20	–	16	12	18	69	15	1,2	76	82
Chine, RAS de Hong Kong	7,5	–	12	8	12	66	22	0,8	83	89
Chine, RAS de Macao	0,7	55	15	8	13	71	14	1,2	83	88
Chypre ⁷	1,3	107	16	10	16	69	16	1,3	80	84
Colombie	52,3	–	21	14	22	69	10	1,7	75	81
Comores	0,9	39	37	21	30	58	4	3,8	63	68
Congo	6,2	31	40	24	32	57	3	4	62	65
Costa Rica	5,2	107	19	14	21	69	12	1,5	78	83
Côte d'Ivoire	29,6	28	41	24	33	57	2	4,2	59	62
Croatie	4	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Cuba	11,2	–	15	11	17	68	16	1,5	76	81
Curaçao ¹	0,2	–	17	12	20	67	16	1,6	73	81
Danemark ⁸	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Djibouti	1,2	50	30	19	29	66	5	2,7	62	67
Dominique	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
Égypte	114,5	44	32	20	28	63	5	2,8	70	75
El Salvador	6,4	–	25	17	27	67	9	1,8	69	78
Émirats arabes unis	9,6	90	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Équateur	18,4	68	25	17	26	67	8	2	76	81
Érythrée	3,8	37	38	25	35	58	4	3,6	67	71
Espagne ²¹	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	82	87
Estonie	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Eswatini	1,2	67	34	22	31	62	4	2,7	58	65
État de Palestine ²²	5,5	30	38	22	32	58	4	3,3	74	78
États-Unis d'Amérique ²⁶	341,8	132	17	13	19	65	18	1,7	77	82
Éthiopie	129,7	28	39	23	32	58	3	3,9	64	70
Fédération de Russie	144	–	17	12	17	66	17	1,5	70	79
Fidji	0,9	97	28	18	26	66	6	2,4	67	71
Finlande ⁹	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
France ¹⁰	64,9	–	17	12	18	61	22	1,8	81	86
Gabon	2,5	36	36	21	29	60	4	3,3	65	70
Gambie	2,8	29	42	24	34	55	2	4,4	63	66
Géorgie ¹²	3,7	–	21	13	19	64	15	2	69	79
Ghana	34,8	36	36	22	31	60	4	3,4	63	68
Grèce	10,3	–	13	10	16	63	24	1,4	80	85
Grenade	0,1	129	24	15	22	66	11	2	73	79
Guadeloupe ¹¹	0,4	–	18	13	20	61	21	2	80	87
Guam ¹³	0,2	105	26	17	25	62	13	2,5	75	82
Guatemala	18,4	46	31	21	31	64	5	2,3	71	77
Guinée	14,5	29	41	23	33	56	3	4,1	59	62

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2023	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Guinée équatoriale	1,8	30	38	22	29	59	3	4	61	64
Guinée-Bissau	2,2	32	39	24	33	58	3	3,8	60	64
Guyana	0,8	101	28	18	27	65	7	2,3	66	73
Guyane française ¹¹	0,3	29	32	18	27	62	6	3,4	75	81
Haïti	11,9	58	31	20	29	64	5	2,7	62	68
Honduras	10,8	45	29	19	29	66	5	2,3	71	76
Hongrie	10	–	14	10	16	65	20	1,6	74	80
Îles Salomon	0,8	32	39	22	31	58	4	3,8	69	73
Îles Turques-et-Caïques	0	87	17	11	16	73	11	1,6	73	79
Îles Vierges américaines ¹³	0,1	–	19	13	18	60	21	2,1	71	82
Inde	1 441,70	77	24	17	26	68	7	2	71	74
Indonésie	279,8	87	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Iran (République islamique d')	89,8	101	23	15	21	69	8	1,7	75	80
Iraq	46,5	32	37	22	32	60	3	3,3	70	74
Irlande	5,1	111	19	14	20	65	16	1,8	81	85
Islande	0,4	111	18	13	19	66	16	1,7	82	85
Israël	9,3	47	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Italie	58,7	–	12	9	14	63	25	1,3	82	86
Jamaïque	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Japon	122,6	–	11	9	13	58	30	1,3	82	88
Jordanie	11,4	–	31	20	29	65	4	2,7	75	79
Kazakhstan	19,8	60	29	17	23	62	8	3	68	76
Kenya	56,2	35	37	23	33	60	3	3,2	62	67
Kirghizistan	6,8	46	34	20	27	61	5	2,9	68	76
Kiribati	0,1	42	36	21	29	60	4	3,2	66	70
Koweït	4,3	78	19	14	19	75	6	2	79	83
Lesotho	2,4	64	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Lettonie	1,8	–	15	11	15	62	23	1,6	72	80
Liban	5,2	–	27	20	27	62	11	2	78	82
Libéria	5,5	32	40	24	34	57	3	3,9	61	64
Libye	7	65	27	19	28	68	5	2,3	70	77
Lituanie	2,7	–	15	10	15	63	22	1,6	73	81
Luxembourg	0,7	69	16	11	16	69	16	1,4	81	85
Macédoine du Nord	2,1	–	16	11	17	69	16	1,4	76	80
Madagascar	31,1	29	38	22	32	58	3	3,7	65	70
Malaisie ¹⁴	34,7	67	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Malawi	21,5	27	42	25	35	56	3	3,7	62	69
Maldives	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	81	82
Mali	24	23	47	25	34	51	2	5,7	60	62
Malte	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Maroc	38,2	72	26	17	25	66	8	2,2	73	78
Martinique ¹¹	0,4	–	15	12	18	60	24	1,9	81	86
Maurice ¹⁵	1,3	–	16	12	20	70	14	1,4	73	79
Mauritanie	5	26	41	24	33	56	3	4,2	65	69
Mexique	129,4	97	24	17	25	68	9	1,8	72	79

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2023	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Micronésie (États fédérés de)	0,1	74	30	20	30	64	7	2,6	68	76
Mongolie	3,5	53	32	18	25	63	5	2,7	69	78
Monténégro	0,6	–	18	12	18	65	17	1,7	75	81
Mozambique	34,9	25	43	24	33	54	3	4,4	60	65
Myanmar	55	100	24	16	24	69	7	2,1	65	71
Namibie	2,6	41	36	21	30	60	4	3,2	60	68
Népal	31,2	64	28	19	29	66	6	2	69	73
Nicaragua	7,1	52	29	19	28	65	6	2,2	72	78
Niger	28,2	18	49	24	33	49	2	6,6	63	65
Nigéria	229,2	29	42	23	33	55	3	5	54	55
Norvège ¹⁸	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Nouvelle-Calédonie ¹¹	0,3	70	22	15	22	67	12	2	78	85
Nouvelle-Zélande ¹⁷	5,3	89	18	13	19	65	17	1,7	82	85
Oman	4,7	48	27	15	21	70	3	2,5	78	81
Ouganda	49,9	26	44	25	35	54	2	4,2	62	66
Ouzbékistan	35,7	50	30	17	24	64	6	2,7	69	75
Pakistan	245,2	36	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Panama	4,5	53	26	17	24	65	9	2,3	76	82
Papouasie-Nouvelle-Guinée	10,5	39	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Paraguay	6,9	57	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Pays-Bas (Royaume des) ¹⁶	17,7	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Pérou	34,7	73	25	17	25	66	9	2,1	75	79
Philippines	119,1	47	30	19	28	65	6	2,7	70	74
Pologne	40,2	–	15	10	16	66	19	1,5	75	82
Polynésie française ¹¹	0,3	88	20	15	22	69	11	1,7	82	86
Porto Rico ¹³	3,3	–	13	10	17	63	24	1,3	76	84
Portugal	10,2	–	13	10	15	63	24	1,4	80	85
Qatar	2,7	93	15	10	13	83	2	1,8	81	83
République arabe syrienne	24,3	15	28	23	35	67	5	2,6	69	76
République centrafricaine	5,9	23	48	26	37	50	3	5,7	54	58
République de Corée	51,7	–	11	9	14	70	19	0,9	81	87
République de Moldova ¹⁹	3,3	–	19	12	18	67	13	1,8	67	76
République démocratique du Congo	105,6	21	46	23	32	51	3	6	59	63
République démocratique populaire lao	7,7	52	30	19	28	65	5	2,4	67	72
République dominicaine	11,4	79	27	17	26	66	8	2,2	71	78
République populaire démocratique de Corée	26,2	–	19	12	19	69	13	1,8	71	76
République-Unie de Tanzanie ²⁵	69,4	24	43	23	33	54	3	4,5	66	70
Réunion ¹¹	1	92	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Roumanie	19,6	–	16	11	16	65	19	1,7	74	81
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ²⁴	68	–	17	12	18	63	20	1,6	81	84
Rwanda	14,4	31	38	23	32	59	3	3,6	65	70
Sahara occidental	0,6	38	24	15	22	70	6	2,2	70	74
Saint-Kitts-et-Nevis	0	–	19	13	20	70	11	1,5	69	76

Indicateurs démographiques

Pays, territoires et autres entités	POPULATION	CHANGEMENT DÉMOGRAPHIQUE	COMPOSITION DÉMOGRAPHIQUE					FÉCONDITÉ	ESPÉRANCE DE VIE	
	Population totale en millions d'habitants	Temps de doublement de la population, en années	Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans	Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans	Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans	Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus	Taux de fécondité total, par femme	Espérance de vie à la naissance, en années, 2023	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Garçons	Filles
Saint-Marin	0,03	–	12	10	16	67	21	1,2	82	85
Saint-Martin (partie néerlandaise) ¹	0	–	10	12	24	77	13	1,6	73	79
Saint-Vincent-et-les Grenadines	0,1	–	21	15	22	67	11	1,8	71	77
Sainte-Lucie	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	71	78
Samoa	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
Sao Tomé-et-Principe	0,2	36	38	24	34	58	4	3,6	66	72
Sénégal	18,2	27	41	23	33	56	3	4,2	67	73
Serbie ²⁰	7,1	–	15	10	15	65	21	1,5	74	80
Seychelles	0,1	128	23	14	21	68	9	2,3	72	80
Sierra Leone	9	33	38	23	33	59	3	3,7	60	63
Singapour	6,1	112	12	8	13	71	17	1,1	82	87
Slovaquie	5,7	–	16	10	16	67	18	1,6	75	82
Slovénie	2,1	–	15	10	15	63	22	1,6	80	85
Somalie	18,7	23	47	24	33	51	3	6	56	60
Soudan	49,4	27	40	22	31	56	4	4,3	64	69
Soudan du Sud	11,3	41	42	28	38	55	3	4,1	56	59
Sri Lanka	21,9	–	22	16	23	66	12	1,9	73	81
Suède	10,7	121	17	12	18	62	21	1,7	82	85
Suisse	8,9	113	15	10	15	65	20	1,5	83	86
Suriname	0,6	79	26	17	26	66	8	2,3	70	76
Tadjikistan	10,3	38	36	21	29	60	4	3,1	69	74
Tchad	18,8	23	47	24	33	51	2	6	52	56
Tchéquie	10,5	–	16	11	16	64	21	1,7	77	83
Thaïlande	71,9	–	15	11	17	68	17	1,3	76	84
Timor-Leste	1,4	50	34	22	33	61	5	2,9	68	71
Togo	9,3	31	39	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	83	34	22	31	60	6	3,1	69	74
Trinité-et-Tobago	1,5	–	18	13	19	69	12	1,6	72	78
Tunisie	12,6	84	24	15	22	66	10	2	74	80
Türkiye	86,3	137	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Turkménistan	6,6	57	31	18	26	64	6	2,6	66	73
Tuvalu	0	95	32	19	27	61	7	3,1	61	70
Ukraine ²³	37,9	25	15	12	15	65	20	1,3	70	80
Uruguay	3,4	–	18	14	21	66	16	1,5	75	82
Vanuatu	0,3	30	39	22	31	58	4	3,6	69	73
Venezuela (République bolivarienne du)	29,4	37	26	19	28	65	9	2,1	69	77
Viet Nam	99,5	111	22	14	21	68	10	1,9	70	80
Yémen	35,2	31	39	23	32	59	3	3,6	63	70
Zambie	21,1	26	42	24	34	56	2	4,1	61	66
Zimbabwe	17	33	40	24	34	57	3	3,3	59	65

NOTES

– Données non disponibles.

- ¹ Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte de cette région.
- ² Y compris l'Île Christmas, les Îles des Cocos (Keeling) et l'Île Norfolk.
- ³ Y compris le Haut-Karabakh.
- ⁴ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne comprennent pas celles des Régions administratives spéciales (RAS) de Hong Kong et de Macao ni celles de la province chinoise de Taïwan.
- ⁵ Hong Kong est depuis le 1^{er} juillet 1997 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁶ Macao est depuis le 20 décembre 1999 une Région administrative spéciale (RAS) de la Chine. Pour des raisons statistiques, les données concernant la Chine ne tiennent pas compte de cette région.
- ⁷ Se rapporte à l'ensemble du pays.
- ⁸ Pour des raisons statistiques, les données concernant le Danemark ne tiennent pas compte du Groenland et des Îles Féroé.
- ⁹ Y compris les Îles Åland.
- ¹⁰ Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de la Guadeloupe, de la Guyane française, des Îles Wallis-et-Futuna, de la Martinique, de Mayotte, de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de la Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin (partie française) et de Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ¹¹ Pour des raisons statistiques, les données concernant la France ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹² Y compris l'Abkhazie et l'Ossétie du Sud.
- ¹³ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de cette région.
- ¹⁴ Y compris le Sabah et le Sarawak.
- ¹⁵ Y compris Agaléga, Rodrigues et Saint-Brandon.
- ¹⁶ Pour des raisons statistiques, les données concernant les Pays-Bas ne tiennent pas compte d'Aruba, de Bonaire, Saint-Eustache et Saba, de Curaçao et de Saint-Martin (partie néerlandaise).
- ¹⁷ Pour des raisons statistiques, les données concernant la Nouvelle-Zélande ne tiennent pas compte des Îles Cook, de Nioué et de Tokélaou.
- ¹⁸ Y compris les Îles Svalbard et Jan Mayen.
- ¹⁹ Y compris la Transnistrie.
- ²⁰ Y compris le Kosovo.
- ²¹ Y compris les Îles Canaries, Ceuta et Melilla.
- ²² Y compris Jérusalem-Est.
- ²³ Se rapporte au territoire du pays lors du recensement de 2001.
- ²⁴ Se rapporte au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Pour des raisons statistiques, les données concernant le Royaume-Uni ne tiennent pas compte d'Anguilla, des Bermudes, de Gibraltar, de l'Île de Man, des Îles Anglo-Normandes, des Îles Caïmanes, des Îles Falkland (Malvinas), des Îles Turques-et-Caïques, des Îles Vierges britanniques, de Montserrat et de Sainte-Hélène.
- ²⁵ Y compris Zanzibar.
- ²⁶ Pour des raisons statistiques, les données concernant les États-Unis d'Amérique ne tiennent pas compte de Guam, des Îles Mariannes du Nord, des Îles Vierges américaines, de Porto Rico et des Samoa américaines.

DÉFINITION DES INDICATEURS

Population totale : Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Temps de doublement de la population, en années : Nombre d'années nécessaires pour que la population totale double ses effectifs si le taux annuel de croissance démographique restait constant. Cet indicateur est calculé suivant la formule $\ln(2)/r$, r correspondant au taux annuel de croissance démographique. Le temps de doublement est calculé uniquement pour les populations qui augmentent rapidement (taux de croissance supérieur à 0,5 %).

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : Part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : Part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : Part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : Part de la population âgée de 65 ans et plus.

Taux de fécondité total : Nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie à la naissance : Espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Population totale : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Temps de doublement de la population, en années : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Taux de fécondité total : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Espérance de vie à la naissance : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022.

Notes techniques

Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2024* comprennent des indicateurs visant à surveiller les progrès du Plan directeur pour la suite à donner au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), ainsi que des objectifs de développement durable (ODD) dans les domaines de la santé maternelle, de l'accès à l'éducation et de la santé sexuelle et reproductive. Ils comprennent également divers indicateurs démographiques. Ces tableaux montrent l'importance qu'accorde l'UNFPA aux améliorations et aux résultats obtenus en vue de la réalisation d'un monde où chaque grossesse est désirée, chaque accouchement est sans danger et le potentiel de chaque jeune est accompli.

Les autorités nationales et les organisations internationales peuvent employer différentes méthodes de collecte, d'analyse et d'extrapolation des données. Pour favoriser la comparabilité internationale des données, l'UNFPA applique les méthodes standard employées par les principales sources de données. Dans certains cas, les données figurant dans ces tableaux sont donc différentes de celles qui proviennent des autorités nationales. Par conséquent, elles ne sont pas comparables à celles des précédents rapports sur l'*État de la population mondiale* en raison de l'actualisation des classifications régionales et des méthodes, ainsi que de la révision des données des séries chronologiques.

Les tableaux statistiques se fondent sur des enquêtes auprès des ménages représentatives sur le plan national, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), ainsi que sur les estimations d'organismes des Nations Unies et de groupes interorganisations. Ils tiennent également compte des estimations et projections démographiques les plus récentes des *Perspectives de la population mondiale 2022*, ainsi que des *estimations et projections modélisées des indicateurs de planification familiale 2022* (Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population). Les données sont accompagnées de définitions et de notes, avec indication des sources. Les tableaux statistiques de l'*État de la population mondiale 2024* présentent généralement les informations disponibles au mois de mars 2024.

Suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de la CIPD

Santé sexuelle et reproductive

Ratio de mortalité maternelle. Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) – groupe constitué par la Banque mondiale, la Division de la population des Nations Unies, l'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA, 2023. Cet indicateur correspond au nombre de décès maternels sur une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période. Les estimations et les méthodologies employées sont régulièrement examinées par le MMEIG et d'autres organismes et établissements universitaires, et modifiées le cas échéant, dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des données relatives à la mortalité maternelle. Les estimations ne doivent pas être comparées aux estimations interorganisations antérieures.

Naissances assistées par du personnel de santé qualifié. Source : base de données mondiale commune sur la présence de personnel qualifié pendant l'accouchement, UNICEF et OMS, 2023. Cet indicateur correspond au pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé formé à dispenser des soins d'obstétrique vitaux (notamment assurer la supervision, prendre en charge et conseiller les femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, procéder seul(e) aux accouchements, et s'occuper des nouveau-nés). Les accoucheuses traditionnelles, même celles ayant suivi une formation courte, ne sont pas prises en compte.

Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes séronégatives, tous âges confondus. Source : estimations relatives au VIH, ONUSIDA, 2023. Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années au sein de la population séronégative (indicateur 3.3.1 des ODD).

Taux de recours à la contraception, toutes méthodes confondues et méthodes modernes. Source : Division de la population des Nations Unies, 2022. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Ces données visent à estimer la proportion de femmes en âge de procréer et de femmes mariées (ou vivant en union libre) qui utilisent actuellement une méthode de contraception, quelle qu'elle soit, ou une méthode moderne. Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine et masculine, le dispositif intra-utérin (DIU), l'implant, les contraceptifs oraux, les contraceptifs injectables, le préservatif masculin et féminin, les méthodes barrières vaginales (y compris le diaphragme, la cape cervicale, les mousses, éponges et gels vaginaux spermicides), la

méthode de l'aménorrhée lactationnelle, la contraception d'urgence et d'autres méthodes modernes ne faisant pas l'objet d'une catégorie dédiée (p. ex., le patch contraceptif ou l'anneau vaginal).

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale (toutes méthodes confondues). Source : Division de la population des Nations Unies, 2022. Les estimations modélisées ont été réalisées à partir de données issues d'enquêtes par sondage. Les femmes qui utilisent une méthode de contraception traditionnelle ne sont pas considérées comme présentant des besoins de planification familiale non satisfaits. On considère ici que toutes les femmes ou toutes les femmes mariées ou vivant en concubinage sont sexuellement actives et susceptibles de tomber enceintes. Cette hypothèse d'exposition universelle des femmes ou des femmes mariées ou vivant en concubinage à une éventuelle grossesse peut entraîner une sous-estimation des risques par rapport aux risques réels pour les femmes exposées. Il est possible, en particulier lorsque le recours à la contraception est faible, qu'une hausse du recours à la contraception s'accompagne d'une augmentation des besoins de planification familiale non satisfaits. Ces deux indicateurs doivent donc être interprétés conjointement.

Proportion de besoins satisfaits par des méthodes modernes. Source : Division de la population des Nations Unies, 2022. Taux de recours aux moyens de contraception modernes divisé par la demande totale de planification familiale. La demande totale de planification familiale correspond à la somme du taux de recours à la contraception et des besoins non satisfaits de planification familiale.

Lois et réglementations garantissant l'accès aux soins, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage. Source : UNFPA, 2022. Degré auquel les pays sont dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes et aux hommes de 15 ans ou plus un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine (indicateur 5.6.2 des ODD).

Indice de couverture des services de santé universels : Source : OMS, 2023. Couverture moyenne des services de santé essentiels, mesurée à partir des interventions de référence concernant la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier (indicateur 3.8.1 des ODD).

Égalité des genres, droits et capital humain

Taux de natalité chez les adolescentes. Source : Division de la population des Nations Unies, 2024. Les moyennes régionales sont issues des *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022. Cet indicateur correspond au risque de maternité chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Les chiffres des registres d'état civil peuvent présenter certaines imprécisions liées au degré d'exhaustivité de l'enregistrement des naissances, à la comptabilisation des enfants nés vivants mais décédés avant l'enregistrement ou au cours des premières 24 heures de vie, à la qualité des informations communiquées concernant l'âge de la mère, et à la prise en compte des naissances de périodes antérieures. Les estimations démographiques peuvent être faussées en raison d'erreurs dans les informations communiquées (âge, couverture). En ce qui concerne les données issues des enquêtes et des recensements, le numérateur et le dénominateur utilisés proviennent de la même population. Les principales imprécisions sont dues aux erreurs de déclaration concernant l'âge de la mère ou la date de naissance de l'enfant, à la non-déclaration des naissances, et à la variabilité de l'échantillonnage dans le cas des enquêtes.

Mariage d'enfants avant l'âge de 18 ans, en pourcentage. Source : UNICEF, 2024. Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans ayant été mariées ou ayant vécu en concubinage avant l'âge de 18 ans (indicateur 5.3.1 des ODD).

Prévalence des mutilations génitales féminines chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en pourcentage. Source : UNICEF, 2024. Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations génitales féminines (indicateur 5.3.2 des ODD).

Prévalence de la violence au sein du couple au cours des 12 mois précédents, en pourcentage. Source : Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (groupe constitué de l'OMS, d'ONU-Femmes, de l'UNICEF, de la Division statistique des Nations Unies [UNSD], de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONU-DC], et de l'UNFPA), 2021. Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant vécu en couple victimes de violences physiques ou sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire (indicateur 5.2.1 des ODD).

Prise de décisions relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction, en pourcentage. Source : UNFPA, 2024. Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions dans les trois domaines suivants : leur santé, le recours à la contraception et les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions des femmes concernant leur propre santé, en pourcentage. Source : UNFPA, 2024. Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne leur santé (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions concernant le recours à la contraception, en pourcentage. Source : UNFPA, 2024. Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne le recours à la contraception (indicateur 5.6.1 des ODD).

Prise de décisions concernant les rapports sexuels, en pourcentage. Source : UNFPA, 2024. Pourcentage de femmes mariées (ou en concubinage) âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en ce qui concerne les rapports sexuels avec leur conjoint (indicateur 5.6.1 des ODD).

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle), en pourcentage. Source : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024. Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (premier cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (premier cycle). Source : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024. Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (premier cycle) par rapport à celui des garçons.

Taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle), en pourcentage. Source : Institut de statistique de l'UNESCO, 2022. Nombre total d'élèves en âge de fréquenter l'école secondaire (deuxième cycle) scolarisés, quel que soit le niveau d'enseignement, exprimé en pourcentage de la population concernée.

Indice de parité entre les genres dans le taux net total de scolarisation dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle). Source : Institut de statistique de l'UNESCO, 2024. Ratio du taux net total de scolarisation des filles dans l'enseignement secondaire (deuxième cycle) par rapport à celui des garçons.

Indicateurs démographiques

Population

Population totale en millions d'habitants. Source : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022. Estimation de la population nationale en milieu d'année.

Changement démographique

Temps de doublement de la population, en années. Source : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022. Nombre d'années nécessaires pour que la population totale double ses effectifs si le taux annuel de croissance démographique restait constant. Cet indicateur est calculé suivant la formule $\ln(2)/r$, r correspondant au taux annuel de croissance démographique. Le temps de doublement est calculé uniquement pour les populations qui augmentent rapidement (taux de croissance supérieur à 0,5 %).

Composition démographique

Pourcentage de la population âgée de 0 à 14 ans. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2022. Part de la population âgée de 0 à 14 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 19 ans. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2022. Part de la population âgée de 10 à 19 ans.

Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2022. Part de la population âgée de 10 à 24 ans.

Pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2022. Part de la population âgée de 15 à 64 ans.

Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus. Source : calcul effectué par l'UNFPA d'après les données de la Division de la population des Nations Unies, 2022. Part de la population âgée de 65 ans et plus.

Fécondité

Taux de fécondité total, par femme. Source : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022. Nombre d'enfants par femme en supposant que celle-ci atteigne la fin de sa vie procréative et donne naissance à des enfants selon les taux de fécondité observés pour chaque tranche d'âge.

Espérance de vie

Espérance de vie à la naissance, en années. Source : *Perspectives de la population mondiale 2022*. Division de la population des Nations Unies, 2022. Espérance de vie en années des nouveau-nés qui seraient

exposés aux risques de mortalité caractérisant le segment de la population au moment de leur naissance.

Classification régionale

Les chiffres présentés au début des tableaux statistiques pour chaque région de l'UNFPA sont calculés à partir de données des pays et territoires appartenant aux groupes ci-après.

États arabes

Algérie ; Djibouti ; Égypte ; Iraq ; Jordanie ; Liban ; Libye ; Maroc ; Oman ; Palestine ; République arabe syrienne ; Somalie ; Soudan ; Tunisie ; Yémen.

Asie et Pacifique

Afghanistan ; Bangladesh ; Bhoutan ; Cambodge ; Chine ; Corée (République populaire démocratique de) ; Fidji ; Îles Cook ; Îles Marshall ; Îles Salomon ; Inde ; Indonésie ; Iran (République islamique d') ; Kiribati ; Malaisie ; Maldives ; Micronésie (États fédérés de) ; Mongolie ; Myanmar ; Nauru ; Népal ; Nioué ; Pakistan ; Palaos ; Papouasie-Nouvelle-Guinée ; Philippines ; République démocratique populaire lao ; Samoa ; Sri Lanka ; Thaïlande ; Timor-Leste ; Tokelau ; Tonga ; Tuvalu ; Vanuatu ; Viet Nam.

Europe de l'Est et Asie centrale

Albanie ; Arménie ; Azerbaïdjan ; Bélarus ; Bosnie-Herzégovine ; Géorgie ; Kazakhstan ; Kirghizistan ; Macédoine du Nord ; Ouzbékistan ; République de Moldova ; Serbie ; Tadjikistan ; Turkménistan ; Türkiye ; Ukraine.

Amérique latine et Caraïbes

Anguilla ; Antigua-et-Barbuda ; Argentine ; Aruba ; Bahamas ; Barbade ; Belize ; Bermudes ; Bolivie (État plurinational de) ; Brésil ; Chili ; Colombie ; Costa Rica ; Cuba ; Curaçao ; Dominique ; Équateur ; El Salvador ; Grenade ; Guatemala ; Guyana ; Haïti ; Honduras ; Îles Caïmanes ; Îles Turques-et-Caïques ; Îles Vierges britanniques ; Jamaïque ; Mexique ; Montserrat ; Nicaragua ; Panama ; Paraguay ; Pérou ; République dominicaine ; Saint-Kitts-et-Nevis ; Saint-Martin ; Saint-Vincent-et-les Grenadines ; Sainte-Lucie ; Suriname ; Trinité-et-Tobago ; Uruguay ; Venezuela (République bolivarienne du).

Afrique de l'Est et Afrique australe

Afrique du Sud ; Angola ; Botswana ; Burundi ; Comores ; Érythrée ; Eswatini ; Éthiopie ; Kenya ; Lesotho ; Madagascar ; Malawi ; Maurice ; Mozambique ; Namibie ; Ouganda ; République démocratique du Congo ; République-Unie de Tanzanie ; Rwanda ; Soudan du Sud ; Zambie ; Zimbabwe.

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

Bénin ; Burkina Faso ; Cabo Verde ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; République du Cameroun ; République du Congo ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; Togo.

Le terme « **régions développées** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions développées comprennent les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Amérique du Nord, l'Australie/la Nouvelle-Zélande, l'Europe et le Japon.

Le terme « **régions en développement** » est utilisé à des fins statistiques et n'exprime pas de jugement quant au stade atteint par un pays ou un territoire donné dans le processus de développement. Les régions en développement comprennent toutes les régions suivantes, couvertes par la Division de la population des Nations Unies : l'Afrique, l'Asie (à l'exception du Japon), l'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie.

Les « **pays les moins avancés** », suivant la définition adoptée dans les résolutions 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 et 68/18 de l'Assemblée générale des Nations Unies, étaient au nombre de 46 (en janvier 2022) : 33 en Afrique, 8 en Asie, 4 en

Océanie et 1 dans la région Amérique latine et Caraïbes. Ces 46 pays sont les suivants : Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bhoutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Îles Salomon, Kiribati, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Yémen et Zambie. Ces pays font également partie des « régions en développement ». De plus amples informations sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.un.org/fr/conferences/least-developed-countries>.

Note concernant le « Gros plan : Évolution des difficultés d'accès aux soins de santé signalées par les personnes interrogées selon leur situation socio-économique et leur origine ethnique » (p. 28 à 31).

Appariement des groupes ethniques mentionnés dans les différentes enquêtes : Dans le cadre de cette analyse, nous avons procédé à un appariement entre les groupes ethniques mentionnés dans les deux enquêtes réalisées dans chaque pays. Pour ce faire, nous avons corrigé les légères différences orthographiques ou rassemblé plusieurs groupes ethniques mentionnés dans l'une des enquêtes afin de les faire correspondre au groupe ethnique générique utilisé dans l'autre enquête, en nous appuyant sur les informations fournies dans l'annexe méthodologique des différents rapports nationaux. Lorsqu'aucun appariement n'était possible, les groupes ethniques mentionnés une seule fois ont été affectés à la catégorie « autres » préexistante.

Variables socio-économiques : Cette analyse utilise les quintiles de richesse, le niveau d'éducation et le lieu de résidence (en zone urbaine ou rurale). Les quintiles de richesse sont déterminés en répartissant la population de chaque pays et les répondants de chaque enquête en cinq groupes à partir des informations tirées du questionnaire destiné aux ménages concernant le niveau de richesse. Le niveau d'éducation indique si une femme n'est jamais allée à l'école ou si elle a suivi des études jusqu'à l'enseignement primaire, secondaire ou supérieur.

Méthodologie : Des modèles de régression logistique binaire ont été utilisés pour estimer la proportion de femmes déclarant rencontrer de sérieux problèmes d'accès aux soins de santé et pour étudier les différences entre les pays selon l'origine ethnique et la situation socio-économique. Ces modèles de régression tiennent compte de la conception complexe des enquêtes démographiques et de santé et des coefficients de pondération utilisés pour produire des estimations valables de l'erreur type. Lorsque l'essai sur modèle indiquait une meilleure correspondance, une interdépendance entre l'année de l'enquête et l'origine ethnique a été prise en compte dans les modèles, car les différentes origines ethniques ne présentaient pas le même taux de variation au fil du temps. Dans le cas contraire, il n'y a pas eu d'interdépendance, ce qui signifie que les différentes origines ethniques présentaient le même taux de variation au fil du temps, mais avec des points de départ différents. L'analyse a révélé des différences ethniques dans tous les pays, même en tenant compte de la situation socio-économique. (En Arménie et au Gabon, les tailles d'échantillons étaient très réduites, de sorte que les différences observées pourraient être le fruit d'un hasard statistique.) Des modèles multiniveaux ont été employés afin de repérer des tendances à plus grande échelle dans l'ensemble des pays étudiés. Cette analyse a révélé que, d'une manière générale, c'est pour les personnes les plus marginalisées que l'accès aux soins s'est le moins amélioré, et pour les moins marginalisées qu'il s'est

le plus amélioré. Dans les modèles utilisés, le niveau 1 correspondait aux femmes en tant qu'individus, le niveau 2 aux groupes ethniques des différents pays, et le niveau 3 aux 25 pays étudiés. Pour mieux tenir compte de la stratification socio-économique de chaque pays, les modèles multiniveaux utilisent une variable d'indice pour la situation socio-économique plutôt que les variables par catégorie utilisées dans les régressions logistiques binaires appliquées aux différents pays. Dans la variable d'indice, le profil socio-économique (combinaison du niveau de richesse, du niveau d'études et du lieu de résidence) qui présente la probabilité prévisionnelle la plus faible dans un pays donné se voit attribuer une valeur de 1, et celui qui présente la probabilité prévisionnelle la plus élevée, une valeur de 40. Tous les profils intermédiaires se voient attribuer une valeur comprise entre 1 et 40 selon leur niveau de probabilité prévisionnelle dans les régressions calculées pour le pays concerné. L'estimation de la proportion de femmes tous pays confondus est établie en pondérant les estimations nationales selon la taille de la population.

Note concernant les risques de mortalité maternelle les plus élevés et les plus faibles en 1990 et en 2020 (p. 66)

Pour étudier les tendances en matière de mortalité maternelle entre 1990 et 2020 (chapitre 3), les auteurs ont effectué leurs propres calculs d'après les données publiées et les statistiques officielles les plus récentes sur la mortalité maternelle fournies dans la publication de l'OMS *et al.* (2023a). Cette publication porte sur les tendances de 2000 à 2020, mais les ensembles de données comprennent des estimations à partir de 1985. Les estimations mentionnées dans le chapitre 3 pour les années 1990 et 2020 ont donc été obtenues en comparant les estimations calculées à l'aide des mêmes méthodes et des mêmes données entrées. S'agissant de la comparaison des 10 % de pays les plus à risque et les moins à risque concernant la probabilité pour une femme de mourir un jour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement en 1990 et en 2020, les moyennes n'ont pas été pondérées en fonction de la taille des populations.

Note concernant les tendances en matière de mortalité maternelle aux États-Unis (p. 66)

Bien qu'il existe aux États-Unis des inégalités raciales et ethniques marquées concernant les taux de mortalité maternelle, les chiffres de la mortalité maternelle dans le pays ont augmenté dans la plupart des groupes de femmes. La part de cette augmentation qui relèverait d'un artefact lié à une modification des définitions et de la surveillance fait débat, et il est impossible de trancher cette question sans une amélioration des systèmes de données, qui impliquerait par exemple la conduite d'enquêtes systématiques et normalisées sur tous les décès survenus dans tous les États. Des études indiquent néanmoins que l'absence d'accès universel aux soins de santé dans le pays joue bel et bien un rôle dans cette tendance (Braveman, 2023). Notons qu'une proportion significative des décès maternels enregistrés dans le pays surviennent entre six semaines et un an après l'accouchement, et que beaucoup sont liés à des problèmes de santé mentale (Trost *et al.*, 2017). Contrairement à de nombreux pays à revenu élevé, les États-Unis ne prévoient pas de congé parental rémunéré ni de visites de prestataires de santé à domicile pendant le post-partum (Tikkanen *et al.*, 2020).

Note concernant les besoins non satisfaits en contraception dans les pays touchés par des crises humanitaires (p. 95)

Les auteurs ont fondé cette estimation sur les tables de données présentées dans le tableau 2.5 de la source, qui fournit des données sur le pourcentage de femmes dont les besoins en contraception sont satisfaits ou non satisfaits dans les pays touchés par des crises humanitaires en 2015. Les pourcentages de femmes dont les besoins sont satisfaits et non satisfaits ont été additionnés afin de calculer le pourcentage total de femmes souhaitant éviter une grossesse dans chaque pays. La proportion de femmes qui désirent éviter une grossesse mais n'utilisent aucun moyen de contraception a été calculée en divisant le pourcentage de femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits par le pourcentage total de femmes ayant besoin d'une contraception. La moyenne non pondérée des estimations dans les différents pays s'élève à 51 %.

Note concernant les estimations du revenu par habitant d'après l'étude réalisée au Kenya, au Nigéria et au Sénégal (p. 96)

Pour calculer les estimations du revenu par habitant, les auteurs se sont appuyés sur le tableau 1 de la source originale, qui estime le produit intérieur brut (PIB) par habitant suivant différents scénarios. Selon le tableau, le PIB par habitant atteindrait 3 480 dollars internationaux si deux tiers des besoins non satisfaits en moyens de contraception modernes étaient comblés (scénario « modéré »), contre 2 310 dollars internationaux dans le scénario de référence.

Références

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: [indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report](https://www.indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report), accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.

- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizzarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Saliu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.
- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.

- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Twa Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.
- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.
- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulube, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis, accessed 1 February 2024.

- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global Decriminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.
- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falterers Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.

- MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.
- McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.
- McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.
- Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.
- Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.
- Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.
- Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.
- MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.
- Muro, Estella and Olohikhuae Egbohare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.
- Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.
- Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.
- Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.
- Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.
- Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.
- Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.
- Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.
- Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.
- O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.
- Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitallibrary.un.org/record/3823698
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.
- Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.
- Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.
- Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/, accessed 1 February 2024.
- Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.
- Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.
- Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.
- PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.
- Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.
- Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.
- Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.
- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.

- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compet](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compet), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLoS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: [un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm](https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm), accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrapal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.

- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: aidsinfo.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: [un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators](https://aidsinfo.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox), accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable, accessed 1 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: unfpa.org/events/icpd5-review, accessed 5 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.
- United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: news.un.org/en/story/2020/01/1055681, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." A/69/62.

- United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.
- United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.
- University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.
- UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind, accessed 5 February 2024.
- UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.
- Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.
- USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#, accessed 8 February 2024.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution Can be Expected?" *Population Health Metrics* 19(1): 2.
- Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.
- Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.
- Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.
- Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.
- Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.
- WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf, accessed 5 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death, accessed 6 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organisation) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.

- Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.
- Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.
- Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: wbl.worldbank.org/en/wbl, accessed 1 February 2024.
- World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.
- World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.
- Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.
- Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.
- Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.
- Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.
- Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.



Assurer les droits et les choix pour tous

Fonds des Nations Unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tél. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA



ISBN (PDF) : 9789213589540
ISSN (version imprimée) : 2226-4957
ISSN (version en ligne) : 2520-2006

Imprimé sur papier recyclé